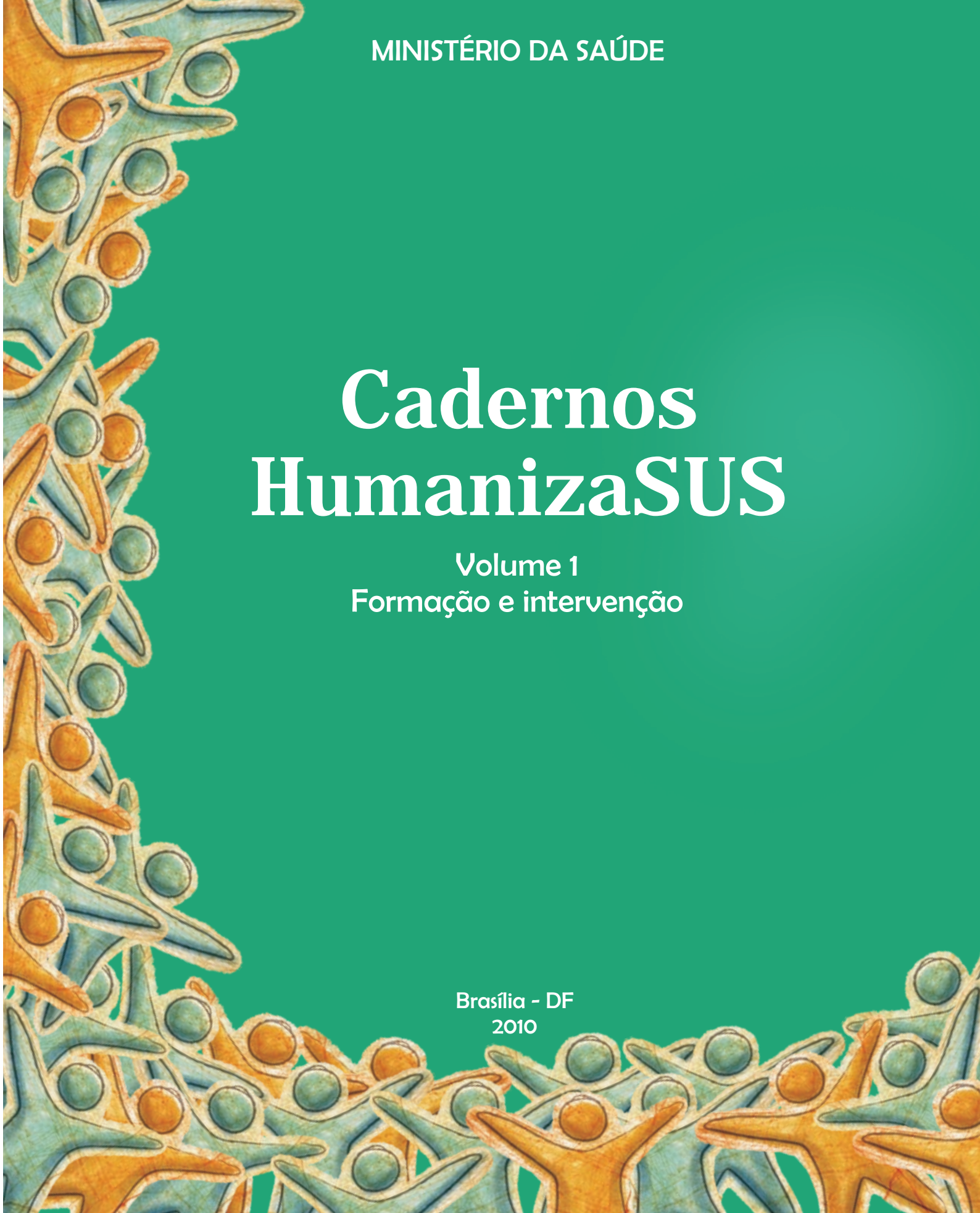


MINISTÉRIO DA SAÚDE

Cadernos HumanizaSUS

Volume 1
Formação e intervenção

Brasília - DF
2010



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Política Nacional de Humanização

Cadernos HumanizaSUS

Volume 1
Formação e intervenção

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília - DF
2010

© 2010 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1ª edição – 2010 – 5.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Política Nacional de Humanização

Setor de Autarquias Federais SUL, treco 2, bloco F, 1º andar, sala 102,

Ed. Premium, torre II. CEP: 70.070-600, Brasília – DF

Tel.: (61) 3306-8130

Fax: (61) 3306-8131

E-mail: humanizasus@saude.gov.br

Home pages: www.saude.gov.br/humanizasus
www.redehumanizasus.net

Editora MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774 / 2020

Fax: (61) 3233-9558

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

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Equipe Editorial:

Normalização: Vanessa Leitão

Coordenação:

Dário Frederico Pasche

Mariella Silva de Oliveira

Organização:

Eduardo Passos

Revisão e entrevista:

Bruno Aragão

Projeto gráfico e diagramação:

Antonio Sergio de Freitas Ferreira (Núcleo de Eventos e Comunicação SAS)

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização.

Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização.

– Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

242 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 1)

ISBN 978-85-334-1667-3

1. Humanização do atendimento. 2. Formação profissional em saúde. 3. Gestão do trabalho e da educação em saúde. I. Título. II. Série.

CDU 331.108.2

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2010/0045

Títulos para indexação:

Em inglês: Formation and intervention

Em espanhol: Formación e intervenció

Sumário

Apresentação

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

Formação

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

Intervenção

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

Trabalhador da Saúde: Gente cuidando de Gente 185

A cogestão e gestão participativa na prática de um serviço de saúde:
a criação de um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) na Clínica de
Fisioterapia da Universidade de Caxias do Sul (CLIFI-UCS) 193

Grupo de trabalho em humanização: tecendo redes para superar o sofrimento psíquico 203

A estruturação da rede de redes: EAD conectando as unidades de Produção da PNH 219

ENTREVISTA

Eduardo Passos, Ana Heckert e Cleusa Pavan 232

Apresentação

Cadernos Temáticos **PNH:** **formação em** **humanização**

Dário Frederico Pasche¹

Eduardo Passos²



A Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) é uma iniciativa inovadora no SUS. Criada em 2003, a PNH tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Uma tarefa desafiadora, sem dúvida, uma vez que na perspectiva da humanização, isso corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho.

Mas quais são as especificidades da PNH para qualificar práticas de gestão e de cuidado, considerando que há no SUS iniciativas com a mesma pretensão? A problemática adjetivada como desumanização, conceito síntese que revela a percepção da população e de trabalhadores da saúde frente a problemas como as filas, a insensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas, os tratamentos desrespeitosos, o isolamento das pessoas de suas redes sócio-familiares nos procedimentos, consultas e internações, as práticas de gestão autoritária, as deficiências nas condições concretas de trabalho, incluindo a degradação nos ambientes e das relações de trabalho, etc, derivam de condições precárias da organização de processos de trabalho, na perspectiva da PNH. Ou seja, estes problemas são a expressão fenomênica - tomam expressão concreta e real - de certos modos de se conceber e de ser organizar o trabalho em saúde.

Assim, fenômenos genericamente apontados como desumanização expressam mais que falhas éticas individuais (de um ou outro trabalhador ou gestor), correspondendo a fenômenos cuja origem não está no fato em si, que apenas revela e expressa determinadas concepções de trabalho e de suas formas de organização.

Esta é uma importante demarcação conceitual, que produzirá inflexões na organização do que no SUS vai se chamar, a partir de 2003, de Política de Humanização. De imediato pode-se perceber que para “se humanizar na saúde”, as iniciativas não deveriam ser direcionadas para o enfrentamento de atitudes e comportamentos individuais considerados inadequados, muito embora se possa avaliar que elas produziram algum efeito. As conseqüências de tal oferta, muito provavelmente, seriam a produção de uma discursividade moral, a qual recairia sobre os sujeitos como prescrição de um “modo certo de se fazer”. Na perspectiva dos processos de formação isto redundaria em exercício de ação pedagógica “transmissionista”, prescritiva, com oferta de estratégias de capacitação e treinamento.

Estratégias pedagógicas nesta direção derivam de certa concepção do que seja humanização – correlacionada à bondade, à benevolência, à hospitalidade - e se apresentam como recurso para resolver a questão de “como fazer para que os operadores da saúde ajam de modo certo”. Para se ter este efeito – correspondência entre a ação e aquilo que se toma como “o” certo - a ação educativa passa a se referir como capacitação,

¹Coordenador da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS- PNH/MS. dario.pasche@saude.gov.br

²Professor associado II do Departamento de Psicologia da UFF. Foi consultor da PNH de 2003 a 2008. e.passos@superig.com.br

Apresentação

igualando-se à transferência de informações para que os “descapacitados” passem a ter determinadas capacidades; na mesma direção, se “treinaria” os trabalhadores para que repitam e se exercitem ad nauseam o modo correto de fazer. Para aqueles que, mesmo assim, não se enquadram a esta normalização a oferta é a reciclagem: remodelação dos sujeitos. De qualquer maneira, a formação torna-se, assim, correção (no sentido ortopédico do termo) daqueles trabalhadores de saúde supostamente desumanos: formar na humanização teria este sentido de “humanizar os desumanos”.

Esta demarcação é importante para se distinguir processos de formação mais tradicionais, daqueles que a PNH tem buscado construir em consonância com seus pressupostos ético-políticos.

Por se compreender que as ditas “práticas de desumanização” e “práticas desumanizadoras” são expressões de formas precárias de organização do trabalho, pertinentes, portanto, aos temas da gestão e das condições concretas de trabalho, a pauta da humanização se desloca imediatamente para novas ofertas de formação.

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

Para humanizar práticas de gestão e de cuidado, bem como as práticas pedagógicas, a PNH propõe que se incluam os diferentes sujeitos que participam desde suas singularidades no planejamento, implementação e avaliação dos processos de produção de saúde e de formação do trabalhador de saúde.

Com o exercício deste método nos processos de formação, que efeitos se produzem? Para a resposta a esta questão faz-se necessário considerar que os princípios da PNH são a indissociabilidade entre gestão e cuidado, a transversalidade (ampliação da comunicação; produção do comum) e o fomento do protagonismo das pessoas. Ou seja, o exercício do método – a inclusão – deve considerar, necessariamente, que não se separe a gestão da clínica, que se promovam processos de comunicação para além da hierarquia e do corporativismo, e que se aposte que os sujeitos são capazes de produzirem deslocamentos desde seus interesses mais imediatos, construindo processos de negociação, permitindo a criação de zonas de comunalidade e projetos comuns.

A inclusão tem o propósito de produzir novos sujeitos capazes de ampliar suas redes de comunicação, alterando as fronteiras dos saberes e dos territórios de poder; e de conectar suas práticas de produção de saúde ao campo da gestão, pois aquelas derivam das condições institucionais que definem os modos de funcionamento da organização, tarefa da gestão. Todavia, não basta incluir. É necessário que esta inclusão, assim como o processo de produção de subjetividade a ela associado sejam orientados por princípios e diretrizes. Para a PNH estas orientações são clínicas, políticas e éticas e tomam sentido no acolhimento, na clínica ampliada, na democracia das relações, na valorização do trabalhador, na garantia dos direitos dos usuários e no fomento de redes.

É nesta articulação entre princípios, método e diretrizes que os processos de formação têm sido propostos e organizados. As diretrizes dos processos de formação da PNH se assentam no princípio de que a formação é inseparável dos processos de mudanças, ou seja, que formar é, necessariamente, intervir, e intervir é experimentar em ato as mudanças nas práticas de gestão e de cuidado, na direção da afirmação do SUS como política inclusiva, equitativa, democrática, solidária e capaz de promover e qualificar a vida do povo brasileiro.

Formar como estratégia de intervenção coletiva para a produção de alterações nas condições de trabalho impõe que se utilizem estratégias pedagógicas que superem a mera transmissão de conhecimentos, pois não haveria um modo correto de fazer, senão modos que, orientados por premissas éticas, políticas e clínicas, devem ser recriados considerando especificidades de cada realidade, instituição e equipe de saúde.

Estes entendimentos têm sido experimentados pela PNH em processos de formação que vêm sendo desenvolvidos de forma sistemática desde 2006. Neste período, mais de duas dezenas de processos e atividades de formação foram implementados, sempre em parceria com escolas de governo, gestores estaduais e municipais e instituições de ensino superior, entre outros.

Este primeiro número dos Cadernos Temáticos de Humanização é dedicado ao tema da formação. E isto se deve a algumas razões de ordem político-estratégica. Uma delas é a necessidade de disseminar reflexões e apresentar experiências concretas de processos de formação que têm sido potentes para produzir mudanças nos modos de gerir e de cuidar. Tradicionalmente os processos de formação, sobretudo os que tomam a forma-curso, produzem desconexões entre a formação técnico-científica e a gestão, tomados como polaridades, com ênfase aos primeiros. A PNH os entende não como bifurcações, mas como saberes e práticas, como campos de ação, indissociáveis e que produzem interferências entre si. Assim, as novas práticas de saúde requeridas para qualificar o SUS são influenciadas fortemente pelos processos de gestão e, então, não seria possível produzir

Apresentação

um novo SUS sem que se alterem condições de gestão. Os processos de formação de e dos trabalhadores não deveriam deixar de considerar este pressuposto, o que certamente amplia sua potência transformadora.

Outra razão para a escolha da formação como o primeiro Caderno Temático da PNH é o fato de que as experimentações no campo da formação têm ocupado importante espaço na agenda PNH. Longe de se pensar que a humanização se resume a uma estratégia de formação, este campo de ação tem sido um solo fértil para (1) a consolidação do método, diretrizes e dispositivos da PNH nos processos de trabalho, bem como (2) um importante recurso de capilarização da PNH na rede SUS, multiplicando rapidamente agentes sociais que se engajam no “movimento pela humanização”. Esta ação militante, todavia, não ocorre unicamente por processos de sensibilização, mas pela experimentação em ato da PNH em processos de trabalho, o que permite a produção de movimentos de mudanças com efeitos práticos e concretos nos serviços e práticas de saúde.

Os processos de formação, desta forma, são um recurso precioso para a experimentação e necessária construção de extensividade da PNH na rede SUS. Os agentes desta estratégia, em geral, são apoiadores institucionais, agentes que contribuem para a problematização de realidades institucionais, construindo com as equipes de saúde mudanças nas percepções, na forma de lidar com conflitos, ampliando processos de grupalidade e, conseqüentemente, alterando atitudes e produzindo as condições para a superação de problemas e desafios do cotidiano do trabalho em saúde.

Apoiar equipes é intervir com elas em processos de trabalho, não transmitindo supostos saberes prontos, mas em uma relação de solidariedade e cumplicidade com os agentes das práticas. Apoiar é produzir analisadores sociais e modos de lidar com a emergência de situações problemáticas das equipes para sair da culpa e da impotência frente à complexidade dos desafios do cotidiano da saúde. Apoiar é construir rodas para o exercício da análise, cujo efeito primeiro é a ampliação da grupalidade entre aqueles que estão em situação de trabalho. A construção e sustentação de sentimento de pertencimento ao grupo e co-responsabilização coletiva é imprescindível para a formação de compromisso e contratação de tarefas com as quais se busca ampliar a eficácia das práticas e, ao mesmo tempo e de forma indissociável, qualificar os espaços de trabalho, afirmando-o como importante lócus de realização profissional. Estas são as principais ofertas e os desafios dos processos de formação em humanização.

Por fim, escolhemos este tema para o primeiro dos Cadernos Temáticos de Humanização a fim de fazer valer o protagonismo destes apoiadores que passaram pelos processos de formação. Formar apoiadores institucionais é formar para intervir, é formar para incluir. Daí a importância dos textos produzidos pelos apoiadores formados pela PNH.

O conteúdo deste Caderno apresentará de forma bastante abrangente a “política de formação da PNH”, pondo em análise os arranjos de gestão da área de formação na PNH, o relato e análise de experiências de formação em humanização na rede SUS (eleitas entre as várias já desenvolvidas).

Esta publicação quer cumprir a função veicular, de divulgação, de instigação e estímulo a experimentações de formação em humanização, contribuindo para a qualificação dos processos de trabalho em saúde, tarefa de novos sujeitos, tarefa da humanização.

Formação



Modos de formar e

modos de intervir:
quando a formação se faz potência de

**produção de
coletivo¹**

Ana Lucia C. Heckert²

Cláudia Abbês Baeta Neves³

Artigo



¹HECKERT, 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. In: MATTOS, R. A.; BARROS, M.E.B.; PINHEIRO, R. (Org.). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2007, v. 1, p. 145-160.

²Professora associada da Universidade Federal do Espírito Santo. Foi consultora da PNH. anaheckert@uol.com.br

³Professora adjunta da Universidade Federal Fluminense. Foi consultora da PNH. abbes@luma.ind.br

⁴Curso realizado através da parceria entre o MS/SAS/PNH, Fiocruz/EAD e Universidade Federal Fluminense, de abril a dezembro de 2006.

Resumo:

Este trabalho visa a compartilhar reflexões acerca dos processos de formação dos profissionais de saúde. Neste sentido, pretende discutir a formação como um processo de intervenção que se afirma na indissociabilidade entre pensamento e vida, entre invenção de si e de mundo, trazendo para o debate da formação dos profissionais de saúde a experiência de formação do Curso de Formação de Apoiadores da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS⁴. O princípio que pretendemos discutir aqui se pauta na compreensão de que os processos de formação, os modos de cuidar e os modos de gerir são indissociáveis, ainda que sejam distintos.

Palavras-chaves

Humanização. Formação em saúde; Coletivo

Formação e integralidade

Os processos de produção de saúde se fazem numa rede de relações que, permeadas como são por assimetrias de saber e de poder e por lógicas de fragmentação entre saberes/práticas, requerem atenção inclusiva para a multiplicidade de condicionantes da saúde que não cabem mais na redução do binômio queixa-conduta. Envolver-se com a produção do cuidado em saúde nos “lança” irremediavelmente no campo da complexidade das relações entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde, onde a opção excludente por um dos pólos não se sustenta para a efetiva alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde. Deste modo, construir um processo de formação para trabalhadores de saúde implica estarmos atentos a esta complexidade e fazermos escolhas teórico-metodológicas que expressem um campo de interlocução entre os saberes, indissociado de um método, de um modo de fazer a formação.

Essas escolhas são sempre escolhas ético-políticas. Paul Veyne (1978, p. 86) diz algo que nos ajuda nessa direção: não se trata de “explicar as práticas a partir de uma causa única, mas a partir de todas as práticas vizinhas nas quais se ancoram. Esse método pictórico produz quadros estranhos, onde as relações substituem os objetos”.

O cotidiano dos serviços de saúde, em suas relações com os modos de fazer a atenção e a gestão, é matéria constituinte e, portanto, primordial na construção de processos de formação que busquem enfrentar os desafios da concretização do SUS e de seu princípio de integralidade, alterando as práticas de saúde e dos sujeitos nelas implicados. Essa compreensão tem estado presente nas produções de pesquisadores que se têm voltado para a análise dos processos de formação e das políticas de formação dos profissionais de saúde. Nesta direção⁵, vários autores têm sinalizado que as políticas de formação dos profissionais de saúde implicam a apreensão da complexidade que permeia o SUS na atualidade e, deste modo, requerem ações de formação que se engendrem em um processo de construção coletiva com os sujeitos envolvidos. Conforme apontam Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43) [...]

[...]a formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

Cabe ressaltar que a interferência nos modos de formar, cuidar e gerir implica a construção de redes que potencializem movimentos de mudança por meio da problematização dos modos instituídos de cuidar e gerir. Contudo, se apostamos em movimentos de mudança

⁵Fazemos aqui referência aos trabalhos de Pinheiro (2005), Mattos (2001) e Ceccim (2004).

nas práticas vigentes no SUS, tal processo somente terá efetividade se esses movimentos estiverem conectados com os processos de trabalho nos serviços de saúde, seus trabalhadores e usuários. É neste campo de imersão que a formação ganha consistência de intervenção, de intervir entre ações, experimentando os desafios cotidianos de materialização dos princípios do SUS e da invenção de novos territórios existenciais.

A integralidade, princípio e diretriz do SUS, coloca em cena alguns aspectos da maior importância, a saber: a concepção de saúde/doença, o funcionamento dos serviços de saúde em rede, a organização do processo de trabalho no campo da saúde, a não-fragmentação da assistência, as práticas de cuidado, dentre outras questões. Assim, podemos perceber que a discussão da integralidade remete à análise dos modelos instituídos de atenção e gestão do SUS, buscando afirmar um ethos, uma prática ético-política no campo da saúde, que se contrapõe aos reducionismos, à objetivação dos sujeitos, à fragmentação dos modelos de atenção e de organização do processo de trabalho em saúde, assim como dos processos de formação (MATTOS, 2001).

Frente às políticas de formação profissional que têm (re)produzido a fragmentação dos saberes e práticas em saúde, entendemos que a interferência nos modos instituídos de produzir cuidado em saúde demanda a problematização das ações de formação e gestão vigentes. Demanda tomar os processos de trabalho, em seus impasses e desafios, como vetor fundamental na constituição dos processos de formação, uma vez que abordar as práticas de cuidado e de gestão em saúde implica compreender a multiplicidade que as constitui.

Se tomamos a integralidade como um dos princípios e diretrizes fundamentais das práticas de cuidado em saúde, torna-se necessário debater como vêm se dando os processos de formação dos profissionais em saúde. Percebe-se que ainda lidamos com processos de formação que, no cotidiano, têm esvaziado os princípios da integralidade (PINHEIRO et al., 2005). Ou seja, o que está em jogo também são as concepções/práticas de formação vigentes no campo da Saúde. Como afirmar a integralidade sem problematizar as práticas de formação pautadas em concepções que dissociam atenção e gestão, pensamento e vida, e que ainda focalizam a intervenção profissional no binômio queixa-conduta?

Percebe-se 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. Essa formulação indica desenhos de gestão que se materializam em modos de organização dos processos de trabalho, em definição de modos de cuidar e, ainda, em elaboração de políticas de

Formação

formação dos profissionais. Ressaltamos que as políticas de formação pautadas nesse modelo dualista e dicotômico de gestão acabam por instituir processos de formação que, dissociados dos modos de cuidar e de gerir, operam uma cisão radical entre pensamento e vida.

Desse modo, entendemos que não se trata de apontar modelos político-pedagógicos ideais, abstratos e dissociados do cotidiano dos processos de trabalho, mas principalmente indicar modos de fazer a formação (princípios e métodos) que se construam num ethos da integralidade e da indissociabilidade entre cuidar, gerir e formar. Outrossim, requer entender a formação como “atitude” transdisciplinar, ou seja, em sua potência de produzir aberturas a novas sensibilidades, dizibilidades e visibilidades que expressam a multivetorialização nos quais estão envolvidas as práticas concretas de cuidado e gestão em saúde. Essas práticas se materializam na relação entre os sujeitos envolvidos na e com a construção do cuidado, nos modos de acolher, de gerir, de fazer a escuta, de compartilharem saberes e diferentes modos de estar nos verbos da vida (viver, trabalhar, sentir e perceber o mundo). Como sinaliza Benevides (2005, p. 4), “é no entre os saberes que a invenção acontece, é no limite de seus poderes que os saberes têm o que contribuir para um outro mundo possível, para uma outra saúde possível”.

Neste entendimento, a formação é um processo que extrapola o sentido clássico da aquisição de conhecimentos técnico-científicos referidos a uma dada profissão e a serem aplicados em dada realidade. Formação significa, sobretudo, produção de realidade, constituição de modos de existência – portanto, não se dissocia da criação de modos de gestão do processo de trabalho.

Processos de formação: equivocando o sentido da formação-consumo

Uma educação centrada no pensamento não prescreve regras absolutas nem proibições definitivas. Ela orienta e desperta a vida, estimula as multiplicidades, não para esmagá-las, mas para exercitar o corpo e o pensamento a vivenciar os seus limites e ultrapassá-los. [...] Uma educação centrada no pensamento afirmativo da vida é sobretudo cruel, o contrário da pedagogia piedosa e vingativa. É cruel com o corpo e com o espírito, não porque quer arruiná-los, mas, ao contrário, porque quer vê-los fortes, ousados e poderosos, deseja vê-los capazes de enfrentar qualquer acontecimento e de caminhar livres, com a sabedoria alegre do riso. (FUGANTI, 1990, p. 68).

Os processos de formação serão aqui analisados em seus diferentes e distintos vetores: a formação como forma e a formação como força. Entretanto, cabe sinalizar que esses vetores,

⁶ O conceito de instituição aqui trabalhado tem referência nas produções da Análise Institucional Socioanalítica, corrente desenvolvida na França durante as décadas de 60/70, que remete ao processo de produção constante de modos de legitimação das práticas sociais. Instituição é aqui entendida como práticas sociais historicamente produzidas. Deste modo, difere de sua circunscrição a um lugar, a um estabelecimento. A instituição academia expressa as linhas de saber-poder em suas lutas por hegemonia e hierarquização que atravessam e constituem os acontecimentos no cotidiano do campo de investigação.

apesar de distintos, coexistem, pois é nas formas que se ativa o plano criador das forças. Por vetor-forma estamos entendendo os processos de formação em suas possibilidades de compartilhamento de experiências, sua ação de problematização da experiência; e por vetor-força estamos considerando os processos de formação em seus efeitos de potência disruptiva. Contudo, o vetor-forma abarca também processos naturalizados e reificados, expressos na fragmentação dos saberes, nas hierarquizações e no especialismo.

Neste sentido, é importante destacar algumas questões que se colocam como princípios quando tratamos de processos de formação. Para nós, a formação é uma instituição⁶ que produz verdades, objetos-saberes e modos de subjetivação. 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.

A noção de formação que objetivamos percorrer se confronta diretamente com a instituição-especialismos que demarca muitos processos de formação. Tais práticas acabam por invalidar saberes e fazeres e operam de forma tuteladora quando pretendem autorizar o que é melhor ou pior para o outro. Além disso, potencializam hierarquizações, uma vez que funcionam discriminando quem sabe e quem não sabe. Assim, o viés de formação que visamos a afirmar reside menos em seu caráter de mera transmissão de conhecimento (ainda que não se prescindia dos conhecimentos) e muito mais por sua potência disruptiva.

Desse modo, não se trata de lidar com conhecimentos e informações como objetos já dados ou com 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, que tem funcionado através do consumo de kits ou de técnicas a serem aplicadas e no desenvolvimento de novas habilidades descartáveis e apartadas do cotidiano dos serviços.

Nossa perspectiva se afasta das trilhas da reafirmação das “fôrmas” de ação que perseguem a repetição do mesmo. Diferente disto, o que buscamos potencializar nos processos de formação são as formas de ação que produzem movimentos afirmadores da vida, que fomentam contágios e perturbação nos processos instituídos (BARROS, 2006). De fato, o que visamos é a força de intervenção dos processos de formação como dispositivos potentes de problematização de si e do mundo. Nessa perspectiva o conhecimento não é um dado a priori, não está no mundo para ser descoberto, ele produz, num mesmo movimento, sujeito e mundo. Estes, entendidos como efeitos das práticas, é que podem problematizar as estabilizações nas quais se atualizam na realidade. O que temos aqui é uma desestabilização da dicotomia clássica entre sujeito e objeto, entendidos como unidades bem demarcadas ou mesmo opostas, ou como unidades relacionadas numa perspectiva de sobredeterminação,

Formação

ora do sujeito sobre o objeto, ora do objeto sobre o sujeito. O que aqui ganha relevo é a aposta no caráter intervencionista do conhecimento, que se afirma no entendimento de que “todo conhecer é um fazer” (BENEVIDES, 2007).

As atividades do trabalho humano, além dos modos operatórios definidos pelas normas prescritas para as diferentes tarefas, implicam, também, improviso, antecipação. Trabalhar é gerir, é co-gerir (SCHWARTZ, 2000). Portanto, estamos nos referindo a um processo de formação em saúde como possibilidade de produzir novas normas, novas formas de vida/trabalho.

Com isso afirmamos que os processos de trabalho são campos de produção de saber em que não se aprende por si mesmo, mas onde estão em cena redes de saberes formulados coletivamente. Se reduzimos o trabalho ao emprego, ao desempenho de uma tarefa formulada por outrem (cisão entre planejar e fazer, cuidar e gerir), focalizamos somente uma das formas que o trabalho assumiu em nossa sociedade. Neste caso, gerir seria sinônimo de administrar, e trabalhar seria o correlato de executar meramente prescrições já formuladas. Porém, o trabalho é exercício da potência de criação do humano, é inventar a si e o mundo. Trabalhar é gerir e colocar à prova experiências, saberes, prescrições; é lidar com a variabilidade e imprevisibilidade que permeia a vida, criando novas estratégias, novas normas. Ao gerir o trabalho, os sujeitos criam e recriam saberes sofisticados e necessários ao seu fazer. Desse modo, como afirmou Yves Clot (2000), a análise do processo de trabalho requer perceber não somente o que foi feito, mas como foi feito, o que se deixou de fazer, o que foi desfeito e o que não se conseguiu fazer. Ou seja, há modos de fazer desperdiçados e desqualificados que são fundamentais ao processo de trabalho e sem os quais seria impossível lidar com os imprevistos.

Estamos, portanto, tratando com a dimensão inventiva do trabalho sem, com isso, negligenciar os processos de exploração, de submissão, de violência que aí se presentificam. Mas dizer do caráter de dominação que permeia o processo de trabalho não fala de tudo que o trabalho é, pois deixa exatamente de lado sua dimensão inventora. A ação não está permeada apenas por formas (que são elementos importantes), mas é fabricada em um jogo de forças que não está definido a priori, uma vez que são as forças que delineiam as formas, ao mesmo tempo em que não se esgota nessas formas. Trabalho e formação podem, também, ser campo de produção de novos possíveis, de fabricação de aprendizes-inventores.

O que podemos perceber é que, ao abordar o cuidado em saúde apartado dos processos de gestão do cuidado e dos modos de fazer a formação, sedimentam-se e (re)alimentam-se algumas práticas naturalizadas que só reforçam os impasses que precisamos enfrentar. No que se refere à formação, reforça-se uma perspectiva bancária de produção e transmissão

do saber, compreendida como processo cumulativo em que saberes são depositados sequencialmente e onde cada conhecimento é hierarquicamente superior aos demais. Seus efeitos nos modos de produzir o cuidado se sacralizam em perspectivas que tomam a saúde como contraponto da doença, como ausência de doença, e o sujeito como objeto das ações de saberes fragmentados e absolutos que definem a verdade sobre o sujeito. No que se refere à gestão aborda-se essa ação como tarefa exclusiva de especialistas (gestor/administrador) que definem os modos de organizar o processo de trabalho, o modo de dispor as ações nas instituições de saúde, reduzindo o trabalho apenas à sua face prescritiva. Diferentemente disto, entendemos que gestão é sempre de processos de trabalho e... com pessoas.

Objetivamos, portanto, afirmar que formar implica dialogar com redes de saberes e de experiências. Porém, o diálogo firmado não pretende constatar, verificar ou confirmar um dado processo, tampouco observá-lo assepticamente de forma “piedosa”, ou ainda aplicar conhecimentos a uma dada situação. O que se pretende é afirmar uma prática de formação “impiedosa” que não busca observar uma trajetória, mas nela interferir produzindo desvios, desnaturalizando o que parece confortável.

Assim, é num entre-lugar que esta formação se situa, posto que não se coloca numa perspectiva basista que corre o risco de perpetuar naturalizações e, tampouco, visa a fortalecer desqualificações da experiência concreta dos coletivos. O que se deseja é disparar processos de formação-intervenção que se construam por entre as formas dadas, incitando a criação de outros possíveis, mantendo a tensão entre problematização e ação.

A experiência do curso de apoiadores da PNH⁷: um modo de fazer

Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar e refletir (FOUCAULT, 1994, p. 13).

A Política Nacional de Humanização do SUS realizou, de abril a dezembro de 2006, o curso de Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde, através de uma parceria de cooperação técnica entre Ministério da Saúde/SAS/PNH, UFF e FIOCRUZ/ENSP/EAD. O curso objetivava formar 140 apoiadores institucionais capazes de interferir na complexidade de processos que envolvem o SUS, ou seja, na dinâmica da produção da tríade saúde-doença-atenção e intervir sobre problemas de gestão dos serviços e processos de trabalho em saúde, tomando por referência a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde – PNH. A finalidade era

⁷A Política Nacional de Humanização – PNH, criada em 2003, é, por um lado, fruto de um debate no campo da Saúde Pública interessado em fazer avançar os princípios do SUS. Por outro, coloca-se como protagonista nesse debate, contribuindo para a consecução desse objetivo, fazendo propostas voltadas para a mudança dos modelos de gestão e de atenção que, no cotidiano dos serviços, são operados pelos gestores, trabalhadores e usuários.

Formação

ampliar o coletivo da PNH, multiplicando seus atores, por meio da constituição de um grupo de 14 formadores que teriam a função de acompanhar o processo de formação-intervenção de 120 apoiadores institucionais⁸. Cada formador foi responsável por um grupo de até dez apoiadores, formando com estes uma Unidade de Produção (UP)⁹. As UPs foram compostas a partir da seleção de trabalhadores engajados em serviços de saúde prioritários para a implantação e/ou consolidação da PNH local.

A proposta do curso se fez no entendimento de que [...]

[...]as práticas de gestão e de atenção são entendidas como espaços privilegiados para a introdução de mudanças nos serviços, pois são lócus importante para a reorganização dos processos de trabalho, ampliação e qualificação das ofertas em saúde (BRASIL, 2007).

A ênfase do curso se colocou na construção de fundamentos teóricos e metodológicos que permitissem aos profissionais de saúde intervir em problemas complexos presentes no contexto das instituições de saúde e dos coletivos que nela se constituem e atravessam, bem como viabilizar a construção/potencialização de redes de comunicação. Deste modo, realizou um processo de formação que considerava e partia dos lócus de intervenção dos trabalhadores em saúde, ou seja, os sistemas e serviços de saúde. O objetivo era que os profissionais de saúde extraíssem de suas vivências e experiências os elementos disparadores do estudo e da pesquisa, ao mesmo tempo em que pudessem intervir nessas “realidades”, tomando por referência a PNH e seus dispositivos.

Os princípios do curso pautaram-se em uma compreensão da formação como intervenção, ou seja, como política que “articula produção de conhecimento, interferência nas práticas de atenção e gestão, produção de saúde e produção de sujeitos de modo indissociável.” (BRASIL, 2007, p. 5). Neste sentido, as dicotomias ainda presentes no campo da saúde (Saúde Coletiva e clínica, indivíduo e coletivo, etc.), o isolamento e fragmentação dos diversos campos do saber, bem como os especialismos que contribuem para dissociar técnica e política, apontavam como desafio a afirmação de uma compreensão transdisciplinar que potencializasse a conexão entre disciplinas e práticas (BENEVIDES, 2007).

A função de apoio institucional

A função de apoio institucional, conforme proposição de Passos, Neves e Benevides (2006), implica uma ação “entre”, na interface entre produção de saúde e produção de subjetividade, entre análise das demandas e ofertas, entre as instituições de saúde e os movimentos que estranham seus funcionamentos, sejam eles movimentos sociais, analisadores¹⁰ sociais ou mesmo os movimentos sensíveis que operam aberturas e alteram os modos de sentir e perceber o mundo. Falamos, então, que o lugar do apoio funcionaria

⁸Os formadores foram selecionados de acordo com critérios como vinculação desses profissionais com o SUS, experiência em apoio institucional, trajetória em processos de humanização do SUS e conhecimento da região em que atuam os profissionais de saúde. Os apoiadores foram selecionados entre trabalhadores do SUS vinculados a serviços/sistemas de saúde, indicados por coordenações das políticas de humanização estaduais/ municipais. A partir da indicação dos profissionais, procedeu-se à análise de curriculum vitae que pontuou quesitos como experiência profissional e formação acadêmica, dentre outros.

⁹Por Unidade de Produção se define um coletivo que tem objeto e objetivo claros e definidos, e que desenvolve processos de cogestão.

¹⁰O conceito de analisador foi formulado por Guattari, no contexto da Psicoterapia Institucional, vindo a ser incorporado pela Análise Institucional Socioanalítica (LOURAU, 1977). Segundo Benevides de Barros (2007), os analisadores são acontecimentos, aquilo que produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise, que decompõe os modos naturalizados de se lidar com o cotidiano.

como um “não-lugar” (u-topos), já que ele se dá no movimento de coletivos, como suporte aos movimentos de mudança por eles deflagrados. Sua intervenção funciona como um dispositivo que dispara movimentos e produz movimentos no próprio movimento, ampliando a capacidade de reflexão e análise de coletivos através de suporte textual e tecnologias. Dizemos, então, que seu trabalho é uma tarefa “em ato”, na experimentação da intervenção. É um “fazer com”, em meio ao próprio campo e em suas interferências mútuas, ali mesmo onde se dá, no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança. No dizer dos coordenadores do curso, Brasil (2006, p. 14) [...]

[...] o apoiador não é simplesmente um consultor, que palpita sobre o trabalho e diz das mazelas do grupo; nem tampouco sua ação se resume à assessoria, indicando caminhos a partir de um suposto saber externo que atua sobre o grupo. Sem negar estas especificidades, o apoiador é alguém que penetra no grupo para acioná-lo como dispositivo, apresentando como um “fora dentro incluído”, alguém que atravessa o grupo não para feri-lo, ou para anunciar suas debilidades, mas para operar junto com o grupo em um processo de transformação na própria grupalidade e nos modos de organizar o trabalho e de ofertar ações e estratégias de saúde.

Modo de funcionamento e efeitos-ressonância do curso

Tendo em vista a abrangência geográfica do curso, dividido em quatro macrorregiões – Sudeste, Norte/Centro-Oeste, Nordeste e Sul –, decidiu-se utilizar a ferramenta EAD, por meio de parceria de cooperação técnica entre Ministério da Saúde/SAS/PNH e FIOCRUZ/ENSP, como forma de viabilizar a formação de formadores de apoiadores da PNH e de apoiadores para a PNH.

Tendo em vista a complexidade do SUS e das demandas que permeiam os serviços de saúde, o desenho do curso objetivou partir das experiências concretas dos sujeitos, vivenciadas no processo de trabalho, afirmando seu protagonismo no processo de formação. Neste sentido, o curso foi organizado de modo a viabilizar o encontro e compartilhamento das experiências tecidas no cotidiano do SUS a partir da problematização das ações nos serviços/sistemas de saúde e na elaboração de propostas de intervenção a serem desenvolvidas pelos apoiadores institucionais nos serviços/sistemas em que estavam inseridos. As atividades abarcaram encontros presenciais (locais, regionais e nacionais) que objetivaram a apropriação dos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH; encontros virtuais, com utilização de ambiente virtual disponibilizado pelo sistema VIASK/EAD/FIOCRUZ, visando a discutir o cotidiano de trabalho no SUS, acompanhar as intervenções efetuadas pelos apoiadores e elaborar

Formação

relato monográfico com análise da experiência vivenciada, que foi apresentado e debatido em encontro nacional.

A partir dos encontros nacionais/regionais, cada UP¹¹ construiu um plano de estudo para discutir os princípios, diretrizes e dispositivos da PNH, e um plano de intervenção que abarcava os planos de intervenção que cada apoiador desenvolveria no sistema/serviço a que se vinculava.

Os planos de estudos e de intervenção dos apoiadores foram acompanhados diretamente pelos formadores, em parceria com apoiadores pedagógicos, função desempenhada pelas autoras, que tinham como função fornecer suporte teórico-metodológico, pedagógico e político aos formadores. Cabe ressaltar que o plano de intervenção de cada apoiador implicou o mapeamento das demandas do sistema/serviço ao qual o apoiador se vinculava, a definição de um dos dispositivos da PNH que nortearia a intervenção, bem como a pactuação da intervenção com o sistema/serviço. O mapeamento configurou-se como um analisador que permitiu dar visibilidade a várias questões que perpassam as políticas públicas de saúde no Brasil: as relações de poder, as dificuldades em efetuar processos de referência e contrarreferência, o modo de lidar com os direitos dos usuários, o controle social, a hierarquização e o patrimonialismo presentes nas práticas de gestão do SUS, a iniquidade das políticas públicas, as dificuldades na capilarização da Política de Humanização do SUS, dentre outros.

No decorrer do processo de formação, os apoiadores foram estimulados a problematizar seu saber-fazer e a criar estratégias de intervenção frente aos desafios colocados nos sistemas/serviços de saúde. Ao mesmo tempo, o modo de organização e funcionamento do curso tinha como princípio e desafio a afirmação do protagonismo e corresponsabilização dos sujeitos no processo de formação-intervenção, o que implicou a pactuação coletiva dos modos de funcionar do curso, a efetuação de desvios aos caminhos prescritos de modo a possibilitar que a formação se efetuassem como criação de formas de ação e não como “fôrma” modelar. A construção de redes e o fomento/expansão das redes já existentes foi uma estratégia que permeou todo o processo de formação.

O acoplamento entre plano de estudos e plano de intervenção permitiu aos apoiadores dispararem discussões nos sistemas/serviços de saúde, trazendo para o debate o cotidiano de trabalho no SUS, as experiências de reinvenção do SUS, os impasses vivenciados no cotidiano de trabalho, os limites dos diversos campos de saber e das tecnologias existentes frente à complexidade das demandas atuais que permeiam a saúde, a necessidade de potencializar as redes existentes.

Os relatórios efetuados pelos formadores e o relatório monográfico dos apoiadores permite-nos perceber que a proposta do curso, seu desenho e modo de funcionamento viabilizaram não apenas a apropriação de princípios, diretrizes e dispositivos da PNH.

¹¹Foram constituídas 14 UPs, que abarcaram: UP Norte, UP Nordeste 1, UP Nordeste 2, UP Nordeste 3, UP Espírito Santo, UP Minas Gerais, UP São Paulo, UP Rio Grande do Sul, UP Paraná, UP Santa Catarina, UP Rio de Janeiro, UP RJ/Metropolitana, UP Centro-Oeste, UP Distrito Federal.

Tão importante quanto o estudo dos princípios teórico-metodológicos da PNH foram os movimentos disparados pelas intervenções dos apoiadores nos sistemas/serviços. Os processos de intervenção possibilitaram criar estratégias para enfrentar desafios, tais como: articulação de iniciativas de humanização do SUS, até então isoladas; mapeamento do processo de trabalho nos serviços de saúde, identificando pontos críticos e elaborando estratégias de superação; criação de rodas de conversa incluindo trabalhadores, gestores e usuários para reflexão acerca do processo de trabalho e da assistência nos serviços de saúde; organização de fluxos de atendimento, melhorando acessibilidade e identificando ações a serem implementadas, no sentido de possibilitar atendimento em saúde com resolutividade; fortalecimento de uma política de formação permanente dos trabalhadores do campo da Saúde. Os planos de intervenção dispararam rodas de conversa nos serviços, interferindo nos modos de gestão e atenção instituídos. Os apoiadores indicam que o curso lhes permitiu ampliar suas caixas de ferramentas, qualificando ações já disparadas, ampliando a capacidade de análise dos profissionais da saúde.

Por fim, podemos dizer, a partir das avaliações efetuadas pelos participantes do curso, que essa ação se constituiu como oportunidade de problematização da experiência de trabalho vivenciada pelos profissionais da saúde, uma vez que privilegiou o compartilhamento de experiências entre esses atores, e destes com os profissionais de saúde atuantes nos sistemas/serviços em que as intervenções se deram, e os usuários do SUS.

Desse modo, o curso foi um dispositivo que provocou agregação, fomentou grupalidade, aqueceu redes esfriadas em função de isolamentos das ações no campo da Saúde, permitiu construção de redes novas e colocou a humanização das ações de saúde em pauta.

Formação como intervir “entre”

Iniciamos este artigo trazendo um diálogo com pesquisadores que vêm discutindo e problematizando os processos de formação dos profissionais de saúde. Boa parte da produção acadêmica preocupada com o fortalecimento dos princípios do SUS, portanto, tem acentuado o caráter fragmentador das ações de formação instituídas. A oposição teoria-prática, estudo-intervenção, sujeito-objeto, pesquisa-ação, tem contribuído na perpetuação de processos de formação divorciados dos processos de trabalho, ou seja, da experiência concreta dos sujeitos. Ao trazer a experiência do Curso de Formadores e Apoiadores da PNH, não buscamos acenar com um novo modelo de formação, mas compartilhar experiências de apostas em práticas de formação conectadas ao processo de trabalho. Entre práticas apaziguadoras, que não vêm perspectivas de interferência nos dilemas que vivemos no presente, e práticas de desassossego que indagam as evidências que nos constituem (FOUCAULT, 1985) se forjam os processos de formação.

Formação

A formação se constitui no entre, no embate do plano de forças e das formas já constituídas. Como afetar? Como produzir movimentos nos serviços de saúde permeados por práticas de invenção e, também, por processos de banalização da iniquidade, pelo sucateamento da existência? Como fazer da formação um processo de escrita nômade que reinventa caminhos ao caminhar? Como produzir redes quentes?

Como nossa aposta não é nos processos de formação modelares e modeladores, algumas questões, do nosso ponto de vista, merecem uma discussão entre aqueles que têm como matéria de trabalho o campo da formação. Se a aposta da formação tem como princípio a problematização das práticas em saúde, é importante refletir como vimos lidando com os processos de aprendizagem. A concepção que postula a aprendizagem como ação que se dá entre um sujeito e um objeto já dado a priori, acaba por reificar aquelas noções que postulam, de um lado, emissores, e de outro, receptores (ainda que estes sejam tomados como sujeitos ativos do processo de conhecimento). Entender a formação deste modo tem significado a anulação do protagonismo dos sujeitos, bem como práticas de formação descoladas dos contextos sociais, geopolíticos e culturais. Tem redundado também em ações de formação homogenizadoras que acabam por separar técnica e política, formação e ação. As especificidades dos serviços/sistemas de saúde requerem torção nos modos de fazer formação, a fim de que seja possível acolher essas diferentes realidades não como um já dado, mas como movimento de desestabilização do próprio processo de formação.

Um dos desafios cruciais para aquelas propostas de formação que têm como princípio a indissociabilidade entre formar, cuidar e gerir é que as políticas que têm como princípio a construção/potencialização do protagonismo dos profissionais e usuários são contra-hegemônicas aos modos hegemônicos com que muitas políticas de governo se fazem. Estas últimas se alimentam da produção de práticas tutelares que visam à perpetuação de redes de dependência e isolamento.

Entre os interesses das corporações, a precarização do trabalho, a desqualificação dos usuários e das redes sociais, as práticas privatistas e patrimonialistas, as experiências de desencantamento do SUS, constituem-se modos de cuidar e de gerir. Assim, modos de saber se forjam no cotidiano de trabalho, desviando-se de prescrições reificadas. Partir desses modos de saber-fazer é fundamental, se desejamos efetuar processos de formação que funcionem como dispositivos de intervenção nas práticas de produção de saúde.

Referências

- BARROS, M. E. B. *Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.; CECCIM, R. (Org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 131-151.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. *A humanização como dimensão pública das políticas de saúde*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005a.
- _____. *A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces?*. *Psicologia & Sociedade*. Porto Alegre, v. 17, n. 2, maio/ago. 2005b.
- _____. *Humanização na saúde: um novo modismo?*. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005c.
- BENEVIDES, R. D. B. *Grupos: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Curso de Formação de Formadores e de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde*. Projeto de Cooperação Técnica. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. *Curso de Formação de Formadores e de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde*. Relatório final. Brasília, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. *O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social*. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- CLOT, Y. et al. *Entretiens en autoconfrontation croisée: une méthode en clinique de l'activité*. *Pratiques psychologiques*, [S.l.], v. 1, p. 53-62, 2000.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1985. v.1.
- _____. *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1994.
- FUGANTI, L. A. *Saúde, desejo e pensamento*. In: LANCETTI, A. (Org.). *Saúde e loucura*, 2. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 19-82.

Formação

HENRIQUES, R. L. M. et al. *A Integralidade do cuidado em saúde e a formação profissional*. In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 4., 2005, Belo Horizonte. Anais... Belo Horizonte, 2005.

MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p. 41-66.

PASSOS, E.; NEVES, C. A. B.; BENEVIDES, R. B. *Apoio institucional*. [S.l.: s.n.], 2006. No prelo.

PINHEIRO, R. et al. *A integralidade na prática da formação e no cuidado em saúde*. In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 6., 2005, Belo Horizonte. Anais... Belo Horizonte, 2005.

SCHWARTZ, Y. *A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes*. Trabalho & educação. Belo Horizonte, n. 7, p. 38-46, jul./dez. 2000.

VEYNE, P. *Como se escreve a história (1971) e Foucault revoluciona a história*. Brasília: UnB, 1978.

Saúde e humanização na região Norte: perspectivas e desafios do processo de formação no Estado do Pará

Ana Cristina Soeiro Salgado¹

Raquel Turci Pedrosa²

Luiz Guilherme Nascimento Martins³

Terezinha Francisca Moreira⁴

Artigo



¹Psicóloga e membro da Coordenação Estadual de Humanização da Secretaria de Estado de Saúde Pública (Diretoria Técnica/SESPA). Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade do Estado do Pará. Coordenadora do Curso de Formação de Apoiadores no SUS-Pará. acsalgado@uepa.br.

²Psicóloga, consultora da PNH e co-coordenadora da Câmara Técnica de Formação da PNH até 2009. raquel_pedroso@uol.com

³Psicólogo e terapeuta familiar, coordenador estadual de humanização (SESPA). lgmartins@gmail.com

⁴Enfermeira, psicóloga, consultora da PNH e coordenadora do processo de trabalho da Política Nacional de Humanização na Região Norte. teresinhamoreira@terra.com.br

Resumo

O Estado do Pará vem implementando nos três últimos anos importantes ações de humanização, que têm como um de seus focos a sensibilização e formação dos trabalhadores para a difusão e capilarização da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) nos municípios paraenses. Em 2008, considerando a inseparabilidade entre formação-intervenção, teve início o Curso de Educação Permanente para Formação de Apoiadores da PNH no SUS – Pará, atividade pioneira na região e direcionada a 30 trabalhadores estaduais e municipais. O curso previa como produto a elaboração de análises de cenário com identificação das linhas de ação, construídas no coletivo dos espaços de trabalho, funcionando também como uma oportunidade para identificação de apoiadores institucionais com potencial para atuar como formadores em ações disparadas no âmbito estadual. Os resultados desta experiência demonstraram que ainda é necessária a apropriação dos referenciais da PNH como política pública de saúde, aumentando o protagonismo e responsabilização dos trabalhadores do SUS-Pará na concretização de mudanças na atenção e gestão e na sustentação dos coletivos e do trabalho em rede.

Palavras-chave:

humanização, sensibilização, formação, coletivos, rede.

Formação

Introdução

O fortalecimento do processo de humanização no Estado do Pará tem sido intensificado nos últimos três anos através das iniciativas disparadas pela Coordenação Estadual de Humanização, setor vinculado à Secretaria de Estado de Saúde, com o apoio institucional da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) no sentido do acompanhamento, monitoramento e avaliação das frentes de trabalho.

Localizado em um território marcado pela exuberante riqueza natural, o Pará enfrenta expressivos desafios que incluem sobretudo a regionalização da saúde, o aumento da participação social e a ordenação e fortalecimento da rede primária de atenção, considerando sua posição como segundo maior território geográfico da Região Norte, com uma população superior a sete milhões de habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007) composta por etnias indígenas, ribeirinhos e quilombolas. Com 143 municípios, o Pará concentra locais de difícil acesso, o que se reflete em especificidades que desafiam o planejamento regional e as políticas públicas no que se refere à alocação de recursos e à consolidação do SUS no caminho da superação das desigualdades intra e inter-regionais (OLIVEIRA, 2008).

O contexto histórico das ações de formação de apoiadores no estado do Pará

Em fevereiro de 2008, durante a reunião do Coletivo Nacional que incluiu representantes dos estados do norte do País, foi concretizado um plano de formação de apoiadores para a região, considerando a escassez em investimentos e prioridades das políticas públicas naquele território. Tal demanda surgiu em função das características e especificidades desta área geográfica que, apesar do avanço técnico e político, ainda se mantém distanciada no seu desenvolvimento social e econômico, reforçando uma posição de desigualdade em relação às outras regiões brasileiras. Um dos encaminhamentos derivados daquele encontro ressaltava a necessidade de priorizar a Região Norte nos investimentos e apoio federais, de modo a facilitar a capilarização da Política Nacional de Humanização, superando as fronteiras e peculiaridades locais regionais, o que representava uma aposta mas também um desafio importante no cenário nacional das ações da PNH.⁵

As ações de formação da PNH no Pará se iniciaram no primeiro semestre de 2008, como uma primeira etapa de “Oficinas de Sensibilização Humanizausus-Pará”, realizadas nos meses de maio, junho e agosto do mesmo ano, num total de quatro oficinas, como atividades iniciais do Plano de Formação da Região Norte, o qual previa a formação de apoiadores institucionais (CAMPOS, 2005b) para sustentar processos de mudanças da gestão e atenção do SUS estadual. O objetivo desta iniciativa estava relacionado à necessidade de instrumentalizar os trabalhadores da saúde para intervenção nos processos de trabalho (CAMPOS, 2005a), considerando as peculiaridades locais e regionais, com o objetivo de fomentar mudanças nos

⁵Em 2006, dois trabalhadores foram escolhidos para participar do primeiro Curso Nacional de Formação de Apoiadores da PNH e os resultados apontaram para a necessidade de uma ampliação da articulação em rede para sustentar a implementação da PNH, bem como a ampliação do coletivo responsável por essa frente. Esta experiência funcionou como um indicador que revelou que a inserção em processos de formação não implica necessariamente no engajamento em ações concretas de transformação, o que, na realidade estadual, talvez seja reforçado pela pouca existência de coletivos fortalecidos em torno desta proposta. Há que se considerar também que, diferentemente de outros estados brasileiros, a saúde pública ainda é um tema pouco problematizado nos cursos de graduação em saúde, o que dificulta a muitos trabalhadores apropriarem-se de sua condição de gestores do processo.

modos de operar e produzir saúde (AYRES, 2004), a partir dos princípios e diretrizes propostos pela PNH. Como afirmam Benevides e Passos (2005b), esta ação implicava no enfrentamento do desafio conceitual e metodológico concernente à Política Nacional de Humanização, ao mesmo tempo em que demandava a análise de um território ainda pouco explorado em relação à implementação da PNH.

O objetivo dessa etapa inicial, voltada para a sensibilização dos trabalhadores estaduais e municipais, foi realizar um mapeamento de possíveis atores com potencial para ingressar em processos de formação como apoiadores institucionais, concretizando-se também como uma importante oportunidade para divulgação dos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH, bem como para consolidação de parcerias para o fortalecimento da rede (CECÍLIO, 2001). Participaram desta fase aproximadamente 120 pessoas provenientes de diferentes municípios paraenses, todas com trajetória de trabalho na saúde.

Além do objetivo estratégico de fortalecer a rede, as oficinas de sensibilização tiveram como resultado a identificação de um grupo de trinta trabalhadores que passariam à fase seguinte da formação, consolidada como um curso de educação permanente para formação de apoiadores.

A importância de formar apoiadores da PNH no Pará já havia sido identificada formalmente no ano de 2006, durante a I Oficina HumanizaSUS Belém, primeiro encontro realizado de forma tripartite na capital paraense, quando trabalhadores das esferas federal, estadual e municipal reuniram-se para planejar e discutir a implementação de ações humanizadoras no âmbito da saúde naquele Estado. O motivo justificado para essa demanda era a necessidade de sensibilizar os trabalhadores do SUS para atuar na difusão da PNH, no que tange aos seus princípios, diretrizes, dispositivos e método, ocasião que serviria também como estratégia da construção e do trabalho em rede.

Àquela altura, uma problemática observada no cotidiano com os trabalhadores do SUS referia-se à dificuldade de apropriação dos dispositivos ofertados pela Política Nacional de Humanização, considerando que a maioria das pessoas que participavam de ações de humanização no Estado não tinham um conhecimento sistemático e aprofundado sobre a PNH, fato que poderia comprometer o entendimento político do ideário da proposta e, conseqüentemente, o fortalecimento e intensificação do processo de divulgação e capilarização das ações para os municípios paraenses.

Outra dificuldade identificada no contato com os trabalhadores estava pautada na sensação de impotência experimentada pelos mesmos quanto ao enfrentamento e superação dos problemas presentes nas instituições de saúde, envolvendo a tríade trabalhador, gestor e usuário. Este comportamento era manifesto sob a forma de descrença em relação à possibilidade de

Formação

mudança, fato que reforça a assimetria nas relações de trabalho e a alienação do trabalhador diante de seu trabalho, dificultando a relativização de concepções e práticas hierárquicas e menos participativas e inclusivas.

Reforçada à banalização do termo no terreno da saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005a), a humanização era frequentemente associada a uma política de governo comprometida com interesses político-partidários, dificultando o entendimento de sua inspiração como política pública.

Após a fase de sensibilização, as ações de formação de apoiadores foram planejadas como uma estratégia para a descentralização e capilarização da PNH na região, em função das características e especificidades desta área geográfica, que apesar do grande porte, ainda se mantém distanciada de outras regiões do país, fortalecendo a fragmentação das ações em saúde e dificultando a superação das desigualdades em comparação a outras regiões brasileiras, tema que certamente permeia as discussões sobre o processo de humanização do SUS. Outro fato referia-se à necessidade de sensibilização dos trabalhadores para a compreensão e implicação nas questões teórico-conceituais e metodológicas explicitadas pela PNH, superando assim algumas concepções presentes no senso comum que associam o movimento da humanização do SUS a uma visão idealizada e de difícil operacionalização, conforme constado em depoimentos de trabalhadores.

Um desafio, portanto, já se anunciava: realizar um processo de formação considerando a indissociabilidade entre formação/intervenção e atenção/gestão e incluir os participantes em um processo que depende da possibilidade de cada um colocar em análise seus processos de trabalho e intervir neles junto aos outros coletivos do qual fazem parte. O método da formação reaviva o tensionamento existente nos processos de trabalho porque se constitui no entre, no embate do plano de forças e das formas já constituídas (HECKERT; NEVES, 2007).

A formação de apoiadores da PNH

A solidificação das ações em direção à formação de apoiadores da PNH ocorreu através da realização do Curso de Educação Permanente para Formação de Apoiadores da Política de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS – Pará, promovido pela Coordenação Estadual de Humanização com o apoio da Coordenação Nacional da PNH/Ministério da Saúde e parceria com a Escola Técnica do SUS-Pará.

O curso foi destinado a técnicos e profissionais inseridos em diversos campos da saúde em municípios paraenses, em um total de 30 participantes. Foram critérios de inclusão a participação nas oficinas de sensibilização e a inserção de trabalho no contexto do SUS estadual e/ou municipal, especialmente em espaços estratégicos para a capilarização e fortalecimento da PNH.

O curso foi planejado objetivando atender a três metas, considerando o cenário local: 1) formar apoiadores da PNH no Estado do Pará, visando à produção de intervenção nos modelos de gestão e atenção no SUS local, 2) constituir um grupo de trabalhadores que atuam no SUS-Pará com potencial para atuar na condução de processos de formação da PNH; e 3) potencializar a ação dos trabalhadores inseridos no SUS-Pará de modo a fortalecer a capilarização da PNH nos municípios paraenses, em consonância com o Plano Estadual de Humanização.

Como requisito da formação, os participantes produziram análises de cenário em seus territórios de inserção, com o esboço de linhas de ação a serem implementadas pelos apoiadores. A elaboração dessas frentes de trabalho foi acompanhada por um grupo de trabalhadores pertencentes à coordenação do curso, que atuaram como interlocutores do processo junto aos participantes, os quais foram denominados “apoiadores da formação”⁶, denominação utilizada para designar os participantes do grupo coordenador que atuaram no apoio pedagógico. Vale ressaltar que a experiência decorrente do acompanhamento ao processo revelou a necessidade de reflexão sobre a representação que o grupo de participantes constrói sobre o grupo coordenador, o que revela a necessidade de cuidado no enfrentamento das relações de poder que permeiam o próprio processo de formação.

Um dos resultados relevantes do curso foi a possibilidade de compreender e identificar as demandas de formação locais, aprofundando os resultados já alcançados anteriormente com as oficinas de sensibilização, que apontaram a necessidade de priorizar municípios estratégicos para a capilarização da PNH, considerando a dificuldade de contemplar com essas ações a vasta extensão territorial do Estado.

O curso foi planejado para ser executado em 160 horas, sendo 100 horas de atividades presenciais (divididas em três módulos) e 60 horas de atividades de dispersão. A coordenação do curso, em parceria com o Ministério da Saúde, definiu que esses participantes, especialmente nos períodos de dispersão, se organizariam em duplas ou grupos com maior número de pessoas, com inclusão de trabalhadores da gestão e da atenção, os quais tinham como tarefa a realização de análises de cenário, ficando os participantes agrupados em duas categorias, conforme o quadro abaixo:

Núcleos Territoriais – prioridade aos municípios com capilarização da PNH já em andamento	Núcleos Temáticos – prioridade a áreas necessitadas em termos de fortalecimento por meio de ações de humanização
Marabá, Parauapebas, Tucuruí, Santarém, Conceição do Araguaia, Redenção, Igarapé-Açú, Acará, Oriximiná.	Atenção Básica, Atenção Hospitalar, Saúde Indígena e Populações Tradicionais, Saúde Mental.

⁶Optou-se pelo uso dessa expressão considerando que os participantes do grupo não se percebiam como formadores dos apoiadores mas sim, como apoiadores da PNH, também em processo de formação, o que representava uma condição semelhante, em certo sentido, aos participantes do curso. Na prática, entretanto, a diferença se configurou pelas ações administrativas e de apoio pedagógico, atributos do grupo coordenador.

Formação

Os principais temas abordados incluíam a estrutura e funcionamento do SUS; a PNH no contexto do SUS; função apoio institucional; princípios, método e diretrizes da PNH, incluindo ativação de redes sociais, valorização do trabalho e do trabalhador, clínica ampliada, acolhimento, cogestão, entre outros.

A primeira atividade de dispersão consistia na utilização do Método da Roda (CAMPOS, 2003) nos espaços de trabalho com a finalidade de compartilhar a experiência do curso e construir nesse coletivo a análise de cenário, com base em um roteiro apresentado previamente. Esse instrumento tinha, portanto, mais o objetivo de ser um disparador de processo do que uma finalidade em si, cuja utilização pudesse estar desvinculada do cotidiano do trabalhador.

No segundo encontro, os participantes trouxeram essas experiências e a narrativa do que havia sido possível construir até aquele momento, já que na fase seguinte a tarefa seria a construção de linhas de ação para implementação da PNH, o que deveria ser feito como os pares, nos locais de trabalho.

Esta construção com os coletivos locais tinha também como objetivo o exercício da função apoiador, considerando a indissociabilidade formação-intervenção, que implicava colocar em análise os saberes, poderes e afetos que permeiam as relações. A experiência de convívio com os trabalhadores demonstrou que a análise desse entrelaçamento de relações não é um exercício fácil pois sua realização depende tanto da capacidade de escuta de outros discursos, quanto da habilidade para observar os outros, fazendo ou sofrendo impactos da prática.

A experiência do uso de um roteiro de análise de cenário colocou para o grupo condutor do processo de formação algumas aprendizagens ao longo do curso:

- O roteiro, quando houver, precisa ser problematizado com o grupo e adaptado às necessidades e realidades locais;
- A análise de cenário não está desvinculada da intervenção: a análise é intervenção e para analisar/intervir é preciso estar implicado;
- É necessário o uso do Método da Roda (CAMPOS, 2003) nas análises de cenário para o fortalecimento da gestão democrática e participativa;
- Há necessidade de apoios pontuais e presenciais do grupo de apoiadores da formação, no período de dispersão, para a superação da dimensão burocrática da análise tradicional do cotidiano de trabalho.

A participação da coordenadora da PNH na Região Norte mostrou-se de grande importância para o enriquecimento das discussões, considerando que já existia por parte da maioria dos participantes um vínculo anterior com a mesma, através de eventos realizados no âmbito estadual. Assim, as discussões também funcionaram como indicativos do andamento do processo de humanização no Estado, constituindo-se como um espaço para prover informações sobre a repercussão das ações já realizadas, especialmente em municípios onde se identificam movimentos de capilarização da PNH.

De modo geral, observou-se que a trajetória de inserção no SUS se dava de maneiras variadas, o que fazia com que alguns tivessem mais facilidade de desenvolver alguns temas do que outros, por conta inclusive do tempo de trabalho. Certamente, outras habilidades, como inserção em outros espaços, como conselhos de saúde e movimentos sociais, participação em ações de humanização nos moldes da PNH, características pessoais – por exemplo, compreensão e motivação para atuar na função de apoiador e comprometimento para com a militância do SUS, também se revelaram diferenciais importantes.

Esperava-se com esse curso, como já dito anteriormente, identificar potenciais atores para atuarem como formadores e apoiadores pedagógicos em novas ações de formação no Estado⁷. Para tanto, os participantes deveriam ao longo do curso se comprometer com seus processos de aprendizagem, apresentar uma disponibilidade para escuta e participação em processos de formação dialógica e reflexiva, manifestar interesse pelo fortalecimento de processos coletivos e democráticos e aproximação com os princípios, diretrizes e método da PNH.

Como nem todos os participantes demonstraram ao final do curso perfil para atuar à frente de processos de formação da Política Nacional de Humanização, houve a necessidade de refletir sobre o seu papel como apoiadores da PNH, o que implicava pensar em soluções inclusivas e que pudessem gerar mecanismos compensatórios à natureza em parte excludente do processo. De certa forma, tal tensão era amenizada pela própria denominação do curso – “formação de apoiadores” - mas a expectativa de que alguns atuariam no futuro como “formadores” havia sido revelada nas oficinas de sensibilização, o que produziu uma reflexão metodológica importante sobre a finalidade da formação atual e as estratégias de continuidade futuras, entre as quais, o lugar dos participantes nas ações de formação realizadas no futuro. Uma observação preliminar era de que nem todos atuariam como “formadores”, embora com potencial para atuarem como apoiadores da PNH no Estado, lugar este que depende também de uma série de variáveis. A idéia inicial era a de que, após a realização do curso, todos viessem a fazer parte do Coletivo Ampliado da Humanização no Estado do Pará, fortalecendo assim o trabalho em rede.

⁷Partindo desta perspectiva, pretende-se realizar a concretização da próxima etapa da formação, prevista para o segundo semestre de 2009, quando alguns dos apoiadores que concluíram o curso, atuarão na função de formadores.

A PNH em curso: da superação da incerteza à experiência de responsabilização na construção de rede;

Os depoimentos dos trabalhadores revelaram que os encontros iniciais com a PNH frequentemente são acompanhados por uma sensação de impotência e descrença, pela distância existente entre os ideais da humanização e o cotidiano do trabalho, o que normalmente suscita questionamentos sobre como sustentar a proposta da PNH na prática de um cotidiano permeado e atravessado pelas contradições presentes no dia-a-dia dos serviços e da gestão. Um dos questionamentos recorrentes no início do curso referia-se à tensão sobre os modos de fazer humanização quando não se tem o apoio dos gestores, fato ressaltado como fundamental para a mudança de práticas hegemônicas existentes no SUS.

Durante a realização dos encontros, houve a preocupação de enfatizar o compromisso para com o curso, sendo pontuada a importância da frequência e pontualidade às atividades como um critério de certificação, informação esta que constava no projeto do curso recebido pelos participantes. Embora possam parecer injustificadas preocupações desta natureza quando se propõe o exercício da autonomia e protagonismo, o estabelecimento de regras de funcionamento grupal, ainda que flexibilizadas por algumas situações especiais, é uma forma de demonstrar que existe uma organização no funcionamento do curso, ainda que se adote uma metodologia mais aberta no processo de construção e troca de conhecimento. A pactuação grupal, acompanhada das discussões sobre a inseparabilidade da formação-intervenção, apontou para a intensificação da responsabilização dos trabalhadores quanto ao processo de formação.

Os relatos dos trabalhadores revelaram a escassez de espaços de reflexão nas instituições que favoreçam a problematização dos processos de trabalho, o que foi apontado como importante para diluir os tensionamentos e compartilhar as experiências, especialmente pela progressiva apropriação do papel dos trabalhadores nas transformações e cogestão do SUS.

A crescente grupalidade experienciada no grupo e a oportunidade de estar em roda foram mencionadas na avaliação feita pelos participantes como pontos positivos no processo, sendo que após a realização do último módulo alguns subgrupos permanecerem em contato regular para planejar e executar alguns encaminhamentos pactuados ao final das atividades.

Na avaliação dos participantes, foi destacado que há conteúdos que mereceriam um maior aprofundamento como, por exemplo, cogestão, rede e avaliação. O que se observa nesses espaços de formação é que há uma demanda por parte dos trabalhadores do SUS-Pará em direção ao aprofundamento de sua compreensão sobre a PNH e sobre os referenciais teórico-metodológicos que a sustentam, o que talvez se exprima na angústia inicial já

relatada, quando os participantes entram em contato com a proposta. No entanto, quando a abordagem dos temas ocorre de forma sistemática, parece haver uma maior facilidade para compreender o significado e a forma de operacionalização da PNH, o que se verificou através dos elogios feitos à forma de apresentação de um dos consultores.

Foi necessário trabalhar junto aos participantes a análise do processo de formação mais do que seu produto, visto que durante o acompanhamento percebia-se uma preocupação na apresentação de uma descrição do cenário, em detrimento de uma observação mais analítica dos processos e forças em ação operando sobre este. O acompanhamento aos apoiadores revelou que nem todos conseguiram construir grupidades para a elaboração da análise, o que se refletiu, em alguns casos, em descrições predominantemente focadas em uma ótica pessoal. Talvez este tipo de enfoque tenha sido reforçado por equívocos na condução metodológica do processo que focalizaram a importância da tarefa, de certa forma com um direcionamento previamente estabelecido, já que foi entregue aos participantes a sugestão de um roteiro para realização da análise.

Embora em muitos momentos os participantes identificassem problemas na gestão dos serviços, a análise das dificuldades ainda se manteve centrada em questões macroestruturais. Um aspecto frequentemente citado nas apresentações foi o desconhecimento do SUS por parte dos trabalhadores e a crença de que as mudanças só ocorrem quando há apoio da gestão, conteúdo que repetia uma análise inicial dos participantes quando o curso se iniciou. Neste sentido, observa-se a necessidade de que os processos de formação produzam nos atores envolvidos a percepção de que a humanização, longe de ser uma proposta romântica e idealizada, é sobretudo uma proposta de transformação dos processos de trabalho, que visa colocar em análise idéias e práticas vigentes que fortalecem a alienação e o não-engajamento da maioria dos trabalhadores.

Considerando o que foi abordado anteriormente, faz-se necessário que a análise de cenário seja entendida como uma oportunidade de exercitar constantemente a problematização dos processos de trabalho por meio do fortalecimento do trabalho em rede, o que certamente auxilia a compreensão das forças que mantêm os campos problemáticos em saúde. Mais do que uma tarefa, é um exercício constante que requer do trabalhador a capacidade para colocar em análise o seu próprio lugar. Em relação a isto, muitos trabalhadores relataram que a realização da análise propiciou um olhar e escuta mais apurados sobre seus cotidianos de trabalho, aumentando a compreensão de seu papel como apoiadores da PNH. Como relataram alguns participantes, foi o “aprender-fazendo” que tornou possível compreender a proposta da Política Nacional de Humanização.

O desafio de “mudar para intervir” (BENEVIDES; PASSOS, 2005b) foi ressaltado nas discussões quando foi mencionada a inversão metodológica proposta pela PNH no que se

Formação

refere à investigação/intervenção sobre os campos problemáticos. De forma interessante, alguns relatos demonstraram que a realização da análise de cenário desperta a atenção dos outros trabalhadores. Neste sentido, cabe mencionar que alguns participantes já foram convidados para apresentar suas análises de cenário nos seus espaços de trabalho, entretanto, as motivações para esta demanda ainda precisam ser melhor compreendidas.

Outro aspecto que merece destaque refere-se ao fato de que alguns apoiadores, no decorrer do curso foram convidados para ocuparem funções de gestão no SUS, fato que inclusive produziu dúvidas quanto à tarefa proposta, em função das mudanças no espaço de trabalho. Esta experiência reforça mais uma vez a necessidade de que a análise de cenário extrapole a dimensão do espaço físico onde se insere o apoiador, sendo flexibilizada para incluir também os processos de transição e deslocamento que às vezes ocorrem de maneira imprevista, incluindo-os também como componentes do cenário analisado.

A análise preliminar da formação em saúde sob o enfoque da PNH

De modo geral, a avaliação do processo de formação no Estado do Pará é positiva, considerando que já são percebidos alguns efeitos do processo, a exemplo da participação dos apoiadores nas atividades promovidas pela Coordenação Estadual de Humanização em parceria com a PNH, durante o Fórum Social Mundial, realizado em Belém, no período de 26 de janeiro a 2 de fevereiro de 2009.

Após o término do curso, trabalhadores inseridos na formação decidiram implementar o Núcleo de Humanização e Saúde Mental, que realiza reuniões periódicas para programar conjuntamente as ações neste campo, como um exercício de aposta na cogestão. Do modo semelhante, o Coletivo da Atenção Básica, também formado por apoiadores, continua suas reuniões periódicas, com uma programação de atividades que incluem a realização de eventos de sensibilização sobre a PNH para os trabalhadores do SUS.

No início do mês de julho de 2009, Parauapebas realizou o IV Seminário Municipal de Humanização, com a participação dos apoiadores no planejamento e execução da programação do evento. Poucos dias antes, a Coordenação Estadual, em parceria com uma das apoiadoras que integraram o curso, realizou uma ação conjunta com o Museu Emílio Goeldi e UNICEF, com o objetivo de discutir a saúde indígena à luz da PNH, tendo como alvo as tribos Gavião e Uai-Uai, localizadas respectivamente nos municípios de Marabá e Oriximiná.

Como afirma CAMPOS (2005a), no debate sobre a humanização há que se contemplarem duas dimensões. A primeira refere-se à necessidade de produção de novas

utopias, enquanto que a segunda refere-se à capacidade de interferir nas práticas em saúde. Como o Pará vem passando por uma renovação de mão-de-obra com ingresso de novos concursados, haja vista que tradicionalmente grande parte dos cargos públicos era frequentemente ocupada por servidores temporários, acredita-se na possibilidade de uma maior continuidade nas ações à medida que as pessoas exercem sua capacidade de refletir sobre os processos de trabalho. Diferentemente do passado, os trabalhadores incluídos nas ações de formação possuem vínculos estáveis com o trabalho, o que tende a aumentar o seu envolvimento nas transformações.

Atualmente, todos estes trabalhadores passam por um processo de ingresso com quatro módulos teóricos incluindo conteúdos sobre o SUS, direitos e deveres, seguridade social e humanização⁸ - este último, ministrado por uma das apoiadoras que concluiu a formação. Esta iniciativa ainda está limitada a um número reduzido de trabalhadores estaduais, mas representa uma excelente oportunidade de contato com a proposta da PNH. Ampliar estes espaços de divulgação e sensibilização é criar um terreno fértil para processos de formação futuros e para a incorporação da humanização nos cotidianos de trabalho, produzindo e ao mesmo tempo resgatando o encantamento dos trabalhadores, o que para muitos demanda tempo e elaboração.

Campos (2005b) considera a humanização como um processo social e subjetivo que implica na transformação dos sujeitos e na ampliação de sua capacidade para agir nas relações. Os modelos dicotomizados e hierarquizados de gestão ainda prevalecem sobre a maioria das instituições de saúde estaduais e esta realidade foi expressa nos depoimentos de muitos trabalhadores. Por outro lado, o desejo de renovação e o clamor por mudanças apontam para a imperiosa tarefa de descobrir novos enfrentamentos para os padrões rígidos e cristalizados de agir que dificultam e desestimulam as mudanças, ainda que os trabalhadores reconheçam a necessidade delas.

Na Região Norte, o Pará ocupa lugar de destaque na capilarização da PNH, cuja sedimentação e sustentação tem sido fortemente influenciada pela formação de apoiadores. Alguns deles têm tido importante papel no estabelecimento de pactuações com segmentos da gestão municipal e da rede de atenção em saúde. As ações em alguns locais já começam a ganhar força e a potencializar o Coletivo Ampliado de Humanização do SUS-Pará⁹, criado para discutir e integrar as ações de humanização no Estado.

Acredita-se que a criação de espaços de formação foi uma importante iniciativa para o estado do Pará, considerando a necessidade de fortalecimento do processo de humanização nas práticas de saúde através do aumento do protagonismo dos sujeitos envolvidos e do fortalecimento de ações em rede. A formação de apoiadores reforçou a certeza em um horizonte de grandes possibilidades no SUS-Pará, ao mesmo tempo em

⁸Os módulos são ministrados na Escola de Governo do Estado do Pará (EGPA), como parte do Programa Servidor Cidadão – Curso de Capacitação para Servidores. O módulo “Humanização em Saúde Pública e Saúde do Trabalhador” tem duração de 20 (vinte) horas.

⁹As reuniões do Coletivo ainda se mantêm restritas às coordenações de áreas técnicas da SESPA mas a inclusão de novas parcerias tem sido realizada para aumentar a representatividade dos diversos setores envolvidos na gestão e atenção do SUS-Pará.

Formação

que alertou para a necessidade de se considerar as particularidades e complexidades de cada estado, que vão sendo reveladas pelos e nos processos em andamento.

Certamente, muitos desafios ainda precisarão ser enfrentados de modo a superar as dificuldades vividas no sistema local através de mudanças efetivas nas práticas em saúde. Revigorar o desejo de mudança e a força dos trabalhadores e dos coletivos para sustentar os processos disparados dependerá da habilidade de que os mesmos retomem o lugar de sujeitos de seu próprio destino em busca de práticas mais éticas e solidárias que resgatem a valorização da saúde e o direito à vida.

Referências

AYRES, J. R. C. M. *O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde*. Saúde e Sociedade, v.13, n.3, p.16-29, set-dez. 2004.

AYRES, J. R. C. M. *Cuidado e reconstrução das práticas de saúde*. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, [S.l.], v. 8, n. 14, p.73-92, set. 2003.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. *A humanização como dimensão pública das políticas públicas de saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, [S.l.], v. 10, p. 561-571, 2005a

_____. *Humanização na saúde: um novo modismo?* Interface: Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo. v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005b

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição de sujeitos, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2003

_____. *Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?* Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 17, p.389-406, mar/ago. 2005a

_____. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2005b

CECÍLIO, L. C. O. *As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS: UERJ: ABRASCO, 2001.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. A. B. *Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS: UERJ: ABRASCO, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico 2007: contagem da população*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 23 jun. 2009.

OLIVEIRA, P. T. R. *Desigualdade Regional e o Território da Saúde na Amazônia*. Belém, PA: Universidade Federal do Pará, 2008

Memória
como cartografia
e dispositivo de
formação-intervenção no contexto dos cursos da

Política
Nacional
de Humanização

Claudia Abbês Baêta Neves¹

Laura Gonçalves²

Monica Roza³

Serafim Santos Filho⁴

Artigo



¹Professora adjunta da Universidade Federal Fluminense. Foi consultora da PNH.
abbes@luma.ind.br

²Doutoranda do departamento de Medicina Preventiva da Unicamp e consultora da PNH desde 2007.
laulmg@gmail.com

³Professora adjunta do Departamento Interdisciplinar do PURO/UFF. Consultora da PNH desde 2007.
monica.roza@gmail.com

⁴Professor da PUC-MG e pesquisador da UFMG. Consultor da PNH desde 2004.
serafimsantos@terra.com.br

Resumo

Este artigo visa analisar uma experiência de formação em saúde para agentes sociais como apoiadores da Política Nacional de Humanização/PNH. No contexto da “formação de agentes sociais no território” exploramos de forma bastante intensa e criteriosa a utilização da memória como dispositivo de intervenção/produção coletiva no sentido da saúde pública. A produção e validação coletivas de memórias tornaram-se parte do processo de formação e nos levaram a problematizar continuamente seu contexto e demarcar a memória em sua função de método de acompanhamento de processos de produção e de dispositivo de intervenção. Nesta direção, a concepção de formação como intervenção se afirma na indissociabilidade entre pensamento e vida, entre invenção de si e de mundo, trazendo para o debate das políticas de formação em saúde o desafio teórico-metodológico de construção de práticas que incluam e sejam permeadas pelas experiências que os sujeitos-alunos trazem em sua história de relações nos territórios de vida-trabalho.

Palavras-chave:

Formação em saúde, memória, humanização em saúde, cartografia.

Concepção dos cursos-PNH e compreensão de memória

Envolver-se com a produção do cuidado em saúde nos “lança” irremediavelmente no campo da complexidade dos seus modos de gestão e das relações entre trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde. Nesta compreensão, nossa aposta ético-política nos processos de formação implica a inclusão desta complexidade e a potencialização das interferências e participação efetiva desses sujeitos. Uma opção que não cuide dessa inclusão (ou que promova exclusão) não sustenta a efetiva alteração dos modelos de atenção e de gestão no âmbito do SUS. A construção de processos de formação em saúde, considerando esse referencial da “inclusão”, implica estarmos atentos a essa complexidade e fazermos escolhas teórico-metodológicas que expressem um campo de interlocução por entre os saberes, indissociado de um método, de um modo de fazer a formação. Essas escolhas são sempre escolhas ético-políticas (HECKERT; NEVES, 2007).

Quando queremos pensar as interfaces entre a formação de profissionais de saúde e os modos de cuidar e gerir no Sistema Único de Saúde (SUS) urge que problematizemos o que podemos, o que queremos e, principalmente, como fazemos para contribuir na construção de um outro modo de agir e construir nossas relações no campo da saúde e do próprio viver. O que aqui buscamos afirmar é uma aposta radical na invenção de um outro mundo possível, de outros modos de estar nos verbos da vida e, especialmente, de uma saúde pública possível. Possível porque não se pauta em abstrações transcendentais, mas leva em conta aquilo que é efetivado como realidade no estado de coisas e ao mesmo tempo ultrapassa esta realidade, atentando para o que nela é tencionado, para o que nela se anuncia como movimento de ruptura e desvio instituinte.

Nossas intervenções no campo da formação em educação e saúde, tanto na universidade quanto em ações de formação junto a militantes de movimentos sociais, pautam-se na compreensão da indissociabilidade entre processos de formação e processos de intervenção nos movimentos do real. Nesta direção, nossa concepção de formação como intervenção se afirma na indissociabilidade entre pensamento e vida, entre invenção de si e de mundo, trazendo para o debate das políticas de formação em saúde o desafio teórico-metodológico de construção de práticas que incluam o cotidiano dos serviços, seus desafios e suas relações com os modos de fazer o cuidado e a gestão no território. Práticas que incluam e sejam permeadas pelas experiências que os sujeitos-alunos trazem em sua história de relações nos territórios de vida-trabalho.

Neste texto, partimos da experiência de implementação de um processo de formação/curso para agentes sociais como apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH). No contexto da “formação de agentes sociais no território”, exploramos de forma bastante intensa e criteriosa a utilização da memória como estratégia de intervenção/produção

coletiva no sentido da saúde pública. A produção e validação coletivas de memórias tornaram-se parte do processo de formação e nos levaram a problematizar continuamente seu contexto e demarcar a memória em sua função de método de acompanhamento de processos de produção e de dispositivo de intervenção.

Como método, a produção de memórias é uma cartografia, um procedimento que, em si, pode ser considerado como uma prática mnêmica. É um procedimento para o estudo da dimensão processual dos modos de produção de subjetividade - e esses modos não se deixam apreender por metodologias que representam os objetos, fixando-os em categorias abstratas e universais, e que deixam de fora da pesquisa/projetos o fluxo processual no qual as subjetividades são produzidas (BARROS; KASTRUP, 2009). Cartografar é acompanhar a trajetória da experiência de um tornar-se. E é somente uma memória que pode ser eleita como um método de apreensão de um tornar-se.

A cartografia é um método de estudo-intervenção do socius proposto por G. Deleuze e F. Guattari que nos convoca a uma experimentação problematizadora no acompanhamento dos processos de composição e decomposição de uma realidade ou matéria, apreendendo-a em seus índices imateriais e movimentos conectivos na produção do socius e dos modos de subjetivação. Neste sentido, implica menos a apreensão da realidade como matéria de desvelamento e mais a afirmação da realidade em sua potência de abertura de sentidos e invenção. Pois é no encontro, no plano das forças, na potência de propagação de experiências, que afetamos e somos afetados pelos limites do saber, pelos constrangimentos da matéria, pela emergência de outras percepções e de qualidades inesperadas que expressam a heterogênesse do processo em questão e a sua potência para a invenção de novas subjetividades e de novos mundos. Um fazer cartográfico requer um aprendizado da escuta e da atenção às forças do presente que trazem o novo em seu caráter disruptivo e nos possibilitam indagar: que espécie de vida este e/ou aquele agenciamento promove? (NEVES; MASSARO, 2009).

O método cartográfico requer um dispositivo para funcionar. O dispositivo nas atividades de campo possui funções de referência, de explicitação e de produção da realidade. Na articulação da repetição e da variação, a memória aponta sua função como dispositivo. Segundo Kastrup (2009) “a prática da cartografia cria condições para a transformação das relações entre os vetores afetivos, cognitivos, institucionais, micro e macropolíticos, acionando movimentos e sustentando processos de produção”. Nas práticas de produção de saúde, essa transformação se mostra nos modos de fazer, de se organizar, de construir e desenvolver ações coletivamente e de avaliar o processo e seus efeitos. Transformação nos processos de trabalho nos quais estão implicados diferentes sujeitos, que se transformam também.

Formação

A apreensão dos processos de produção de subjetividade é a apreensão de uma transformação, de um movimento. É nesta direção que afirmamos que a subjetividade é um processo que excede o modo-sujeito no qual somos constituídos; ela é índice de um inacabamento produtivo aberto a todos os devires. Considerando esse inacabamento, a memória pode dar consistência a movimentos ativos ou autônomos na produção do cuidado de si e do outro.

Acompanhar processos de produção de saúde pública tem sido a aposta e o desafio metodológico da Política Nacional de Humanização, que entende que a produção social da saúde é inseparável de processos de produção de subjetividade, ou seja, que ela não se dá sem a produção de sujeitos capazes de cuidar de si e dos outros. É nesta convocação – a criar outros modos de estar nos verbos da vida – que reside a força ético-política da proposta da PNH, de sua política de formação e da memória como um de seus dispositivos/método.

Na PNH, falamos de um método como “um caminhando”, como um acompanhamento do processo em seus percursos e percalços, em meio ao qual, e no qual, ele mesmo se inscreve, sofre desvios e perturbações. O método, sob este aspecto, é pensado como um conjunto de regras facultativas (FOUCAULT, 1985) que possibilitem um trabalho constante voltado para a precisão, para a constituição conceitual, para a análise do misto (atual e virtual) presentes num campo problemático. Assim, o que buscamos como matéria de análise são os “movimentos-acontecimentos” (FOUCAULT, 1979) que produzem uma realidade dinâmica e complexa e, ao mesmo tempo, são por ela produzidos. Pois toda produção de realidade é dinâmica, complexa e efeito de uma dispersão de movimentos-acontecimentos que, em seus efeitos e conexões, expressam o campo problemático no qual se inscreve. O campo problemático nos possibilita analisar os acontecimentos em seu misto, ou seja, naquilo que portam como atualização de visibilidades, dizibilidades e expressão do estado de coisas e no que enunciam como virtualidades produtoras de estranhamentos, rupturas e inflexões que provocam alterações e ampliam a sensibilidade aos regimes de visibilidades e expressão instituídos em modos de ser, fazer e sentir a realidade. Vemos então, que o próprio processo de formação é convocado a esta experimentação problematizadora da química do mundo para nela, e com ela, acompanhar seus jogos, seus rastros de circulação, fazer sua cartografia.

Abordar as práticas de cuidado e de gestão em saúde implica compreender a multiplicidade que as constitui. Se apostamos em processos de formação potencializadores de movimentos de autonomia e de mudança nas práticas vigentes no SUS, tal aposta somente terá efetividade se esses movimentos estiverem conectados com os processos de trabalho nos serviços de saúde, seus trabalhadores e usuários, levando em conta os seus territórios-espacos concretos de vida. Nessa compreensão, a noção de formação que objetivamos

afirmar implica ações e metodologias ascendentes, engendradas em um processo de construção coletiva com os sujeitos envolvidos, e se confronta diretamente com a instituição-especialismos atualmente característicos de muitos processos. Modos de formar, modos de trabalhar e modos de subjetivar são processos coletivos inseparáveis, ainda que distintos (BARROS, 2003).

O curso da Cidade de Deus, Rio de Janeiro

Pretendemos apresentar a utilização da memória no processo de implementação e acompanhamento do “Curso de Formação de Agentes Sociais como Apoiadores no Território” (BRASIL, 2007a) realizado no Rio de Janeiro, para moradores da comunidade de Cidade de Deus.

Esse curso⁵, realizado no período de outubro 2007 a fevereiro de 2008, se construiu a partir da demanda dos movimentos sociais e inaugurou uma parceria de cooperação técnica entre Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/PNH e movimentos sociais ligados à saúde e educação na Cidade de Deus, mais especificamente o Grupo Alfazendo e o Comitê Comunitário Cidade de Deus. Tal parceria resultou na realização de um curso voltado para moradores da comunidade que tinham habilitação como auxiliares e técnicos de enfermagem.

A articulação entre poder público e as redes/movimentos sociais foi uma demanda⁶ que se produziu nos percursos do trabalho e veio ao encontro do que se configurava como temática prioritária da Política Nacional de Humanização (PNH/MS) em 2007. As rodas de conversa com os militantes do movimento Alfazendo e do Comitê Comunitário local para análise e pactuação da demanda foram produzindo inflexões nos modos de fazer das políticas de formação vigentes experimentadas, tanto pelos militantes quanto pelos consultores da PNH, produzindo como objetivo do curso formar agentes sociais no âmbito da Política Nacional de Humanização capazes de articular/fomentar redes locais de participação e intervenção no desenvolvimento das ações de saúde no território.

A experiência possibilitou a construção de metodologias participativas e avaliações emancipatórias que fortaleceram o protagonismo dos trabalhadores/usuários. Teve como propósitos principais: fomentar no processo de formação a leitura e apreensão da realidade de saúde local, compreender a dinâmica de funcionamento das práticas de saúde nas unidades do entorno e analisar os processos instituídos de gestão e atenção nas unidades locais a fim de potencializar a construção de redes e movimentos de mudança nas práticas de cuidado e de gestão. Uma das principais finalidades desse processo de formação-intervenção foi a construção de ações de fomento ao protagonismo dos sujeitos-

⁵O curso aconteceu aos sábados na própria comunidade, na sede do Alfazendo, com uma carga horária de cerca de 100 horas, sendo 64 presenciais e 36 de atividades de dispersão (estudo e intervenção). Formou 30 agentes sociais na comunidade. Os encontros temáticos presenciais foram de 8 horas cada e foram realizadas algumas rodas de conversa com o grupo antes do início do curso, para análise da demanda e pactuação do funcionamento.

⁶A demanda emergiu de um reencontro, num colóquio sobre movimentos sociais realizado na Universidade Federal Fluminense, entre a professora do Departamento de Psicologia Claudia Abbês Baêta Neves, à época também consultora e coordenadora do HumanizaSUS/Rio, e uma líder comunitária da Cidade de Deus.

Formação

trabalhadores-moradores da região, participando ativamente do mapeamento coletivo das situações-problema e da elaboração de “planos de intervenção” de desenvolvimento local. Ao se implicar com o (re)conhecimento da realidade, implica-se também com uma “outra atitude”, modificando a forma de participação da rede social nas unidades e buscando a construção de rede com os serviços.

Nesse processo de formação, a equipe HumanizaRio⁷ apostou num “modo de fazer” coletivo para a construção dos instrumentos de acompanhamento, buscando aumentar o grau de corresponsabilidade dos sujeitos que se formavam como apoiadores e fomentar sua autonomia e protagonismo. A metodologia do curso foi proposta, detalhada e pactuada no primeiro encontro com o grupo de participantes/alunos. O desenvolvimento do processo de formação englobou: rodas de conversa para análise da demanda e pactuação do funcionamento do curso, módulos temáticos quinzenais, organizados com momentos de exposições dialogadas, problematizações a partir da realidade local e dos temas abordados e construção coletiva de propostas de ação, agregando-se referenciais e instrumentos avaliativos. Os planos de estudos e de intervenções foram desenvolvidos contando com encontros complementares e de dispersão a partir de atividades de campo em que os alunos fizeram exploração do território e visitas às unidades de saúde, com análise da realidade e conhecimento das demandas locais.

Os encontros/módulos temáticos pautavam a saúde-cuidado-organização do sistema como objeto de análise, cruzando reflexões sobre as situações dos serviços e a inserção dos próprios agentes-apoiadores como trabalhadores, usuários, sujeitos. Partindo-se da máxima da Análise Institucional Socioanalítica “transformar para conhecer a realidade”, as atividades do curso foram entendidas como dispositivos de problematização das experiências em saúde visando à ampliação e o compartilhamento de experiências no sentido da produção e fomento das redes.

A metodologia participativa apostou na transversalização da comunicação de forma a garantir que as diferenças e divergências pudessem produzir tensões e problematizações necessárias à diferenciação/transformação no processo de formação. O objetivo era que os agentes-profissionais de saúde extraíssem de suas vivências e experiências os elementos disparadores de estudo e reconhecimento/investigação da realidade, ao mesmo tempo em que pudessem intervir nessas realidades tomando por referência a PNH e seus dispositivos.

Baseando-se nos princípios da “avaliação formativa”, desenvolveu-se uma proposta de acompanhamento sequencial das atividades e planos de intervenção, com dois focos principais: (I) subsidiando a adequação e consistência dos planos quanto à capacidade de se colocarem como propostas de encaminhamento de situações-problema (da realidade

⁷Esta equipe era constituída por Claudia Abbês Baêta Neves (coordenadora do HumanizaRio e do curso), Serafim Santos Filho (cocoordenador do curso e consultor da PNH) e pelas consultoras da PNH Monica Roza e Laura Gonçalves. Da parte da Cidade de Deus a cocoordenação do curso foi realizada por Lara Regina da Silva Oliveira (Alfazendo) e Lizete Martins da Silva (comitê comunitário).

local) e (II) norteando uma articulação concreta com os dispositivos da Política Nacional de Humanização, observando-se com isso a capacidade dos “alunos” de se apropriarem dos princípios e diretrizes do HumanizaSUS.

A memória passou a ser um registro produzido coletivamente e refletindo todo o processo vivido no percurso da formação. Neste sentido, criou-se um movimento contínuo de validação das memórias de cada encontro, movimento incorporado como estratégia de acompanhamento de todo o processo e que possibilitava que o acompanhamento fosse vivenciado/experimentado pelo próprio grupo, corresponsabilizando-se com um olhar avaliativo sobre o seu fazer-aprender. Através desse exercício de registrar e “revisitar” o que havia sido discutido no encontro anterior, os próprios alunos-apoiadores percebiam tanto os movimentos de variação dos sentidos que a “humanização da saúde” ia ganhando e que ali já se apresentavam como também as variações produzidas entre um encontro e outro. Articulando essas compreensões com as possibilidades concretas de ações no cotidiano, a própria discussão gerada no processo de validação da memória possibilitava uma maior consistência e adequação dos planos de intervenção, bem como a articulação concreta desses planos com os princípios da PNH. Queremos mostrar que essa forma de metodologia participativa de acompanhamento já é em si mesma uma estratégia de fortalecimento das redes locais de saúde. Na tessitura da memória fabricada coletivamente, um processo coletivo de produção de subjetividade também é fabricado.

A validação da memória e o método cartográfico

A estratégia metodológica da validação da memória foi uma tarefa realizada pelo grupo desde o primeiro encontro. Tratava de dar validade ao relato por escrito dos acontecimentos do dia. Validamos primeiramente o “chamado” de parceria para realização do curso como luta do movimento social para o desenvolvimento local, refletindo o desejo de “ser semeador de humanização na Cidade de Deus”. A seguir, se foi validando a memória de cada encontro, com os temas abordados, as questões levantadas no debate e os encaminhamentos propostos.

A validação da memória serviu de instrumento de acompanhamento do curso ao mesmo tempo em que serviu de validação para o próprio curso, ocorrendo a cada encontro, no início do dia de trabalho. Funcionou como um dispositivo, pois promoveu intervenções no grupo, além de configurar-se como um momento onde o próprio curso era criado coletivamente. Foi utilizada como instrumento de apreensão do processo do curso, pois refletia os entendimentos, impasses, queixas, decisões, mudanças no grupo, bem como os caminhos traçados e ajustados pelo próprio (per)curso. Pelo fato de ser uma memória e inicialmente um registro do ocorrido no último encontro, esse instrumento fez operar uma

Formação

experiência de estranhamento no grupo a partir da repetição dos sentidos dos enunciados anteriormente expressos. Estranhamento este entre o sentido que foi dado a um tema no último encontro e o novo sentido que no dia da validação apresentava-se para cada um. Durante a validação, a memória era (re)construída coletivamente e nela eram valorizadas, então, as falas do grupo que revelavam processos de transformação nos sentidos que a “humanização” ganhava ao longo do curso. Foram destacados os sentidos que lançavam problemas, que questionavam a realidade, mais do que aqueles que refletiam queixas e revelavam uma atitude de reconhecimento da realidade. Enfatizando os primeiros sentidos, criou-se uma estratégia construtivista numa certa política cognitiva⁸. A função que a estratégia de validação das memórias ganhou no percurso fez com que ela se tornasse, pela força da experiência, um instrumento de destaque.

Aprofundando a discussão da memória como método e como dispositivo

Do ponto de vista operacional, os registros de memórias eram realizados a cada encontro do curso. Precedendo a oficina temática do dia, o grupo participava de um momento de construção/validação da memória do encontro anterior. Sendo uma estratégia de planejamento, acompanhamento e avaliação do/no curso, o grupo, em duplas diferentes a cada vez, construía uma memória do último encontro, cumprindo com isso uma função de registro do que se passou. Essa memória construída era validada no grupo, ou seja, ao ser apresentada deveria contar com a concordância ou não do grupo acerca do relato e incluir modificações debatidas naquele momento coletivo, na forma de uma oficina de validação.

Na experiência deste curso de formação, a memória foi tomada em um duplo distanciamento de seu sentido mais tradicional e aparece relatada aqui como método e como dispositivo, assim tendo sido articulada nas/com as oficinas que fizeram parte da dinâmica de formação⁹. Nessa articulação também demarcamos dois pressupostos: dos momentos de validação de memória como estratégia de um método cartográfico e da existência de uma primordial interface entre a cartografia e a memória.

A cartografia foi praticada no curso em experiências de oficinas em grupo. Selecionamos aqui uma das oficinas temáticas para demarcar/ilustrar sua articulação com a utilização da memória em seu duplo papel (de método e dispositivo). A oficina de humanização da assistência materno-infantil foi conduzida por uma consultora da PNH que pediu ao grupo que fizesse uma roda colocando um grande pedaço de papel no chão e tomando como desafio discutir a saúde materno-infantil a partir da dupla experiência do grupo na função de usuários e profissionais de saúde. Ampliando as questões relativas à saúde da mulher e da criança, ela propôs construir uma linha da vida a partir do nascimento de uma menina e “recheiar” o caminho dessa linha com pontos importantes da vida cotidiana. Esses

⁸O conceito de política cognitiva busca evidenciar que o conhecer envolve uma posição em relação ao mundo e a si mesmo, um ethos. Expressa ainda a idéia que o mundo não é dado, mas efeito de nossa prática cognitiva é construído com ela e pode se tornar uma atitude encarnada de uma certa maneira de estar no mundo, de habitar um território existencial e de se colocar na relação de conhecimento. Cf. Kastrup, Tedesco e Passos (2008).

⁹Algumas dessas reflexões foram construídas com o grupo de estudos Liniar do departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, que vem estudando e produzindo relatos de pesquisa sobre o método cartográfico e com o qual compartilhamos essa experiência.

pontos podiam partir de transformações ou inquietações experimentadas nas diferentes fases da vida. A linha foi construída pelo grupo e desenhada no papel a partir de relatos de experiências e conversas entre todos. Junto com essa construção, a consultora propôs pensar como essas fases estão implicadas nos serviços de saúde e como vem se construindo essa atenção, já que nem sempre foi do mesmo jeito.

Construindo uma linha não-reta da vida, o grupo simbolizou o nascimento da menina por uma estrela e dentre muitas características do nascimento até a idade de 10 anos, quando a linha da vida da menina chegou na primeira menstruação e nas questões da sexualidade, um sentido chamou especial atenção do grupo. Alguns expressaram que a idade da menstruação era um momento arriscado, pois era um momento em que a “sem-vergonhice” das mulheres surgia e a menina corria o risco da gravidez e da prostituição. E que, por isso, a menstruação ficava sob o olhar controlador das mães. Os integrantes do grupo com a função de acompanhar/cartografar a formação questionaram: ocorre “sem-vergonhice”? O que é “sem-vergonhice”? O grupo se pôs a problematizar esse sentido indo ao encontro de sua criação e de questões relativas à inocência, ao desejo, à culpa, à violência, à educação, à saúde e ao cuidado. O grupo repensou a fala da “sem-vergonhice” e construiu a idéia de que o início da sexualidade pode vir junto com a dificuldade em lidar com o assédio, com o próprio interesse sexual, com a estimulação hormonal... E que o início da vida reprodutiva mistura-se com sintomas de saúde vida afora: dificuldades, preconceitos, perda da inocência, estimulação precoce. Questões importantes para profissionais de saúde que encontrariam as mais diferentes situações envolvendo a sexualidade, principalmente na atenção materno-infantil. Afinal, como é possível praticar o acolhimento necessário ao cuidado da mulher, menina, ou criança se o profissional se conduz por preconceitos?

A linha da vida continuou a ser construída pelo grupo e a menina se tornou mulher e mãe. A oficina seguiu sempre articulando os momentos da linha da vida da mulher com as práticas em saúde, alertando o grupo para a necessidade de cuidado, e não de julgamento, e para situações que revelam que o modelo de atenção à saúde da mulher ainda é violento e fragiliza as mulheres.

No momento de validação da memória dessa oficina, o grupo se deparou com a expressão “sem-vergonhice” e experimentou um estranhamento: “dissemos isso?” A validade da memória foi então questionada.

O estranhamento que a validação da memória causou parece indicar que ela se configurou nesse caso como um dispositivo. A designação “validação da memória” nos convoca a um certo esforço. Dada a ambigüidade que tal proposição impõe, dispara um duplo sentido: (I) a memória é validada, (II) a memória é aquilo que valida. O dispositivo se configura em uma articulação entre os dois sentidos. Validar a memória é tornar verdadeiro o registro

Formação

da experiência (a memória da experiência). Nesse dispositivo assim montado a memória é validada ou a memória é o que valida? Num certo nível do dispositivo a memória é validada, e esse é o procedimento: verificação do registro. Porém, no estranhamento (“dissemos isso?”) o dispositivo indica que se a validação da memória é a memória sendo validada, a memória nunca é validada. Se observarmos isso, o que podemos chamar de memória e de que memória se trata? Acompanhando o dispositivo, temos dois sentidos para a memória. Temos a dimensão de registro da memória, que é validada, e ao mesmo tempo temos uma dimensão da memória que não é validada. Que dimensão é essa que o grupo não valida? No caso do grupo, a memória de registro é “sem-vergonhice”, uma memória representacional, sustentada aqui pelo registro. E essa memória por definição, no dispositivo, não é validada. O que o dispositivo revela quando não valida essa memória, senão um outro sentido de memória? Essa outra memória não é a que vai ser validada, mas a memória que valida (“dissemos isso?”).

O dispositivo, a memória e a cartografia

Retomando a relação entre a memória e a cartografia, vimos que o dispositivo validação da memória se mostrou como instrumento para acompanhar um devir do percurso. No primeiro caso a memória é o registro, e aí não temos o percurso. Quando nos deparamos com o estranhamento, vemos que só é possível estranhar porque aquele que ouve isso não é mais aquele que disse isso. O dispositivo serve a uma cartografia sendo capaz de acompanhar um percurso. O percurso e a memória estão em estreita relação. O método ao acompanhar o percurso contribui para a produção de quem percorre. Esse grupo de hoje não é mais o grupo de ontem porque “passou” pelo dispositivo. Aquela que estava na roda se espantou, se ouviu falar, ouviu os outros, olha pra aquilo e diz: “eu”? No segundo caso, o dispositivo é aquilo que valida, mas valida o quê? Parece algo que só pode ser validado pela memória, aquilo que se dá no tempo, uma processualidade, um re-posicionamento subjetivo. É interessante trazer aqui uma outra dimensão da validação da memória, olhando-a numa perspectiva avaliativa, isto é, o “movimento de validação da memória” pode também ser compreendido como uma fonte-indicador vivo de verificação das mudanças sofridas pelos sujeitos quanto aos seus posicionamentos/atitudes, indicando alterações em sua capacidade de análise das situações e em seu jeito de enfrentamento de tais situações; em outras palavras, indicando mudanças no seu grau de autonomia.

O grupo era constituído em sua grande maioria por mulheres que já trabalhavam como auxiliares de enfermagem ou que estavam concluindo a formação. Muitas falavam da insegurança em exercer a profissão e das preocupações com o fazer que tinham escolhido. Por outro lado, nos momentos de discussões iniciais, tinham muita dificuldade de fazer as

reflexões, incluindo o fato de que eram agentes de saúde mas acabavam expondo seus pontos de vista desde o lugar de usuárias da rede – e, mais do que isso, muitas vezes de um lugar de queixa. A discussão possibilitada pela temática da saúde da mulher fez com que elas se vissem diante de uma situação de exclusão e assim de não cuidado, já que o cuidado é pensado como produção de inclusão no processo de produção de saúde.

A inclusão à qual nos referimos na Política Nacional de Humanização diz de uma aposta no protagonismo e na autonomia. Autonomia e protagonismo não entendidos como autossuficiência ou independência, mas como capacidade de criação de regras com o outro conforme as diversas situações enfrentadas na vida (KINOSHITA, 1996). Quanto mais vínculos e maior as redes de relações que estabelece, maior sua autonomia. Nesse sentido, o cuidado é sempre um cuidar-se, cuidar de si, sendo o “si” sempre a relação (FOUCAULT, 1985, 2004). Daí decorre a afirmação política da inseparabilidade entre produção de saúde (cuidar) e produção de subjetividade (si). Inseparabilidade entre o si do cuidar e aquele que cuida. O que queremos afirmar é que, nessa convocação ao protagonismo, é disso que deriva o cuidar. Protagonismo é efeito do cuidar, mas o cuidar deriva disso: de um reposicionamento na relação de poder. O cuidar se passa, ao mesmo tempo, entre os sujeitos e no entre as multiplicidades que constituem a nós e às coisas. Se o cuidado se dá “entre”, na relação entre um e outro, então o cuidado se faz com e não sobre o outro. O que se destaca é a relação, o compartilhamento. A clínica passa por um e outro, pressupõe desvio, sair do lugar, mudança nas relações entre sujeito e objeto, desfazendo a dicotomia entre sujeito e objeto (BARROS, 2007), entre aquele que cuida e aquele que é cuidado.

De como essas articulações podem sustentar inovações nos processos de formação

Por muitos lugares/espacos encontramos uma clínica degradada, onde o cuidar se faz numa relação de sujeição e esse modo de cuidar vem sendo ensinado como sendo o tipo ideal de relação estabelecida entre o trabalhador da saúde e o usuário, (re)produzindo a fragmentação dos saberes e práticas em saúde. A proposta de formação nesse modelo tradicional reproduz a mesma relação de poder apontada na relação do cuidado na clínica degradada, pois toma aprendizagem como ação que se dá entre um sujeito-emissor e um objeto-receptor.

A formação profissional no campo da saúde ainda está hegemonicamente centrada nos princípios de uma cultura técnico-científica disciplinar e parcelada que privilegia a transmissão, o acúmulo e a aplicabilidade de conteúdos por categoria profissional e a direcionalidade técnica do trabalho nos processos educativos. Desse modo, a prática é entendida como mera aplicação do conhecimento, onde a competência torna-se um atributo individual vinculado ao domínio de conhecimentos e habilidades. Essa perspectiva se expressa em modelos de

Formação

formação profissional, capacitações e treinamentos pautados em metodologias tradicionais, descendentes e abstratas, ‘desencarnadas’ dos desafios cotidianos do processo de trabalho e suas interpelações. Nessa direção, (re)produz estilos de cuidado e gestão que, na prática, consideram como objeto tanto os usuários e sua experiência/inserção comunitária quanto os trabalhadores dos serviços de saúde. Esses modos de funcionamento atualizam uma política de formação em saúde que reforça a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho, na medida em que se centram no desempenho de cada categoria profissional e em suas funções determinadas social e tecnicamente pela divisão do trabalho. Segundo Ribeiro e Motta (2006, p. 26):

Em seus cursos de atualização, os profissionais são elevados ao paraíso do “como deveria ser”, tradução da verdade do conhecimento científico acumulado e atualizado, aplicável numa espécie de representação universal e única de pacientes e serviços. Quando retornam aos serviços, entretanto, se vêem confrontados em suas realidades cotidianas com a impossibilidade da aplicação do conhecimento adquirido. Na prática, a teoria é outra. [...] É este mesmo conhecimento, no entanto, que lhes confere uma autoridade profissional que usam como recurso frente ao paciente e que, [...] impediu na prática até hoje uma discussão em profundidade da maneira como o trabalhador e o profissional de saúde aprendem, mas o que é tão ou mais importante: a reinterpretação da natureza dos contratos ou formas de relacionamento que se estabelecem entre o médico e o paciente e entre a população e os serviços de saúde.

Desse modo, entendemos que não se trata de apontar modelos político-pedagógicos ideais, abstratos e dissociados do cotidiano dos processos de trabalho, mas, principalmente, indicar modos de fazer a formação (princípios e métodos) que se construam num ethos de indissociabilidade entre cuidar, gerir e formar. Outrossim, requer entender a formação como “atitude” transdisciplinar, ou seja, em sua potência de produzir aberturas a novas sensibilidades, dizibilidades e visibilidades que expressam a multivetorialização na qual estão envolvidas as práticas concretas de cuidado e gestão em saúde. Essas práticas se materializam na relação entre os sujeitos envolvidos na e com a construção do cuidado, nos modos de acolher, de gerir, de fazer a escuta, de compartilharem saberes e diferentes modos de estar nos verbos da vida (viver, trabalhar, sentir e perceber o mundo). O uso coletivo da memória, tomada como fio condutor desses processos de formação e explorada em sua função como dispositivo, contribui para fazer incluir o cotidiano dos sujeitos – em suas experiências de vida-trabalho – como eixo transversal e norteador de todo o processo de formação. Por outro lado, permite a produção e visualização de sinais “não-tradicionais” de aprendizagem, sinais que interessam como indicativos de alteração da capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos.

Cabe ressaltar que a interferência nos modos de formar, cuidar e gerir implica a construção de redes que potencializem movimentos de mudança por meio da problematização dos modos de cuidar e gerir instituídos. Como sinaliza Barros (2005, p. 4): "É no entre os saberes que a invenção acontece, é no limite de seus poderes que os saberes têm o que contribuir para um outro mundo possível, para uma outra saúde possível".

Assim, os processos de formação em saúde têm, necessariamente, que decidir com que movimentos se aliam, com quais movimentos inventam, quais intercessões querem fazer com as políticas públicas e com um outro ethos nos modos de construir políticas públicas. Pois é impossível pensar em práticas profissionais que não estejam imediatamente comprometidas com o mundo, com o país em que vivemos, com as condições de vida da população brasileira, com o engajamento na produção de saúde que implique a produção de sujeitos autônomos, protagonistas, copartícipes e corresponsáveis por suas vidas.

Nos processos de formação da PNH a aposta é numa perspectiva de intervenção que se afirma na indissociabilidade entre invenção de si e de mundo. A produção de conhecimento, de interferência nas práticas de atenção e gestão, a produção de saúde e a produção de sujeitos se faz de modo indissociável (BRASIL, 2007). A interferência nos modos de cuidar e gerir através da formação implica a construção de redes que potencializem movimentos de mudança, por meio da problematização dos modos de cuidar e gerir instituídos e da experiência concreta dos coletivos incitando a criação de outros possíveis, mantendo a tensão entre problematização e ação (HECKERT; NEVES, 2007). Desfaz-se assim, também, a oposição entre teoria-prática, estudo-intervenção e o processo de formação funciona como dispositivo de intervenção nas práticas de produção de saúde.

Ao tomarmos a própria formação como dispositivo, afirmamos sua potência de produzir efeitos de sentidos variados. Monta-se o dispositivo, ele é posto a funcionar e a produzir um tornar-se. Na experiência vivida num dos momentos de validação da memória, o funcionamento do dispositivo possibilitou que os alunos-sujeitos saíssem da posição de pacientes, desse lugar passivo, para um lugar ativo de quem cuida, e se implicassem com um "cuidar de si", seja como trabalhadores/agentes de saúde ou como usuários do SUS. Por isso, entendemos que o estranhamento experimentado por eles é indicativo desse processo de reposicionamento subjetivo que na clínica é fundamental. O que poderia ser um vetor do cuidado do usuário em direção ao cuidador – como aquele que produziu e é causa do cuidado, detendo assim essa função – não se confirma, pois o cuidador também experimenta um reposicionamento: deixando de permanecer no lugar de cuidador, ele também experimenta uma variação no encontro. O usuário torna-se ativo no processo de cuidado de si e o cuidador passa a ocupar novos lugares. A validação da memória como dispositivo promove isso – a experiência de um fluir em conjunto, daí a produção de saúde coincidir com a produção de subjetividade. A partir da experimentação do usuário

Formação

como protagonista na produção do cuidado, o próprio sentido de cuidador deriva, passa a devir outra coisa.

Uma questão ético-metodológica do fazer

Retomemos novamente a oficina explorada neste texto (com o tema da saúde da mulher e criança) para finalizar as articulações que estão sendo feitas. Ao montar o dispositivo, uma questão ética é colocada. O dispositivo pode disparar e dispara muita coisa. Diante disso, qual o posicionamento daquele que propôs o dispositivo ao destacar o sentido “sem-vergonha”? O dispositivo dispara e, no entanto, no relato, um signo foi pinçado, que certamente não é o signo, e sim um signo. Como tal signo foi eleito como signo problemático? Para tal pergunta, alguns clínicos respondem desde a posição de neutralidade.

Fica a questão: qual é o balizamento? Afirmamos que o balizamento é ético-político. O signo problemático pinçado é aquilo que no processo, pensando o processo como um rio, como um fluxo, é “pedra”, provoca represamento, contenção, aquilo que é índice de assujeitamento. O sentido de “sem-vergonhice” produzido pelo grupo é índice de assujeitamento, na medida em que tal sentido submete as diferentes experiências das meninas e das mulheres a um único sentido moral. E, neste caso, o sentido foi dado e experimentado pelo grupo e pode provocar problematização: pois então é toda experiência da sexualidade feminina uma experiência de sem-vergonhice? Podemos dizer que é do próprio grupo que surge uma “pedrada”, o assujeitamento é expresso pelo grupo que “apresenta a pedra e ao mesmo tempo sente a pedrada”. Ela retorna ao grupo, em sua maioria composto por mulheres, que passam a avaliar suas experiências, que sentem que a produção de si (como sem-vergonhas) vem de forma correlata à produção do mundo (mulher é sem-vergonha). Acompanhamos um coletivo que sofre justamente dos pontos de vista que encarna, e dos territórios de existência que habita como se fossem dados assim desde sempre e imutáveis. É função do cartógrafo colocar esses dados em questão, e para tal ele não se baseia em conhecer algo e desenvolver sobre algo um ponto de vista, e sim em cuidar. Nem é tampouco conhecer para cuidar, mas “cuidar como forma de conhecer” (EIRADO; PASSOS, 2009).

O balizamento ético-político do cartógrafo, daquele que acompanha o processo, está na capacidade de ouvir o grupo entendendo ali o que é movimento de estranhamento, desvio do que represa, e que faz passar por entre a(s) pedra(s) outros fluxos, que é de novo um “rio”. De repente, alguma coisa no grupo obstaculiza a grupalidade. O dispositivo é montado de tal maneira que, quando se vai validar o registro, o que se estranha ali é a pedra. Uma vez recebida a pedrada, como se caminha? É suficiente dizer que o dispositivo transforma e que transformar basta? Toda transformação é boa?

Para avançar na questão, é preciso retomar a proposição inicial de que a memória comparece como método e como dispositivo. E é exatamente porque temos que afirmar que o método é cartográfico, seguindo suas pistas, que o cartógrafo acompanha o processo. Ao disparar o dispositivo assume-se a atitude cartográfica de acompanhar, pois certamente o dispositivo dispara muitas coisas para todos os lados e o resultado pode ser um novo assujeitamento. Assumindo que não há garantias prévias dos percursos do processo, a atitude metodológica de acompanhamento deve estar presente continuamente, pois certamente também comparecem movimentos que se conectam com funcionamentos morais, prescritivos (autoritários ou preconceituosos) e cristalizadores dos fluxos de invenção dos modos de vida. Diante disso, somos levados à questão: qual o estatuto do cartógrafo? No caso em destaque, ele percebe alguma coisa e aponta que assim não dá para cuidar.

Desdobrando essa questão, seguimos as pesquisas de Natalie Depraz, Francisco Varela e Pierre Vermesch (2003) que buscam tratá-la a partir do método da suspensão, a *epoché*¹⁰. Os autores vão pensar este método como a construção de uma atenção como atitude de abertura ao que vem do encontro, para além e aquém do que se busca ou se atualiza em formas, falas e focos que se quer dar. Trata-se de uma atitude que convoca em nós não um tempo de busca ou mesmo uma passividade, mas uma suspensão da atenção como exercício de desvio do que tradicionalmente caracteriza em nossas intervenções uma busca de representação dos processos a partir das formas, expressões e gestos que se atualizam na realidade. O que acessamos nesta experimentação é à experiência em seu fazer-se e não apenas ao experimentado (aquilo que na experiência se estabiliza como registro, como resíduo). No dispositivo aqui apresentado, encontramos duas dimensões da memória, como registro e como processo, e o dispositivo oferece condições para uma *epoché* (condições de suspensão do ponto de vista do observador mantendo a capacidade de observação): suspende-se a crença no registro, cria-se um estranhamento e se faz comparecer uma outra dimensão, a da experiência mais experiencial (mais elemental) que aparece como processo, segunda dimensão da memória.

Um primeiro movimento da *epoché* ou o que os autores chamaram de *on becoming aware* (dever consciente) segue a providência que é a de *suspend*. Suspensão da crença, “ato que pressupõe um redirecionamento da atenção que estava habituada à direção que é a do ponto de vista do observador” (EIRADO; PASSOS, 2009), que é a do ponto de vista do pesquisador, que no caso é a do ponto de vista do cuidador, ou seja, que é a do ponto de vista (o sujeito olhando para algo). Nessa atitude habitual, fica-se no lugar do sujeito que olha para o outro. Seguindo a operação da *epoché*, ao invés de olhar para o outro se redireciona o olhar, e acompanhamos o grupo fazer um movimento de retorno a si, o grupo avalia sua própria experiência. Como segundo movimento, encontramos o *letting go*. Deixar vir, não fazer censura. Quando se faz um redirecionamento, quando se sai do lugar de observador, da perspectiva de terceira pessoa (sujeito-objeto; analista olhando

¹⁰ *Epoché* é uma palavra grega que Husserl vai utilizar para descrever uma atitude, ou uma operação de suspensão da crença do/no mundo. Para o autor, só há como chegar ao sentido das coisas quando é suspensa a crença no mundo. Suspende a crença no mundo é garantir o que ele chama de emergência do fenômeno no campo da consciência. Cf. Depraz, Varela, e Vermersch (2003).

Formação

o analisando, pesquisador olhando para o fenômeno) e deixa vir, o que advém? O que advém é da ordem da experiência impessoal e se é o grupo que faz isso, o que adviria é a grupalidade, é a dimensão processual do grupo. Não é o grupo enquanto registro, não é o grupo enquanto forma, enquanto identidade, enquanto grupo assujeitado, mas vemos surgir uma outra dimensão que habita esse grupo que se abre para o que não era, para o que ele virá a ser, dado ali em potência, porém não atualizado, pura potência. Dimensão que se apresentou com o estranhamento. Tendo o grupo compartilhado e questionado o sentido de sem-vergonhice, já no encontro posterior não o considerava mais adequado, não o reconhecia mais, havia derivado dele e o estranhamento se expressou (“dissemos isso?”). Mundo e sujeitos se transformaram, e essa é uma condição para que novos modos de cuidado e de estar nos verbos da vida sejam construídos, constituindo-se tais processos (de produção de saúde e de produção de subjetividade) como inseparáveis. Ali, naquele grupo formado em sua maioria por mulheres, uma potência crítica comparece que só se aciona quando se registra o signo “sem-vergonhice”. O “deixar vir” se mostra como atitude de acolhimento do que está vindo e que é a pura virtualidade do grupo (coletividade para além e aquém da soma dos indivíduos, impessoalidade, dimensão do comum que, no entanto, não pertence a ninguém). O grupo tal como ele era já não é. Emerge uma impessoalidade/coletividade que é o comum do grupo na forma de linhas de variação da vida que abrem possibilidades de rompimento com o assujeitamento, variação que é ao mesmo tempo potência de coletivização, função atratora que reposiciona o grupo.

Tomar a memória como método/dispositivo de formação-intervenção é entendê-la como condição para percorrer um processo no qual ser (existir, viver), conhecer e fazer (intervenção) estão imbricados. A cartografia é, assim, método e direção ético-política, modo de fazer comprometido em tomar o percurso (dos processos do viver, do conhecer e do fazer) como processo a ser acompanhado. Direção ético-política no que diz respeito à posição/implicação do cartógrafo com a produção de saúde pública, produção do comum, que não ignora que é preciso um reposicionamento no modo como os sujeitos se fazem presentes nas experiências de cuidado. Acompanhar esses processos é uma prática que a Política Nacional de Humanização vem realizando de forma articulada a princípios que afirmam que a produção da saúde não se dá sem a produção de sujeitos e coletivos capazes de cuidar de si e dos outros, que tenham ampliados seus graus de autonomia e protagonismo nas práticas coletivas de fazer saúde.

A prática da cartografia fez da formação um modo de intervenção na qual é o cuidado a experiência que sustenta o conhecimento, na concepção de que é intervindo (cuidando, produzindo desvio diante do que represa o fluxo da vida) que se produz o conhecimento necessário para a transformação das práticas no SUS na direção de uma incorporação de seu sentido público, comum, e de uma política de humanização que se faz e se sustenta em sua potência de experimentação e de obra aberta.

Referências

ABBÊS, Cláudia; SANTOS FILHO, Serafim. *Proposta de Curso para Formação de Agentes Sociais como Apoiadores no Território, no âmbito da Política Nacional de Humanização/PNH*. Rio de Janeiro: [s.n.], 2007.

BARROS, M. E. B. *Modos de Gestão produção de subjetividade na sociedade contemporânea*. Revista do Departamento de Psicologia (UFF), Niterói, v. 14, n. 2, p. 59-74, 2003

BARROS, Regina Benevides de. *A Psicologia e o Sistema Único de Saúde*. Psicologia e Sociedade, 17 (2), 2005, p. 21-25.

BARROS, Regina Benevides de. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina: UFRGS, 2007.

BARROS, Regina Benevides de; KASTRUP, Virgínia. *Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia*. Campinas: Hucitec, 2009. No prelo.

BARROS, Regina Benevides de; PASSOS, Eduardo. *A humanização como dimensão pública das políticas de saúde*. Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005b (a).

BARROS, Regina Benevides de; PASSOS, Eduardo. *Humanização na saúde: um novo modismo?* Interface - Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005a. (b)

BARROS, Regina Benevides de; PASSOS, Eduardo. *Por uma política da narratividade*. Campinas: Hucitec, 2009. No prelo.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Curso de Formação de Apoiadores Sociais no Território para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde*: relatório final. Brasília, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Curso de Formação de Formadores e de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde*: relatório final. Brasília, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, 2006.

DEPRAZ, Natalie; VARELA, Francisco; VERMERSCH, Pierre. *On becoming aware: a pragmatics of experiencing*. Amsterdam: John Benjamins, 2003.

Formação

EIRADO, André; PASSOS, Eduardo. *Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador*. Campinas: Hucitec, 2009. No prelo.

FOUCAULT, M. *A ética do cuidado de si como prática de liberdade*. In: _____. *Ditos & Escritos*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. (Ética, sexualidade, política, v. 5).

_____. *História da sexualidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1985. (O cuidado de si, 3).

_____. *Nietzsche, a genealogia e a história*. In: _____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GUATTARI, Félix. *Psicanálise e transversalidade*. In: _____. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1981.

HECKERT, A. L.; NEVES, Cláudia Abbès Baeta. *Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo*. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MOTTA, R. (Org.). *Trabalho em equipe*. Rio de Janeiro: Abrasco: UERJ, 2007.

KASTRUP, Virgínia. *O método da cartografia e os quatro níveis de análise*. Campinas: Hucitec, 2009. No prelo.

KASTRUP, Virgínia; TEDESCO, Silvia; PASSOS, Eduardo. *Políticas da Cognição*. Porto Alegre: Sulina, 2008.

KINOSHITA, Roberto Tikanori. *Contratualidade e reabilitação psicossocial*. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. *Subjetividade e loucura: saberes e fazeres em processo*. *Vivência*, [S.l.], n. 32, p. 1-27, 2007.

NEVES, C. A. B. *Processos de formação Profissional em Tempos de Biopolítica, Produção de Saúde e um outro humanismo*. 2009. Projeto de Pesquisa (Pós-Doutorado)– Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

NEVES, C. A. B.; MASSARO, A. *Biopolítica, Produção de Saúde e um outro Humanismo*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 13, p. 503-514, 2009. Suplemento 1.

RIBEIRO, E. C. O; MOTTA, J. I. *Educação Permanente como Estratégia de Reorganização dos Serviços de Saúde*. *Divulgação Em Saúde Para Debate*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 00, p. 24-30, 1996.

SANTOS FILHO, S. B. *Estimativa rápida de (re)conhecimento de território/espços sociais/realidade local: eixos para discussão sobre diagnóstico de saúde e intervenções em comunidade.* Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Humanizar

a formação
para

humanizar

.SUS¹

Dário Frederico Pasche²

Documentos
e relatos



A Reforma Sanitária Brasileira não nasce de um simples processo gerencial, tecnocrático ou burocrático. Nasce da defesa de valores como a democracia direta, o controle social, a universalização de direitos, a humanização da assistência, tendo como concepção o fato de que o cidadão não é cliente, não é usuário, mas é sujeito. A Reforma Sanitária Brasileira é um projeto civilizatório.

(Sérgio Arouca)³

Antes de tudo quero, em nome da Política Nacional de Humanização do SUS, agradecer o convite e a oportunidade de apresentar o HumanizaSUS para os novos projetos do Pró-Saúde. Sem dúvida, o Pró-Saúde é uma importante estratégia conduzida pelo Ministério da Saúde para a qualificação dos processos de formação e, nesta medida, importante para a consolidação do SUS.

A Política Nacional de Humanização é uma inflexão do SUS (PASCHE; PASSOS, 2008). Emerge da experimentação prática da política pública de saúde, a qual, neste curso de duas décadas, foi capaz de enfrentar uma série de desafios, superando-os. Ao mesmo tempo, nossa experiência “susista” construiu uma agenda político-sanitária cujo enfrentamento é condição para a ampliação da sustentação política e social do próprio SUS. Esta é uma tarefa para a nossa geração, para as nossas instituições, para cada um de nós desde os lugares que ocupamos e que temos a responsabilidade de conduzir, quer seja nos espaços da gestão ou da formação.

Dessa forma, a Política Nacional de Humanização reconhece que há um SUS que dá certo, mas que existem desafios e problemas e que é necessário superá-los. O SUS que dá certo nem sempre toma visibilidade sendo, portanto, tarefa política de seus agentes anunciá-lo. Anunciá-lo não como recurso de marketing, mas como afirmação do horizonte utópico de que é possível produzir mudanças nas práticas de gestão e de atenção, o que permite a produção de reencantamento de trabalhadores e da sociedade em geral pelo SUS, pela política pública solidária, inclusiva e de qualidade.

O SUS que dá certo nos informa sobre as possibilidades de avançar na reforma sanitária e é dessa experimentação que se pode extrair métodos, diretrizes e dispositivos para se construir o arsenal teórico-metodológico necessário ao enfrentamento dos problemas que ainda se fazem presentes na organização e funcionamento do sistema e serviços de saúde. A 11ª Conferência Nacional de Saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2000), realizada no ano de 2000, nos convocou a humanizar o SUS⁴ e o HumanizaSUS nasce deste processo, encarnando-se como política pública, pois emana de anseios do povo brasileiro, que registrou naquela conferência o desafio de humanizar o SUS.

¹Texto apresentado no 1º Seminário Nacional do Pró-Saúde II, realizado em Brasília nos dias 25 e 26 de março de 2009.

²Coordenador da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS-PNH/MS.
dario.pasche@saude.gov.br

³Pronunciamento na abertura da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2000.

⁴A humanização do SUS foi registrada no Relatório Final da 11ª CNS como um dos desafios para acelerar a efetivação do SUS.

Formação

Assim, a Política Nacional de Humanização nasce com o propósito de afirmar que o próprio SUS já possui acúmulos para enfrentar seus desafios e problemas, os quais têm sido enunciados com muita força por trabalhadores e usuários.

Na perspectiva dos trabalhadores, humanização da saúde tem relação direta com a valorização do trabalho e do trabalhador. Valorizar toma duas direções centrais: democratizar as relações de trabalho, o que se faz substantivamente pela inclusão dos trabalhadores nos processos de gestão; e enfrentar temas fundamentais referentes às condições concretas de trabalho, como a sub-remuneração, as relações contratuais/formais precarizadas e injustas de trabalho, a ambiência degradada, as condições de trabalho que interferem negativamente na produção de saúde dos que cuidam.

Na perspectiva dos usuários, a questão da humanização da saúde tem se expressado sob as mais diversas maneiras, tomando concretude sob duas questões: a baixa responsabilização e a descontinuidade no cuidado e nos tratamentos. O povo brasileiro tem feito uma pergunta simples, mas de grande potência para problematizar os modos de cuidado que temos construído: quem cuida de quem? Quem me cuida, com quem eu conto?

Esta pergunta, remetida ao tema da eficácia de nossas práticas, interroga sobre o cuidado prestado para além do episódio clínico ou do agravo, para além da queixa; interroga sobre o cuidado no tempo, questionando a capacidade de os serviços e equipes de saúde contraírem responsabilidades pelos encargos sanitários. Este é exatamente o segundo desdobramento da questão da humanização da saúde colocada pelo povo brasileiro: como garantir o cuidado quando se faz necessária a intermediação entre serviços e equipes, ou seja, como se garante cuidado longitudinal em um sistema de saúde que tem em geral relações burocratizadas e pouco personalizadas? Este tema traz à tona a questão da transversalidade dos cuidados, da integração de práticas clínicas, da gestão compartilhada da clínica.

Estes dois problemas (quem cuida de quem, gestão clínica integrada em rede) se manifestam em uma miríade de sintomas, que se apresentam como fenômenos de desumanização: filas desnecessárias; descaso e descuidado com as pessoas; incapacidade de lidar com histórias de vida, sempre singulares e complexas; práticas éticas descabidas, como a discriminação, a intimidação, a submissão a procedimentos e práticas desnecessárias, a cobrança “por fora”, a exclusão e o abandono, talvez as experiências mais bárbaras às quais as pessoas podem ser submetidas.

Estes problemas e desafios apontados por trabalhadores e usuários são, muitas vezes, sintomas de problemas hiper-complexos. Nesta medida, não se trata de humanizar o humano, senão de enfrentar e lidar com relações de poder, de trabalho e de afeto -

estas sim produtoras de práticas desumanizadas - considerando nosso horizonte ético e humanístico.

A Humanização responde a tudo isto com princípios, diretrizes e dispositivos, todos acionados por um método (BRASIL, 2007). Assim, a Humanização é uma aposta metodológica, um certo modo de fazer, lidar e intervir sobre problemas do cotidiano do SUS. Este método é a tríplice inclusão: inclusão de pessoas, de coletivos e movimentos sociais e da perturbação, da tensão que estas inclusões produzem nas relações entre os sujeitos nos processos de gestão e de atenção, tomados como indissociáveis.

É justamente este “movimento de perturbação” gerado pela tríplice inclusão que permite a produção de mudanças, mudanças nos modos de gerir, mudanças nos modos de cuidar. Mas esta inclusão não pode se realizar sem diretrizes, sem orientações ético-políticas que ofertem direção aos processos que se quer deflagrar. A Política Nacional de Humanização toma cinco diretrizes centrais para orientar a ação das equipes que têm por tarefa produzir saúde:

Acolhimento, orientação ética, pois o toma como base do contrato entre os sujeitos que cuidam e os que são cuidados, cuja ação é produzir um campo comum que vamos chamar de produção do cuidado compartilhado, corresponsabilização. Acolher é, pois, o que inaugura e sustenta processos de cuidar. Acolher, todavia, não significa apenas interagir a partir do aceitar aquilo que o outro traz mas, a partir disto, produzir desvios, produzir movimentos que permitam reposicionamentos, produção de novas atitudes, de novas éticas;

Gestão Democrática das organizações de saúde, dos processos de trabalho e de formação, da clínica e da saúde coletiva. Democracia implica necessariamente compartilhamento de poder, portanto das decisões, orientadas por princípios éticos e políticos. Gestão democrática é princípio, é orientação, mas se sustenta sobre práticas, então democráticas. Horizontalizar o poder, ampliar a inclusão de sujeitos na gestão e na clínica, construir corresponsabilização, não são atos do acaso, mas construídos segundo dispositivos e arranjos para tal fim. Colegiados gestores, trabalho em equipe, rodas de discussão, inclusão da rede sócio-familiar dos usuários, Grupo de Trabalho em Humanização (GTH), entre outros são exemplos de medidas concretas para uma gestão democrática e compartilhada;

Clínica Ampliada. Ampliação de suas bases conceituais, avançando para além da alopatia, da racionalidade clínica da biomedicina; ampliar incluindo práticas complementares; ampliar para além do biológico, incluindo as dimensões social e subjetiva (afinal, a produção de saúde se dá para além e aquém da experiência material do corpo); ampliar para ação interdisciplinar, com aposta no trabalho

em equipe. Construir uma relação clínica que seja uma experiência de troca entre sujeitos, não de alguém que sabe e alguém que não sabe; uma clínica que não seja encontro episódico, mas a construção de vínculo e confiança no tempo, permitindo a contração de responsabilidades na rede de saúde; enfim, ampliar a clínica significa reconstruir relações de poder na equipe e com os usuários e sua rede sócio-familiar, ampliando processos de troca e de responsabilização mútua;

Valorização do trabalho dos trabalhadores da saúde, sem a qual não se fará de forma sustentada a reforma sanitária de nosso país, capaz de enfrentar iniquidades e de ampliar nossa experiência civilizatória. Valorizar o trabalhador é permitir e garantir sua inclusão na gestão, na construção das organizações de saúde; valorizar é assegurar condições de trabalho, de exercício das profissões de forma digna, com ambientes e remuneração adequados; valorizar o trabalhador é assegurar que as organizações de saúde não se transformem em cabides de emprego, nem em lugares em que práticas e atitudes inaceitáveis se reproduzam e se naturalizem, como o descaso com o sofrimento das pessoas, com as histórias de vida; valorizar o trabalhador é produzir modos de gestão das organizações que coloquem o interesse público acima de tudo e não do partido ou do grupo que está no governo; valorizar o trabalhador e o trabalho é, portanto, tarefa decorrente da ampliação de nossa capacidade de produzir processos civilizatórios e democráticos mais extensos, plurais e regidos pelo interesse público;

Garantir os direitos dos usuários, na direção da produção de co-responsabilização. Com isto não se quer afirmar direitos desconhecendo deveres. A produção de saúde se faz na justa medida da produção corresponsabilizada do cuidado, que significa produção ativa de saúde entre os sujeitos, trabalhadores e equipes – usuários e sua rede sócio-familiar. Usuários têm direitos à informação, a inclusão nas práticas/ações de saúde (consultas, exames, internações, etc.), se esta for sua opção, de pessoas de sua confiança; direitos de ter respeitadas suas opções sexuais, religiosas e políticas, que não podem ser discriminadas; direito a uma equipe/profissional de referência que lhe cuide, que agencie os processos de relação com demais trabalhadores e serviços de saúde.

Estas diretrizes – orientações ético-políticas – estabelecem os rumos para a construção e experimentação de dispositivos, que são arranjos de processos de trabalho para alterar a dinâmica de organização do trabalho, permitindo a construção de novas realidades institucionais, que permitam a emergência de novos modos de gerir e de cuidar. Dispositivos não são um fim em si mesmo, mas acionadores de processos de mudança. Assim, a Política Nacional de Humanização não toma os dispositivos como um fim, mas como agenciamentos que permitem pôr os sujeitos em novas relações, mais horizontais, mais democráticas e

coprodutoras de maior eficácia das práticas de saúde - mais potentes, portanto, para a produção de saúde.

No que se refere aos processos de formação, a Política Nacional de Humanização pode ser tomada como importante oferta para reposicionar a formação no SUS e para o SUS, isto porque ela é uma oferta para o SUS, para qualquer um de seus processos de gestão, de cuidado, de formação, de pesquisa, etc. A Política Nacional de Humanização tem experimentado em diversos lugares do Brasil processos de formação, os quais já produzem acúmulos consideráveis, permitido revisitar concepções, diretrizes e estratégias que orientam a própria formação desde o HumanizaSUS. Assim, não estamos aqui falando em abstrato, desde concepções, mas desde a experimentação de processos de formação, sobretudo de formação de apoiadores do HumanizaSUS, estratégia que temos tomado tanto para exercitar diretrizes e o método da Política Nacional de Humanização, como para capilarizá-la como política do SUS.

A Política Nacional de Humanização toma, entre outros, quatro princípios importantes para orientar processos de formação. Um deles é considerar que formação é intervenção e que intervenção é formação. Com isto se quer dizer que formação pressupõe o exercício prático de experimentação no cotidiano dos serviços de saúde com equipes de saúde. O espaço por excelência de formação na área da saúde é a rede de serviços do SUS. Assim, formação é um exercício indissociável da experimentação, do convívio, da troca entre sujeitos em situações reais e concretas do cotidiano dos serviços. É exatamente a qualidade e intensidade desta troca que garante bons processos de formação. Troca pressupõe intercâmbio, significa disposição para levar e buscar conhecimentos, teorias e experimentações entre os sujeitos. Experimentar não pressupõe, assim, saber antes. Se existe algum “saber antes” como pré-requisito da experiência, este saber seria a construção de disposição subjetiva e política para produzir, na diferença com o outro, planos comuns, aquilo que permite a construção de compromisso e contrato entre sujeitos e coletivos.

Todavia, esta experimentação, para ser radical e acionar a intervenção como produção de mudanças, necessita de outro princípio, que é o da inseparabilidade entre gestão e atenção, entre clínica e política. Assim, a formação não pode, sob o risco de perda de potência, restringir-se ao campo das práticas de cuidado – naquilo que pode ser anunciado como formação técnica, formação de bons técnicos – pois a clínica e a técnica são influenciadas de forma decisiva pelos modos de gestão, pelas definições sobre a organização do trabalho, pelo conjunto de demarcações que acabam por definir os meios e processos com os quais o trabalho compõe, interage e dos quais depende.

Assim, formar-intervir-mudar é um exercício que não deveria se restringir ao mundo das ciências biomédicas, mesmo que associadas às disciplinas humanísticas. É necessário que as

Formação

universidades e seus cursos formem cidadãos-trabalhadores da saúde que compreendam e tenham condições de interferir sobre múltiplos campos que conformam diversos planos de forças que interferem e muitas vezes definem seus processos de trabalho. Dessa forma, a exigência é que formemos trabalhadores da saúde com capacidade técnica e política para construir novas realidades institucionais e novas práticas, mais eficazes, mais justas e igualitárias.

Além disto, a formação exige nova experimentação no campo da organização do trabalho. Nesta perspectiva, o trabalho em equipe é um terceiro princípio da formação para a Política Nacional de Humanização. A produção de saúde - e nela está incluso o processo de adoecimento - é um fenômeno complexo, o qual exige articulação entre saberes e a produção incessante de trocas entre os distintos trabalhadores da saúde, cuja interação é capaz de produzir as melhores respostas para casos singulares. Esta exigência é ao mesmo tempo ética e política e, portanto, deveria ser uma das condicionalidades da formação de trabalhadores da saúde. Todavia, muitas vezes o que se vê é o contrário: cada curso formando os seus, cada curso achando que o mais importante é o seu campo, cada um fazendo as suas tarefas e ações, conformando, quanto muito, alguma experimentação multiprofissional.

Não nos parece razoável exigir que os trabalhadores da saúde trabalhem, cooperem e concebam seu trabalho em uma rede afetiva se a experiência de formação se faz de forma isolada, cada um em relação apenas com seus semelhantes, em uma rede homogênea e pouco plural. Esta talvez seja uma das contribuições mais importantes da universidade para o SUS e certamente iniciativas como o Pró-Saúde são um estímulo importante para a construção de novas possibilidades de trabalho mais partilhado, mais criativo e eficaz - em outras palavras, trabalho em equipe.

A estes três princípios é necessário acrescentar, ainda, a necessidade de os processos de formação não se nutrirem da fragmentação de nosso sistema de saúde, ainda pouco disposto em redes de cuidado. A isto se impõe retomar a compreensão de que a atenção primária é o eixo organizativo do sistema de saúde e, nesta medida, eixo substantivo para a formação. A biomedicina, a concepção das práticas de saúde como práticas de mercado e a compreensão de boa parte de nossas profissões como atividade liberal, produziram grandes desvios no processo de formação.

Formar para o mercado privado, com ações “mórbido-centradas” e assistenciais e práticas segmentadas entre especialidades, não pode ser a principal marca da formação na área da saúde nas universidades brasileiras. O SUS é o ordenador do sistema de saúde em nosso país e isto significa, no mínimo, tomar seus princípios e diretrizes para ordenar processos de formação. Formar agentes, operadores, intelectuais suficientemente capazes de conduzir

a política pública de saúde, é um desafio gigantesco para a universidade brasileira. Este é um desafio para a humanização.

Além destes princípios, a Política Nacional de Humanização aposta nos processos de formação como:

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

A experiência “susista” já tem produzido modificações importantes nos processos de formação e em muitos lugares o consorciamento entre universidades/centros de formação e a rede SUS tem gerado experiências importantes para a superação de práticas que estão em profunda dissonância ético-política com nosso processo civilizatório, a exemplo de se tratar o usuário como cobaia/objeto, a realização de práticas de humilhação social, a reprodução de concepções e cultura que atribuem como qualidade do profissional posturas “neutras” de “não-envolvimento”, entre outros.

Neste sentido, os processos de formação deveriam estimular que todo estudante, como primeiro compromisso, peça autorização para a realização de procedimentos/tratamentos, pois o atendimento por profissional é um direito do cidadão e, neste sentido, o serviço de saúde-ensino deve disponibilizar profissional a todo paciente que não desejar ser atendido por estudante. Outro aspecto relevante que o enfrentamento dos inúmeros casos de reafirmação da humilhação social, tais como filas em ambulatórios por ordem de chegada (sem hora marcada, sem critério de risco), discussão de caso na frente do paciente nos leitos e nos ambulatórios, procedimentos de aprendizagem em detrimento do paciente. Além disto, problematizar práticas de humilhação a que são submetidas mulheres vítimas de violência, parturientes e pacientes considerados “bandidos”, entre outros. Por fim, enfrentar e denunciar a cultura “do não-envolvimento com o caso” que serve como mecanismo de defesa diante do sofrimento ou do desgaste do trabalho em saúde e do acoplamento desta atitude à tendência de individualizar e psicologizar o desgaste dos profissionais

Não nos restam dúvidas de que o SUS é um patrimônio da sociedade brasileira. Não nos restam dúvidas também de que é necessário, para mantê-lo como uma opção da sociedade brasileira, superar graves problemas e distorções que foram produzidos na sua

Formação

própria experimentação. A Política Nacional de Humanização do SUS é uma aposta e uma oferta para que estas soluções sejam produzidas de forma coletiva e democrática, reafirmando os princípios do SUS como inalienáveis, como incontornáveis.

Quando apontamos o HumanizaSUS como uma política da política pública de saúde, estamos tomando por compromisso incluir sem temor na agenda sanitária do país o enfrentamento daquilo que o povo brasileiro tem apontado como desumanização. Todavia, propomos e apontamos para um processo de enfrentamento que dignifique e amplie nossa opção radical pela democracia. Humanizar a saúde é, pois, construir relações mais afirmativas dos valores que orientam nossa política pública de saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Saúde*. Documento Base. 4. ed. Brasília, 2007.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília. *15 a 19 de dezembro de 2000. o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

PASCHE, D.; PASSOS, E. *A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde*. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, [S.l.], v. 1, n. 1, 8 dez. 2008. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/19/45>>.

Documento Orientador da
Política de
Formação da PNH¹

Cleusa Pavan²

Laura Lamas Martins Gonçalves³

Maria Cláudia Souza Matias⁴

Simone Paulon⁵

**Documentos
e relatos**



Apresentação

¹Este Documento foi elaborado pelos autores a partir do processamento das experiências de formação em curso no âmbito da CTH-F, envolvendo também: Alessandra Silva, Aline Costa, Ana Cristina Salgado, Ana Rita Trajano, Maria Elizabeth Barros de Barros, Raquel Turci Pedroso, Vera Nunes Figueiredo, Teresinha Moreira. Além disso, contamos com o acúmulo alcançado pela PNH, no terreno da Formação, nos últimos anos, possíveis a partir das vigorosas contribuições de Ana Heckert, Edu Passos e Serafim Santos-Filho.

²Psicanalista e analista institucional, consultora da PNH desde 2007. clausapavan@hotmail.com

³Doutoranda do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp e consultora da PNH desde 2007. lauralmg@gmail.com

⁴Psicóloga e consultora da PNH desde 2007. claudiamatias2005@yahoo.com.br

⁵Dra. em Psicologia Clínica (PUCSP), Professora e Pesquisadora do PPG de Psicologia Social e Institucional da UFRGS, consultora da PNH e Coordenadora do Curso de Especialização em Humanização do SUS-RS. simone.paulon@ufrgs.br

O texto a seguir propõe-se a fazer uma compilação do acúmulo de experiências e conhecimentos que os processos de formação conduzidos pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS permitiram ao longo de quatro anos. Ao apresentar um breve histórico, os princípios e diretrizes de formação dele decorrentes, modalidades de formação e de certificação, diretrizes metodológicas e orientações político-organizativas para estruturação dos processos de formação da PNH, pretende-se instrumentalizar diferentes coletivos para a estruturação de novos processos coerentes com o “modo de fazer formação” que tem pautado as ações da Política Nacional de Humanização nos territórios.

A formação consiste numa importante estratégia de consolidação e capilarização da PNH não apenas pelo que contribui com sua divulgação e ampliação do número de parceiros, mas pelo que resulta de ações concretas no campo da saúde, já representando em si um meio de implementação da própria Política de Humanização. Este efeito, entretanto, não está dado pela simples promoção de processos educativos, mas pelo caráter de formação-intervenção impresso nos processos coordenados pela PNH.

Alinhado aos princípios de indissociabilidade entre atenção e gestão, incremento dos processos comunicativos e estímulo ao protagonismo dos sujeitos, os processos de formação da PNH visam sempre interferir na realidade promovendo mudanças nos serviços de saúde e nos próprios sujeitos que dele participam. Este é o sentido de que se reveste a intervenção neste contexto da humanização: propor intercessões nos processos de trabalho, estar junto dos sujeitos que dele participam, pôr-se junto, integrar-se, interpor-se.

Por isto, todos os processos de formação em que a PNH está envolvida têm como objetivo geral formar apoiadores institucionais, ou contribuir para a criação de condições para tanto. Segundo Campos, apoiadores são sujeitos que “atravessam” o processo de trabalho de coletivos, ajudando-os nas tarefas de qualificar suas ofertas clínicas e de saúde pública, de um lado, e ampliar o grau de grupalidade, de outro lado.

Para atingi-lo, a PNH sustenta sua formação-intervenção em práticas concretas, nas quais seus princípios, diretrizes e dispositivos operam e são produzidos coletivamente, envolvendo os diferentes atores – usuários, trabalhadores e gestores – na busca da ampliação dos graus de autonomia e protagonismo de todos de modo a fomentar Redes cada vez mais abrangentes e conectadas aos princípios do SUS.

1 Histórico, Função e Objetivos a Formação na PNH

Ao longo de 2003, 2004 e 2005, a PNH desenvolveu atividades que visavam, entre outros, a difusão e capilarização da Política. Estas atividades mobilizaram interesses e desejos de

Formação

experimentação, por parte de trabalhadores do SUS de diferentes regiões do país, gerando uma expansão das demandas de apoio. Diagnosticou-se, a partir daí, a dificuldade de continuar respondendo às demandas apenas através da oferta do apoio de consultores.

Uma aposta se fez necessária para a capilarização da PNH a partir do investimento intensivo e extensivo na formação de apoiadores, segundo o princípio da inseparabilidade entre formação e intervenção.

A Política Nacional de Humanização fez uma primeira experimentação sistematizada em termos de formação no ano de 2006. Tal experiência se deu através do “Curso de Formação de Apoiadores da Política de Humanização da Gestão e Atenção”, iniciativa realizada através da parceria PNH/Fiocruz/Universidade Federal Fluminense (UFF), abrangendo 14 regiões do País. O desenho se fez a partir de avaliações que indicavam a necessidade de formação de apoiadores institucionais, visando à sustentação das mudanças disparadas desde 2003 pela ação dos consultores da política.

Este primeiro curso confirmou a relevância da formação de apoiadores para a PNH, alçando-a à condição de função estratégica na Política. Desde então, a sustentabilidade e a ampliação do universo de intervenções da PNH vêm sendo garantidas, em grande parte, pelos processos de formação de apoiadores disparados e em implementação.

Na esteira desse curso, em 2007 a PNH conveniou-se com duas universidades federais e uma regional (UFRGS, UFF e UNIJUI) para promover o primeiro curso de pós-graduação lato sensu em Humanização da Atenção e Gestão do SUS, no Rio Grande do Sul, cuja receptividade justificou a ampliação da parceria em 2008, incluindo a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e ampliando o número de vagas e municípios atingidos naquele Estado. Ainda em 2008, formaram-se mais 180 apoiadores, em nível de aperfeiçoamento, no estado de São Paulo, e em 2009 iniciaram-se processos de formação em 11 (onze) estados. Todos estes processos evidenciaram que a estratégia de formação tornou-se fundamental para a constituição de redes nos territórios. A preocupação de que a ampliação desses processos não resultasse em fragmentação e distanciamento dos princípios que os justificavam levou à necessidade da criação de uma instância de cogestão dos processos de formação na PNH: a Câmara Técnica de Humanização – Formação (CTH-F).

Atualmente, a CTH-F reúne bimensalmente todos os coordenadores de cursos em andamento no País para compartilhamento das experiências de coordenação, formulação e validação de diretrizes para os processos de formação, estratégias de acompanhamento avaliativo dos processos de formação e de análises das experiências, além de constituir um grupo de consultores que exerce uma função de matriciamento no apoio à estruturação dos projetos em fase de formulação e estruturação.

A avaliação dos cursos até aqui realizados permite destacar como objetivos específicos dos processos de formação da Política Nacional de Humanização:

- Contribuir com a capilarização da Política Nacional de Humanização, fomentando a construção de redes regionais e a ampliação de coletivos regionais da PNH nos territórios;
- Amplificar a abrangência do método da PNH, incluindo novos atores nos processos de formação-intervenção;
- Ampliar a interlocução da PNH com diversos atores sociais, através do fomento e proposição de projetos de intervenção e pesquisa, em parceria com instituições de ensino superior, secretarias de saúde, conselhos de saúde, Comissões de Integração de Ensino e Serviços (CIES), movimentos sociais, entre outros;
- Sistematizar e divulgar a produção de conhecimento acumulados nos processos de formação e pesquisa da PNH.

O público-alvo dos processos de formação/intervenção da PNH são atores considerados estratégicos no campo da saúde: trabalhadores, gestores, usuários e movimentos sociais.

2 Princípios e Diretrizes da Política de Formação e Pesquisa da PNH

Formação e Intervenção não se separam

Este princípio se desenvolve a partir das máximas “transformar para conhecer a realidade” e “aprender fazendo”. Ou seja, as ações de formação da Política Nacional de Humanização são entendidas como dispositivos de problematização da experiência concreta dos trabalhadores de saúde, a partir da intervenção nas práticas, de modo a gerar mudanças nos modos de atenção e gestão da saúde.

Trata-se de uma relação com o conhecimento não da ordem apenas do “fazer conhecer” a PNH, mas principalmente do “fazer participar” da Política, com tudo que isso envolve em termos de apropriação, mobilização, intervenção e construção de conhecimentos. Para isto, a formação enfatiza a necessidade de ampliar os modos de comunicação e de compartilhamento de experiências dos coletivos, isto é, do grau de transversalidade entre eles, de forma a contribuir com a produção e fomento das redes.

Formação

Toda formação implica análise do processo de trabalho em saúde

Princípio diretamente relacionado ao anterior, busca assegurar que a discussão acerca do processo de trabalho atravessasse todo o projeto/processo pedagógico do curso, fomentando especialmente a mobilização dos coletivos para analisar o seu modo de inserção no trabalho.

Nesse sentido, o princípio aponta como uma das metas da formação na PNH a problematização contínua da realidade de trabalho, isto é, a análise dos modos de gerir e de cuidar, análise das relações entre sujeitos, entre equipes, serviços, bem como dos contextos locais de produção de saúde, entre outros. Isso significa cuidar não somente da qualidade do atendimento (a “atenção para o outro”), mas também da qualidade das relações sociais de trabalho (atenção consigo e com as próprias equipes).

Descentralização e responsabilização locorregionais

A proposta contida neste princípio é a de que os projetos de formação sejam produtos da construção e pactuação dos coletivos da Política Nacional de Humanização nas regiões (consultores de referência nos territórios) com parceiros. Deste modo, a construção de uma proposta de formação precisa estar articulada aos planos de ação regionais, abrangendo inclusive a construção das funções que os consultores regionais assumirão no processo de formação.

Com isto, pretende-se garantir que os atores inseridos no processo de formação se co-responsabilizem, principalmente no que se refere a:

- Construção compartilhada dos projetos de formação;
- Acompanhamento das articulações nos territórios ao longo do processo;
- Apoio pedagógico aos formadores;
- Coordenação e sustentação dos processos ao longo do período de sua realização;

Além disso, é fundamental que os projetos de formação procurem sempre ampliar parcerias, incluindo aqueles que passaram por cursos e/ou atividades de formação da PNH e outros parceiros identificados na implementação da Política no território. Daí a relevância de o desenho do curso partir de uma cuidadosa análise do cenário em que se inscreve.

Planejamento e avaliação são indissociáveis da formação

Seguindo a orientação de se imprimir às ações da PNH uma visão que integre planejamento, monitoramento e avaliação, este princípio propõe que as atividades de formação sejam planejadas a partir da articulação destas dimensões, compondo assim o que a PNH denomina acompanhamento avaliativo dos processos de formação.

O acompanhamento avaliativo é um método/estratégia elaborado com a finalidade de se realizar avaliação sistemática e contínua do/no processo de formação. No acompanhamento avaliativo enfatiza-se o caráter efetivamente participativo e emancipatório da avaliação e que suas metodologias incluam como analisadores não somente os processos de formação, mas os próprios modos de se construir e implementar as investigações/avaliações. Há um acento na dimensão reguladora desta proposta, apostando na aprendizagem e ajustes de rumos no processo (aprender fazendo). O acompanhamento avaliativo é feito de forma compartilhada, pela coordenação do processo de formação, e pelos formadores, apoiadores pedagógicos e apoiadores, através de oficinas de planejamento e reuniões. A função de acompanhamento avaliativo circula e é compartilhada, de modo que os atores envolvidos na formação se fazem corresponsáveis por esse processo.

3. Oferta; de formação da PNH

Todos os processos de formação são estratégicos para implementação da PNH, entretanto alguns se propõem a formar apoiadores enquanto outros podem desenvolver atividades pontuais que criem condições para tanto. Os processos de formação se dão a partir de cursos, oficinas de difusão, oficinas temáticas de formação em dispositivos, encontros temáticos, seminários, visitas técnicas, etc.

3.1 Estratégias em experimentação na PNH

- a) Oficinas de sensibilização
- b) Seminários
- c) Módulos preparatórios para formação de apoiadores

As atividades arroladas acima se propõem a atender demandas pontuais e a metodologia utilizada em geral não exige a realização de um plano de intervenção. A CTH-F e a Frente de Trabalho de Planejamento, Monitoramento

Formação

e Avaliação (P,M&A) podem eventualmente orientar tais atividades.

Com elas, alguns produtos são possíveis: i) Produção de visibilidade para a PNH; ii) Ampliação dos coletivos estaduais; iii) Identificação de sujeitos com condições de sustentar processos de formação de apoiadores; iv) Implementação de planos de intervenção; v) Preparação de terreno para processos de formação de apoiadores institucionais.

d) Processos de instrumentalização para ações específicas

São oficinas temáticas que se propõem a qualificar a implementação de dispositivos respondendo a necessidades específicas previstas nos planos regionais, como por exemplo, as Oficinas de 72 horas para Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), oficinas de AB e ACCR para UPAS, de 46hs para Visita Aberta, etc.

Produtos possíveis: i) Implementação de dispositivos específicos; ii) Abertura para outras possibilidades.

e) Processos de formação de apoiadores institucionais

Têm em geral uma carga horária mais extensa, sendo acompanhados, ao longo do percurso, pela CTH-F. Estruturam-se em torno da construção e implementação de planos de intervenção, devidamente acompanhados por formadores da PNH nos territórios de produção de saúde.

Tais processos passam pelo seguinte fluxo de pactuação:

1. os coletivos regionais acionam a CTH-F, que viabiliza apoio para a elaboração do projeto inicial do curso;
2. uma vez elaborado, o projeto é encaminhado para aprovação na CTH-F e posterior validação no Colegiado Gestor, com divulgação para o Coletivo Nacional;
3. a partir destas tramitações, um representante do processo de formação passa a compor a CTH-F.

Produtos possíveis: i) Apoiadores institucionais inseridos nos serviços; ii) Planos de Intervenção (PIs) disparados; iii) Planos de ação das coordenações estaduais e municipais de humanização articulados com aportes da PNH; iv) Narrativas analíticas dos processos de trabalho; v) Planos de saúde locais e de outros fóruns regionais articulados com aportes da PNH; vi) Ampliação dos coletivos estaduais

3.2 Modalidades de certificação

As ações de formação podem ter diferentes tipos de certificação a serem definidas com base nas necessidades específicas e possibilidades concretas da iniciativa (objetivos, público-alvo, parcerias estabelecidas, caráter das instituições envolvidas).

A Política Nacional de Humanização não emite certificados, no entanto pode assiná-los e autorizar a inclusão de sua logomarca, quando estabelecida parceria com instituição de ensino autorizada, o que se estimula que aconteça. No caso de não haver este tipo de parceria, a PNH pode emitir uma declaração de participação, assinada pelo coordenador da Política.

Abaixo, estão relacionadas algumas modalidades de certificação:

a) Cursos de atualização

Em geral são de curta duração (20 horas em média), para público de vários graus de instrução. Costumam ser certificados por uma instituição parceira (escolas de Saúde Pública, secretarias de Estado, etc), quando há esta possibilidade. Nos casos em que há cocoordenação, é importante que todas as instituições participantes sejam citadas no certificado, com suas respectivas logomarcas.

b) Cursos de aperfeiçoamento

Destinam-se, em geral, a profissionais graduados e de nível médio, tendo carga horária mínima de 180 horas. Objetivam oferecer ampliação dos recursos teórico-tecnológicos, bem como instrumentos necessários ao aprimoramento de competências para o exercício de determinadas funções/ocupações profissionais.

A certificação deste tipo de curso só pode ser realizada por instituição de ensino superior, sendo que profissionais de nível médio recebem certificado de atualização.

Obs: para quaisquer das modalidades acima, há a alternativa de vincular o curso a um projeto de extensão universitária, o que permite a emissão de certificado de capacitação profissional, nos moldes previstos no curso.

c) Cursos de especialização (pós-graduação lato-sensu)

Destinam-se, especificamente, a profissionais graduados em instituições de ensino superior reconhecidas pelo MEC. Têm carga horária mínima de 360 horas/aula e são necessariamente vinculados a uma universidade ou instituição de ensino

Formação

credenciada pelo MEC/Secretaria de Educação Superior (algumas escolas de Saúde Pública o são), que responde legalmente pela coordenação e certificação do curso.

Obs: nos cursos de especialização lato-sensu, é possível pactuar com a instituição de ensino a inclusão de profissionais de nível médio, que podem ser certificados na modalidade curso de atualização, cumprindo a mesma carga horária e requisitos de conclusão do curso dos participantes graduados.

Dada a importância de que se reveste o reconhecimento institucional dos esforços de qualificação e atualização profissional para os trabalhadores do SUS, sugere-se que todas as ações de formação nas quais a PNH participe gerem, na medida do possível, algum tipo de certificação formal a seus participantes.

Nas situações de exceção, em que a emissão de certificado não puder de modo algum ser realizada pelas instituições parceiras (Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Instituições de Ensino Superior e outros), a PNH poderá fazê-lo, sendo que este deverá ser assinado pelo titular da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

4 Diretrizes Metodológicas da Política de Formação e Pesquisa da PNH

Considerando-se que as ações de formação têm se voltado tanto às demandas dos coletivos regionais quanto do público interno do Ministério da Saúde, as diretrizes e prioridades de ação assumem algumas especificidades desses contextos, detalhadas a seguir.

4.1 Ações regionais

A construção do desenho dos cursos é calcada no método da tríplice inclusão, isto é, além de envolver a análise local das possibilidades e/ou necessidades de capilarização da PNH e do público-alvo, considera o princípio formar-intervir em rede. Isto implica a inclusão, sempre que possível, de parcerias com instituições de ensino, gestores locais e movimentos sociais da região atendida.

Ao mesmo tempo, os desenhos se diferenciam a partir das singularidades de cada coletivo regional, isto é, não propõem um modelo padrão, formatado, e sim que cada grupo aproveite a experiência local, bem como os acúmulos produzidos pelo coletivo nacional, para inventar arranjos de formação potentes e qualificados para promover a problematização das experiências no SUS naquele território.

4.2 Ações voltadas para o Ministério da Saúde

O atual cenário no Ministério da Saúde favorece a ampliação das frentes de ação da PNH voltadas para o próprio MS. Se por um lado o Ministério da Saúde tem priorizado a orientação de investimentos para ações extensivas de impacto macropolítico nas regiões, por outro, observa-se uma crescente demanda de áreas deste Ministério, que se refere ao “modo de fazer” da PNH. Estas demandas têm aberto possibilidades de aproximar o “modo HumanizaSUS de fazer formação” das práticas de outras áreas, permitindo a difusão, problematização e aprimoramento de um caminho de reinvenção e fortalecimento da Política Nacional de Humanização.

Os critérios observados para a priorização de atendimento às demandas destas novas parcerias são os seguintes:

- Processos de formação participativos, orientados pelo protagonismo dos envolvidos e, portanto, para a potencialização da autonomia dos sujeitos;
- Processos de formação que articulem redes sociais potentes para a difusão/aprimoramento da PNH, entendendo como potentes as redes sociais abrangentes, tradicionalmente problematizadoras quanto à superação dos entraves que rondam as políticas públicas de saúde;
- Inserção dos dispositivos da PNH, transversalmente, nos métodos de ensino e conteúdos programáticos.

5 Orientações Político-Organizativas para Cursos de Formação de Apoiadores Institucionais de Longa Duração (Acima de 180 Horas)

5.1 A gestão do curso

A gestão dos processos de formação precisa ser pensada a partir do princípio da descentralização e corresponsabilização locorregionais, que prevê tanto a inclusão de membros do coletivo de consultores da região quanto de novas parcerias.

Recomenda-se, para agilização e coordenação dos processos a constituição de diferentes instâncias com a seguinte distribuição de funções:

- Núcleo coordenador (2 a 3 representantes das instituições promotoras) que responde oficialmente pelo processo e se responsabiliza pelas decisões cotidianas que não puderem aguardar ou não foram previstas no coletivo maior;

Formação

- Colegiado coordenador (núcleo coordenador, formadores, representante dos apoiadores em formação e representante da equipe de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da PNH): reúne-se nos momentos de encontros presenciais ou em momentos específicos para a discussão de temas mais amplos referentes à gestão do curso.

5.2 Planejamento, monitoramento e avaliação do curso: a proposta de acompanhamento avaliativo (SANTO-FILHO, 2008a, 2008b)

Como foi citado anteriormente, o acompanhamento avaliativo surge como proposta de integrar planejamento, monitoramento e avaliação, funcionando como lógica que auxilia a estruturar os processos de formação. Através de suas características - inclusivo, regulador, formativo -, o acompanhamento avaliativo está indissociado das dimensões de planejamento, avaliação, formação e intervenção de um processo de formação.

Assim, seguindo o princípio da descentralização e corresponsabilização localregionais, bem como a característica do acompanhamento avaliativo de ser inclusivo, orienta-se que ao iniciar o planejamento de um processo de formação, envolva-se tanto o coletivo regional de consultores quanto aqueles que responderão conjuntamente pela gestão do curso. O planejamento de um processo de formação tem como objetivos, entre outros:

- a) A elaboração de uma análise situacional que mapeie o cenário no qual se insere o curso, considerando:
 - O momento político no estado e região;
 - A situação do SUS e da PNH na macro/micro-região;
 - A situação do trabalho e dos trabalhadores;
 - A viabilidade política e orçamentária;
 - As instituições potencialmente parceiras;
 - As ações/cursos que possam estar acontecendo em paralelo nos territórios, verificando qual impacto terão sobre a formação de apoiadores e como é possível lidar com estes outros vetores que aparecem no campo de forças circulantes. Aqui, destaca-se a importância de buscar articulação entre a Política de Educação Permanente e a PNH.

b) O mapeamento do que se deseja a partir do curso:

- Das prioridades;
- Dos objetivos;
- Dos resultados esperados, priorizados e dimensionados, a partir da análise de conjuntura.

c) Mapeamento das perspectivas a partir do curso.

Continuando na perspectiva reguladora, é interessante que o planejamento se dê não apenas no início do processo de formação, mas também durante todo o decorrer do curso.

O acompanhamento avaliativo, além de contribuir para o planejamento contínuo do processo de formação, possibilita a avaliação em dois sentidos distintos:

- Na identificação de variáveis para o acompanhamento da gestão do processo pedagógico e da formação/aprendizagem dos apoiadores, com análises durante o percurso e ao seu final (por exemplo: modo de gestão do curso, processo de inclusão/seleção, estratégias metodológicas de condução dos encontros presenciais, constituição e condução das UPs, etc.);
- No desenho de projetos de pesquisas avaliativas, tendo como objeto/alvo alguns dos cursos disparados, buscando analisar com rigor conceitual e metodológico as repercussões efetivas dessas experiências.

A fim de operacionalizar o acompanhamento avaliativo como dimensão estruturante da formação, faz-se necessária a elaboração de um planejamento inicial que discorra sobre como se dará a avaliação durante o curso e inserir rodas avaliativas desde o início. Além disso, sugere-se inserir neste processo a auto-avaliação e a avaliação pelos pares, e avançar em métodos que garantam uma certa pedagogia da exposição de si e do outro.

Assim, a avaliação da aprendizagem é incluída sem a perspectiva tradicional de julgamento e punição, funcionando como diagnóstico orientador para a formação. Para isto, é fundamental contratar com os apoiadores como se dará a avaliação da aprendizagem, convocando-os a serem coautores da organização do processo avaliativo, através da construção conjunta dos parâmetros avaliativos, o que lhes permitirá melhor acompanhamento de sua própria evolução.

A operacionalização do acompanhamento avaliativo se dá, entre outros, através do registro

Formação

sistemático da memória do curso, que será instrumento de análise, capaz de auxiliar na produção de conhecimentos. O registro funciona como um oportunizador da construção de nexos entre as dimensões do processo formativo e do processo de aprendizagem. Durante todo o curso, o que é produzido no acompanhamento avaliativo é colocado em análise para ser validado pelo coletivo, sendo que são considerados analisadores não somente os processos de formação, mas os próprios modos de se construir e implementar as investigações/avaliações.

5.3 O desenho geral do curso

Ao se iniciar a elaboração do desenho do curso é importante assinalar qual a abrangência territorial o mesmo terá, isto é, que regiões serão incluídas no curso. Também é necessário definir o público-alvo e o número de apoiadores que se pretende formar.

Para a etapa de inclusão no curso, tem-se utilizado os seguintes instrumentos:

- a) **Currículo:** é interessante que a análise de currículo considere a implicação/convocação que o candidato apresenta em relação ao trabalho que realiza, o que às vezes aparece mais na sua trajetória e nas inserções em algum tipo de rede social (conselho, comissões), do que na sua titulação acadêmica. Tem-se constatado que em geral o currículo auxilia na seleção, mas tem um grande risco de criar vieses na escolha. Assim, sugere-se que não seja o principal instrumento da seleção.
- b) **Cartas de interesse/memorial do candidato:** ênfase no que considera de seu interesse, relevância. A tendência é que o memorial seja cada vez mais considerado, em detrimento do CV.
- c) **Carta de interesse do gestor local:** a manifestação escrita do gestor direto do candidato, mostrando ciência de ambos com o caráter de formação-intervenção e tudo que este implica (em termos de inserção dos conteúdos e exercícios do curso nos processos de trabalho da unidade de saúde envolvida, em termos de custos e horas de dedicação às atividades práticas do curso, etc.) é um instrumento fundamental para que o processo de corresponsabilização com a intervenção que o apoiador irá desencadear se explicita e inicie desde sua inscrição para o processo.
- d) **Mostras/eventos da PNH:** uma das estratégias experimentadas, com êxito, para a definição de quem participará de um curso é a oferta de eventos/mostras da PNH nas microrregiões. A metodologia dos eventos tem incluído rodas de conversa

com apresentação do projeto do curso e de planos de ação de edições anteriores do curso (ou ainda de cursos realizados em outras regiões). Ao final, realiza-se a inscrição daqueles que se mantiveram interessados na proposta do curso, o que tem qualificado a composição dos grupos e possibilitado um processo seletivo menos unilateral já que evita evasões daqueles que não se identificam com a proposta antes mesmo da inscrição.

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

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

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

5.4 Estratégia Metodológica

5.4.1 Apoiador Institucional

O apoiador se insere em um processo de movimento de coletivos, ou ajuda a sua irrupção, auxiliando e ofertando conceitos e tecnologias para a análise da instituição (pôr a instituição em análise), buscando novos modos de operar, funcionar, agir e produzir das organizações, considerando os pressupostos da democracia institucional e da autonomia dos sujeitos. Para tanto, o apoio parte e considera a inseparabilidade entre a clínica e a política, entre

Formação

cuidado e a gestão – que se interferem mutuamente – e a transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações.

Entende-se e se propõe o trabalho dos formadores e apoiadores pedagógicos dos processos de formação também na perspectiva do apoio institucional.

5.4.2 Formador e Apoiador Pedagógico

Os processos de formação vividos no Rio Grande do Sul e em São Paulo evidenciaram a importância dessas funções, visto que enriquecem o processo de aprendizagem e de desenvolvimento dos cursos, na perspectiva da corresponsabilização e coordenação ampliada dos mesmos.

Os formadores têm funções mais ligadas à sustentação das ações no território, ao fomento à grupalidade na UP e ao acompanhamento cotidiano dos processos de intervenção.

Já os apoiadores pedagógicos, além de sua função direta junto aos processos de aprendizagem, apóiam a construção de mapeamentos regionais importantes para a continuidade e sustentação dos projetos que os cursos desencadeiam. A articulação das redes regionais pode ser exercida em maior ou menor grau pelo formador ou apoiador pedagógico, dependendo dos arranjos locais.

No Pará, optou-se pela denominação apoiador da formação, conjugando a função de formador e de apoiador pedagógico. A experiência no Espírito Santo tem apostado na conjunção dessas funções na figura do apoiador pedagógico.

Tanto os formadores quanto os apoiadores pedagógicos são sujeitos que têm acúmulos quanto à trajetória no/do SUS, afinidade com os pressupostos da Política Nacional de Humanização, constituindo-se como sujeitos da política de saúde coletiva em suas regiões. Estão entre suas possíveis atribuições:

- a) Acompanhar e apoiar o/no processo de formação dos apoiadores da PNH;
- b) Participar e apoiar os/nos encontros presenciais programados;
- c) Produzir e organizar materiais utilizados no processo;
- d) Imprimir um “olhar” avaliativo no processo de formação.

Os formadores e/ou os apoiadores pedagógicos têm sido o grupo-sujeito a imprimir “um olhar” e elaborar instrumentos avaliativos em sua “agenda de formadores” (na rotina de

seguimento dos apoiadores). Nesse sentido, é aconselhável que a formação dos formadores envolva a criação de espaços de análise, avaliação e trocas antes e durante o curso, garantindo a continuidade na sua formação, assegurando, entre outros, uma qualificação contínua do apoio às UPs. É preciso assegurar também, metodologicamente, uma interlocução permanente entre coordenadores e formadores (mediado por um membro da equipe de Planejamento, Monitoramento e Avaliação), garantindo um acompanhamento qualificado, coerente com a proposta do apoio institucional.

5.4.3 Unidades de Produção (UP's): critérios de composição

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

O número de UPs em cada curso e de apoiadores integrantes de cada uma pode variar de acordo com as realidades regionais e possibilidades dos investimentos de cada uma (incluindo número de formadores, parceiros municipais, custos de deslocamento nas diferentes geografias estaduais, etc). De modo geral, o número de apoiadores de cada UP tem variado entre oito e doze integrantes. Além disso, nas experimentações dos cursos, a presença de mais de um apoiador de cada serviço nas UPs tem-se mostrado facilitadora da viabilização e continuidade do plano de intervenção.

A estruturação das UPs em um processo de formação precisa ser norteada por critérios claros, que justifiquem a ‘razão’ pela qual se propõe a agregação das pessoas a partir de um determinado critério para este agrupamento. É prudente ajustar tais critérios a cada realidade, havendo, nesse sentido, a necessidade de observar se há coerência entre os critérios de formação da UP e os critérios de seleção dos apoiadores definidos para aquele território.

Critérios que têm sido considerados para a formação das UPs:

- a) O plano de ação do Coletivo Regional (inserção da PNH nos territórios);
- b) Os objetivos do curso;

Formação

- c) Desejos, necessidades e expectativas com o curso, por parte dos sujeitos envolvidos com o projeto e sua implementação;
- d) Mapeamento do campo problemático da saúde no território;
- e) Disponibilidade de formadores/apoiadores pedagógicos de acompanhar as UPs nos territórios, considerando, entre outros, os deslocamentos que serão necessários e recursos tecnológicos disponíveis;
- f) Dimensão/complexidade dos serviços incluídos para definição do número de apoiadores necessários (de 2 a 4) por serviço;
- g) A característica que melhor afirmar o sentido de unidade ao grupo. Por exemplo: reunir numa mesma UP pessoas de uma mesma instância do SUS (composição de “iguais”, por exemplo, UP de hospitais) ou então pessoas de diferentes instâncias (por exemplo, UPs mistas), mas de um mesmo território de referência.

Sugere-se que as UPs não ultrapassem 12 integrantes, sob risco de prejuízo da condução do acompanhamento feito aos apoiadores, bem como da formação de grupalidade. Também é necessário cuidar para que o desenho das UPs seja elaborado conjuntamente com formadores/apoiadores pedagógicos e parceiros/promotores.

A “agenda” das UPs pode girar em torno de seus objetos/objetivos, compondo-se (nos diversos momentos/espacos de dispersão) de movimentos para a gestão de seu funcionamento (como grupos) e de suas agendas/pautas/ações/projetos.

Como a construção de redes regionalizadas de atenção tem sido um importante eixo orientador das ações da Política Nacional de Humanização, a UP, a partir de um território, de uma determinada área geopolítica, vem se consolidando como um critério potente para o fortalecimento do trabalho em rede. O critério básico de constituição das UPs busca muitas vezes o desencadeamento da discussão de/em rede, afirmando a necessidade de construção de articulações internas, a se abrirem para outros âmbitos de articulação. Por outro lado, por vezes é necessário considerar outras variáveis, avaliadas pelo conjunto dos apoiadores como mais importantes para a realidade local, (por exemplo: maior facilidade de agrupamento e de mobilização para os apoiadores, facilitação da coordenação e acompanhamento pela equipe de condução do curso).

Outro aspecto importante é a escolha do critério de constituição da UP e a influência deste critério na possibilidade de a UP avançar em seus objetivos. Apesar da clareza da intencionalidade da UP (perspectiva de fomentar grupalidade, rede, cogestão) e dos critérios que às vezes parecem mais óbvios para isso, é preciso ampliar a reflexão sobre o que pode funcionar como fatores facilitadores e dificultadores desse processo. E talvez

essa reflexão possa ser um dos próprios objetivos do curso, fazendo com que o critério seja definido de forma mais corresponsabilizada, envolvendo o coletivo de apoiadores na sua coprodução/validação.

5.4.4 Plano de Intervenção

Os processos de formação da Política Nacional de Humanização estruturam-se através de orientações claras mas abertas, pautadas em eixos norteadores que configuram planos de intervenção ou ação. Diferentes de meras cartas de intenções, os planos de intervenção são 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. Não se restringindo a matrizes ou planilhas de programação de ações, são instrumentos que apontam espaços/momentos de reflexão sobre o processo de trabalho.

Deste modo, a análise do processo de trabalho deve ser o foco norteador do plano, a partir de diferentes rodas, que oportunizem a inclusão dos diferentes sujeitos (com trabalhadores do serviço, na UP, etc.).

É indicado que o plano seja concebido como analisador de possibilidades, dificuldades, favorabilidades, viabilidade e, mais do que isso, espaço para se qualificar para negociações e pactuações para disparar processos/movimentos. Tem em sua intencionalidade uma sistematização integradora de todo o processo de formação, isto é, constitui-se em instrumento para o qual podem convergir não somente análises situacionais e propostas/ações, mas todos os movimentos disparados no/pelo grupo (UP).

O Plano pode se desdobrar, ou comportar outros instrumentos (capazes de canalizar as idéias e ações programáticas, por exemplo), como seus anexos ou apêndices. A amplitude e abertura são características desejáveis no Plano, de modo que funcionem como dispositivos que fomentem análises e estratégias de mudanças/transformações nas realidades. Para tanto, faz-se fundamental uma análise da governabilidade das ações propostas, de modo que as ações planejadas não estejam descoladas e descontextualizadas do cotidiano dos processos de trabalho.

Da mesma forma que se indica a inclusão de trabalhadores/apoiadores por duplas ou trios, de cada serviço, sugere-se que os Planos de Intervenção sejam construídos por estas duplas/trios. Quando o cenário político, o campo problemático e a grupalidade construída na UP possibilitam, é bastante produtiva também a construção de um Plano de Intervenção da UP como um todo.

Formação

Muitas vezes, os próprios formadores podem apresentar dificuldades em relação à elaboração de planos de intervenção, devido à inovação e complexidade contidas neste tipo de proposta. Um bom exercício a ser realizado durante a formação de formadores é que os formadores pensem e exercitem a construção de um plano. Além disso, é interessante planejar momentos específicos para discussão sobre os planos dos apoiadores e as estratégias de apoio à construção dos mesmos que podem ser utilizadas junto aos apoiadores com um membro da equipe de Planejamento, Monitoramento e Avaliação e/ou coordenação do curso.

5.5 Estratégias didático-metodológicas

Os processos de formação de maior envergadura na PNH têm utilizado usualmente uma dinâmica modular de aprendizagem, isto é, os conteúdos e a grade temática dos cursos têm sido agrupados em módulos, de modo que durante determinado período de tempo os temas a serem apresentados/discutidos nos momentos de concentração e dispersão são os mesmos para todas as UP's.

A estruturação pedagógica dos processos de formação tem como foco da aprendizagem o “como se faz”, partindo das experiências do cotidiano do trabalho dos apoiadores/apoiadores para problematização e reflexão a partir de aportes teórico-conceituais. É importante que a compreensão de conceitos teóricos, mesmo quando feita através de exposição dialogada, aconteça a partir dos referenciais, das situações concretas, trazidas pelos apoiadores, calcadas na realidade vivenciada na prática cotidiana.

A metodologia de concentração e dispersão tem sido utilizada como modo de oportunizar a criação de uma agenda de encontros/atividades que, com funções diferentes mas complementares, viabilizam a indissociação entre formação e intervenção. As atividades de concentração têm-se distribuído do seguinte modo:

- a) Encontros Presenciais Gerais - São encontros que reúnem todos os apoiadores e UPs que participam do processo de formação, cumprindo tanto uma função programática de cunho teórico-tecnológico quanto de fomento a ações macropolíticas, de pertencimento a coletivos ampliados de sustentação da política pública de saúde. 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. É importante que, no planejamento destas oficinas, sejam fornecidos subsídios/informações para quem vai conduzi-las, acerca do contexto e da problemática trazida em outros momentos pelos apoiadores. Sugere-se que as

oficinas oportunizem aproximações sucessivas das experiências do cotidiano do trabalho com o conteúdo teórico, utilizando uma inversão metodológica dos tradicionais modos de trazer conteúdos para discussão. A garantia de espaços/ tempos de falas dos apoiadores sobre os temas trabalhados em cada oficina, garantindo as mesmas de fato como “rodas de conversas” torna-se, portanto, fundamental. Bons resultados têm sido obtidos quando a roda inicia com falas dos apoiadores, apresentação de experiências e/ou situações clínico-institucionais.

- b) Encontros Presenciais Locais - São encontros descentralizados, realizados nas diferentes regiões e que podem reunir integrantes de uma ou mais UPs. O objetivo destes encontros em geral é o de avançar nas discussões apresentadas nos encontros presenciais gerais ou de preparar a UP para as atividades que acontecerão nos mesmos. Esses encontros têm a função de focar o trabalho das UPs, promover a articulação de redes regionais e eventualmente conjugar atividades para além do curso (mostras, jornadas de trabalho mobilizadas pelos apoiadores em formação, entre outros).
- c) Encontros/ Atividades Virtuais - são estruturadas com o objetivo de também fomentar a grupalidade na UP, incentivar a formação de redes e favorecer o protagonismo no processo de aprendizagem. Para estes encontros, têm sido utilizados estudo de textos, materiais de apoio e ferramentas dos ambientes virtuais de aprendizagem, como estímulo às constantes trocas de experiências e reflexões entre apoiadores e formadores, consoante aos princípios da formação-intervenção. Em função das distâncias geográficas em que se encontram os diversos participantes dos processos de formação, do curto espaço de tempo em que, em geral ocorrem estas formações e da intensidade de experimentações que elas mobilizam, as ferramentas do Ensino à Distância, devidamente adequadas aos propósitos aqui referidos, têm-se mostrado valiosos instrumentos do modo de formar que a PNH tem procurado implementar⁶.

Sobre as atividades de dispersão, pode-se dizer que em geral têm também se organizado a partir de agenda (números de encontros) prevista no cronograma do curso e pactuada com as UPs.

6 Articulações Institucionais

Enfatizamos a importância de estarmos atentos a outras ações/cursos que possam estar acontecendo em paralelo nos territórios, verificando qual impacto terão sobre a formação de apoiadores e como é possível lidar com estes outros vetores que aparecem no campo de

⁶Sobre a utilização específica do EaD no âmbito das formações da PNH ver mais em: PAULON, Simone Maineira; CARNEIRO, Mara Lúcia Fernandes. A Educação a Distância como dispositivo de fomento às Redes de Cuidado em Saúde. Interface (Botucatu) [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 749-757. ISSN 1414-3283

Formação

forças circulantes. Destacamos a importância da atenção para com as ações que a Política de Educação Permanente do SUS promove na região, no sentido de buscar articulação e criar interfaces entre as duas Políticas através dos processos de formação, sempre que possível.

Destaca-se ainda como importante uma atenção especial às possibilidades de articulação com o recém criado Pró-Saúde, programa do MS que investe na inserção dos universitários (de graduação por enquanto, mas de especialização a partir de 2010) na rede do SUS com objetivo de formação em serviço.

Referências

CAMPOS, G. W. S. *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.

SANTOS-FILHO, S. B. *Construindo um método de acompanhamento avaliativo e avaliando processos de formação: em foco o curso de humanização da atenção e gestão em saúde no Mato Grosso*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. (Relatório de Consultoria).

_____. *De como articular os referenciais da Formação, Trabalho e Avaliação na perspectiva da formação-intervenção na PNH*. [S.l.: s.n.], 2008b. No prelo.

**Articulação de eixos metodológicos
de planejamento
e avaliação
nos cursos de
formação de apoiadores institucionais
na Política Nacional de
Humanização**

Serafim Barbosa Santos Filho¹

**Documentos
e relatos**



Este texto parte de outras produções relacionadas ao que se tem construído no campo da 'Formação' e da 'Avaliação' na Política Nacional de Humanização/PNH. Tem o objetivo de articular, de forma esquemática e operacional, os referenciais teórico-metodológicos e instrumentos incorporados às práticas de formação em franco processo de experimentação na PNH.

O texto constitui-se de cinco partes:

- (i) De como se articulam os referenciais da Formação, Trabalho e Avaliação na perspectiva da formação-intervenção na Política Nacional de Humanização.
- (ii) De como se articulam os eixos de estruturação dos cursos e os referenciais com os quais a PNH opera.
- (iii) De como se articula o desenho do acompanhamento avaliativo nos/dos cursos e o funcionamento das unidades de produção (UP).
- (iv) Concepção de Planos de Intervenção: referenciais para abordagem de planos e intervenção no exercício de apoio institucional na Política de Humanização.
- (v) De como se articulam instrumentos para nortear a atividade de apoio e acompanhamento avaliativo nos/dos cursos da PNH.

Outras publicações e documentos institucionais devem ser consultados para aprofundamento dos tópicos aqui abordados (PASSOS; BARROS, 2005; PASSOS, 2006; BRASIL, 2006; HECKERT; NEVES, 2007; BRASIL, 2007; SANTOS-FILHO, 2007; SANTOS-FILHO; BARROS, 2007; BRASIL, 2008; SANTOS-FILHO, 2008a; SANTOS-FILHO, 2008b; SANTOS-FILHO, 2009).

Parte 1

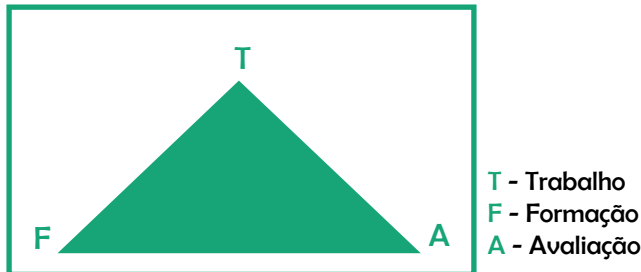
De como se articulam os referenciais da Formação, Trabalho e Avaliação na perspectiva da formação-intervenção na Política Nacional de Humanização

Partimos de um “triângulo de referência” para articular as bases estruturantes da proposta de ‘formação-intervenção’ que caracteriza os cursos de formação de apoiadores institucionais na PNH. Direcionados por essa Política, os princípios dos cursos pautam-se em uma compreensão da formação como intervenção no sentido de “articular produção de conhecimento, interferência nas práticas de atenção e gestão, produção de saúde e produção de sujeitos de modo indissociável” (BRASIL, 2007; HECKERT; NEVES, 2007).

¹Professor da PUC-MG e pesquisador da UFMG. Consultor da PNH desde 2004. serafimsantos@terra.com.br

Formação

Os vértices do triângulo trazem os campos da Formação, Trabalho e Avaliação, buscando-se explicitar o modo como se compreende a confluência desses marcos referenciais para direcionar o processo de formação-intervenção na PNH.



No vértice da Formação, considerar:

- Contexto da formação-intervenção: compreensão dos “sujeitos/trabalhadores da saúde no contexto do processo de trabalho”, este compreendido como espaço de aprendizagem, no sentido de espaço para se fazer-aprendendo e aprender-fazendo.
- Âmbitos de situações formativas: inclusão e integração de diferentes dimensões de formação, demarcando-as como indissociáveis, isto é, incluindo como escopo da formação-intervenção: (i) o campo de princípios e diretrizes da PNH; (ii) o ‘método da inclusão’, exercitado como análises coletivas das realidades de trabalho e vivências dos sujeitos; (iii) as intervenções que se operam cotidianamente e as que se planeja operar para transformação da realidade (iv) a construção de redes, considerando suas dimensões de organização da atenção (intra e interinstâncias) e também na perspectiva da grupalidade e atitudes de responsabilização.

Com a afirmação desse contexto e âmbitos formativos, afirma-se que a formação não se restringe nem se foca na aquisição de ‘conhecimento’, ‘atitudes’ e ‘habilidades’ de uma forma abstrata, mas que se desenvolve como um processo embasado na realidade e vivências de trabalho, agregando referenciais conceituais e métodos para sua reflexão, com isso almejando o ganho/aumento da capacidade de análise e de intervenção na realidade.

No vértice do Trabalho (e processo de trabalho), considerar:

Concepção de trabalho:

- Compreensão do trabalho como produção/invenção de serviços, de produtos, de si mesmo e do mundo (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). “Atividade de trabalho” como diferente de emprego, de posto de trabalho, de tarefa, de trabalho prescrito, de ‘simples execução.’

- Trabalho significando produção de saber, processo de formação permanente e que essa formação se efetiva na vivência das situações/processos concretos de trabalho, 'tornando-se competente' para enfrentar as demandas do trabalho, criando estratégias para isso (inclusive aprendendo a trabalhar em equipe). Zarifian (2001) compreende competência como atitudes/posicionamentos/ações/aprendizados que se constituem no confronto dos sujeitos com o que se apresenta nas situações de trabalho que vivenciam. Associa responsabilidade pessoal e corresponsabilidade com o aprendizado/ação.
- O sujeito se constrói/forma-se como trabalhador na medida em que enfrenta (coletivamente) as situações de trabalho. Vai aprendendo a enfrentar situações (repetidas e diferentes) com a própria situação; vai se posicionando e se reposicionando, produzindo coisas e a si próprio; produzindo o próprio coletivo. Nesse sentido, alinha-se 'competência' e 'intervenção' (incluindo o ganho de habilidade para fazer intervenção, "agir no entre").
- Espaço de trabalho como lugar em que cada um (e o coletivo) exercita a função de gestão como função de quem está produzindo e conduzindo/direcionando seu próprio fazer (portanto afirmando a compreensão de que cada um é gestor de seu próprio trabalho).

Pensar o trabalho em saúde na direção da PNH é afirmar a transversalidade como um aumento de comunicação entre os diferentes sujeitos/grupos. Essa concepção diz de uma participação ativa e inventiva de atores, saberes e instituições, voltados para o enfrentamento de problemas que emergem nos cotidianos de trabalho. Diz da análise das relações que os sujeitos estabelecem com o processo produtivo e aponta para a construção de autonomia e corresponsabilização com intervenções para transformação da realidade (BARROS; SANTOS-FILHO, 2009).

No vértice da Avaliação, considerar:

A "avaliação formativa", compreendida em uma perspectiva participativa, toma os processos de implementação de projetos/intervenções como seus focos de análise, observando o 'desempenho' do projeto (no caso, os cursos) e buscando a correção ou confirmação de seus rumos/condução. São 'avaliações de processo' e de 'eficácia', identificando-se aspectos da intervenção e produzindo informação para aprimorar ou redirecionar o que for necessário, isto é, para aumentar a adequação da intervenção na direção dos objetivos e metas. Assume um caráter pedagógico e inclui os diferentes atores, promovendo aprendizagem com a própria experiência. Opera com ajustes contínuos e vem daí sua perspectiva regulatória ou de avaliação formativa-reguladora, buscando aproximar a intervenção (e suas intencionalidades) às necessidades reais que emergem na/da realidade e no próprio processo.

Formação

Nos cursos propõe-se um método para seu “acompanhamento avaliativo”, embasado na avaliação formativa, compreendendo a avaliação como nexos do projeto pedagógico (constituente dele) e não como anexo a ele. Nexos no sentido de articular os elementos do processo/prática pedagógica:

- Costura dos elementos do processo de formação, isto é, o planejamento das atividades, as práticas colocadas em ato (abordagens pedagógicas) e a aprendizagem/formação.
- Avaliação como produtora (e utilizadora) de informação referente aos “entres”, aos espaços que se encontram unindo (ou separando) intenção-ação-resultados.
- Perspectiva de diagnóstico, negociação e aprendizagem, com a finalidade de ajustes e correção de rumos (das situações e do aprendizado).
- Retroalimentação para ajustar/redirecionar práticas e adequar ofertas, conforme necessidades (dos sujeitos no contexto do processo de trabalho e formação-intervenção).

Na operacionalização do acompanhamento avaliativo com os participantes dos cursos é importante o cuidado político-metodológico de se esclarecer e pactuar os objetivos (do processo de formação-intervenção) e os critérios a serem utilizados na avaliação, assegurando transparência, protagonismo e corresponsabilização no processo. Um de seus sentidos pedagógicos é o de se criar uma cultura avaliativa reinventando o modo tradicional de avaliar, superando o que usualmente vem associado como prática “punitiva”, excludente, fiscalizatória, cartorial.

Deve-se também associar e enfatizar o campo avaliativo que se traduz em uma perspectiva investigativa, isto é, os cursos (as experiências pedagógicas) como “ambientes de pesquisa”, ambientes que devem ser vistos como campos permanentes de interrogação (e intervenção) sobre a própria prática pedagógica. Nesse sentido, constrói-se efetivamente mais um âmbito do que se propõe como formação-intervenção.

Parte 2

De como se articulam os eixos de estruturação dos cursos e os referenciais com os quais a PNH opera

Os cursos da Política Nacional de Humanização têm os seguintes objetivos:

- Formar trabalhadores/gestores como “apoiadores institucionais”, capazes de analisar, disparar e consolidar processos de mudança nos modelos de atenção e nos modos de gestão em saúde;
- Construir um processo de formação que resulte em práticas concretas e coletivas de intervenção nos espaços de trabalho;
- Permeando esses objetivos, almeja-se a formação de equipes/coletivos que produzam e fomentem redes capazes de aumentar os graus de transversalidade da PNH, ampliando a integração de novos representantes das instituições e serviços do SUS.

Para o alcance dos objetivos, os cursos organizam-se com base em eixos estruturantes (de planejamento-desenvolvimento). Os quadros seguintes identificam esses eixos de direcionamento, remetendo-os diretamente aos referenciais com os quais a PNH opera. Tais referenciais devem ser tomados ao mesmo tempo como direcionadores do projeto político-pedagógico e como objetos de análise nos/dos cursos, buscando a construção/reconstrução coletiva de seus ‘sentidos’.

A principal finalidade da apresentação dessa articulação (esquemática) é subsidiar ‘rodas de pactuação’ com os atores participantes, mediando a proposta (entendendo-se como “ofertamentos” da PNH) e as expectativas dos alunos/trabalhadores, daí fazendo-se os ajustes pertinentes, mas sempre no sentido de corresponsabilização e pactuação.

Esses eixos e referenciais são também objetos de discussão com os “formadores” e “apoiadores pedagógicos” do Curso, em seu processo de formação, realizando-se validações sucessivas e aprofundamento nesses pilares que sustentam a proposta político-metodológica.

²Reafirmamos (nesse quadro) a perspectiva apenas esquemática de apresentação desses referenciais, que devem ser explorados/consultados nas bibliografias disponíveis e indicadas em cada curso.

EIXOS-FOCOS DO CURSO	REFERENCIAIS COM OS QUAIS A PNH OPERA ²
Humanização das práticas de atenção e de gestão no SUS	Concepção de humano e humanização
Formação de trabalhadores/gestores como apoiadores institucionais da PNH	Concepção de apoio e apoiadores institucionais

continua..

Formação

continuação...

Fomento à constituição de redes	Concepção de redes
“Formação” como estratégia de investimento na transversalização da PNH	Concepção de transversalidade (maior alcance de sujeitos, instâncias, redes; uma outra forma de “alcance”, etc.)
<p>“Formação” no referencial de intervenção na realidade – Perspectivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pedagógica • Processo de trabalho • Planejamento • Avaliação 	<p>Concepção de formação-intervenção</p> <p>Concepção de trabalho e processo de trabalho</p> <p>Concepção de intervenção e planos de intervenção</p> <p>Concepção de avaliação (avaliação formativo-reguladora)</p>

EIXOS DE ESTRUTURAÇÃO METODOLÓGICA DO CURSO	REFERENCIAIS COM OS QUAIS A PNH OPERA
Inserção de apoiadores pedagógicos	Concepção e atribuições dos apoiadores pedagógicos
<p>Momentos de desenvolvimento do curso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concentração • Dispersão 	<p>Âmbitos de conteúdos</p> <p>Métodos de abordagem: perspectiva da “tríplice inclusão” no campo formativo-interventivo: (i) inclusão de situações de trabalho e formação, (ii) dos sujeitos, (iii) de analisadores (trabalho e formação).</p> <p>Perspectiva do mapeamento/cartografia</p> <p>Concepção e operacionalização da “agenda pedagógica” do curso (dinâmica dos módulos/concentração e da dispersão)</p> <p>Âmbitos de pactuação para funcionamento da proposta metodológica</p>
O funcionamento em Unidades de Produção/UP	<p>UP como dispositivo: concepção e âmbitos de finalidade de uma UP</p> <p>(Por quais âmbitos/dimensões de finalidade uma UP é acompanhada/avaliada)</p>
Processos e Produtos esperados (âmbito de análise e produção de experiências e saberes)	<p>Concepção de produtos no referencial da formação-intervenção</p> <p>Concepção de instrumentos de sistematização do aprendizado-ação (plano de intervenção e memórias)</p>
<p>Avaliação</p> <p>(para interferir no “planejamento/regulação/ajuste do Curso” e sobre o desempenho dos “sujeitos no contexto do processo de trabalho e formação”)</p>	<p>Âmbitos de finalidade da avaliação</p> <p>Concepção de “acompanhamento avaliativo formativo”, atrelado ao planejamento/projeto pedagógico: escopo da avaliação, modo de avaliar, instrumentos avaliativos</p>
Bibliografia de referência	Sentido e forma de incorporação da bibliografia

Parte 3

De como se articula o desenho do acompanhamento avaliativo nos/dos cursos e o funcionamento das unidades de produção (UP)

Incorporação da 'função acompanhamento avaliativo' no projeto pedagógico dos cursos

A PNH tem investido em processos de formação como uma das estratégias de transversalizar seu alcance nas redes de saúde, ampliando os coletivos que possam multiplicar discussões e intervenções à luz da Humanização. Ao realizar esse investimento, tem-se realizado um esforço, político e metodológico, não somente para implementação dos cursos mas também para sua avaliação, garantindo um compromisso social na perspectiva de política pública e buscando o ajuste de referenciais para se tecer análises respeitando a complexidade dessas experiências (Santos-Filho, 2008).

Compreendida como um dos pilares estruturantes do projeto pedagógico, a avaliação ou o que nomeamos como 'acompanhamento avaliativo' nos/dos cursos deve ser visto em dois focos/objetos: (i) analisar as bases do próprio processo formativo (a prática pedagógica), colocando-o em análise para ajustes e validações de seus eixos de planejamento/ação e; (ii) analisar o seu efeito na formação dos sujeitos (aqui entendidos como 'sujeitos no contexto do processo de trabalho e da formação').

O desenho do acompanhamento avaliativo parte dessa direção, estando em experimentação no próprio exercício de desenvolvimento dos cursos. E, ao ser experimentado, vamos recortando alguns eixos indicativos de como se atrelar a avaliação no percurso dos cursos.

- Estimado como uma estratégia e uma lógica estruturante dos cursos, sua operacionalidade (do acompanhamento avaliativo) não é proposta como estando a cargo de uma pessoa, mas de toda a equipe de condução dos cursos. É desejado, portanto, como uma função, a ser assumida transversalmente. Por outro lado, demarcamos a importância de um 'apoiador específico' nesse campo, sendo estratégico para se configurar um processo nos moldes de apoio matricial para a equipe de condução e para os alunos/participantes. Isso é formativo para a equipe como um todo.
- A coordenação dos cursos deve funcionar como cocoordenação, incluindo o apoiador matricial (do acompanhamento avaliativo). Isso indica a pertinência desse apoiador integrar a coordenação desde os momentos iniciais de elaboração do projeto do curso.
- Caso seja possível (dependendo da articulação de agendas), prever a participação

Formação

do apoiador matricial em todos os momentos de concentração dos cursos, isto é, momentos em que os temas da PNH são abordados em plenária com todos os alunos. O apoiador deve ocupar a função de observador-participante-interventor, ajudando na problematização, especialmente ajudando a articular o tema com o processo de trabalho (que se espera ser o alvo maior da problematização).

- Também, caso seja possível, prever encontros com os consultores temáticos convidados para o curso (com a finalidade de atualizar e “nivelar” métodos de trabalho conforme o que se for problematizando e ajustando no percurso do curso (situações e adequações indicadas pelo próprio ato de acompanhamento avaliativo).

Arranjo para operar o acompanhamento avaliativo

- O acompanhamento avaliativo é destinado aos alunos/trabalhadores a serem formados como apoiadores institucionais e aos formadores ou apoiadores pedagógicos.
- Como proposta de exercitar e potencializar o acompanhamento avaliativo, toma-se a estratégia de atuação direta e intensiva com o grupo de formadores/apoiadores pedagógicos, ‘formando-os’ para acompanhar os alunos.
- O apoio/acompanhamento do grupo de formadores/apoiadores pedagógicos (grupo também em formação) deve ser feito através de uma agenda sistemática e contemplando também momentos prévios ao início do curso, para abordagem/introdução/atualização de temas relevantes, incluindo conceitos relacionados a planejamento, avaliação e formação, além de princípios e diretrizes da PNH.

Foco; do acompanhamento avaliativo dos formadores/apoiadores pedagógicos

O apoio se exercita num âmbito de problematização/direcionamento que ajude o formador/apoiador pedagógico a:

- (i) Incluir e valorizar as questões e dificuldades trazidas pelos alunos/trabalhadores (das situações de trabalho), ao mesmo tempo
- (ii) Ofertando novos modos e recursos para se analisar e lidar com as situações (modos ampliados de análise), tratadas na perspectiva de desafios, e
- (iii) Canalizar eixos de movimentos/processos/ações em torno do que seja possível e

viável disparar. Por essa perspectiva ajudar a compreender (ressignificar) a idéia de planos de ação/intervenção.

Permeando todo o processo, atualiza-se e aprofunda-se em conceitos relacionados a planejamento, avaliação e formação, além dos princípios e diretrizes da PNH.

A tônica avaliativa deve ser (i) a de produção e uso de informação para retroalimentação e ajustes na prática pedagógica e (ii) a de observação sobre o “efeito” do curso na formação dos alunos.

A ‘agenda pedagógica’ de funcionamento das unidades de produção

Os cursos da PNH têm como uma das estratégias pedagógicas a constituição e funcionamento de grupos operativos nomeados como “Unidades de Produção” (UPs), partindo-se dos referenciais de co-gestão trabalhados por Campos (2000). Por unidade de produção compreende-se um coletivo constituído para disparar processos de co-gestão e redes. As UPs são compostas com os trabalhadores participantes dos cursos e distribuídos/agrupados segundo a lógica que se julgar conveniente em cada situação (curso), seguindo-se o critério central de fomentar integração reticular (de serviços, instâncias e sujeitos).

Aqui não se trata de ‘prescrever’ uma receita de funcionamento, nem se ater à agenda em sentido de cronograma físico. Trata-se de reafirmar os objetos em torno dos quais uma UP deve-se constituir, tornando-se (esses objetos) os focos do acompanhamento avaliativo.

Procura-se tomar por base o que deve ser objeto de trabalho/discussão das UPs e pôr em destaque a função dos formadores/apoiadores pedagógicos no apoio ao grupo/UP, isto é, em seu acompanhamento avaliativo.

O que deve ser acompanhado?

A agenda de funcionamento das UPs deve se nortear por dois focos (interligados) de abrangência: (i) o trabalho e os processos de trabalho dos alunos/trabalhadores (realidades locais) e (ii) o processo de interação e articulação dos alunos/trabalhadores em sua perspectiva de grupalidade e rede.

Para abordagem do trabalho e processo de trabalho:

- Realizar (atualizar) mapeamentos das atividades, dos processos, dos problemas e de propostas de enfrentamento (intervenções, planos);
- Nortear as problematizações e o delineamento de propostas/ações (intervenções,

Formação

planos) com os princípios, diretrizes e dispositivos da PNH;

- Utilizar o referencial e instrumental de planejamento e avaliação para ajudar nas problematizações e elaboração de projetos/planos.

Para abordagem da interação e articulação dos alunos/trabalhadores em sua perspectiva de grupalidade e rede:

- Provocar a emergência e problematização dos diferentes tipos de movimentos (ou “não-movimentos”) que estejam sendo disparados para integração intra e intergrupai e constituição de redes (tanto em torno de objetos e fluxos de trabalho, setores e serviços, quanto na perspectiva de lidar com afinidades, diferenças, afetos).
- Buscar esclarecer e co-validar no coletivo o sentido que se atribui ao dispositivo “unidade de produção.”

Instrumentos de acompanhamento avaliativo

Na Parte 5 deste documento apresenta-se um conjunto de instrumentos que podem ser incorporados no acompanhamento avaliativo. Podem-se compor de roteiros estruturados e semi-estruturados. Partem de modelos já experimentados, mas devem ser reinventados, ajustados e validados para/em cada situação.

Incorporação de “rodas de conversa avaliativas” na dinâmica das UPs

Propõe-se que a agenda de dispersão das UPs incorpore o que estamos nomeando como à incorporação desses momentos no máximo de vezes em que a UP se reunir. Para que isso torne-se um hábito, reafirma-se que tais momentos não devem ser vistos como “momentos suplementares” ou “anexos do trabalho”, mas como o próprio trabalho sendo colocado em análise de forma continuada e sistemática. Na Parte 5 deste documento encontra-se o instrumento com diretrizes para as rodas de conversa avaliativas.

As UPs e os Planos de intervenção

Considerando a diretriz da formação-intervenção na PNH, a discussão em torno de “planos de intervenção” é a essência do apoio e do acompanhamento avaliativo. Nesse sentido é necessário que se aprofunde no que se propõe como suas bases, situação tratada no tópico seguinte.

Parte 4

Concepção de Planos de Intervenção: referenciais para abordagem de planos e intervenção no exercício de apoio institucional na Política de Humanização

O Plano de Intervenção é um recurso que tem sido previsto e utilizado no exercício do apoio institucional realizado no âmbito da Política Nacional de Humanização/PNH junto aos serviços. Assume a função de direcionar a intervenção que é desejada de modo indissociado a um processo pedagógico, de formação dos sujeitos/equipes/coletivos, em situação de trabalho.

Intervenção e Planejamento

Propomos o Plano de Intervenção como tendo em sua intencionalidade uma sistematização integradora (i) das problematizações realizadas, movimentos que refletem as análises que se abrem no coletivo (e válidas em si mesmas), (ii) das direções de estratégias e ações que se propõem ou se disparam para enfrentamento das situações problematizadas e (iii), permeando essa movimentação, o que se denota como postura e atitude dos sujeitos envolvidos na análise daquela realidade. Por essa concepção, pode-se vislumbrar uma perspectiva de intervenção no sentido compreendido na PNH, a que denota intervenção como estar e agir no “entre”, apoiando a análise coletiva da situação de trabalho, intervindo no sentido de ajudar a melhor compreender e transformar a realidade. E aí agregando dimensões do planejamento/pensamento estratégico para canalizar metas e ações para viabilizar a transformação dessa realidade.

Visto assim, marcamos uma questão importante nessa concepção de plano e intervenção: compreendemos que tanto nos momentos de discussão (problematizações), quanto nos momentos (indissociados) de propositura de ações, pode-se “fazer” ou “estar em atitudes” de intervenção! Essa compreensão assume grande relevância nos cursos-PNH, devendo permear toda a intencionalidade da formação, devendo ser, a nosso ver, um esforço para que seja a essência dos projetos pedagógicos.

Assim concebido, o Plano de Intervenção é um instrumento para o qual/no qual devem convergir análises situacionais, propostas/ações e todos os movimentos disparados nos/pelos coletivos que estejam analisando-intervindo em uma realidade. Deve (o Plano) desdobrar-se em eixos e matrizes capazes de canalizar os problemas e ações, mas não pode reduzir-se a esse momento programático da planificação. Ao contrário, o Plano de Intervenção é proposto exatamente para assumir uma amplitude maior, sendo desejado como dispositivo

Formação

no sentido de se instituir como campo de análises sobre as múltiplas e complexas dimensões que concorrem no processo de mudanças/transformações institucionais.

A formulação dos Planos de Intervenção nos cursos-PNH

Sendo valorizados especialmente em um sentido processual, os Planos de Intervenção devem ser abordados nos cursos de formação-intervenção³ na PNH de um modo que funcionem como canalizadores e catalisadores de todos os movimentos disparados com o Curso (no espaço da formação e do trabalho), capaz de ir agregando e atualizando as contínuas análises-intervenções na realidade.

Assim instituem-se com múltiplas funções: de serem um dispositivo-vetor para abrigar o que se abrir como análises-intervenções; serem “diários de bordo”, como memórias dinâmicas dos processos vividos; serem produtos “guarda-chuva”, agregando diferentes produtos representativos das discussões encaminhadas; serem um produto final, do qual possam ser derivados diferentes produtos para diferentes finalidades e diferentes interlocutores (inclusive para negociações institucionais). E em sua função pedagógica operam como fonte permanente de “pontos de partida” para novas análises, revisões e atualizações de eixos, no diálogo com os colegas do Curso e do trabalho; por outro lado, o próprio exercício de sua formulação deve ser representativo do escopo de aprendizagens quanto à habilidade para os registros e composição de um documento, “aberto”, mas encadeado na perspectiva de análises diagnósticas e eixos operacionais. Mais adiante retomamos a importância desse âmbito de aprendizagens, considerando que vem de encontro à falta de familiaridade dos trabalhadores-alunos com o manejo desses tipos de documentos-textos/contextos.

Nessa direção temos enfatizado nos cursos a perspectiva analítica e também sintética dos Planos de Intervenção, mas sem desviar a proposta do Plano em um sentido restrito de quadros/planilhas de programação de ações, nem também apenas como uma carta de intenções descolada de estratégias concretas de viabilização de movimentos e ações. Segundo Teixeira, o trabalho de planejamento

não se restringe a um simples preenchimento de planilhas e corresponde a uma verdadeira análise do ‘estado da arte’ em termos do conhecimento e da tecnologia disponível para o enfrentamento do problema selecionado, ao tempo em que liberta a imaginação dos participantes para que possam pensar em formas inovadoras de organização das atividades previstas, com os recursos disponíveis. (TEIXEIRA, 2002).

A compreensão do planejamento na perspectiva de uma humanização da atenção e da

³Cursos previstos na agenda programática da PNH, destinados a trabalhadores e gestores do SUS, e cujos projetos pedagógicos propõem a indissociação entre formação-intervenção, levando-se em conta as realidades de trabalho.

gestão deve enfatizar (em sua perspectiva participativa e situacional) a idéia de que o plano é um instrumento que precisa/deve apontar metas, sempre como expressão das políticas, dos compromissos e das prioridades coletivamente definidas e compartilhadas (e analisadas como viáveis). E que isso seja revestido com uma profunda discussão sobre as posturas e atitudes dos sujeitos mediante as realidades, compreendendo e buscando novas posturas e atitudes a partir dos movimentos que os permitem dialogar em torno de seus interesses e desejos. Busca-se assim assegurar as perspectivas estética, ética e política na concepção e feitura dos planos.

Plano e Processo de Trabalho

Nesses sentidos anteriormente mencionados, interessa-nos que o plano seja espaço/momento de reflexão sobre o processo de trabalho, gerando reflexão sobre suas fragmentações (e fatores intervenientes) e acerca de articulações e integrações necessárias, mas buscadas na ótica da co-responsabilização. Esse próprio movimento de busca da estratégia de articulações e co-responsabilização, ele mesmo devendo ser entendido como do âmbito dos planos (não de uma externalidade a eles). Deve ser visto então como analisador de possibilidades, dificuldades, favorabilidades, viabilidade e, mais do que isso, em nosso caso, espaço para se qualificar para negociações e pactuações (que podem ser um tipo de intervenção) para disparar processos/movimentos (também um tipo de intervenção). Observemos que com isso, o uso dessa idéia/instrumento nos espaços de trabalho pode efetivamente assegurar a indissociação formação-intervenção e trazer em si a expressão de múltiplos aprendizados ou de ganho/exercício de diferentes âmbitos de competências (aqui compreendidas no sentido de atitudes despertadas a partir das próprias situações vividas, experimentadas).

Acreditamos que, desencadeado em um processo pedagógico, colado à discussão de processo de trabalho, fundamenta-se e sustenta-se um ganho de habilidade instrumental (técnico) para se elaborar um plano, associada à habilidade para compreendê-lo em um outro lugar e sentido (político-estético). Essa discussão é fundamental porque na nossa experiência de lida com o planejamento em serviços, reiteradamente o trabalhador faz a observação de que na prática o planejamento “nunca funciona”, “nunca dá certo”. E ao dizer disso, refere-se a âmbitos de governabilidade externa (“macro”) que seriam sempre condicionantes (ou ‘limitadores’) para um plano funcionar (nesse caso, vindo descolado da ótica do processo local de trabalho). Então, se queremos levar a fundo a perspectiva político-metodológica da inclusão de todos os ‘sujeitos’ e ‘situações’ (como diretriz da Política Nacional de Humanização), é preciso que o próprio processo se aprimore enquanto estratégias de fazer ver que os planos assumem sentido (e podem funcionar

Formação

ou não) exatamente na medida em que dão conta de incluir (e lidar com) os fatores intervenientes nas intenções/deliberações/ações/metas. E passa a fazer sentido a premissa de que “fazer plano” e/ou “aprender a fazer plano” significa incluir ou tomar como base o aprofundamento da discussão do processo de trabalho. Nesse sentido vale reforçar aqui a perspectiva da implicação e da co-responsabilização como atitude a ser posta em ação e também a ser perseguida no deslançar de um plano (questão que pode ser bem enfatizada no próprio movimento interno dos sujeitos/coletivos em sua organização em UP/unidade de produção, tomando-se esse espaço também na lógica do processo de trabalho).

É preciso operar com uma dimensão de indissociabilidade entre plano e ‘mundo real do trabalho’. E para se trabalhar com essa indissociabilidade é preciso levar em conta alguns fatores desfavoráveis. Um desses fatores é um certo ‘descrédito’ (dos trabalhadores) que muitas vezes está relacionado a uma inserção muito periférica no mundo do trabalho cotidiano, habitualmente não se vendo como sujeitos participantes dos processos. Também não se pode subestimar o que é do funcionamento mais ordinário dos serviços, centrando-se em uma ênfase quase restrita ao âmbito de resultados (metas nesse âmbito), cristalizando concepções e distorcendo ou reduzindo os modos de pensar essas tão poderosas ferramentas de gestão. Daí que a discussão/elaboração de um plano precisa ser feita no contexto do processo de trabalho. E isso aumenta o grau de complexidade da discussão, provocando os mais diversos tipos de reações nos/dos trabalhadores, reações que se espera irem modificando-se com a ressignificação da compreensão dos planos. Sabemos que os espaços originais de trabalho de muitos dos trabalhadores não são favoráveis no terreno ‘formativo’, uma vez que comumente são espaços tradicionais quanto à sua organização e postura pedagógica, numa ótica mais centralizadora, verticalizada, fragmentadora, estilos de gestão com planejamento pouco participativo, ambientes áridos em termos de relações sociais (entre os próprios trabalhadores e entre estes e suas chefias), trabalho centrado em “tarefas” e “postos de trabalho” e não em valorização do trabalho em equipe e desenvolvimento compartilhado de “competências em situações de trabalho” (ZARIFIAN, 2001). Nesse sentido, ressaltamos a importância dessas ‘variáveis de contexto’ na elaboração e implementação de planos de ação. E, num caráter formativo-interventivo, os momentos de sua discussão/elaboração devem ser momentos para se problematizar isso, ajudando o coletivo a analisar e lidar com tantas contradições em sua vivência nos espaços por onde circula – a lidar e superar as próprias ‘resistências’ que cria em torno de tudo isso. Não se deve ‘esperar’/aceitar a elaboração de um ‘plano qualquer’, para cumprir uma agenda protocolar ou apenas para legitimar uma meta gerencial. O plano deve vir no rastro dos conflitos levantados em torno da inserção de cada sujeito no processo de trabalho, refletindo o cruzamento aprofundado de sugestões/propostas entre os sujeitos (trabalhadores, gestores, usuários), ‘indo fundo’ nos problemas que são ‘dos outros’, mas que são ‘de todos’ e ‘de cada um’.

Um outro importante fator associado à compreensão e formulação propriamente dita de um plano é a falta de familiaridade dos trabalhadores com a elaboração de ‘projetos de trabalho’ ou outros tipos de ‘sistematizações’, ‘análises’, ‘registros’, ‘narrativas’. Não estamos reportando a um sentido acadêmico (que não é o foco de nossa problematização), mas ao que seria proximidade com a produção (compartilhada) de projetos/propostas operacionais direcionadoras do seu processo de trabalho, de suas ações cotidianas. Isso de alguma forma revela o modo de inserção no mundo do trabalho, cuja execução de tarefas acaba sendo o predominante, sem haver uma participação ativa (e sistemática) na análise do trabalho e planejamento.

Os planos devem trazer como suas características constitutivas “a abertura para o novo”; “a intenção de transformação do real”; “uma representação prévia do sentido dessa transformação (que orienta e dá fundamento à ação)”; um “agir em função de um princípio de realidade (atendendo às condições reais decorrentes da observação, do contexto da ação e das experiências acumuladas em situações análogas)” (ARAÚJO, 2003 apud SANTOS-FILHO, 2009). Com base nisso, devem articular intenções, objetivos, processos, propostas, atitudes, resultados, fazendo “feixes de relações”.

Plano e Contratos de Gestão

Nessa concepção, acreditamos que ‘o plano’ pode se operacionalizar concretamente como transversal ao serviço (atenção e gestão), partindo (e incluindo) das vivências de situações no/do grupo, de seus momentos singulares, seus movimentos e as estratégias utilizadas para se lidar com os conflitos, problemas, etc., trazendo em seu escopo intencionalidades e metas voltadas para melhorar a assistência, o trabalho e o fortalecimento dos sujeitos/equipes. Esses âmbitos de finalidade do sistema/serviços de saúde (reiteradamente apontados por Gastão Wagner), são acolhidos com grande importância na PNH e os planos/intervenções devem, portanto, assumirem a função de permear e disparar articulações para o alcance dessas finalidades.

É importante demarcar a importância desses “princípios” para se discutir e operar com “planos” na PNH, levando em conta todo o referencial proposto por Gastão Wagner na perspectiva da co-gestão e de um modo compartilhado de realizar planejamento.

Por dentro desses referenciais, pode-se atrelar essa concepção de plano à “idéia de contratualização”, idéia que rege os chamados “contratos de gestão” como sendo um modo diferente – participativo, compartilhado, pactuado – de planejar.

Na discussão que abrimos neste texto não interessa o aprofundamento no instrumento “contrato de gestão”, mas achamos pertinente ressaltar o plano na perspectiva que se propõe

Formação

de contratualização, norteados por um movimento de planejamento coletivizado, com momentos de análise e de síntese, resultando em uma programação tendo por base metas e ações acordadas, pactuadas em uma agenda político-operacional co-responsabilizada. Nesse sentido, o diferencial (embutido nessas lógicas de planejamento, contratos) consiste em um “modo diferente de fazer”, configurando-se como espaços-dispositivos-instrumentos essencialmente de compartilhamento de compromissos. Na proposta dos Planos de Intervenção como um dispositivo estratégico para assegurar a perspectiva formativo-interventiva dos cursos-PNH há que muito prezar o investimento para que os trabalhadores os percebam (apropriem) como concepção e ferramenta capaz de realmente ajudá-los a disparar ou recolocar discussões (“renovadas”) em seu (“velho”) cotidiano de trabalho, aprendendo a provocar a formação de rede de compromissos. Nesses sentidos, uma intervenção é o próprio movimento para se ajudar a mudar a compreensão que tradicionalmente se tem de plano, desenvolvendo habilidades, segurança e desejo em lidar com isso no seu processo de trabalho.

A indicação é que se aprofunde em questões que consideramos de fundo, como: compreensão da necessidade de se buscar (nos espaços concretos de trabalho/curso) uma co-produção do entendimento de planos de intervenção; compreensão sobre o que pode/deve ser encampado no escopo de um plano, entendido como projeto político; compreensão sobre o sentido dos dados e informação na perspectiva do plano e da avaliação formativa; compreensão do papel de cada sujeito no movimento de planejamento-avaliação – compreensão sobre a função do planejamento e avaliação numa perspectiva de espaços de pactuações e validações coletivas, superando assim a visão do planejamento enquanto ‘técnica’, potencializando sua relevância enquanto ação comunicativa.

Plano, Avaliação e Regulação

No cuidado de sempre promovermos a articulação entre planejamento e avaliação, vale destacar a importância de se ‘dar significados’ às informações – dedicar um olhar especial sobre o que sejam informações relevantes em todos os sentidos que possam ajudar a analisar e (re) direcionar um processo. É a informação que propicia decisões, escolhas, apostas; e também riscos e incertezas. É crescendo nessa capacidade de compreensão que se torna mais fácil entender o sentido de um plano, não como algo totalmente exposto às incertezas, mas dentro de uma plasticidade necessária, para se modificar em função das adversidades. Como diz Morin (1999 apud ARAÚJO, 2003), é preciso “imaginar um certo número de cenários para a ação, cenários que poderão ser modificados segundo as informações que nos cheguem no transcorrer da ação e segundo os elementos aleatórios que advirão e perturbarão a ação”.

Um plano deve instituir-se em conexão com um olhar avaliativo e aí por dentro comportar um exercício permanente de regulação, isto é, aberto para se ajustar em seu próprio desenvolvimento

(numa racionalidade de ajustamento contínuo), buscando-se uma integralidade e coerência que não sejam forçadas, mas abertas aos desvios e rearranjos pertinentes. Os ajustes/ regulação buscam reorientar e aproximar o que se planeja das necessidades reais dos sujeitos, considerando-se as mudanças de cenários. Nesse sentido, a regulação se faz por dentro do ato de monitoramento e avaliação (ou como propomos “acompanhamento avaliativo”, tema explorado em outros textos) que deve estar estreitamente colado à elaboração e implementação de um plano. É pelo exercício contínuo da avaliação (em sua função reguladora) que se operam regulações em diferentes âmbitos.

Para ajudar na problematização das situações de trabalho

Temos utilizado um ‘esquema’ para ilustrar de forma mais concreta o desafio da compreensão de ‘intervenção’ no âmbito da PNH, considerando o contexto (comum) de adversidade atualmente observado nos espaços de trabalho (discussão que nos é muito cara, na perspectiva do processo de ‘valorização do trabalho e trabalhadores’ no SUS).

Segue o esquema:

Contexto	Fatos no contexto	Como se lida com um fato como analisador (modos de enfrentar os fatos)
Adversidade	Analisadores	<p>Exploração e análise das múltiplas variáveis envolvidas nos fatos (representativas de interesses, conveniências, etc.)</p> <p>Atitudes (individuais e coletivas): posicionamentos dos sujeitos, implicações, movimentos (de recuo, de investimento, etc., em torno e mediante o fato)</p> <p>Com quem se analisa, se trabalha, se propõe (isoladamente, em coletivos, parcerias, etc.)</p> <p>Como se analisa e se propõe: na base de obrigações, prescrições, regras, mobilização de desejos, apropriação de métodos e instrumentos (inclusive da PNH), negociações, pactuações, etc.</p>
<p>O que é a Intervenção? Qual Intervenção?</p> <p>O que produz efeito não no sentido direto de ‘solução (direta ou imediata) do fato adverso’ e muito menos no sentido de uma ‘promessa de solução’ ou de uma ‘idealização de solução’, mas no sentido de “efeito no grupo, nas pessoas”, expressando-se como: capacidade de (re)ler de forma diferente esse contexto e fatos, gerando alteração nos posicionamentos, atitudes, frente aos fatos e no contexto (e podendo disparar movimentos para outras mudanças).</p>		

Instrumentos para articulação dos planos de intervenção e o acompanhamento avaliativo

No tópico seguinte apresenta-se um conjunto de instrumentos que podem direcionar a elaboração de planos de intervenção e norteadores do acompanhamento avaliativo. Podem-se compor de roteiros estruturados e semi-estruturados. Partem de modelos já experimentados, mas devem ser reinventados, ajustados e validados para/em cada situação.

Parte 5

De como se articulam instrumentos para nortear a atividade de apoio e acompanhamento avaliativo nos/dos cursos da PNH

Forma de apresentação dos instrumentos

Partindo da proposta do Planejamento e Acompanhamento avaliativo na PNH, aqui deve-se compreender como instrumentos não um conjunto de questões estruturadas para “abrigar respostas” num sentido mais fechado, mas, sim, como um conjunto de diretrizes que possam direcionar a sistematização de situações, análises e intervenções.

Os instrumentos são apresentados buscando-se articular a eles algumas “dimensões e variáveis para acompanhamento avaliativo” das situações (aprendizagens) que venham a ser disparadas, alcançadas ou sistematizadas no uso/escopo de tais instrumentos. Nos quadros seguintes apontamos o que consideramos dimensões essenciais e deixamos as variáveis (ou questões) a serem co-construídas no decorrer do acompanhamento. É por dentro dessas dimensões e variáveis que se deve pensar em parâmetros para o acompanhamento avaliativo.

Relação de instrumentos potenciais

- Diretrizes/roteiro para caracterização da rede que se deseja formar a partir da UP
- Diretrizes/roteiro para diagnósticos situacionais (análise de território/realidades locais)
- Diretrizes para o documento de “Plano de Intervenção”

- Instrumentos para detalhamento de planejamento a partir do que se propõe como “planos de intervenção”
- Diretrizes para “rodas de conversa avaliativas” (em torno do curso, do aprendizado, do processo de formação-intervenção)
- Roteiro de memória registrando os momentos de trabalho (reuniões, oficinas, dispersão)
- Instrumento para captar a percepção inicial dos alunos sobre Humanização em Saúde (tomando como parâmetro para acompanhamento longitudinal e ao final do Curso)
- Estratégias/procedimentos para avaliação do “desempenho” dos “sujeitos no contexto do processo de trabalho e da formação”

INSTRUMENTO I

Diretrizes/roteiro para caracterização da rede que se deseja formar a partir da UP

Diretrizes/Questões	Dimensões e Variáveis para acompanhamento avaliativo	
	Dimensões	Variáveis
1) Apresentação dos sujeitos componentes da UP e sua inserção nos serviços	Compreensão da concepção de: -Rede -Transversalidade -Inclusão -Co-gestão	
2) Apresentação dos serviços que compõem a UP, situando-os na “hierarquia da atenção”, na perspectiva territorial e no contexto locorregional do SUS		
3) Critérios que orientaram a reunião daqueles serviços para compor a UP, demarcando a perspectiva de investimento nas redes que se deseja formar		
4) Movimentos e estratégias disparados pelo grupo para construir coletivamente a compreensão da lógica de rede e do sentido de articulação em/do grupo (UP)		

Formação

INSTRUMENTO II

Diretrizes para diagnósticos, situacionais (análise de território/ realidade locais)

Diretrizes/Questões	Dimensões e Variáveis para acompanhamento avaliativo	
	Dimensões	Variáveis
1) Indicadores relativos às populações das áreas de abrangência dos serviços (caracterização básica da população no entorno dos serviços)	Capacidade de análise e síntese dos principais indicadores para caracterizar universo potencial de usuários, perfis de necessidades e demandas	
2) Indicadores sócio-sanitários-epidemiológicos que ajudem a compreender as necessidades e demandas da população para os serviços		
3) Estrutura geral do serviço	Capacidade de problematização e síntese das situações-problema, à luz dos referenciais da PNH e deixando indicadas as pistas para se intervir nas lacunas/desafios (a partir das diretrizes e dispositivos da PNH)	
4) Características do modelo de atenção e prestação de serviços		
5) Características do modelo de gestão, destacando aspectos específicos dos processos e relações de trabalho		
5.1) Informações relevantes sobre os modos de inserção e vinculação dos trabalhadores (vínculos trabalhistas e na esfera das relações de trabalho)		
6) Síntese de situações-problema, demarcadas na perspectiva de desafios		
7) Síntese de avanços e acúmulos que despontam como condições favoráveis para novas intervenções		
8) Contextualização com análise política e de viabilidade para se desencadear processos de mudanças (potencialidades político-institucionais, fatores limitadores como desafios, percepção sobre o interesse e mobilização dos diferentes atores)		
9) Demarcação dos âmbitos de intervenção propostos para nortear mudanças		
10) Ações disparadas a partir dos movimentos do Curso e primeiras repercussões: alguns indicadores de movimentos, processos...		
	Capacidade de realizar análise de viabilidade com base em desafios e propostas	
	Compreensão sobre a perspectiva de "intervenção"	
	Percepção do ato/exercício vivo de formação-intervenção	
	Capacidade de recorte de indicadores avaliativos ("objetivos e subjetivos") no sentido de "rumos de movimentos" e "efeitos dos movimentos"	

INSTRUMENTO III

Diretrizes para o documento de “Plano de Intervenção” (ver documento/bibliografia de referência)

Compreender que o documento de Plano de Intervenção deve ser um documento que vai sendo sistematizado a partir da retomada de todas as análises e movimentos que se vai disparando com o Curso, no Curso, intra-UP, inter-UP e no cotidiano do trabalho. É um documento que necessariamente vai sendo construído, revisto e aprimorado, devendo ser valorizado em todas as suas versões (e que traz em si todos os demais instrumentos).

Diretrizes/Questões	Dimensões e Variáveis para acompanhamento avaliativo	
	Dimensões	Variáveis
1) Síntese dos principais pontos levantados no Diagnóstico e análises que vão se complementando e aprofundando	Capacidade de contextualizar a realidade analisada, articulando eixos de intervenção nessa realidade	
2) Contextualização com análise política e de viabilidade para se desencadear processos de mudanças (potencialidades político-institucionais, fatores limitadores/desafios, percepção sobre o interesse e mobilização dos diferentes atores)	Compreensão sobre as perspectivas política, subjetiva e instrumental de “intervenção” e “planos de ação”	
3) Demarcação dos âmbitos de intervenção propostos para nortear mudanças	Apropriação e uso contextualizado de instrumentos de planejamento e programação	
4) Detalhamento de matrizes de planejamento e programação com base em metas	Percepção do ato/exercício vivo de formação-intervenção	
5) Construção de instrumentos e indicadores de monitoramento e avaliação com base em metas	Apropriação de métodos e instrumentos de monitoramento e avaliação dos processos, ações e seus efeitos (avaliação colada ao planejamento)	
6) Ações disparadas a partir dos movimentos do Curso e primeiras repercussões: alguns indicadores de movimentos, processos...		

INSTRUMENTOS IV

Instrumentos para detalhamento de planejamento a partir do que se propõe como “planos de intervenção”

A seguir exemplos de matrizes disponíveis para serem ajustadas conforme se julgar pertinente.

- Identificação de situação-problema: _____

- Eixo de intervenção: _____

Formação

Objetivos	Metas	Indicadores de verificação	Meios/Fontes de verificação

Para análise de viabilidade da implementação de ações:

Ação	Fatores intervenientes no desenvolvimento da ação e alcance de objetivos	
	Facilitadores	Dificultadores

Matriz de programação:

Objetivos	Ações	Recursos necessários	Prazos	Responsável

Matriz para acompanhamento avaliativo das ações e produtos desenvolvidos:

Ação	Situação atual (*)	Produtos desenvolvidos	Limitações	Novas estratégias/ações	Prazos

(*) Concluída, Em andamento, Não iniciada

Obs.: Consultar documentos com referência de indicadores, nos casos de planos específicos de implementação dos dispositivos da PNH.

INSTRUMENTO V

Diretrizes para rodas de conversa avaliativas (rodas no molde de grupo focal, em torno do curso, do aprendizado, do processo de formação-intervenção)

Na parte 2 deste documento recomendamos que a agenda de dispersão das UPs incorpore o que estamos nomeando como “rodas de conversa avaliativas”. Devem funcionar como momentos, (i) ora diluídos nas pautas gerais das reuniões, (ii) ora na forma de momentos específicos, ocupando parte das reuniões. Para que tenham caráter avaliativo menos genérico e mais direcionado, esses momentos devem ser conduzidos com as seguintes orientações: (i) serem provocados a partir

de algumas “questões geradoras” (focos); (ii) serem organizados de modo a provocar a fala livre do maior número de membros do grupo; (iii) cuidando para evitar intervenções que inibam o grupo de continuar expressando suas opiniões num ambiente de confiança e (iv) registrando de forma sistemática o produto da discussão.

Sendo parte da estratégia de avaliação formativo-reguladora, visando, entre outros objetivos, a ajustes dos/nos modos de condução do Curso (condução da própria UP), deve-se habituar à incorporação desses momentos no máximo de vezes em que a UP se reunir. Para que isso torne-se um hábito, reafirma-se que tais momentos não devem ser vistos como “momentos suplementares” ou “anexos do trabalho”, mas como o próprio trabalho sendo colocado em análise de forma continuada e sistemática.

No quadro seguinte elencamos diretrizes/questões geradoras que não necessariamente precisam/devem ser feitas como “perguntas separadas para serem respondidas.” Devem funcionar como referências para o apoiador da UP, buscando direcionar a conversa, por dentro da qual sejam captadas as percepções do grupo nesses focos.

Diretrizes/Questões	Dimensões e Variáveis para acompanhamento avaliativo	
	Dimensões	Variáveis
1) Principais efeitos do Curso	Indicações sobre a compreensão da proposta do curso e postura mediante a proposta (compreensão, confusão, apropriação, crítica com sugestões, crítica descomprometida)	
2) Aspectos do curso que têm contribuído para o aluno/trabalhador permanecer no Curso	Captação de sinais indicando em que medida houve/está havendo adequação (e corresponsabilização) quanto ao esclarecimento e pactuação prévia dos objetivos e critérios de avaliação	
3) Situações que indicam aproximação/coerência entre “propostas de abordagens” do Curso (metas) e “práticas colocadas em ato”	Captação de sinais indicando a capacidade do Curso (coordenação) em realizar movimentos para ajustes/adequações/regulações	
4) Situações que ilustram movimentos do Curso no sentido de ajustamentos para correções de rumo/adequações	Captação de sinais indicando o que considera “bom” e “ruim” (metodologia, conteúdos)	

continua..

Formação

continuação...

<p>5) Como tem experimentado a inserção no grupo na proposta de UP (aspectos relacionados à contribuição do aluno/trabalhador na construção das estratégias de funcionamento do grupo)</p>	<p>Captação de sinais indicando coerência (ou não) entre “propostas de abordagens” e “práticas colocadas em ato” (cumprimento de metas no sentido da condução do curso)</p> <p>Observação sobre a “qualidade”/ características dos “exemplos de intervenções” que vão sendo mencionados/recortados com o decorrer do curso</p>
<p>6) Exemplos de intervenções e ações que considera do âmbito da Humanização/ PNH e capazes de produzir mudança</p>	<p>Atitude e desenvoltura (âmbito do protagonismo e autonomia)</p> <p>Movimentos no sentido da grupalidade</p>

INSTRUMENTO VI

Roteiro de memória para registro dos momentos de trabalho (reuniões, oficinas, dispersão):

Identificação do momento de trabalho:

Data:

Participantes:

Pautas:

Resumo da reunião:

Síntese de encaminhamentos:

Pautas	Desdobramentos (ações, próximos passos)	Prazos	Responsáveis

INSTRUMENTO VII

Instrumento para captar a percepção inicial dos alunos sobre Humanização em Saúde (tomando como parâmetro para acompanhamento longitudinal e ao final do Curso)

Obs.: tomar como base os instrumentos que foram utilizados no processo de seleção para o Curso.

Algumas questões utilizadas:

- 1) A partir de sua experiência dê um exemplo de uma situação que você considera de Humanização.
- 2) O que seria uma ação de Humanização considerada capaz e possível de propiciar impacto significativo na realidade em que você trabalha?

INSTRUMENTOS VIII

Por enquanto, para deixar indicado neste documento, vamos considerar como “instrumentos viii” aqueles que devem compor estratégias/procedimentos para avaliação do “desempenho” dos alunos/trabalhadores. Nesse sentido, deve-se ter como norte: qual a direção de do olhar/acompanhamento/avaliação dos “sujeitos no contexto do processo de trabalho e da formação?” Lembramos que há uma “escolha político-metodológica” de se direcionar a avaliação numa perspectiva “diagnóstica”, demarcando indicadores que revelem os diferentes momentos/estágios pelos quais passam os sujeitos quanto à capacidade de análises e intervenções. E lembramos também que é necessário estabelecer e pactuar previamente os objetivos/eixos (que norteiam o processo formativo-interventivo) e os critérios utilizados na avaliação, assegurando transparência, protagonismo e corresponsabilização no processo.

Anexo

Dimensões de avaliação e variáveis avaliativas

A matriz que se segue apresenta algumas dimensões avaliativas espelhando os eixos de estruturação do curso. Essas dimensões/variáveis avaliativas podem ajudar a compor ou detalhar os instrumentos mencionados anteriormente.

A matriz deve ser compreendida como para se abrir em três direções: avaliação pelos/com os condutores do Curso, pelos próprios alunos e pelos pares.

Apesar de desenhado como matriz, para ser mais representativo o desenho deveria ter uma forma de circularidade, integrando e fazendo-se intercessões entre todos os conteúdos.

No primeiro curso em que essa matriz foi utilizada as variáveis não foram propostas de modo definitivo e a priori, mas construídas e categorizadas no percurso do curso, refletindo os objetivos da formação e buscando um jeito de evidenciá-las em seu caráter qualitativo e cuidando para não aprisionar um modo de sua captação.

Formação

Dimensões de avaliação	Variáveis avaliativas (1)	Fontes/Espaços de acompanhamento, 'verificação' (2)
<p>Conteúdos específicos abordados no Curso</p>	<p>Variáveis compostas conforme os conteúdos abordados nas diretrizes e dispositivos da PNH, com foco na compreensão do que trazem em sua proposta (de ajudar na análise do sistema de saúde e dos processos de trabalho e de intervenção para transformação das realidades)</p>	<p>Debate em plenárias nos momentos de concentração</p>
<p>Estratégias metodológicas utilizadas no direcionamento do Curso</p>	<p>Variáveis indicativas da compreensão e incorporação do que se abre em diferentes rumos metodológicos: do pacto de ser um curso em construção, aberto para ajustes; de seguir a lógica da formação-intervenção; de se trabalhar com a perspectiva cartográfica, atualizando constantemente o mapeamento de situações e de propostas e sempre na lógica da inclusão</p> <p>Variáveis indicativas da compreensão do modo de articulação do planejamento e avaliação no projeto pedagógico, (especialmente na função de negociação, pactuação, validações coletivas e da avaliação formativa, com acompanhamento avaliativo diferenciado, aberto, co-realizado)</p>	<p>Discussões das UPs nos momentos de concentração e dispersão</p> <p>Apresentações das versões dos planos de intervenção</p> <p>Plano de Intervenção (compreendido como documento ampliado, voltado para a análise e intervenção nas realidades de trabalho e também contemplando o próprio movimento do grupo/UP)</p>
<p>Apoio institucional como função a ser incorporada pelos alunos/trabalhadores</p>	<p>Variáveis indicativas da compreensão sobre a função do apoio institucional, em especial sobre a inserção dos alunos como integrantes e multiplicadores da política de humanização</p>	<p>Relatórios/registros/memórias formais e informais de UPs e de alunos</p>
<p>Unidades de Produção e perspectiva de Grupos, Coletivos, Redes</p>	<p>Variáveis indicativas da compreensão e exercício da função das Unidades de Produção, na perspectiva de "coletivos organizados para a produção", grupalidade, rede.</p> <p>Compreensão e atitude:</p> <p>Sobre o papel dos sujeitos nas Unidades de Produção</p> <p>Sobre 'modos de fazer'" (método) atenção e gestão em grupo (cooperação grupal, tipos de comunicação desenvolvidas, etc.)</p> <p>Sobre a perspectiva de Planos de Intervenção coletivos</p> <p>Sobre a necessidade de se buscar (nos espaços concretos de trabalho) uma co-produção do entendimento de 'planos de intervenção'</p> <p>Sobre a importância de se ter clareza sobre os 'objetos' em torno dos quais se pode/deve construir (co-construir) políticas/projetos/planos de intervenção</p>	<p>Relatórios das formadoras, com base nas reuniões, oficinas, acompanhamento em geral</p> <p>Atividades realizadas e apresentadas em seminários programados</p> <p>Documentos apresentados nos seminários programados</p> <p>Reuniões preparatórias (acompanhadas) para sistematização dos trabalhos para os seminários programados</p> <p>Propostas/Projetos específicos elaborados ou no qual tiveram participação (3)</p>
<p>Projetos/Planos de intervenção</p>	<p>Variáveis indicativas da capacidade de articular aprendizagens numa perspectiva de análises de contexto, construção de cenários e de estratégias de viabilização de ações para transformação da realidade, isto é, intervenção (expressando modos inovados de lidar com informação e planejamento)</p> <p>Obs.: Essas variáveis abrigam e direcionam as variáveis relacionadas às demais dimensões desta matriz.</p>	<p>Ações desencadeadas nos locais de trabalho/rede (ações acompanhadas ou descritas)</p> <p>Grupos focais avaliativos</p>

Notas relacionadas a essa matriz:

- (1) Variáveis que devem ser 'portadoras' de dados e 'informações significativas', válidas porque fazem 'sentido' para o curso e para os alunos. Os indicadores a serem elencados como ilustrativos do alcance/repercussões do curso devem estar remetidos a essas esferas de variáveis.
- (2) Afirmamos a necessidade de maior direcionamento para a constituição de 'instrumentos de registro' do acompanhamento avaliativo, nesse caso é como se apontássemos o desafio do que seria agregar uma quarta coluna nessa matriz (com explicitação de instrumentos).
- (3) Situações significativas que se disparam como projetos/intervenções nas redes, surgidas como iniciativas dos alunos/trabalhadores ou com sua participação.

Referências

ARAÚJO, U.F. *Temas transversais e a estratégia de projetos*. São Paulo: Moderna, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Curso de formação de formadores e de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde: relatório final*. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Monitoramento e Avaliação da PNH: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência*. Brasília, 2006.

BARROS, M. E. B.; SANTOS-FILHO, S. B. *Saúde do trabalhador: construindo uma metodologia de análise/intervenção: a experiência da PNH*. [S.l.: s.n], 2009. No prelo.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. A. B. *Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, M. E. B. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. [S.l.]: UERJ, 2007.

PASSOS, E. *Formação de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

Formação

PASSOS, E.; BARROS, R. D. B. de. *A humanização como dimensão pública das políticas de saúde*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 315-325, jul./set. 2005.

SANTOS-FILHO, S. B. *Avaliação como dispositivo de humanização da atenção e gestão em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Relatório de consultoria.

_____. *Construindo um método de acompanhamento avaliativo e avaliando processos de formação: em foco o curso de humanização da atenção e gestão em saúde do Mato Grosso*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Relatório de Consultoria.

_____. *Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização: aspectos conceituais e metodológicos*. Revista Ciência e Saúde Coletiva, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

_____. *Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas*. Ijuí: Unijuí, 2009.

SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. *Trabalhador da saúde: muito prazer!: protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Unijuí, 2007.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2007.

TEIXEIRA, C. & PAIM, J.S. *Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida*. In: Teixeira (org.). *Promoção e vigilância da saúde*. Salvador: Isc, 2002.

ZARIFIAN, P. *Objetivo Competência: por uma nova lógica*. São Paulo: Atlas, 2001.

O que pode
um curso de
formação
de apoiadores da
política nacional de humanização
da atenção e da gestão
do SUS?¹

Cleusa Pavan²

Documentos
e Relatos



Contextualização

O Curso de Formação de Apoiadores da PNH-SP, encerrado em dezembro de 2008, envolveu aproximadamente duzentos trabalhadores da rede pública de saúde-SUS/SP e foi possível mediante a parceria PNH-MS, CRH-SES/SP e Depto de Medicina Preventiva-FMUSP.

Durante doze meses, investimos intensamente na construção de grupidades em dez regiões do estado, organizadas nos termos de Unidades de Produção (14UPs), cada uma composta por aproximadamente 13 apoiadores e um formador, trabalhando em encontros presenciais e à distância, orientados pelos princípios da inseparabilidade entre formação-intervenção, formação-análise das práticas e dos processos de trabalho, formação-planejamento-avaliação.

O percurso envolveu a produção de análises de cenário do SUS em termos locais, regionais e nacional, o mapeamento dos campos problemáticos da saúde onde desejávamos intervir, a construção de ferramentas teórico-tecnológicas para a produção de Planos de Intervenção nos serviços e a composição propriamente dita de tais Planos de Intervenção.

Objetivo principal do processo de formação: a produção de mudanças nos modos de atenção e gestão da saúde nos serviços de referência dos apoiadores, mudanças que não se fazem sem que os sujeitos se disponham a uma análise de suas próprias implicações, decorrendo daí transformações também em seus modos de estar no trabalho, consigo mesmos, com o outro, em projetos coletivos de saúde e de vida³.

Devenir, devir

“Término de leitura
de um livro de poemas
não pode ser o ponto final.

Também não pode ser
a pacatez burguesa do
ponto seguimento.

Meta desejável:
alcançar o
ponto de ebulição.

Morro e transformo-me.

Leitor, eu te reproponho
a legenda de Goethe:
Morre e devém

Morre e transforma”

Waly Salomão

¹Notas a propósito do Evento de Encerramento do Curso de Formação de Apoiadores da PNH de São Paulo (10/12/08). Texto inédito.

²Psicanalista e analista institucional, consultora da PNH desde 2007. cleusapavan@hotmail.com

³Encontra-se em elaboração o documento avaliativo de todo este processo de formação em SP.

Formação

Nos termos deste poeta, figura emblemática de uma existência vivida como um outramento constante de si, quero dizer:

Término de Curso e não de percurso!

Afirmação da ebulição e não um ponto final!

Morte de um arranjo, abertura para novas composições!

Tempo de comemorações... Mas também de alerta.

Sabemos que demos apenas uma largada.

A amostra da largada deixou-nos entrever diferenças de todas as ordens, como não poderia deixar de ser.

Algumas experiências conseguiram forçar mais os limites do instituído, atçaram forças que vingaram movimentos significativos, dobraram formas enrijecidas, produziram deslocamentos de posições e lugares... pulsaram vivas! Outras forçaram menos tais limites. Algumas embotaram a meio do caminho. Outras nem ao menos ganharam posição na largada.

Diferenças de grau, de alcance, de perspectivas!

Lidamos com condições objetivas e subjetivas diferenciadas, realidades institucionais e pessoais diversas. Cada uma com histórias e arcaçouços políticos singulares. Portanto, condições de intervenção diferenciadas. Não são possíveis parâmetros únicos de avaliação.

Ontem pudemos ver nossa obra em conjunto, materializada pelo recurso bastante limitado dos pôsteres, porém, recurso que possibilitou a todos uma ideia aproximada dos investimentos realizados, o que até então esteve sendo privilégio apenas da coordenação que teve acesso constantemente a relatos sobre as atividades dos apoiadores e das UPs.

Estamos contentes com nossos feitos? Sim, muito!

Conseguimos formar parceiros; ampliar a formação de multiplicadores da PNH; formar grupos específicos, disseminados nos serviços, que já estão lidando com a Humanização; produzir condições para a intensificação das ações disparadas pelos consultores/PNH em diferentes regiões do estado; ajudar na construção de projetos de humanização para redes, ora mais localizados, ora mais abrangentes (sistemas); provocar a introdução da pauta da

Humanização em diferentes instituições; propiciar a apropriação de ferramentas de (re) organização dos processos de trabalho (no viés da Humanização); ajudar a identificar locais potenciais como alvo de intervenções, etc.

Conseguimos, também, algo de valor inestimável que foi a construção de grupalidades com diferentes configurações produtivas e desejantes, grupalidades com potência de interferência e que se tornarão referências políticas a nível estadual e local.

Estamos satisfeitos com tudo isso? Não! Queremos muito mais!

A corrida tem que se nutrir da largada, porém tem, também, que reparar aquilo que da largada ficou a desejar. Para tanto, precisamos continuar nos acompanhando, precisamos continuar ao lado uns dos outros para aprimorar nossa escuta, ampliar nossa capacidade de análise destas experiências, dos efeitos que elas produziram e continuarão a produzir nos serviços e em nós mesmos.

O mesmo podemos dizer em relação à formação propriamente dita dos apoiadores.

Também aqui, constatamos diferenças de graus em termos das condições de possibilidade de cada um fazer função de apoio.

Estivemos trabalhando com o apoiador da PNH como um sujeito capaz de habitar o instituído, atizando nele o seu fora, aproveitando determinadas brechas para produzir movimento, estranhar arranjos, ampliar as possibilidades de um exercício Crítico, no sentido que a filosofia atribui a este conceito – sentido da desestabilização e produção de desvios – portanto, exercício da Crise. Exercício a partir da pergunta: como isso funciona? como opera esta instituição? Quais as linhas duras e quais as forças que subjazem a estas formas enrijecidas que nos aparecem como soberanas, soberbas e perenes?

O apoiador da PNH concentra-se menos na questão “O que levou a isso? O que causou isso?” e muito mais no “Como isso funciona?”.

Nossa tarefa é quebrar as formas e fazer aparecer o plano de produção delas, as forças que ali operam em diferentes direções, muitas delas na direção da ampliação da vida e não da repetição puramente mortífera e reificadora do mesmo. Sobre as forças da expansão é que devem recair nossos investimentos.

Para tanto temos um método e nisso se encontra a riqueza da PNH. O exercício deste método faz nossa diferença. Este é nosso ponto forte. O método da inclusão. Da tríplice inclusão.

Inclusão dos sujeitos – Não é possível formular um Planos de Intervenção (PIs) sem a inclusão dos sujeitos, sem a inclusão do outro na cena (trabalhadores, gestores ou não, e usuários). Daí

Formação

nossa insistência nas análises de cenário, definição dos campos problemáticos onde se dará uma intervenção, e nossa pergunta radical no decorrer das avaliações de percurso: incluímos os sujeitos ou fizemos nossos planos no gabinete?

Inclusão dos analisadores – Inclusão das perturbações, daquilo que desestabiliza mediante a inclusão dos sujeitos. Humanos se fazem a partir de conflitos e produzem conflitos. Apenas do reino dos céus cristãos os conflitos foram abolidos, diferentemente do reino dos deuses gregos, pautados por todas as paixões disruptivas que marcam a existência dos comuns mortais. Paixões e desejos de reconhecimento, de saber e de poder, são a força motriz dos inevitáveis conflitos. O reino dos humanos é o reino dos narcisismos das pequenas e das grandes diferenças. A marca do humano é o conflito. Pensamos e agimos por causa dos afetos, dizia Espinosa, filósofo moderno, corrente minoritária na história das idéias do mundo ocidental. O poder de afetar e ser afetado é o que nos define. Daí que, quando incluímos sujeitos, estamos incluindo formas e forças em disputa. Portanto, não é fácil incluí-los na formulação e implementação dos PIs, embora saibamos das conseqüências extremamente empobrecedoras dos processos ao negarmos tal inclusão.

Inclusão dos coletivos – Terceira inclusão, ou seja, inclusão do coletivo em nós, das mudanças em nossos regimes de afetabilidade que nos levam a desejar a composição com o outro; e inclusão dos movimentos sociais, da sociedade civil organizada ou não, forças fundamentais para a garantia do SUS enquanto política pública e reforma social nos termos em que ele se firmou.

Esta tríplice inclusão é a dimensão ética mais importante do movimento PNH. Enquanto apoiadores, podemos estar mais próximos ou mais distantes de sua efetivação. Nosso esforço neste curso primou por contribuir, em termos práticos e teóricos, para uma formação afirmativa desta direção ético-política.

Podemos dizer que estamos todos formados?

Não! Não estamos!

Formação é processo, vida é variação (Maturana e Varela). Trabalhamos, inventamos mundos e variamos no tempo e com ele. O tempo também trabalha em nós. As prontidões são, então, sempre relativas.

Porém, muitos saíram sim formados, se por isso entendermos sujeitos consistentemente instrumentalizados, familiarizados com a radicalidade da PNH, praticando a indissociabilidade entre atenção e gestão, experimentando na prática a inseparabilidade entre clínica e política, colocando na pauta do dia o enfrentamento sábio com as gestões verticalizadas, convencidos de que sem mudança nos processos de trabalho nada muda em termos substantivos na atenção que promovemos.

Muitos não saíram formados nestes termos. Aproximaram-se em outros ritmos e com outras disponibilidades, querendo e demandando não apenas companhia nos próximos tempos, mas continuidade nos estudos de textos, discussão de conceitos, mergulho nos dispositivos, tudo isso no calor da experimentação.

Muitos outros, ainda, permaneceram distantes ou cumpriram burocraticamente as tarefas, saindo talvez com mais clareza sobre o que querem ou não querem com a PNH.

Alguns saíram como entraram e outros poucos desistiram.

Em meio a todas estas realidades e variações, algo porém, se reafirmou como extremamente marcante neste processo, como em outros que já vivenciamos.

A PNH, além de ser uma política pública, é um movimento ético-político. Ético pela atitude de inclusão; político pelo manejo dos movimentos instituintes dos processos de trabalho, por buscar o instituinte na institucionalidade do SUS.

Movimento que inventou-se enquanto estratégia de combate das forças que se opõem aos desmanches do SUS, movimento que aglutina, que compõe um coletivo cujo comum é a defesa incondicional da força que faz a vida escapar do controle insidioso do poder onde quer que ele se manifeste nos tempos contemporâneos.

Nestes tempos em que o poder tomou de assalto a vida (vivemos sob o regime do biopoder), pertencer a uma grupalidade tal como esta da PNH, a um projeto coletivo que nos inclui e nos ultrapassa por nos conectar com uma utopia ativa, não é pouca coisa.

Ouso dizer que assim como apenas a posteriori, depois que a ditadura caiu e as conquistas democráticas se consolidaram, pudemos avaliar os efeitos de nossos envolvimento contagiantes e de nossas práticas organizadas de enfrentamento do arbítrio nas décadas de 70 e 80, no terreno atual das lutas pela saúde como direito de todos e de qualquer um também vivenciaremos significação semelhante. Apenas alguns ou muitos anos à frente teremos a real dimensão dos efeitos destas tecnologias de resistência que utilizamos implementando a Política Nacional de Humanização.

E, como processos de “resistir contra” nunca se fazem separadamente de processos de re-existência, ou seja, de diferenciação de nós mesmos, de outramento, de produção de outros e outros mundos, quero declarar minha alegria de estar nesta ebulição com vocês e o desejo de continuar em 2009.

Obrigada a todos, um excelente final de ano e até 2009!

Intervenção



Formação-intervenção
em nível de pós-graduação:
a experiência da
Especialização em Humanização
da Atenção e Gestão
do **SUS** do
Rio Grande do Sul

Simone Paulon¹

Cleci Maraschin²

Artigo



O Curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS do Rio Grande do Sul, pioneiro no país na modalidade *Lato sensu*, foi construído em extensão à proposta de formação da Política Nacional de Humanização desencadeada com o Curso Nacional de Formação de Apoiadores Institucionais de 2006³. A constituição de um grupo de apoiadores qualificados já naquela primeira experiência de formação, a distribuição de boa parte desse grupo em municípios e serviços estratégicos no Estado, nossa inserção acadêmica e parcerias de trabalho anteriormente firmadas entre as instituições de ensino superior participantes do projeto foram alguns dos fatores que concorreram para que a continuidade da formação disparada no país se estruturasse no Rio Grande do Sul em nível de pós-graduação. Foi assim que um grupo de onze apoiadores que constituíram a Unidade de Produção gaúcha em 2006 transformou-se em 66 novos apoiadores certificados em 2008 e ampliou-se com mais 103 formados na segunda edição, encerrada no início de 2009. Alguns resultados numéricos e a imagem da distribuição desses apoiadores no Estado encontram-se nos dois mapas anexos.

Partindo do mesmo objetivo principal de

formação de trabalhadores da saúde, denominados apoiadores institucionais, capazes de compreender a dinâmica da produção do processo saúde-doença-atenção e intervir sobre problemas de gestão dos serviços e processos de trabalho em saúde com soluções criativas, tomando por referência os aportes teóricos e metodológicos da PNH. (BRASIL, 2006).

essas 3 versões de cursos se basearam e ajudaram a traçar os princípios do que viria a compor a política de formação da PNH. As vicissitudes de estruturação de um processo de formação-intervenção em uma universidade pública, os percalços e possibilidades que daí advêm, os efeitos para os formadores, pós-graduandos, gestores públicos das diferentes esferas de Estado envolvidas e coletivos locais de diversos municípios participantes constituem partes das narrativas de alguns atores do processo nos textos que seguem.

Mais do que sistematizações de trabalhos acadêmicos de um curso, são narrativas que, como se evidenciará na leitura, falam de experimentações em curso.

Como tais, não podem encerrar processos cujo inacabamento está proposto na própria formulação: a estratégia do curso-intervenção estrutura-se toda em torno da construção de um plano de intervenção inscrito na realidade singular de cada aluno/apoiador. O princípio do protagonismo dos sujeitos é convocado, portanto, em todas as etapas da formação: está no foco, como princípio da PNH, do que as intervenções querem provocar nos coletivos para os quais são voltadas e está na base, como princípio da política de formação, de todas as atividades do curso – a começar pela seleção, na qual os trabalhadores do SUS eram

¹Dra. em Psicologia Clínica (PUCSP), Professora e Pesquisadora do PPG de Psicologia Social e Institucional da UFRGS, consultora da PNH e Coordenadora do Curso de Especialização em Humanização do SUS-RS simone.paulon@ufrgs.br

²Dra. em Educação e Professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). clicimar@orion.ufrgs.br

³A inserção específica da Unidade de Produção do Rio Grande do Sul nesse primeiro projeto de formação da PNH desenvolvido em âmbito nacional encontra-se detalhada no artigo "A construção do Observatório de Práticas de Humanização do Sistema Único de Saúde: a experiência do Rio Grande do Sul", nesta coletânea.

Intervenção

convidados a se candidatarem a compor um grupo de apoiadores institucionais e não simplesmente a concorrerem a uma vaga de aluno de uma pós-graduação⁴.

Isto põe em relevo um outro princípio da Política Nacional de Humanização, que diz respeito à indissociabilidade entre atenção e gestão. O fato de este curso de pós-graduação implicar uma costura interinstitucional que reuniu as três esferas de gestão do SUS para reencantar seus princípios de integralidade, universalidade e participação reveste-se de especial significação no contexto em que ele foi construído. Faz parte da revitalização de “um SUS que dá certo”, lema do HumanizaSUS, a aposta na intensidade do encontro como experiência formativa. E se a humanização que debatemos no âmbito da PNH não se restringe a um conceito abstrato, mas à construção de relações pautadas pela ética de solidariedade, de cuidado com o outro, ela tem que ser efetivada na concretude dos muitos encontros que compõem o sistema. Por isto, “formar” atores sociais que tomem para si a responsabilidade pela produção das necessárias mudanças para que valores humanizantes compareçam em cada gesto do campo da gestão e das práticas de saúde não pode ser confundido com o mero repasse de informações a um dos segmentos – os trabalhadores – envolvidos com estas mudanças. Daí a importância do encontro do gestor público federal (Ministério da Saúde/Secretaria da Atenção à Saúde/PNH) com a academia (o Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul coordenou as duas edições, tendo a o Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul e o Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense como parceiros na 1ª edição) e o gestor estadual (a Secretaria Estadual de Saúde – Escola de Saúde Pública que apoiou a 1ª edição e promoveu a 2ª, compondo, inclusive, o colegiado coordenador do Curso).

Vê-se, com isso, que o terceiro princípio da PNH, do aumento das possibilidades comunicacionais entre grupos, atores e instâncias no sentido da produção de um comum, não se encontra menos contemplado na estrutura do projeto pedagógico que sustentou a formação em Humanização. Da estruturação de espaços cogestionários da coordenação à condução das atividades nas unidades de produção nas regiões, das constantes revisões e direcionamentos nos programas dos eixos de aprendizagem ao acompanhamento avaliativo focado em processos e descaracterizando a figura de um professor/avaliador, o método da inclusão que orienta as ações da Humanização veio sendo ensaiado. Obviamente que isto não se deu sem tensões que, em alguns momentos, eram criticadas como desorientação e vividas com angústias por muitos dos participantes do projeto.

Pudera que a operacionalização de princípios tão caros à perspectiva coletivizante que o SUS nos coloca apresentasse exigências inusitadas a seus protagonistas e implicasse intervenções diversas em muitas instituições. Intervenções, aqui – diferente do que o senso comum entende associando-as a um modo intrusivo, de intromissão – tomam o sentido

⁴Este é o tema específico debatido no artigo “A estruturação da rede de redes: EAD conectando as Unidades de Produção”, nesta coletânea.

muito mais próximo à intermediação, interferências, colocar-se nos espaços dos “entres”, ali onde pode emergir um novo plano de produção. Como afirmam Passos e Barros (2009, p. 30), a intervenção nessa perspectiva apresenta sempre uma dimensão instituinte, aponta um processo de linha de fuga do desejo, pois: “Do ponto de vista clínico-político, a intervenção só é possível nos momentos quentes da rede, quando o sistema de rebatimento se desarranja, permitindo devires minoritários através de variáveis menores.” É este o sentido utilizado no movimento institucionalista que nos permite ampliar a compreensão das intervenções operadas pelos processos de formação engendrados a partir da Política de Humanização e pensar que devires outros podem estar se produzindo em diferentes instituições. Para citar algumas:

- Intervenção num modo de fazer política pública que convoca muitos sujeitos, até então acomodados na condição de meros usuários ou público-alvo da Política de Estado, a protagonizarem a cena pública e se corresponsabilizarem pelo que nela for produzido. Os segmentos estatais articulados para a viabilização do convênio interinstitucional tiveram que enfrentar inúmeras barreiras burocráticas historicamente colocadas a serviço da fragmentação dos espaços públicos e justificadoras de práticas políticas estereotipadas;
- Intervenção num modo de fazer formação que desacomoda velhas hierarquias de saber e convida à construção de um modo coletivo de aprender. Ao acolher a proposição de um curso-intervenção que a colocaria diretamente a serviço de uma parcela da população há muito afastada do ambiente acadêmico, a UFRGS se impôs a necessidade de um intenso debate interno a fim de flexibilizar suas estruturas pedagógicas e cumprir sua função social de universidade pública. As interfaces criadas entre graduação, especialização e mestrado – com atividades comuns propostas pelo Curso de Especialização, mas organizadas com mestrandos da Psicologia Social e abertas a grupos da graduação de outros cursos da saúde – também ofertaram um exercício interdisciplinar e para além das segmentações escolares que cabe registrar;
- Intervenção, também, nos modos instituídos de gestão, ao propor que trabalhadores das mais diversas formações e funções (incluindo cargos oficiais de gestão) lancem mão de dispositivos de humanização para ajudarem a pensar seus processos de trabalho e as mudanças necessárias à finalidade de construir um SUS cada vez mais acolhedor;
- Intervenção, por fim, nas formas de comunicação que extrapolaram em muito os espaços pedagógicos – presenciais e virtuais - inicialmente propostos para acompanhar as atividades dos cursos e passaram a constituir uma intensa e

Intervenção

imensa rede nacional de apoiadores institucionais da PNH, hoje agregada de inúmeros agentes sociais direta e indiretamente ligados ao SUS, que compõem a Rede HumanizaSUS (www.redehumanizasus.net) para narrar experiências, trocar textos, ampliar os estudos e debates das questões cotidianas dos serviços de saúde, tal como muitos puderam experimentar nos processos de formação.

Instituições política, científica, acadêmica, estatal, pedagógica, profissional, corporativa, comunicacional... abaladas podem indicar que processos de produção de conhecimento, de saúde, de subjetividades estão instituindo algo novo. Novas saúdes possíveis, quem sabe, por um mundo que seguimos acreditando, possa ser bem melhor.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. *Projeto de Cooperação Técnica: Curso de Formação de Formadores e de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PASSOS, R.; BARROS, R. B. *A cartografia como método de pesquisa-intervenção*. In: PASSOS, R. KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 17-31.

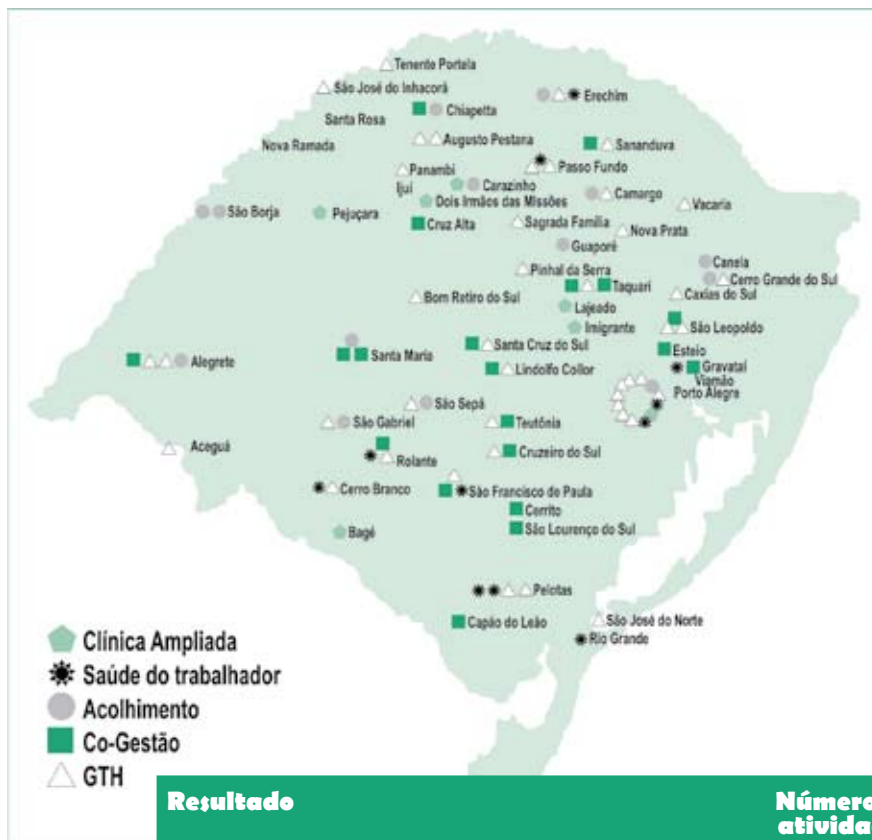
Anexo 1. Mapa Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS - 2007/2008



Resultado	Número de atividades	Participantes envolvidos
Apoiadores formados	66	
Municípios com Apoadores formados	49	
Planos de Intervenção	69	
TCCs e Posterres apresentados	62	
Disciplinas e eventos associados ao mestrado PPGPSI (oficina de escrita e formação em EaD na PNH)	04	109
Produções Audiovisuais	149	
Inserções na mídia local	72	
Grupos formados a partir das intervenções dos apoiadores/tutores	114	2903
Reuniões com Controle Social	67	3365
Eventos, palestras e encontros promovidos pelos apoiadores nas regiões	493	17528

Dados a serem complementados com o período de finalização do curso e meses subsequentes

Anexo 2. Mapa Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS - 2008/2009



Resultado	Número de atividades	Participantes envolvidos
Apoiadores formados	103	
Municípios do RS com apoiadores em formação	59	
Reuniões realizadas com gestores	67	308
Reuniões realizadas com serviços de saúde, na rede local e regional	243	2724
Reuniões com Conselhos de Saúde, Comitês Regionais, GTHs e Secretarias de Saúde	132	1595
Organização de eventos pelos apoiadores/ unidades de produção	29	3382
Participação de apoiadores/ formadores em eventos	61	3044
Apresentação de trabalhos sobre PNH em eventos	108	499
Inserções na mídia	48	
Planos de intervenção desencadeados/ monografias entregues	94	

A construção de um observatório de práticas da política nacional de humanização do Sistema Único de Saúde: a experiência do Rio Grande do Sul¹

Simone Mainieri Paulon²

Ana Lucia Schettini Elahe³

Artigo



¹Artigo publicado em PAULON, S. M.; ELAHEL, A. L. A construção do Observatório de Práticas de Humanização do Sistema Único de Saúde: a experiência do Rio Grande do Sul. Boletim da Saúde, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 119-134, jul./dez. 2006.

²Dra. em Psicologia Clínica (PUC-SP) / UFRGS.
simone@intersecpico.com.br

³Ms em Relações Internacionais (UnB) / PNUD.
ana.schettini@undp.org.br

Resumo

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

Palavras-chave:

Humanização / Políticas Públicas / Sistema Único de Saúde

Intervenção

Entre garantir constitucionalmente a saúde como um direito de todo cidadão brasileiro e estruturar uma Rede capaz de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde para um país das dimensões, riquezas e adversidades como o nosso existe um imenso caminho a ser trilhado. Muito se tem feito por isto. Muito, obviamente, resta por fazer.

A demanda por uma política transversal capaz de melhorar o acesso, o acolhimento e a qualidade dos serviços prestados no SUS inscreve-se neste processo de construção de um “SUS que dá certo” e que se pode ser dito complexo, não pode mais ser visto como inviável já que se provou concreto. Muito os trabalhadores da Saúde deste país têm a contar sobre ele. Muito mais do que o que temos visto.

Exacerbar os limites com que esta imensa obra de engenharia social que é o SUS tem-se deparado, identificar suas lacunas, diagnosticar seus entraves, publicizar seus equívocos é parte fundamental do processo permanente de construí-lo. Não menos importante, entretanto, é a identificação dos focos de sucesso, a socialização de suas mais caras experiências de avanço e o reconhecimento de que é deste esforço, muitas vezes, sobre-humano de superar toda sorte de adversidades do cotidiano dos serviços de saúde que resulta um SUS real, atual e que está aí para ser qualificado.

A formação de 140 apoiadores institucionais capazes de compreender a complexa dinâmica da produção da tríade saúde-doença-atenção e intervir sobre problemas de gestão dos serviços e processos de trabalho em saúde com soluções criativas, tomando por referência da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), é um esforço nessa direção. Para empreendê-lo, foi estabelecida uma parceria de cooperação técnica entre Ministério da Saúde, a Universidade Federal Fluminense (UFF) e a Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, por meio da qual foi estruturado o Curso de Formação de Apoiadores para a PNH de Atenção e Gestão em Saúde. Foram selecionados dez trabalhadores de diferentes serviços espalhados por onze municípios do RS para participar do curso. O engajamento desse grupo no projeto de formação/intervenção em que estarão trabalhando entre abril e dezembro do corrente ano e os efeitos que suas primeiras ações permitem vislumbrar na qualidade da atenção e gestão da saúde coletiva no nosso Estado é o que passamos a descrever.

O; apoiadore; gaúcho; na Política Nacional de Humanização

Quem é mestre na arte de viver faz pouca distinção

entre o seu trabalho e o seu tempo vago,

entre a sua mente e o seu corpo,

entre a sua formação e a sua recreação,

entre o seu amor e a sua religião.

(Sabedoria Zen)

A PNH tem por objetivo central qualificar a gestão e a atenção à saúde, ou seja, é uma política que induz inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de saúde colocando para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder. A aposta da PNH é a da inseparabilidade entre gestão e atenção, entendendo que a gestão dos processos de trabalho em saúde não pode ser entendida como tarefa administrativa separada das práticas de cuidado (BRASIL, 2006).

Concebida não como programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, a Humanização tem entre seus objetivos “incrementar a oferta de processos de formação/educação/conhecimento” e entre as ações deste eixo de Produção e Disseminação de Conhecimentos está a “criação de cursos/capacitações em Humanização, priorizando a gestão compartilhada da atenção clínica e formação de apoiadores institucionais a processos de inovações (presenciais ou à distância)” (PASSOS; BARROS, 2006).

Organizar serviços e práticas de saúde em consonância com as especificidades do espaço locorregional impõe enormes desafios; é nesta medida que a produção de conhecimento, tomando por referência os problemas derivados da práxis dos serviços de saúde, se apresenta como um requisito fundamental para o enfrentamento dos desafios de gestão e sanitários do país. Por outro lado, o processo de produção de conhecimento não deve se realizar na distância da academia por relação ao campo de investigação. Sujeito e objeto de conhecimento, pesquisador e profissionais de saúde não podem ser tomados como pólos separados do processo de investigação. Ao contrário, o desafio é o da criação de protagonismo, fazendo com que o profissional de saúde possa participar do processo de produção de conhecimento acerca da sua prática. (idem)

A estratégia de um Curso/Intervenção aqui descrita justifica-se exatamente nessa medida: articulação, consorciamento e interação entre sujeitos dos serviços, a academia e a gestão nacional da PNH, a fim de construir soluções plausíveis para os problemas de saúde vivenciados pelos sujeitos que se encontram inseridos em movimentos e processos de mudança⁴.

Nesta perspectiva, a seleção dos dez apoiadores gaúchos que integram o Projeto foi marcada pela variabilidade de formações profissionais, inserções em serviços e regiões do RS e organizada a partir de indicações do Comitê Regional em conjunto com consultores e coordenadores regionais da PNH no RS. Além de apoiadores, os profissionais que seguem

⁴A estrutura do Curso mapeou o país em 10 regiões, sendo o Estado do RS uma delas. Cada região representa uma Unidade de Produção (UP) com aproximadamente 10 apoiadores coordenados por uma formadora/tutora que recebeu formação específica da FIOCRUZ para o desempenho desta função. A formadora Simone Paulon é a responsável pelo acompanhamento da UP-RS. O curso prevê uma carga horária de 300h (106 em atividades presenciais e 194 virtuais) e possui material didático específico, através dos quais são desenvolvidos conteúdos referentes a cada um dos 8 dispositivos da PNH, com atividades de leitura, monitoramento das intervenções, avaliação e discussões virtuais correspondentes. Maiores informações sobre sua estrutura podem ser pesquisadas em www.ead.fiocruz.br/humanizasus.

Intervenção

devem ser considerados coautores do presente artigo não apenas pelo fato de que o conteúdo aqui narrado é produto de seus trabalhos, mas também pelas contribuições pontuais enviadas a título de confecção do primeiro registro público deste coletivo. Compõem, então, a Unidade de Produção do Rio Grande do Sul: Ana Lucia Schettini Elahel (Bacharel em Relações Internacionais, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD), Beatriz Helena da Silva, (Farmacêutica pela 3ª CRS, atuando como apoiadora em 4 Municípios da Coordenadoria); Carine Bianca Ferreira Nied (Comunicadora Social do Hospital de Santa Cruz do Sul); Carlos Alberto Protti (Odontólogo da Rede Básica de Ijuí), Lydia Maria Ribeiro Leonhardt (Médica da Rede Especializada de Viamão); Magda Saraiva Macedo (Odontóloga do Programa Saúde da Família - PSF de São Leopoldo); Magda Suzana Da Silva Ferreira (Assistente Social do Hospital São Lucas em Porto Alegre); Marta Helena Buzati Fert (Enfermeira do GHC), Maria Lúcia Rodrigues Falk (Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre); Maria Judete Ferrari (Psicóloga da Rede Especializada do Alegrete); Sílvia Raquel Giacomini Antunes (Assistente Social junto à Secretaria Municipal de Saúde de Veranópolis).

Tendo como critério fundamental a possibilidade de os apoiadores operarem práticas concretas em campo simultaneamente a seus processos de formação, ao término de abril último, a Unidade de Produção do RS estava constituída com as seguintes caracterizações:

- Quanto aos serviços em que estão inseridos os apoiadores, a UP conta com quatro Hospitais Gerais, sendo duas empresas públicas federais de grande porte (Grupo Hospitalar Conceição e Hospital de Clínicas de Porto Alegre) que além das unidades hospitalares incluem unidades de saúde e CAPS e dois hospitais privados filantrópicos (Hospital Santa Cruz e Hospital São Lucas da PUCRS) de médio porte que por serem vinculados às universidades abrangem, também, um significativo número de profissionais em formação e campus avançados de estudos. Na rede básica temos quatro apoiadores todos fora da capital, sendo três de cidades do interior do Estado e (Ijuí, Pelotas e Veranópolis) e mais São Leopoldo situada no Vale do Rio dos Sinos. Dentre estas as apoiadoras de Veranópolis, São Leopoldo e o apoiador de Ijuí atuam como técnicos das secretarias municipais incluindo, portanto, em suas áreas de abrangência as equipes de PSF. Enquanto a apoiadora de São Leopoldo delimitou a estratégia de Saúde da Família como campo específico de sua intervenção, a apoiadora da 3ª CRS destacou quatro dos vinte e dois municípios de sua área de abrangência, já que exerce a função de coordenadora regional da PHAS. Na rede especializada a UP conta com duas apoiadoras: Em Viamão e em Alegrete, sendo que na primeira cidade a apoiadora atua em CAPS-AD, mas trabalhará a PNH junto à gestão municipal e em Alegrete a apoiadora já compõe as equipes do sistema municipal de atenção

integral à saúde mental que tem interfaces com o sistema hospitalar e rede básica, os quais sua intervenção também pretende atingir. Ligada, ainda, mais especificamente à gestão federal, temos a apoiadora de Brasília que, por sua vinculação ao Programa para o Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD), trabalhando em parceria com o MS neste projeto, definiu a própria Unidade de Produção RS como seu campo de intervenção para, a partir dela, construir o Observatório das práticas de Humanização da Saúde como produto coletivo que o grupo pretende elaborar. Com seu ingresso, então, a UP-RS passou a ser composta por onze apoiadores.

- Quanto às iniciativas existentes no âmbito da humanização nesses serviços a diversidade encontrada não é menor. A maioria dos serviços já vinha implantando dispositivos humanizadores da atenção em saúde. Os quatro hospitais, em momentos diferentes, já desencadearam processos de humanização, mas o HCPA tem um trabalho mais consolidado nesta área. O GHC passa por um momento de reativação de um trabalho nesta perspectiva, enquanto o hospital Santa Cruz vem criando e incentivando propostas neste sentido mais recentemente. Dentre as secretarias, as iniciativas são mais dispersas. Viamão encontra-se num momento de inatividade de estratégias humanizadoras anteriormente criadas. Alegrete tem um histórico regional de atuações humanizadoras que pretendem ser alavancadas com a integração agora maior com a PNH. Ijuí e Veranópolis já criaram comitês que não têm tido atuações significativas para o trabalho na rede. São Leopoldo está desenvolvendo procedimentos coletivos que podem potencializar a PNH. A 3ª coordenadoria vem desenvolvendo desde 2003 vários trabalhos em conformidade com a PNH e, além do comitê regional atuante, conta com 22 comitês municipais, 24 GTHs das entidades hospitalares e 5 GTHs na rede básica.

Entre os principais desafios que os apoiadores vislumbram para suas intervenções a partir do curso de formação estão (I) a conexão das iniciativas existentes a uma política nacional, (II) a sensibilização dos gestores para a qualificação do SUS e, muitas vezes, o conhecimento da existência de uma política voltada para isto, (III) o engajamento dos trabalhadores e comunidade nas iniciativas de humanização existentes ou que estarão sendo desencadeadas e (IV) a identificação de alianças possíveis para a continuidade e ampliação da proposta para além deste curso e das próximas gestões públicas, a qual passa pela estruturação ou fortalecimento dos GTHs existentes para ampliar a abrangência da PNH através da aproximação à rede básica.

As estratégias escolhidas para o enfrentamento desses desafios refletem um “Plano de Intervenção da UP-RS” que priorizou, dentre os oito dispositivos que compõem os eixos

Intervenção

de ação da PNH, a criação, avaliação ou fortalecimento dos Grupos de Trabalho da Humanização (GTHs). A partir dele o grupo definiu que “Gestão Participativa e Cogestão”, “Acolhimento em Saúde e Acolhimento com Classificação de Risco” e “Clínica Ampliada” serão dispositivos a serem trabalhados na seqüência, respeitando os diferentes processos e especificidades de cada local.

Ao final do primeiro encontro presencial, realizado em Brasília no início de maio, consolidou-se o processo de constituição do grupo e desencadeou-se o trabalho coletivo, que estabeleceu os seguintes objetivos comuns aos onze “Planos de Intervenção”:

- I) Aprofundar os conhecimentos sobre os dispositivos da PNH;
- II) Implementar pelo menos um dispositivo PNH em seu local de trabalho;
- III) Integrar iniciativas de trabalho do apoiador/curso às iniciativas de humanização já existentes ou em construção na região;
- IV) Associar, sempre que possível, as atividades e estratégias da PNH às metas do milênio (projeto Observatório) e diretrizes do Pacto pela Saúde.

A partir destes quatro objetivos pactuados como comuns ao grupo, cada apoiador elaborou seu próprio Plano de Intervenção que funciona como uma espécie de mapa estratégico à implantação de dispositivos humanizadores em suas áreas de abrangência. Os primeiros efeitos que suas funções de apoiadores começam a suscitar são objeto da reflexão que segue.

● apoiador institucional: habitando um não-lugar

Eu amo o agora, e não a memória

Eu amo a luta e não a vitória

Eu amo o fato, e não a história

Eu amo a trajetória

Paulo Moska

A função de apoio, da forma como tem sido implantada e experimentada em vários serviços de saúde do país, foi proposta por Campos (2000) como resultante da ação de sujeitos que “atravessam” o processo de trabalho de coletivos, ajudando-os nas tarefas de qualificar

suas ofertas clínicas e de saúde pública, de um lado, e ampliar o grau de grupalidade, de outro lado. Representa uma das principais novidades na gestão do trabalho em saúde no Brasil (BARROS; PASSOS, 2006).

O apoiador institucional exerce a função de colaborar e prestar suporte para que os coletivos alterem seus processos de trabalho, tornando-os mais democráticos e criativos, dotando-os de maior capacidade de acolher e resolver necessidades de saúde e ampliando o grau de realização dos trabalhadores da saúde. Como função, portanto, fundamental tanto para a implantação de processos de mudança, quanto para a sua sustentabilidade, assume especial relevância na estruturação do curso que ora se apresenta.

Inspirado na função do analista institucional que recusa sempre qualquer lugar instituído a partir do qual seu suposto saber seja referendado, o apoiador de que aqui nos ocupamos faz da análise constante dos efeitos que sua inserção, seu conhecimento, suas questões, enfim, suas próprias implicações têm sobre o campo de estudos, intervenções, investigações, a ferramenta crucial de seu trabalho. Referenciado na pesquisa-intervenção, o princípio norteador de um apoio institucional assim concebido é o de que a aproximação com o campo inclui, sempre, a permanente análise do impacto que as cenas vividas/observadas têm sobre a história do apoiador e sobre o sistema de poder que legitima o instituído, incluindo aí o próprio lugar de saber e estatuto de poder do “perito” (apoiador que poderia ser um pesquisador, consultor, gestor, assessor etc.). Dito de outra forma, o apoiador institucional sabe que sua função não é neutra, nem se exerce sem mexer em cada um dos locus de poder/saber tão arraigados nas estruturas organizacionais em que atuam. Por sabê-lo, faz dos efeitos de sua própria implicação com o coletivo “apoiado” um dos analisadores do processo de trabalho coletivo (PAULON, 2005).

Passos (2006) define a função de apoio no contexto da PNH a partir de três questões: Onde ela se dá? O que dispara? Qual seu modo de fazer?

O “lugar” do apoiador institucional que este curso promove é estranhamente um não-lugar, tanto por se constituir da negação de um lugar “dado” (aquele que sabe, a priori, qual a demanda do outro), quanto por habitar os interstícios dos espaços institucionais, propondo encontros, promovendo interfaces inusitadas entre grupos, setores, disciplinas de forma a radicalizar a possibilidade de uma utopia ativa (u-topos).

Quanto ao que disparar, o apoiador institucional sabe, antes de tudo, que não vai “inventar a roda”. Entretanto, como forma geométrica que promove a lateralidade por excelência, acionar movimentos circulares, fazer rodas de conversa “rolarem”, disparar movimento no que está parado, desestabilizar a rigidez hierárquica dos eixos horizontal x vertical pode ser uma boa forma de desencadear movimentos de mudança junto aos grupos com que se quer trabalhar. Neste sentido, mesmo sem inventá-la (até porque não é ele, mas o coletivo

Intervenção

que tem movimento potencial pra ser acionado) o que o apoiador quer disparar são os movimentos que fazem a roda “rodar”: movimentos instituintes que ampliam possibilidades comunicativas de toda a ordem, apostam na “transversalidade”, princípio da PNH.

Por fim, o modo de fazer do apoiador institucional requer novamente uma operação de reversão ao instituído, pois em que pese seu circunstancial trabalho localizado junto ao aparelho de Estado - do qual emanam normas, decretos e formas jurídicas de “mandar fazer” - tudo que o apoiador não quer é imprimir tal padrão ao seu modo de fazer. Sem fugir à demanda inevitável de que seu trabalho inscreva-se em uma certa institucionalidade, na proposta de um apoio aos processos instituintes, aos movimentos de mudança que indiquem os caminhos do novo que um coletivo pode tomar, os processos importam muito mais do que os produtos. Promover experiências concretas de humanização dos serviços, disparar processos de discussão, reflexão sobre o trabalho, cogestão dos coletivos, promoção de saúde como produção de vida, nem sempre serão experiências passíveis de se traduzir em um período X, ou um programa Y. Mas se os sujeitos envolvidos nessas mudanças perceberem-se como seus protagonistas e não simplesmente usuários eventualmente atingidos por seus resultados, uma nova produção de subjetividade aí se deu. O modo de fazer é o que fica para além do que foi feito (PASSOS, 2006).

Isso ao que chamamos “modo intensivo de fazer” - em contraponto aos grandes programas extensivos de governo que se pautam pela busca de ações em grande escala, preocupadas antes com a abrangência territorial do que pela experiência de “contágio” - tem sido a ferramenta de trabalho fundamental dos apoiadores institucionais em formação no Rio Grande do Sul.

Nos primeiros três meses de engajamento ao projeto, o grupo de trabalho UP-RS promoveu alguns momentos elucidativos deste modo de fazer. Algumas experiências narradas a seguir testemunham que os efeitos deste modo de fazer começam a se evidenciar contagiantes dentro e fora do grupo.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por exemplo, constituiu um grupo de trabalho multidisciplinar, com representantes de diversas áreas, com o propósito de que as políticas de humanização estejam cada vez mais afinadas às práticas na atenção em saúde. Este grupo tem buscado sistematizar oportunidades para que as diferentes áreas possam expor suas necessidades em termos de humanização, tanto do ambiente de trabalho quanto do atendimento aos usuários e incentivar a proposição de iniciativas voltadas à implantação de melhorias. Estas contribuições podem ser feitas por contatos com representantes do grupo, através do correio eletrônico pelo endereço “L-Humanização”. O trabalho da apoiadora Maria Lúcia Falk tem-se pautado pela valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, bem como a utilização

de princípios e ferramentas usadas para operacionalização da Humanização do SUS. Ela destaca a construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS, como uma experiência singular que tem dado maior solidez às políticas de humanização. “Com esta nova experiência, a que denominamos Redes de Contato, fomentamos reuniões, encontros e discussões instigando o pensamento crítico para os conceitos de humanização, a troca e a construção de saberes com equipes multiprofissionais, onde surgem boas idéias gerando diferentes iniciativas nos grupos e serviços”, comenta Falk.

Também na perspectiva de humanização da atenção e gestão nos hospitais, a comunicadora social Carine Nied, alavancou o trabalho que vinha desenvolvendo junto ao Hospital Universitário de Santa Cruz do Sul com a realização, na volta de sua participação no encontro presencial de Brasília, de um seminário para apresentação da PNH e cada um de seus dispositivos. Este evento desencadeou todo um processo de pactuação do Plano de Intervenção da apoiadora com os gestores locais e com algumas equipes de trabalho para avaliação do horário ampliado de visitação aos pacientes internados. Foram várias rodas de conversas com equipe de um setor para construção da proposta, que era para ser piloto e já criou a demanda para ser implantado em outra duas unidades de internação. Todos os acompanhantes que estão com pacientes internados naquela unidade são convidados para participar de grupos de orientações distribuídos em três dias na semana, quando recebem informações sobre o funcionamento do hospital, normas, rotinas, etc. Os resultados, segundo a avaliação realizada pela equipe de trabalho, foram os melhores possíveis e têm gerado interesse por parte da comunidade interna e externa do hospital. Carine foi chamada pela imprensa local para relatar a experiência, que considera estar ampliando os horizontes do grupo de trabalho bem como redimensionando a humanização do atendimento no HSC.

Vindo da região noroeste do Rio Grande do Sul, outro depoimento dá conta do tipo de movimento que a experiência de formação/intervenção desencadeada por este curso está promovendo em nosso Estado. O odontólogo Carlos Protti coordenara o Comitê Municipal de Humanização de Ijuí no ano de 2005 e o que conhecia eram relatos obtidos em um seminário promovido pelo gestor estadual na região e de algumas experiências de hospitais do município, com uma concepção que agora avalia “um tanto tímida” da humanização (promoção de festas de integração em serviços, amigos do sorriso, murais de aniversário, etc.). Após iniciar a apropriação das diretrizes e dispositivos da PNH, avalia que o SUS local estava necessitando de uma espécie de “choque de humanização” e inicia um processo de sementeira destes conhecimentos em âmbito municipal. Nos primeiros contatos com os gestores da saúde do seu município, distribui textos e dispara “Rodas de Conversa” junto a colegas da secretaria. Utilizando-se, também, da ferramenta virtual para reativar contatos anteriores obtidos pela participação em Conferências de Saúde, divulga

Intervenção

seus novos conhecimentos dos dispositivos e experiências nacionais em humanização junto ao conselho municipal de saúde, difunde material e participa de debates com estudantes da área de saúde da UNIJUÍ, bem como com alguns componentes do Comitê Regional de Humanização. Animado com a receptividade que tem encontrado nesta “arrancada” de seu trabalho, Carlos estrutura seu plano de intervenção no curso para a constituição de um GTH, que será o grupo que trabalhará na implementação da PNH junto à Secretaria Municipal.

Ainda na linha de fomentar o debate da humanização na Rede Básica de Atenção em Saúde via estruturação dos GTHs, as apoiadoras Magda Macedo, atuando junto ao PSF de São Leopoldo, Lydia Leonhardt, médica na rede de saúde mental de Viamão e Sílvia Raquel Antunes, assessora da Secretaria Municipal de Veranópolis, também implementaram rodas de conversa, criaram espaços de pactuação com gestores e promoveram as mais diversas situações de divulgação e debate acerca da humanização na saúde de seus municípios. Estimuladas pelo conhecimento de um modelo de gestão que vem promovendo a quebra de paradigmas, com uma proposta de trabalho focada na prevenção e promoção da saúde, que visualiza o ser humano como sujeito, a PNH, como política transversal da rede SUS, tem funcionado como eixo norteador das ações nas secretarias em que estas profissionais vêm atuando.

Dentre os subprodutos que Sílvia Raquel já identifica terem sido gerados na “terra da longevidade” localizada na serra gaúcha, destaca-se a mobilização dos gestores em conhecer a Política Nacional de Humanização e em estar efetivando na prática suas diretrizes e dispositivos, o despertar da curiosidade e do interesse dos trabalhadores em saber de que forma poderão se inserir, além do apoio integral da imprensa local na divulgação da PNH através de publicações de matérias em jornais, entrevistas em rádios locais e, sobretudo, através do engajamento dos usuários em questionar os rumos da PNH no contexto da saúde, e na sua própria participação dentro desse processo.

Há quase dez anos trabalhando na atenção básica do município de São Leopoldo, cansada do modo de trabalho em que não via perspectivas de melhoria da saúde dos usuários do SUS, Magda Macedo fez de sua inserção no Curso de Formação de Apoiadores para a PNH, um dispositivo para humanizar seu próprio trabalho como odontóloga da rede, que agora se estende para a sensibilização dos demais profissionais. Após reuniões de negociação com coordenação e equipes da ESF, realizou Roda de Debates com a equipe de Saúde da Família da área adstrita da Vila Brás. O resultado foi a melhoria do acolhimento, pois naquele momento a equipe percebeu a importância de ter uma fala única e uma escuta qualificada para atender os usuários e melhorar a porta de entrada da unidade de saúde. “E foi ali que senti a roda começar a rodar, como se estivesse começando a desemperrar os velhos modos de fazer saúde e as oportunidades de fazer um SUS melhor comessem a

acontecer”, relata Magda. Na seqüência, a apoiadora criou uma série de momentos com diferentes segmentos da Secretaria para abordar o dispositivo “gestão participativa e co-gestão”, que por mobilizar especial interesse por parte daqueles trabalhadores, passou a integrar o Plano de Intervenção a ser implementado. Os relatos de experiências inovadoras com a humanização hospitalar que a apoiadora teve oportunidade de debater nos dois encontros nacionais de que participou geraram outra demanda que já extrapolou o campo de intervenção com as equipes de Saúde da Família inicialmente demarcado. Um encontro entre médicos da Saúde da Família e médicos especialistas do Hospital Municipal fez-se necessário, marcando uma nova etapa na caminhada deste município em direção à humanização da Saúde Coletiva na região.

A apoiadora Beatriz Pinho, por sua vez, já desenvolvia significativo trabalho como Coordenadora Regional Política de Humanização e Assistência à Saúde da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde (3ª CRS). A partir de seu engajamento no curso, Beatriz optou por focalizar as intervenções em quatro dos vinte e dois municípios de sua área de abrangência (Arroio do Padre, Jaguarão, Piratini e Turuçu) com os quais pretende estimular a formação dos GTHs na rede básica, fomentando reflexões, discussões e avaliações sobre o tema HumanizaSUS juntamente com Comitês Municipais da PHAS e gestores.

Em Alegrete, o apoio Institucional à Política Nacional de Humanização, através da Saúde Mental Coletiva, tem buscado contagiar os demais setores da saúde, implicando, de forma transversa, os diversos atores envolvidos na “afirmação de um SUS em defesa da vida”. Com um trabalho que há quase duas décadas vem inovando na atenção especializada aos sofredores psíquicos, o sistema hoje denominado “SAIS Mental” evoluiu de um serviço para a constituição de uma rede, uma malha que integraliza ações de atenção, reabilitação, promoção de saúde, ensino e pesquisa voltadas para a participação dos sujeitos na construção da política de saúde mental singular. O trabalho da psicóloga Maria Judete Ferrari, agora apoiadora da PNH integrada ao Curso, tem sido um diferencial para o planejamento de um território de cuidados e de novas ambiências provocadoras de inclusão, de desmistificação da loucura e de acolhimento ao cidadão. Sua intervenção a partir do CAPS II e no sistema/SAIS Mental tem provocado um debate franco e aberto entre os gestores e trabalhadores do SUS sobre o acolhimento e sua diferença dos procedimentos tradicionais de triagem. Tem rejeitado os conceitos que aceitam as filas como procedimentos naturais da assistência ao público e tem contagiado os sujeitos implicados na transformação desta realidade que tanto produz perversidades, como por exemplo, a comercialização de lugares nestas filas. A intervenção em saúde mental infanto-juvenil autoriza o sistema/SAIS Mental a provocar um debate para além do setor saúde, estendendo-o aos setores da Justiça, Educação, Cultura e Assistência Social, fazendo o Fórum Municipal de Atenção Integral à Criança e a Juventude. Para fortalecer a política de humanização no Alegrete, a apoiadora tem discutido com os trabalhadores e gestores os dispositivos da cogestão e

Intervenção

gestão participativa. Estão construindo um espaço para a educação permanente em saúde: O “Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde”, que deve articular o campo da socialização dos saberes e servir como eixo de informação, referendando os diversos níveis de atenção e responsabilizando os atores na produção de saúde e de vida. Segundo Judete, “a PNH, através dos conhecimentos compartilhados junto ao Observatório de Práticas de Saúde, tem contribuído para a construção de indicadores e metas que atravessem esses diversos setores, dirigindo-os para a pactuação de intervenções em defesa das crianças e jovens mudando os indicadores sociais”.

Cerzindo o Observatório de Práticas de Humanização da Saúde:

o patchwork da Unidade de Produção do Rio Grande do Sul

O projeto da Unidade de Produção do Rio Grande do Sul de construir um Observatório de Práticas da PNH apresenta-se como um campo de intervenção deste coletivo para ajudar a pensar a implementação da PNH no contexto do compromisso brasileiro de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM e de suas metas na área da Saúde. Neste sentido, os apoiadores que integram esta UP têm buscado, numa iniciativa conjunta com a formadora da região e a apoiadora oriunda do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil – PNUD, associar as atividades e estratégias da PNH àqueles objetivos e metas, utilizando, ademais, como referencial, as menções explícitas à humanização no Pacto pela Saúde, passíveis de contratualização em nível municipal.

Entendendo que, no médio prazo, o avanço do país, seus estados e municípios rumo à melhoria dos indicadores correlatos às metas do milênio deverá contribuir para modificações no indicador Saúde, que compõe o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) nas esferas país, estados e municípios, os dados do IDH-M afetos aos municípios sob observação – ou seja, aqueles que integram a Unidade Produtiva do Rio Grande do Sul do Curso de Apoiadores do HumanizaSUS – serão incluídos na matriz do Observatório em construção.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (das Nações Unidas) e Índice de Desenvolvimento Humano (do PNUD) são referenciais de análise aceitos universalmente. No caso dos ODM, foram estabelecidas metas específicas e prazos para seu cumprimento por cada um dos países comprometidos com a Declaração do Milênio – aprovada na Cúpula do Milênio, realizada em setembro de 2000 na sede da ONU em Nova York; no caso do IDH, permitem comparabilidade, entre si, de macro e micro-unidades geopolíticas (entre países, entre estados de um mesmo país, entre todos os municípios de um mesmo país, entre localidades de um mesmo país). Ressalta-se que o objetivo da elaboração do IDH é

oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. Criado por Mahbub UI Haq com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, ganhador do Prêmio Nobel de Economia de 1998, o IDH pretende ser uma medida geral, sintética, do desenvolvimento humano. Diferente da forma como leigamente tem sido interpretado, o IDH não abrange todos os aspectos de desenvolvimento e não é uma representação da “felicidade” das pessoas, nem indica “o melhor lugar no mundo para se viver”. Além de computar o PIB per capita, depois de corrigi-lo pelo poder de compra da moeda de cada país, o IDH também leva em conta dois outros componentes: a longevidade e a educação. Para aferir a longevidade, o indicador utiliza números de expectativa de vida ao nascer. O item educação é avaliado pelo índice de analfabetismo e pela taxa de matrícula em todos os níveis de ensino. A renda é mensurada pelo PIB per capita, em dólar PPC (paridade do poder de compra, que elimina as diferenças de custo de vida entre os países). Essas três dimensões têm a mesma importância no índice, que varia de zero a um.

A idéia, então, ao conectarmos tais índices internacionalmente reconhecidos às vivências, experimentações e narrativas – práticas micropolíticas, enfim – desses apoiadores é fazermos com que o Observatório de práticas humanizadoras do SUS seja um instrumento “vivo” de leitura/entendimento sobre a implantação da PNH no Rio Grande do Sul, com possibilidades de aplicabilidade a outras realidades nacionais. É na captura desta riqueza que reside a chave para a finalização do Observatório.

O caminho de seu cerzimento vem-se mostrando um genuíno trabalho de patchwork, pavimentado pelas vivências individuais e coletiva, os encontros presenciais e virtuais, a montagem do conceitual e a aferição do experimental, a vibração pelas pequenas conquistas e a reflexão em roda sobre as adversidades. O Observatório de Práticas da PNH deverá consistir (1) de um capítulo introdutório: a) considerações iniciais; b) objetivos do Observatório e definição das variáveis do Observatório; e c) caracterizações dos serviços de saúde da UP-RS; (2) da matriz do Observatório, pensada como trilogia: global – nacional – municipal; e (3) de um capítulo com algumas conclusões: a) análise e considerações sobre a implantação da PNH nos municípios da UP-RS: nós críticos, enfrentamentos e avanços, baseadas nas narrativas dos apoiadores sobre a implementação de seus respectivos planos de intervenção e no compartilhamento virtual e presencial do grupo; e b) possibilidades advindas da relação ODM x PNH. O período sob análise da implementação dos dispositivos nos municípios é curto – na melhor das hipóteses, seis meses – e, conseqüentemente, sabe-se desde já insuficiente para permitir observações conclusivas, mas a função estratégica fundamentada nas diretrizes e princípios da PNH que cada apoiador institucional já assumiu prontamente anuncia os primeiros efeitos nos diferentes municípios envolvidos. Igualmente, o esforço de implementação da PNH com foco no percurso de um dispositivo específico, identificado por cada apoiador a partir das pactuações locais, deverá permitir

Intervenção

uma análise preliminar de sua implementação: nós críticos, estratégias inventadas localmente para o enfrentamento das dificuldades na sua implantação, resultados de curto prazo, lições aprendidas, possibilidades.

Vale ressaltar que o grupo não trabalha com a ilusão de que a PNH poderá ser direta e cabalmente associada à consecução das metas do milênio, pois há, a priori, consciência plena de que o impacto sobre uma determinada área de desenvolvimento é indivisível da perspectiva da mensuração de contribuições específicas. O exercício de cerzimento coletivo, entretanto, já se provou efetivo. Temos vibrado juntos a cada alinhavo, comemorado muito cada retalho bem colocado, sofrido em rede cada espaço roto que ainda não vemos jeito de costurar, mas nem por isso deixamos de nos permitir viver esta utopia e de nos deliciarmos com a experiência de habitar este estranho lugar. Amamos a trajetória!



Figura 1. Colcha-de-retalhos/intervenções da PNH disparadas pela UP TCHÊ

Referências:

BARROS, R. B.; PASSOS, E. *A humanização como dimensão pública das políticas de saúde*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. [2006?]. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 10 jan. 2006.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000. 229 p.

PASSOS, E. *O apoiador institucional e a PNH*. In: ENCONTRO Regional (Sul/SP) do Curso de Formação de apoiadores para a PNH da gestão e atenção à saúde, 2006, Curitiba. Palestra... Curitiba: [s.n.], 2006.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. (Org.). *Textos/Cartilhas: Formação de apoiadores para a PNH da gestão e atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 2 v.

PAULON, S. M. *A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-Intervenção*. Psicologia e Sociedade, [S.l.], v. 17, n. 3, p. 16-23, set./dez. 2005.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Desenvolvimento Humano e IDH*. [2006?]. <Disponível em <<http://www.pnud.org.br/idh/>>. Acesso em: 7 jul. 2006.

Método da inclusão

e processo seletivo de
apoiadores institucionais:
uma combinação
possível?

Simone Paulon¹

Lilian Weber²

Vania Mello³

Carla Bottega⁴

Artigo



¹Dra. em Psicologia Clínica (PUCSP), Professora e Pesquisadora do PPG de Psicologia Social e Institucional da UFRGS, consultora da PNH e Coordenadora do Curso de Especialização em Humanização do SUS-RS. simone.paulon@ufrgs.br

²Psicóloga, mestre e doutoranda em Administração (PPGA-UFRGS), compôs a equipe coordenadora como apoiadora pedagógica da 2ª edição do Curso de Especialização em Humanização do SUS no RS. lweber@bhzdesign.com.br

³Psicóloga, sanitarista da Política de Saúde Mental da SES-RS, mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS) e compôs a equipe coordenadora como apoiadora pedagógica da 1ª edição do Curso de Especialização em Humanização do SUS no RS. vrcmello@ig.com.br

⁴Psicóloga, mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS) e compôs a equipe coordenadora como apoiadora pedagógica da 1ª e 2ª edição do Curso de Especialização em Humanização do SUS no RS. carlabotte@terra.com.br

Resumo

A proposta político-pedagógica do Curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS, desenvolvido no Rio Grande do Sul, está pautada pelos princípios que dirigem a Política Nacional de Humanização e pela certeza de que a formação permanente de trabalhadores para o SUS requer o enfrentamento de práticas instituídas. Este curso, caracterizado como formação-intervenção, pretende disparar processos de trans-formação. Neste sentido, garantir a coerência dos princípios de autonomia e protagonismo de todos os sujeitos nos diferentes momentos de um processo de formação mostrou-se uma tarefa tão crucial quanto delicada. O método da inclusão deveria manter-se como norteador em todas as etapas, dentre elas, a seleção, que representa, talvez, um dos mais difíceis momentos para se falar em inclusão dado seu caráter “excludente” por definição. A preocupação em não reproduzir modelos discriminatórios, excluindo trabalhadores a partir do “perfil” que desenharia a priori os mais “aptos” a exercerem a função de apoiadores institucionais, impulsionou esforços para a criação de uma outra saída ao conflito que o grande número de interessados no curso impunha. O presente texto relata a experiência dos processos seletivos ocorridos no RS nas edições de 2007 e 2008, os aprendizados de cada momento e efeitos percebidos.

Palavras-chave:

Humanização, formação, apoio institucional

Intervenção

Introdução

A formação permanente em saúde é um dos mais importantes desafios a ser constantemente renovado por parte de gestores e trabalhadores do setor. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a continuidade da formação mostra-se particularmente relevante tendo em vista o projeto ético-político que o sustenta demandar não apenas a qualificação e atualização de conhecimentos técnicos, mas também a formação em seu caráter mais amplo: constituição de sujeitos sociais atentos não somente ao “que” fazer, mas ao “como” fazer.

As dificuldades relativas à qualificação no campo da saúde são inúmeras e têm demandado revisão de processos e reorientação de rumos ao longo do percurso do SUS. Neste sentido é que a Política Nacional de Humanização (PNH), proposta em 2003, vem incidindo sobre os limites do cotidiano dos serviços, buscando resgatar a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

Tal empreendimento é norteado por valores como autonomia e protagonismo dos sujeitos, co-responsabilidade, estabelecimento de vínculos solidários, construção de redes de cooperação e participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008). A implementação dos mesmos tem se desencadeado em diversas frentes, promovendo um fazer em saúde que associa reflexão e produção de conhecimentos às práticas cotidianas. Assim, uma das estratégias para consolidação da PNH, considerada prioritária na agenda de compromissos do Ministério da Saúde, é a oferta de processos de formação/educação/conhecimento, através da “criação de cursos/capacitações em Humanização, priorizando a gestão compartilhada da atenção clínica e formação de apoiadores institucionais a processos de inovações (presenciais ou à distância)” (BRASIL, 2006).

O Curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS, desenvolvido no Rio Grande do Sul em duas edições entre 2007 e 2009, estruturou-se a partir dessa análise conjuntural. Sua proposta político-pedagógica está assentada na certeza de que a formação de trabalhadores para o SUS requer o enfrentamento de práticas instituídas, centradas numa concepção patologizante e restritiva de saúde, o que implica adotar abordagens transdisciplinares (BRASIL; UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, 2006). Proposta esta que pressupõe a superação de dicotomias, tais como indivíduo-coletivo; público-privado; atenção-gestão; teoria-prática. A indissociabilidade entre estes campos permite a construção de ações integradas entre formas de conceber e organizar o trabalho em saúde e a própria oferta de recursos assistenciais, bem como desta com a produção de sujeitos.

O curso desvia-se do modelo tradicional de ensino, particularmente das especializações acadêmicas, por seu caráter de formação-intervenção e compromisso que esse atribui ao

pretender disparar processos de transformação. Formar apoiadores institucionais, e não simplesmente ensinar alunos ou treinar funcionários, significa respeitar o saber construído nas trajetórias profissionais dos trabalhadores da saúde e apostar que na troca com outros trabalhadores – inseridos na rede de atenção ou na vida acadêmica – e na aproximação com os acúmulos teóricos da área será construído um novo saber-fazer. Disparar, fomentar e consolidar processos de mudança na atenção e gestão em saúde é o efeito visado nessa proposta formativa.

Garantir a coerência dos princípios de autonomia e protagonismo de todos os sujeitos nos diferentes momentos de um processo de formação assim delineado mostrou-se, logo, ser uma tarefa tão crucial quanto delicada. O método da inclusão deveria manter-se como norteador em todas as etapas: na seleção, nos encontros/aulas presenciais, atividades de EAD⁵ e nos processos de avaliação. Pautar não apenas um projeto pedagógico, mas todos os momentos de sua execução, na perspectiva da inclusão (dos atores envolvidos, dos coletivos e dos analisadores)⁶ era um desafio que demandava atenção permanente, pois estes processos estão impregnados por modos de fazer forjados em modelos autoritários e burocratizados de relação, dos quais a academia, tanto quanto as estruturas do Estado, estão longe de se livrar.

Dentre os processos mencionados, o presente texto foca-se na seleção que representa, talvez, um dos mais delicados momentos para se falar em inclusão dado seu caráter “excludente” por definição. Uma seleção, tradicionalmente se justifica pela necessidade de compatibilizar a restrição de vagas a um número excedente de pessoas nelas interessadas, ou pela exigência de adequação dos candidatos à expectativa de uma dada organização de trabalho ou projeto. Trata-se, por isso, do momento no qual são feitas escolhas que, mais do que um perfil de grupo, definem muito do caráter e direção de todo processo de formação. Daí a necessidade percebida na elaboração do projeto do Curso de Especialização aqui discutido de que o processo seletivo, com todos os paradoxos que ele carrega, deveria ser um dos primeiros analisadores a serem incluídos na estruturação de uma formação-intervenção de apoiadores institucionais.

● analisador⁷ seleção: do conflito ao convite à responsabilização

Na maioria das vezes, no âmbito das organizações de trabalho ou de ensino, os processos seletivos configuram-se como um “funil”, restringido as oportunidades e o acesso ao emprego ou à educação. A realidade do referido Curso de Especialização não era diferente e a seleção justificava-se como uma necessidade pelo limite objetivo do número de vagas disponíveis em contraste com o grande número de interessados pelo Curso. O desejo de ampliar as vagas e atender à demanda legítima de trabalhadores do SUS em busca de qualificação

⁵Tema discutido mais especificamente nos artigos de Paulon e Carneiro nestes Cadernos e na revista Interfaces (2009).

⁶A discussão do método da tríplice inclusão que sustenta as ações da PNH está apresentada no texto de Pasche, na abertura desses Cadernos, e desdobrado em vários dos artigos aqui presentes.

⁷O conceito de analisador é aqui tomado no sentido atribuído pela análise institucional francesa para referir um dispositivo-evento-acontecimento que faça emergir, precipite ou catalise (em um sentido quase químico) o conjunto de forças sócio-políticas que até então se encontrava disperso. Um aprofundamento deste importante conceito-ferramenta do institucionalismo encontra-se em Rodrigues, H. de B. C. (2004).

Intervenção

colidia com a preocupação e o direito de uma formação com qualidade. Entre os fatores que contribuíam para a demanda está o fato de que este é um curso de especialização financiado pelo Ministério da Saúde com apoio das prefeituras, que se responsabilizavam pelos deslocamentos de seus trabalhadores em formação. Além disto, o curso representa, especialmente aos trabalhadores do interior do estado, uma rara oportunidade de acesso à universidade pública, a um pós-graduação com boa parte da carga horária na modalidade a distância e a perspectiva de compartilhar com outros trabalhadores do setor as “dores e delícias” de compor o Sistema Único de Saúde.

Considerando-se, ainda, uma formação estruturada a partir da elaboração e acompanhamento de planos de intervenção distribuídos nas sete macro-regiões do Estado do RS e com a curta duração de dez meses, pode-se ter uma idéia do conflito que a escolha dos contemplados representava. A forma tradicional com que a sociedade competitiva enfrenta este tipo de conflito tão corriqueiro que ela mesma produz, é através de processos seletivos que naturalizam as hierarquias sociais sustentadas no argumento da adequação a um determinado “perfil”.

Elencando características pessoais a serem identificadas entre indivíduos que compõem um exército de reserva sedento por se encaixar em qualquer posto de trabalho/vaga no sistema educacional que os retire de uma condição marginal, a figura do perfil profissional sustenta os processos de exclusão, com bem denunciado por Roux (1983, p. 11): “Mas o que é o perfil? Ele liga-se à função exercida. [...] o que tem perfil é a função, o homem é massa amorfa a ser adequado às atribuições dele exigidas”.

Conduzir um processo seletivo referendado nesta lógica seria uma saída simples: bastava arrolar uma série de exigências nas habilidades individuais requeridas para participar do seleto grupo que gostaríamos de ter como alunos, e publicá-las para que o contingente de trabalhadores-candidatos ao Pós-Graduação se lançasse à tarefa de comprovar seus próprios méritos para ocupar este lugar. Como demonstra o mesmo filósofo, na base desta prática encontra-se uma concepção de sujeito e um decorrente projeto político afinado à ética do capital na qual ferramentas de gestão como a seleção e a formação (tomada como mero treinamento de pessoal, ou capacitações) operam como práticas consagradas.

Com mais ou menos rigor, as organizações precisam, a partir desse modelo e através de treinamento, uniformizar diferenças, submeter a originalidade pessoal a formas de controle, instituir padrões de conduta pelos quais valoriza-se mais a obediência aos códigos do que a ‘rebeldia’ às práticas consagradas. Embora com nuances, o treinamento na empresa segue o modelo militar. Com suas ‘ordens do dia’ e metas a cumprir, ele também prepara para a guerra, uma guerra menos

cruenta, sem armas de fogo, mas nem por isso menos implacável: a guerra da produtividade e da competição (ROUX, 1983, p. 14).

A preocupação em não reproduzir modelos discriminatórios, excluindo trabalhadores a partir do “perfil” que desenharia a priori os mais “aptos” a exercerem a função de apoiadores institucionais, impulsionou esforços para a criação de uma outra saída ao conflito que o número de interessados no curso impunha.

O desafio de fazer valer o método da inclusão, desde o primeiro momento de divulgação do Curso, implicava valermos-nos da situação conflitiva para explorar a análise das situações vividas, ao invés de “varrer a sujeira para baixo do tapete” transferindo a responsabilidade das escolhas éticas e políticas que inevitavelmente o processo seletivo faria para uma pseudo-avaliação de méritos e desempenhos individuais. Isso é o que justificou que montássemos uma estratégia de seleção de forma a configurar, antes de tudo, um convite à corresponsabilização na construção de uma política pública e chamássemos os interessados nas diversas regionais à composição dessas escolhas junto à coordenação de Humanização do Estado e à coordenação do Curso.

Por isso, o momento da escolha de quem seria selecionado ou não a participar do Pós-Graduação constituiu-se como um efeito/desdobramento de todo um processo de interlocução da Política de Humanização com os cenários e atores regionais do SUS. Esta saída, na verdade, nos parecia muito mais um convite a outra forma de “entrada” no projeto-provocação, pois acionava o protagonismo dos trabalhadores-candidatos bem como de seus gestores – também candidatos a incluírem seus municípios no projeto proposto pelo Ministério da Saúde.

Desta forma, estruturou-se o processo seletivo junto às Coordenadorias Regionais de Saúde do RS na forma que passamos a descrever.

o processo seletivo: estruturando o compartilhamento de escolhas

O curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS, no Rio Grande do Sul, realizou-se na articulação de parceria de cooperação técnica entre as seguintes instituições: Ministério da Saúde/SAS/PNH e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), através do Instituto de Psicologia, contando com participação da Universidade Federal Fluminense (UFF) e da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), na primeira edição; e da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, através da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), na segunda edição.

Intervenção

Esta articulação institucional sinaliza, sem sombra de dúvidas, o compromisso ético de todos os promotores-parceiros com a oferta de novos processos de formação em saúde. A primeira edição do Curso foi desenvolvida entre 2007 e 2008, e a segunda, no período de agosto de 2008 a maio de 2009. Nas duas edições, 169 trabalhadores do SUS, atuando em 70 municípios gaúchos de todas as regiões do estado, receberam o título de especialistas e, sobretudo, tornaram-se apoiadores institucionais da PNH.

As avaliações de ambas as edições mostraram a importância que o curso adquiriu a partir das intervenções disparadas, dos projetos locais constituídos, das redes fomentadas e da solidariedade instigada. Os efeitos positivos são predominantes, contudo, necessidades de “ajustes” na proposta foram sendo constatadas. Um dos aspectos que se sobressaiu na primeira edição foi a necessidade de revisão do processo seletivo, na perspectiva de contemplar o maior número possível de apoiadores institucionais distribuídos pelo Estado, de ampliar a inserção da PNH em novas regiões, e, principalmente, de dar continuidade ao apoio disparado pelos apoiadores formados na primeira edição. Ao mesmo tempo, buscou-se dimensionar o impacto da formação desses apoiadores nas diferentes regiões do Estado, a partir das redes de apoio já constituídas com o intuito de reforçá-las e amplificá-las.

Na segunda edição, tendo por experiência a anterior, optou-se por aproveitar o momento da seleção como uma oportunidade ímpar de fortalecimento da Política Estadual de Humanização. Constituiu-se com esta finalidade, uma comissão de elaboração e acompanhamento do processo seletivo, integrada pelos representantes da Escola de Saúde Pública do RS (ESP/RS), enquanto coordenação da Política Estadual de Humanização, pela UFRGS, como coordenação do Curso, e pelos consultores da Política de Nacional de Humanização no RS.

O Comitê Estadual de Humanização⁸ foi consultado e, a partir da realidade de cada região, municípios e serviços, pôde contribuir com a proposta da segunda edição do Curso de Especialização. Esta também foi apresentada em reunião da Associação de Secretários e Dirigentes em Saúde (ASSEDISA), envolvendo os gestores da saúde no compromisso para o êxito do curso.

A disposição de construir coletivamente o processo de seleção mostrou-se fundamental em todas essas instâncias. Neste sentido, além das informações repassadas aos gestores acerca da estruturação do curso, estes também foram chamados a honrar seu compromisso com os trabalhadores interessados em participar do processo seletivo conferindo-lhes uma carta-compromisso na qual apresentavam os interesses e possibilidades de que o município/unidade de saúde sob sua jurisdição integrasse o projeto de formação proposto. Gestor municipal e trabalhador, neste caso, assumiam, no mesmo momento, um mútuo compromisso. Como candidatos a uma vaga na proposta de formação-intervenção, o gestor

⁸O Comitê Estadual de Humanização é composto por representantes da Escola de Saúde Pública (ESP/RS), representantes de Departamentos da Secretaria de Estado da Saúde do RS, Hospitais Estaduais, Representantes das Coordenadorias Regionais de Saúde, representação da Associação de Secretários e Dirigentes em Saúde – ASSEDISA e Conselho Estadual de Saúde.

se comprometia com algo além do que a objetiva liberação para as atividades do curso e o custeio das viagens e deslocamentos para os encontros presenciais (quatro em Porto Alegre e vários outros na região, dependendo do município do candidato em questão). O trabalhador, por seu turno, também manifestava sua disposição para ingressar num projeto que exigiria mais do que horas de estudo, exercícios de EAD e viagens eventuais para a capital e cidades vizinhas. Era uma localidade/serviço que se abria à realização de uma intervenção na forma de organizar/operar o SUS: gestor e trabalhador assumiam o compromisso de propor alternativas, experimentar saídas, convocar equipes para realizar as atividades de um apoiador institucional em formação, ou seja, assumiam um compromisso público de quem vai iniciar um per-curso em nome de um coletivo. Desta forma, acreditávamos estar dando um passo importante na relação entre atenção e gestão na saúde e no compromisso compartilhado entre trabalhadores e gestores.

Além da carta do gestor, o edital público exigia documentos comprobatórios de escolaridade e vínculo profissional à rede de saúde da região, disponibilidade de tempo e local para a realização de intervenção e um memorial descritivo da trajetória de estudos e trabalho do candidato na área da saúde.

Na segunda edição do curso foram oferecidas 90 vagas, distribuídas entre os municípios integrantes das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado. A definição pela realização de processo seletivo a partir da divisão regional das Coordenadorias de Saúde levou em consideração, os seguintes aspectos: a distribuição equânime no Estado, o impacto que o curso poderia oferecer à Região, a possibilidade de pactuação com gestores locais - responsabilização municipal e a viabilidade de acompanhamento do grupo de alunos pelos tutores previamente selecionados e capacitados para a tarefa.

Feita a divulgação, através das Coordenadorias Estaduais de Saúde, a comissão interinstitucional (MS-PNH/UFRGS/SES-ESP) encarregada do processo seletivo pôs-se a campo distribuindo-se em oito eventos realizados em cada macro-região do Estado a que denominamos “Mostras de Humanização do SUS no RS”⁹.

As Mostras da Política de Humanização: um convite à participação em uma política pública

O princípio da indissociabilidade entre formação e intervenção que sustenta a política de formação da PNH afirma uma relação com o conhecimento que se distancia das clássicas abordagens conteudistas na medida em que recusa ao apenas “fazer conhecer” a Política, mas vai em direção ao “fazer participar” da Política. O documento orientador dos processos de formação (incluído na primeira parte deste volume) ressalta a necessidade de ampliar os

⁹As Mostras ocorreram ao longo do mês de julho de 2008 nas cidades de Alegrete, Santa Maria, Caxias do Sul, Ijuí, Passo Fundo, Pelotas, Santa Cruz do Sul e Porto Alegre.

Intervenção

modos de comunicação e de compartilhamento de experiências dos coletivos. A formação viria ao encontro dessa necessidade como forma de contribuir com a produção e fomento das redes, isto é, ampliando o grau de transversalidade nos grupos e entre eles (BRASIL, 2008).

Este foi o intuito que orientou a organização do processo seletivo do Curso de Especialização em Humanização do SUS no RS através da realização de eventos regionalizados nos quais, em dois dias de trabalho intenso, entre as atividades de análise do SUS na região, discussão/apresentação da PNH, divulgação das intervenções em andamento até aquele momento eram, também, realizados processos de escolha dos alunos para a segunda edição do Curso.

As Mostras contaram com a presença de representantes de mais de 100 municípios pertencentes às Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e com um universo de aproximadamente 400 pessoas entre candidatos ao curso e outras pessoas interessadas em conhecer a Política de Humanização do SUS.

Apesar do grande número de interessados, a estratégia da realização das Mostras permitiu uma multilateralidade nas escolhas - municípios, candidatos e coordenação ampliada do curso – pois, ao longo as atividades que as compunham, as informações e debates suscitados permitiam a muitos candidatos reavaliarem suas intenções e reais possibilidades de integrarem um Curso como este.

O programa das Mostras tinha justamente esta intenção.

No primeiro dia, um consultor da PNH no RS ou o tutor/formador do curso na região apresenta a PNH e o projeto de curso-intervenção, seguido de uma apresentação das intervenções realizadas pelos apoiadores daquela região na primeira edição e de uma roda de conversa sobre o tema com os candidatos. Somente após este reconhecimento do cenário regional e das exigências e propostas do curso é que os presentes decidem sobre sua candidatura, depositam sua documentação conforme edital já divulgado no site da ESP e se inscrevem para os grupos de seleção no dia seguinte. As rodas seguem no segundo dia, em grupos de até 20 candidatos que debatem esquetes do cotidiano do SUS (montadas a partir dos cenários debatidos com os grupos da primeira edição). Concluídos estes três turnos de debates, os candidatos são convidados a redigirem um pequeno memorial sobre sua trajetória como trabalhadores da saúde, integrando, já aí, as reflexões e informações que a própria experiência da Mostra permitiram¹⁰.

Foi um momento que proporcionou a análise das condições singulares de cada sujeito, quanto às possibilidades de realização de um curso que, apesar de se desenvolver na modalidade EAD e, desta forma, oferecer certa flexibilidade para sua realização,

¹⁰A confecção dos memoriais ali mesmo nos eventos de divulgação da PNH e do Curso favorecia, de alguma forma, os candidatos que participaram de toda a Mostra, pois suas “candidaturas” se fortaleciam com argumentos escutados e debatidos com professores e participantes do Curso. Apesar de muitas controvérsias, entendemos que a prévia organização e disponibilidade para participarem da Mostra era significativa e representava certa “mostra” das possibilidades concretas do candidato vir a participar das muitas atividades e viagens que sua continuidade no Curso exigiria. Entretanto, como evento preparatório de possíveis candidatos ainda sem respaldo institucional para estarem ali, esta participação não estaria garantida a muitos trabalhadores com contratos precários (o que, inclusive, poderia justificar seus interesses por um projeto de humanização). Por este motivo, a presença em todas as atividades das Mostras não foram pré-requisito para participar da seleção.

demandava uma dedicação de tempo e energia diferente do que a maioria imaginava, exigia participações em encontros presenciais em diferentes localidades e a elaboração de um Plano de Intervenção em seu local de trabalho. Por este motivo, alguns candidatos que vieram à Mostra reavaliaram suas candidaturas e não ficaram para a segunda etapa.

Devido ao grande número de participantes e interesse em contemplar o maior número de municípios do Estado, foi negociado que cada coordenadoria Estadual teria um mesmo número de vagas (dez para cada região). Por sugestão dos gestores consultados na reunião da ASSEDISA, foi feita uma redistribuição de alguns municípios para outra macro-região a fim de equalizar melhor o número de candidatos e distâncias a percorrerem para os encontros presenciais. Ao final dos oito eventos, a fim de respeitarmos as especificidades de cada região, mais de 100 trabalhadores de saúde foram selecionados, o que exigiu uma ampliação das vagas e configurou um grupo com a seguinte composição:

Quadro 1 – Distribuição dos alunos apoiadores do curso de especialização em Humanização do SUS R\$ por categoria profissional:

FORMAÇÃO	1ª EDIÇÃO	2ª EDIÇÃO	TOTAL
Enfermagem	24 (36,3%)	38 (37%)	62
Psicologia	16 (24,2%)	23 (22%)	39
Serviço Social	07 (11%)	12 (11%)	19
Medicina	06 (9%)	03 (3%)	09
Fisioterapia	04 (6%)	02 (2%)	06
Terapia Ocupacional	02 (3%)	01 (1%)	03
Sanitarista (biblioteconomia e biologia)	02 (3%)	00	02
Fonoaudiologia	01 (1,5%)	01 (1%)	02
Odontologia	01 (1,5%)	01 (1%)	02
Farmácia	01 (1,5%)	02 (2%)	03
Direito	01 (1,5%)	00	01
Adminstração	01 (1,5%)	01 (1%)	02
Educação	00	04 (4%)	04
Escriturária	00	01 (1%)	01
Comunicação	00	04 (4%)	04

continua...

Intervenção

continuação...

Nutrição	00	07 (7%)	07
Biologia	00	01 (1%)	01
Sociologia	00	01 (1%)	01
Filosofia	00	01 (1%)	01
TOTAL	66	103	169

Quadro 2 – Distribuição dos alunos apoiadores do curso de especialização em Humanização do SUS R\$ por nível de atenção:

NÍVEL DE ATENÇÃO	1ª. EDIÇÃO	2ª. EDIÇÃO	TOTAL
ATENÇÃO PRIMÁRIA	20 (30%)	39 (38%)	59
ATENÇÃO SECUNDÁRIA	10(15%)	23 (22%)	33
ATENÇÃO TERCIÁRIA	23 (35%)	24(23%)	47
GESTÃO	13 (20%)	17 (17%)	30
TOTAL	66	103	169

Os resultados que este tipo de processo de formação produziu em cada um dos municípios envolvidos, gestores convidados e em cada um dos 169 apoiadores certificados ainda estão em avaliação, mas certamente não são fáceis de mensurar. Alguns indicadores, como o baixo nível de evasão (12% na 1ª edição e 9% na 2ª) ajudam a pensar que a proposta de corresponsabilização lançada desde o processo seletivo aqui descrito produziu alguns dos efeitos esperados. São efeitos que, por certo, extrapolam a objetividade que o número de eventos promovidos, atores sociais envolvidos, trabalhos acadêmicos escritos e intervenções disparadas dão conta de narrar. Mas algumas expressões lançadas entre as inúmeras narrativas que os apoiadores trocaram em suas trajetórias de trabalho-estudos deixam notícia de que ali se produziu alguma intervenção. Entre elas, gostamos especialmente da avaliação que um trabalhador fez na solenidade de encerramento deste pós-graduação: “Este curso foi bom prá me lembrar por que mesmo decidi, há 15 anos atrás, que queria ser um trabalhador do SUS”.

Referências

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*. 4. ed. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. *Projeto de Cooperação Técnica: curso de formação de formadores e de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PAULON, S. M.; CARNEIRO, M. L. F. *A Educação a distância como dispositivo de fomento às redes de cuidado em saúde*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [S.l.], v. 13, p. 747-157, 2009. Suplemento 1.

RODRIGUES, H. de B. C. *Análise Institucional francesa e transformação social: o tempo (e contratempo) das intervenções*. In: RODRIGUES, H. de B. C.; ALTOÉ, S. *SaúdeLoucura* n. 8: *Análise Institucional*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 115-164.

ROUX, J. *Recursos humanos e treinamento*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

**Entrelaçando o
SUS,
e a
PNH,
e a
Saúde do Trabalhador**

Simone Bernardi¹

Artigo



Resumo:

Este artigo é fruto do Curso de Especialização da Atenção e Gestão do SUS, desenvolvido em uma parceria entre o MS/UFRGS/UNIJUÍ e UFF, cujo objetivo é formar apoiadores institucionais visando disparar processos de mudança nos modelos de atenção e gestão. Neste, procuramos entrelaçar o SUS, a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Saúde do Trabalhador como dispositivo da PNH. A humanização, como Política Pública, visa fortalecer o SUS, para isso propõe uma mudança nas relações. O dispositivo Saúde do Trabalhador visa maior compreensão do trabalho através da análise do mesmo, abrindo espaço para a construção coletiva. Como apoiadora institucional em formação, procurei dar sentido àquilo que a PNH nos propunha, a inclusão. Então, nos reunindo em rodas de conversa com os outros atores do sistema, fui, aos poucos, tentando contribuir com a mudança da paisagem institucional e existencial, abrindo espaço para os diversos conhecimentos emergirem.

Palavras chave:

SUS, Política Nacional de Humanização (PNH), Saúde do Trabalhador, Sofrimento.

Intervenção

Introdução

Este artigo foi escrito a partir de minha intervenção como apoiadora institucional em formação durante o curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS, no ano de 2007. Nele, procuramos entrelaçar o SUS, a PNH e a Saúde do Trabalhador da Saúde, dispositivo da PNH privilegiado nessa intervenção.

O Sistema Único de Saúde foi criado num período em que o País estava em processo de redemocratização. Essa política pública vem para garantir o direito ao acesso de todos os cidadãos aos serviços de saúde. Mas, mesmo com a consolidação do SUS, ainda persistem problemas que precisam ser superados. Assim, com o intuito de implementar o SUS, é criada no país a Política Nacional de Humanização.

A PNH utiliza ferramentas e dispositivos como o intuito de consolidar redes, estabelecer vínculos entre os diversos atores do sistema, visando também a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde. É uma política pública que visa fortalecer o SUS e, para isso, procura colocar os trabalhadores em contato, pois se efetua a partir de um modo de se relacionar.

Quando a humanização chegou em nosso município, em 2005, parecia vir de um lugar ideal, com a promessa de dar conta de todos os problemas relacionais e outros entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS. Quando ingressamos no Curso de Especialização, em 2007, vimos uma outra Humanização. Pois, a PNH procura trabalhar com a tecnologia do encontro e não vê o homem como ideal, mas olha para cada sujeito e procura incluir as diferenças.

Assim, através da análise da demanda feita em conjunto com outros trabalhadores, vimos a necessidade de privilegiar a Saúde do Trabalhador em nossas intervenções. No encontro com os outros fomos, aos poucos, procurando contribuir com a mudança na paisagem institucional e existencial, abrindo espaço para os diversos conhecimentos emergirem.

Entrelaçando o SUS, a PNH e a Saúde do Trabalhador

Quando é verdadeira, quando nasce da necessidade de dizer, a voz humana não encontra quem a detenha. Se lhe negam a boca, ela fala pelas mãos, ou pelos olhos, ou pelos poros, ou por onde for. Porque todos, todos temos algo a dizer aos outros, alguma coisa, alguma palavra que merece ser celebrada ou perdoada.

(Galeano)

Na passagem acima, Eduardo Galeano, escritor uruguaio, fala dos tempos da ditadura no seu país e do movimento dos presos políticos para resistir a essa forma dominante de poder. Fala da maneira que eles encontravam de se comunicarem, já que o governo da época impedia ao povo qualquer tipo de resistência ou comunicação frente ao seu poder. Num país em que o próprio autor diz, a comunicação era vista como delito.

Aqui no Brasil, passamos por um período parecido entre as décadas de 60 e 80. Naquela época houve, em todo o país, resistências a esse modo de governo ditatorial e a repressão a essas resistências marcava o Estado como detentor do poder. Em 1988, é construída uma nova Constituição. Esta marca uma diferença, fala dos direitos de todo e qualquer cidadão e dos deveres do Estado, rompendo com o modelo de Estado autoritário.

Em 1988, no campo da saúde, é votada a criação do SUS e com ele, abriam-se novas possibilidades: surgia uma nova concepção de saúde, onde se buscava uma melhor qualidade de vida e não só a cura ou ausência da doença como era até então. Como salientam Barros e Passos: “O SUS é resultado de lutas pela redemocratização do Brasil, que aconteciam em meio a movimentos de resistência à ditadura militar” (BARROS; PASSOS, 2005a, p. 563).

O Sistema Único de Saúde vem, então, para afirmar a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção à saúde. Esse foi um avanço em termos de atenção à saúde no País, pois todo o cidadão brasileiro passou a ter direito ao acesso aos serviços de saúde com qualidade, o que não havia antes do SUS.

Nesse percurso de construção do SUS, acompanhamos avanços [...], novas questões que demandam outras respostas, mas também problemas que persistem sem solução, impondo a urgência, seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos. (BRASIL, 2006a, p. 1).

Apesar dos avanços, um dos grandes problemas que persistem é a “dificuldade para lidar com a dimensão subjetiva que toda a prática de saúde supõe”. Ligado a esse aspecto também vemos os “modelos de gestão centralizados e verticais desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho” (BRASIL, 2006a, p. 1).

O Documento Base da PNH aponta que existem questões que não foram superadas e que remetem ao antigo modelo de atenção em saúde. Entre elas estão:

[...] a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; a fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência ; o

Intervenção

baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe; poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde; e também, em muitos casos, havia também o desrespeito aos direitos dos usuários. (BRASIL, 2006a, p. 2).

Em função dessas dificuldades, em 2003 é criada a Política Nacional de Humanização (PNH) que visa alteração nos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde. Esta vem como:

Proposta de uma nova relação entre usuários, suas redes sociais e os trabalhadores, estabelecimento de grupidades e de vínculos solidários, aposta no trabalho coletivo na direção de um SUS acolhedor e resolutivo, aposta na valorização e fomento da autonomia e protagonismo dos sujeitos, no aumento da co-responsabilidade e no compromisso com a luta pela melhoria das condições de trabalho. (BARROS, 2006).

Esta política utiliza determinadas “tecnologias” ou “modos de fazer” que são os seus dispositivos, como refere o Documento Base (BRASIL, 2006a). Entre esses, temos: Acolhimento com Classificação de Risco; Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); Cogestão; Clínica Ampliada e Saúde do Trabalhador.

No município, algumas questões que percebi nas relações de trabalho, além de conversas que tive com trabalhadores e gestores, me levaram a privilegiar a Saúde do Trabalhador para desenvolver nosso Plano de Intervenção como Apoiadora Institucional em formação. No entanto, cabe salientar que os dispositivos da PNH estão, de certa forma, interligados. Então, mesmo privilegiando um deles, vamos utilizar outros para colocar em prática nossas ações, pois eles não funcionam separadamente, mas atravessam uns aos outros dependendo do caminho que queremos percorrer.

No trabalho, alguns trabalhadores se queixavam de dores no corpo; outros, de não haver um espaço para cuidarem de si. Além disso, percebíamos certa dificuldade nas relações. Em alguns momentos, as determinações vindas de cima, numa relação verticalizada, geravam descontentamento. Outras vezes, quando havia abertura para a participação coletiva e os trabalhadores tinham a oportunidade de opinar sobre o seu fazer, havia aqueles que não opinavam.

Notamos que por traz disso havia sofrimento para alguns trabalhadores. Também havia aqueles que utilizavam medicamentos para tamponar sua dor, aliviar o seu sofrer. Além disso, em alguns casos, notávamos o contentamento e certo encantamento com o trabalho.

Víamos os trabalhadores da saúde, na maioria das vezes, atarefados, envolvidos na atenção aos usuários do serviço de saúde. Esses paravam, poucas vezes, para refletir sobre seu trabalho, geralmente em momentos informais. Algumas vezes em que nos reuníamos com outros trabalhadores e gestores, conseguíamos desencadear ações conjuntas; outras vezes, cada um fazia “a sua parte” e, desta maneira, o trabalho ficava fragmentado.

Observamos que havia dificuldade de comunicação entre os trabalhadores e desses com gestores. Notamos assim, que precisávamos abrir espaço para o exercício das potências, já que, às vezes, parecia haver falta de reconhecimento do outro. Também havia aqueles que não davam vazão a sua própria potência ou por medo de críticas, repressões ou talvez por não acreditarem que pudessem contribuir com a mudança.

Isso nos fez pensar em um passado recente, onde a voz dos trabalhadores não tinha vez. Ao contrário, somente tinham lugar aquelas vozes que faziam eco ao que já estava determinado, instituído. No entanto, acreditamos que, nos momentos em que os trabalhadores se reúnem a palavra deve advir. Sabemos que esses têm muitas idéias, mas nem sempre falam delas, nem sempre as colocam em prática. E, como diz Galeano, acreditamos que a palavra deve ser uma: “[...] palavra solidária e criativa, aquela que não é nem finge ser neutra, a voz humana que não é eco nem soa só por soar” (GALEANO, 2000, p. 263).

Vimos, então, a necessidade de abrir um espaço que possibilitasse e oportunizasse a expressão. Acreditamos que é possível maior integração na equipe, a formação de vínculos. Dando novo sentido à existência de todos os atores do cenário local, ressignificando as relações humanas.

Resignificar as relações humanas, ao nosso entender, é dar lugar para a ética entre gestores, profissionais e usuários, “uma ética que acolha o imprevisível, o desconhecido, que seja pautada pela abertura, pelo respeito ao outro como um ser singular” (RIO GRANDE do SUL, 2005, p. 6).

Procuramos então, em rodas de conversa² com os trabalhadores e gestores, intervir em questões referentes ao trabalho. Pensamos em realizar uma intervenção que envolvesse o trabalhador da saúde, para que esse pudesse se tornar protagonista do processo de produção da saúde. A idéia era de iniciar as discussões com os trabalhadores, mas envolver também gestores e usuários do serviço, em rodas de conversa, para que pudéssemos melhorar as condições de atenção e gestão do SUS e, dessa forma, promover a saúde do trabalhador através da palavra.

De acordo com Campos (2005, p. 399):

²Rodas de conversa são espaços democráticos de troca onde os trabalhadores e gestores têm a oportunidade de decidirem, em conjunto, sobre questões referentes ao trabalho, dando lugar para a diversidade de olhares e opiniões sobre determinada questão.

Intervenção

Não há como haver projeto de Humanização sem que se leve em conta o tema da democratização das relações interpessoais e, em decorrência, da democracia em instituições. No SUS, a Humanização depende, portanto, do aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada [...]

Assim, pensamos que, ao possibilitar a comunicação entre o grupo de trabalhadores e desses com gestores e usuários, estaremos apostando na transversalidade, e abrindo espaço para novas relações de trabalho, construindo novas paisagens e novos territórios, desestabilizando os modos instituídos da constituição das relações de trabalho.

O sofrimento no trabalho

Observando o cotidiano de trabalho nas Unidades de Saúde e na Secretaria Municipal de Saúde, vimos que os problemas em tais setores são semelhantes. Os trabalhadores da saúde se deparam no dia a dia com situações complicadas, que dizem do adoecimento e da dor do outro.

Sabemos que lidar com a dor não é fácil, prazeroso, mas algo que, muitas vezes, angustia e pode sensibilizar aquele que cuida do doente gerando dor em seu próprio corpo ou sofrimento. Sabemos que algumas doenças podem ser influenciadas pela forma de vida das pessoas ou estar relacionadas com suas experiências, valores, estilos de vida, precariedade do trabalho, dificuldade de comunicação... Isso tudo nos faz pensar nesse “ser” que sofre.

Vemos, muitas vezes, o trabalhador da saúde se preocupando em resolver situações que dizem da vida do outro, ajudar o usuário que procura a Unidade de Saúde. Mas, nos perguntamos: O que o trabalhador da saúde tem feito para aliviar o seu sofrimento? O que o faz sofrer? O que o sistema de saúde tem feito? Tem planejado para cuidar dos seus trabalhadores?

Em conversa com os trabalhadores da saúde de uma das Unidades de Saúde do município e na Secretaria da Saúde, escutamos o que esses tinham a dizer sobre o sofrimento e o adoecimento no trabalho. Esses apontaram a falta de recursos humanos, as dificuldades de comunicação e também a falta de reconhecimento por aquilo que fazem como fatores que os fazem sofrer. Outro ponto que relataram como causa de sofrimento são as relações conturbadas com colegas de trabalho. “Lidar com o mau humor dos colegas não é algo fácil”, disse um trabalhador.

Notamos que, em qualquer tipo de relação, inclusive nas relações de trabalho, existem tensões. O ser humano é um ser em relação, mas não é sempre dócil, amável. Há também momentos em que ele fere o outro, sofre, se magoa... Assim, notamos certa carga

afetiva envolvida no trabalho: um afeta o outro (trabalhador-trabalhador, usuário-trabalhador, gestores-trabalhadores) com suas alegrias e também com suas dores, suas antipatias.

O sujeito saudável vai conseguir lidar com os conflitos, aprendendo a contorná-los. Sobre isso, Pichón Rivière (1988, p. 3), diz:

A saúde mental consiste em uma aprendizagem da realidade do confronto, manejo e solução integradora dos conflitos. Enquanto se cumpre este itinerário, a rede de comunicações é constantemente reajustada, e só assim é possível elaborar um pensamento capaz de um diálogo com o outro e de enfrentar a mudança.

Como vemos, é preciso diálogo para enfrentar a mudança e para isso a PNH propõe as rodas de conversa. Durante nossa intervenção, percebemos que precisávamos abrir espaços democráticos onde houvesse autonomia com responsabilização. E percebemos, naquele momento, que não havia muita relação entre os diferentes profissionais, que pareciam estar desconectados, sem possibilidade de fala, de escuta. Também notamos que o grande grupo gerava inibição nos pequenos grupos, que pareciam ter uma ligação um pouco maior. Era difícil nos colocarmos em relação com aqueles que não tínhamos muito contato. Notamos que a rede precisava se fortalecer.

“As diretrizes da PNH têm por princípios a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão em saúde e o fortalecimento da autonomia e protagonismo dos sujeitos” (BRASIL, 2007, p. 9). Era justamente visando isso que propúnhamos as rodas de conversa, para que todos pudessem se comprometer com o processo de produção de saúde e que pudesse haver o exercício do protagonismo e da autonomia dos sujeitos e assim promover o fortalecimento da rede.

Nesse contexto, é necessário pontuar o papel do apoiador institucional: “o apoiador é alguém que [...] opera junto com o grupo em um processo de transformação na própria grupalidade e nos modos de organizar o trabalho e de ofertar ações estratégicas de saúde” (BRASIL, 2007, p. 8).

Dessa maneira, fomos escutando o que os trabalhadores e gestores tinham a dizer. No grupo surgiu a idéia de retomarmos as reuniões de equipe que fazíamos às quartas-feiras. As rodas de conversa com a participação de todos, ou a abertura para que essa participação pudesse se dar, seria uma estratégia para irmos ampliando nossa rede de trabalho e de afetos, colocando os trabalhadores em contato.

Nesse percurso notamos que, quando entramos em relação com o outro no trabalho,

Intervenção

carregamos toda uma intensidade de fluxos diversos. Nossas técnicas, nossa simpatia, nossa antipatia pelo outro e/ou por determinadas tendências políticas e também aquilo que diz do social e das questões subjetivas, que são próprias do sujeito. Dessa maneira, procuramos ouvir os trabalhadores, intervir nas reuniões, procurando entender as dificuldades e particularidades dos sujeitos, possibilitando aos trabalhadores a expressão daquilo que os mesmos queriam para si.

Apostamos nas rodas de conversa como operadoras de mudança, mas, com o tempo, vimos que os trabalhadores queriam também outro tipo de atenção. Esses sugeriram que tivéssemos um momento para ginástica laboral nas Unidades de Saúde envolvendo os trabalhadores e os usuários do serviço, o que vimos como algo positivo, pois também envolve a saúde. Começamos assim, a exercitar também o corpo.

Notamos que a ginástica laboral pode dar maior disposição ao trabalhador para lidar com as dores do corpo e pensávamos que poderia ser um momento de alívio de tensões também para o usuário e, dessa forma, contribuir para a redução de suas queixas. No entanto, entendemos que a ginástica não substitui as rodas de conversa, momentos de comprometimento com o coletivo, com a palavra, em que podemos levar nossas outras dores, tensões, conflitos para serem gerenciadas no grupo.

Entre os trabalhadores, também há aqueles que consideram a falta de programas psicossociais direcionados ao trabalhador como algo que contribui para o adoecimento. Estes dizem: “Não temos tempo para nós”, mostrando com isso que querem ser olhados, querem um espaço para si, almejam ser valorizados.

Percebemos que a fala dos trabalhadores, o fato de poderem opinar, decidir sobre o seu fazer, é fundamental para que eles possam se sentirem protagonistas nesse processo. Sobre isso um trabalhador diz: “Temos falta de autonomia para realizar atividades ou propor mudanças, já que, muitas vezes, não há abertura para que isso se dê”. Mas, percebemos que, quando há abertura, há aqueles que não propõem, não participam.

Gastão Campos (1998), fala das marcas deixadas pelo sistema taylorista nas organizações de saúde, onde há relações marcadas pelo poder da gestão e pela alienação do trabalhador - que, muitas vezes, não participa de decisões sobre o seu fazer. Segundo esse autor, é preciso investir em mudanças que superem esse modelo, com a criação de modelos de gestão onde o trabalhador participe não só da atenção à saúde mas também da produção de saúde, para que este possa se sentir inserido nesse processo, visando, assim, a democratização do serviço, apostando na autonomia com responsabilidade do trabalhador.

Em se tratando do trabalho, notamos que quanto mais as atividades forem centralizadas e as relações hierarquizadas, quanto mais não houver lugar para a fala comprometida do

trabalhador, maior será o sofrimento deste. Também notamos que, longe de ser tranqüilo, o trabalho produz movimento, mudança, e pode gerar tensionamentos. Dessa maneira, o gestor, assim como os trabalhadores e também usuários do serviço de saúde, devem estar preparados para isso, ampliando a capacidade de ouvir e expor suas idéias, sejam elas críticas ou sugestões.

O que nos propomos a partir do HumanizaSUS é promover o encontro, levar as dores, as angústias a fala para as rodas de conversa, para que o trabalhador possa construir com o gestor e pensar junto com os outros trabalhadores o seu processo de trabalho. Como diz a Cartilha da PNH Trabalho e Redes de Saúde, “Fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos” (BRASIL, 2006b, p. 8). Acreditamos que, quando há espaço para a fala, as queixas encontram um lugar e há também a possibilidade de escutar o outro e haver entendimento, além da participação, do encontro.

Quanto ao trabalho, percebemos que sempre há algo de objetivo no fazer, ao realizar a tarefa, mas também existe uma dimensão subjetiva envolvida nesse, que diz da maneira de cada um ser e agir frente a determinadas questões. Assim, para alguns trabalhadores é mais simples lidar com os imprevistos e com as situações difíceis que surgem; para outros, é tarefa árdua.

Acreditamos que valorizar o sujeito na produção de saúde é dar espaço para que ele possa criar, para que possa colocar suas marcas pessoais naquilo que faz. Como diz uma trabalhadora: “Também o trabalho não pode ser algo pressionado, tem que fluir normalmente, se sentir sob pressão é ruim”.

Campos (2005) fala que “um dos grandes problemas da lógica dominante [...] é o esquecimento das pessoas”. A humanização, para esse autor, “depende de mudança das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação” e da transformação do trabalho em algo “criativo e prazeroso” (CAMPOS, 2005, p. 399-400).

Mas notamos também que é difícil romper com os modelos instituídos, encontrar novas possibilidades, se dispor a fazer algo novo, além do que é feito, quando os trabalhadores dizem que já fazem muitas coisas e que já assumem muitas responsabilidades, ou: “De agora em diante vou fazer só o que é de minha função”.

Isso mostra um não implicar-se com o coletivo, olhar limitado sobre os processos de trabalho, não havendo a possibilidade de abertura para a mudança, para novas virtualidades e construção de novos territórios de trabalho e existenciais. Pois, dessa maneira, o trabalhador fica preso em seu fazer, isolado em seu pensar.

Intervenção

Assim, para se colocar em conexão com o outro que não é sempre bom nem livre de conflitos, precisamos aprender a gerenciar possíveis crises. Mas, para isso, é preciso estar aberto ao diferente, conviver com o outro, o que não é tarefa simples, muito menos fácil.

Guattari, em seu estudo sobre micropolíticas, diz que:

O que acontece são blocos de possível que se substituem enquanto tais: cada nova constelação de universo cria seu novo bloco de possível [...] Somos sempre tudo ao mesmo tempo: acordados, conscientes, apaixonados, ambivalentes [...] e todas essas constelações se perfilam simultaneamente. (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 221).

Assim vemos o quanto é complexo o ser humano e também a rede de trabalho, com todos os nós que a constituem. Então, percebemos que, também no trabalho, naquilo que fazemos, existem os blocos de possíveis. São as inúmeras possibilidades que vão se transformando, se metamorfoseando conforme nosso percurso.

Barros e Passos nos mostram que a PNH não é uma política estanque, pois ela gera movimento, possibilita construção conforme os passos dados. Além disso, essa política aposta na subjetividade e no coletivo como dizem os autores:

Afirmar a inseparabilidade entre processo de produção de saúde e processo de produção de subjetividade é para nós uma direção ético-metodológica que deve sustentar uma política de humanização do SUS [...] Humanizar ganha, então, este sentido de uma prática coletiva ou de um caminhando que só coletivamente constrói suas metas. (BARROS; PASSOS, 2005b, p. 405).

No trabalho vamos construindo redes, abrindo espaço para a participação dos trabalhadores da saúde, para que eles decidiam sobre o seu fazer. Construindo alternativas para os atendimentos, visando melhorias para os usuários, para os trabalhadores e gestores da saúde. Com isso vamos desmontando certos modelos, apostando em novas maneiras de fazer atenção e gestão em saúde.

Durante nosso caminhar notamos que alguns trabalhadores percebem o processo de mudança e se dão conta do mesmo. Outros, de tão acostumados a lidarem com o real, com a ferida, com a dor do outro, não se dão conta das mudanças subjetivas que ocorrem, nem mesmo daquelas que são mais visíveis e do que isso provoca nas relações.

Também há aqueles que não conseguem dar lugar para o novo, se apegando às paisagens antigas, aos velhos quadros fixados nas paredes. O trabalho, para estes, fica então em torno do burocrático, de seguir as regras, protocolos, preencher fichas de atendimento e nada

além do previsto. Assim, aquilo que se refere às relações fica esquecido, pois, na maior parte das vezes, só é dada importância para a técnica.

O imprevisto desestabiliza, gera em alguns momentos mal-estar, afinal, seguir o que já está previsto traz mais comodidade e segurança. Desse modo, quando surge um imprevisto, ou quando há alguma mudança nos planos, não há lugar para a criatividade. Quando isso acontece, precisamos encontrar caminhos na rede para pensar na possibilidade de produzir mudanças que possam viabilizar a criação.

Quebra de Modelo: Dando um Novo Sentido à Paisagem

Vimos de uma tradição taylorista onde, nos locais de trabalho, os organogramas revelam quem manda e quem obedece e assim, se estabelece uma relação verticalizada entre gestores e trabalhadores. Nesse sistema, o trabalhador não tem participação em decisões sobre o seu processo de trabalho. Ao contrário: o trabalho é regrado, burocratizado com pouco lugar para a criação de novos modos de fazer e pouca abertura para a opinião dos trabalhadores.

Já com o SUS e a Humanização, começa a haver mais abertura para os trabalhadores e usuários decidirem com os gestores sobre o fazer, o gerir a saúde, e isso causa certo estranhamento para todas as partes. Dos gestores, por estarem acostumados a mandar, dos trabalhadores, por estarem acostumados a seguir determinações vindas de cima e dos usuários por acreditarem que, depois da entrada do SUS, podem tudo. No entanto, ouço dos trabalhadores da saúde: “assim como os usuários têm direitos, também tem obrigações”.

Sempre houve reclamações quanto aos modos de gestão verticalizados, mas notamos que, em algumas situações, quando os gestores delegam poder aos trabalhadores ou lhes dão abertura para participar de decisões, há aqueles que não sabem, muitas vezes, que direção tomar. E, como diz Kastrup, isso “Não se trata de mera ignorância, mas de estranhamento e tensão entre o saber anterior e a experiência presente” (KASTRUP, 2001, p. 207).

Assim, nossos encontros não se deram sem conflitos, já que toda mudança gera certo mal-estar. Nestes, alguns trabalhadores falaram, outros não. Sabemos que falar, opinar, significa se comprometer com aquilo que se propõe, e nem todos parecem estar dispostos a isso. Outros falaram que “querem trabalhar em conjunto” mas dizem que “precisam de autonomia, liberdade para fazer certas coisas”.

Vimos que os trabalhadores da saúde, por estarem diariamente em contato com o seu fazer, têm muito conhecimento e tem muito a propor, a contribuir com o grupo. No entanto, ainda faltam amarrar alguns nós da rede que parecem estar fragilizados para que possamos caminhar juntos.

Intervenção

Nesse percurso, nos demos conta de que humanizar é estar com, é incluir o outro. Há então uma aposta na mudança de modelos de atenção e gestão da saúde, onde as decisões eram vindas de cima, para um decidir junto. Humanizar é incluir a diversidade, o conflito. Assim, nas rodas de conversa que exercitamos, procuramos promover a circulação da palavra para que todos tivessem a possibilidade de falar.

Vemos a cada dia e em cada intervenção, por menor que ela que seja, a possibilidade de mudança. Alguns não acreditam na PNH, acham que é pensamento utópico; outros acreditam, mas não vêem espaço ou não se dão espaço, não criam, parecendo não querer se livrar de algumas coisas já instituídas. Sabemos que, para que as mudanças ocorram, é preciso deixar algo para trás; para isso é preciso, também, estar disposto a fazer algo diferente.

Dejours fala que trabalho também “é criação do novo, do inédito. Ajustar a organização prescrita do trabalho exige a disponibilidade da iniciativa, da inventividade, da criatividade [...]” (DEJOURS, 2004, p. 66). Assim, os trabalhadores puderam criar algo para si, em benefício à sua saúde e também visando à atenção ao usuário da rede básica à saúde.

Num evento de humanização que aconteceu em nossa região, nos unimos aos poucos e fomos construindo uma grande roda, que fizemos girar. Nesse momento, vimos o quanto a roda nos ajuda a olhar uns para os outros e percebemos que a mudança só é possível quando nos movimentamos e entramos em contato com o outro, quando conseguimos estabelecer conexões.

A roda gera movimento, possibilita a mudança. Mas sabemos que, para a roda funcionar, é preciso dar espaço para a expressão e para a circulação do poder. Assim, ao enfrentarmos as dificuldades e construirmos alternativas em benefício dos usuários, trabalhadores e gestores da saúde, em conjunto, estaremos pensando no protagonismo dos sujeitos e no fortalecimento do SUS.

Conclusão

A experiência nos mostra a importância da continuidade das ações em Humanização, exercitando o corpo, mas também dando lugar para a palavra, ouvindo os outros, o que esses têm a dizer, a propor, pois isso pode possibilitar a mudança, o comprometimento com o coletivo, e acreditamos que a melhor maneira de conseguirmos alguma mudança no local de trabalho é entrando em contato com os outros.

Pensamos que, ao vermos e sentirmos o trabalho como espaço de construção coletiva e de participação em decisões, escolhas e, nas práticas, haja o respeito pela defesa

da vida, olhando para o sujeito em sua integralidade e não como parte, fragmento, ferida... Onde a atenção e a gestão são feitas com qualidade para sujeitos concretos, com suas particularidades, levando em conta seu estilo de vida, sua subjetividade e que os trabalhadores tenham espaço para construir e discutir, decidir sobre o seu fazer, estamos abrindo as portas para a humanização e contribuindo para a saúde do trabalhador.

Notamos que as mudanças devem ser no serviço, mas também subjetivas. Assim, podemos desestabilizar os modos instituídos de atenção e gestão do SUS e construir outras paisagens institucionais e existenciais. Visamos assim uma melhor integração com o grupo de trabalhadores-gestores e usuários, apostando em novos caminhos, vendo novas possibilidades para a atenção e gestão do SUS durante nosso caminhar.

Intervenção

Referências

BARROS, Regina Benevides de. *A política nacional de humanização*. Encontro temático de humanização da SES/SP, 3., 2006, São Paulo. Trabalhos apresentados... São Paulo: [s.n], 2006.

BARROS, Regina Benevides de; PASSOS, Eduardo. *A humanização como dimensão pública das políticas de saúde*. *Ciência e Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005a.

BARROS, Regina Benevides de; PASSOS, Eduardo. *Réplica*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.l.], v. 9, n. 17, p. 404-406, mar./ago. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3. ed. Brasília 2006a.

_____. Ministério da Saúde. *Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde*. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde et al. *Projeto de Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Porto Alegre, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-869, out./dez., 1998.

_____. *Humanização na Saúde: um projeto em defesa da vida?* *Interface – Comunic, Saúde, Educ.*, [S.l.], v. 9, n. 17, p. 398-400, mar./ago. 2005.

DEJOURS, C. *Avant-propos para a edição brasileira*. In: LANCMAN, S.; SNELWAR, L. I. *Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo, 2004.

GALEANO, Eduardo. *O livro dos abraços*. 8. ed. Porto Alegre: L&PM, 2000.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

KASTRUP, Virgínia. *Aprendizagem, arte e invenção*. In: LINS, Daniel. *Nietzsche e Deleuze: pensamento nômade*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

RIO GRANDE do SUL. Secretaria da Saúde. Escola de Saúde pública. *Humaniza Saúde. Manual da Política de Humanização da Assistência à Saúde*. Porto Alegre, 2005.

RIVIÈRE, Henrique Pichon. *O Processo Grupal*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

Trabalhador da Saúde: Gente cuidando de Gente

Fabiana Schneider¹

Carolina Santos da Silva²

Artigo



¹Psicóloga, Especialista em Humanização da Atenção e Gestão do SUS, Apoiadora Institucional do Ministério da Saúde. fabischneider19@hotmail.com

²Terapeuta Ocupacional, Mestranda do Programa de Epidemiologia da UFRGS, linha de pesquisa Atenção Primária a Saúde, Especialista em Intervenções Psicossociais – UPF, Tutora HumanizaSUS - UP Minuano/RS. carol2s@hotmail.com

Resumo

Este trabalho enfoca as vicissitudes que envolvem o trabalho em saúde e as demandas que o trabalhador enfrenta na realidade do Sistema único de saúde (SUS), destacando a falta de espaços de cogestão, o pouco reconhecimento por parte dos usuários, a dificuldade para construir um trabalho em equipe e a dificuldade em ampliar a clínica. Utiliza como referencial os teóricos que embasam a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da saúde. Relata a experiência do grupo Pensando no Cuidador, vivenciada no município de Camargo, RS e a partir da qual reafirma-se nesta escrita a necessidade de investir em espaços de troca, debate e planejamento coletivo, onde os trabalhadores possam expressar sua criatividade, falar sobre as situações que geram sentimentos de impotência e causam adoecimento como uma forma de fortalecer os coletivos e ampliar as redes de trabalho.

Palavras chave:

Saúde do trabalhador – Espaços de Reflexão – Clínica Ampliada

Intervenção

Este enfoque pretende explorar os aspectos que envolvem o trabalho em saúde e a saúde do trabalhador, destacando ser o trabalhador da saúde o principal foco da Política Nacional de Humanização (PNH). Neste contexto, cabe citar Santos quando afirma que a PNH tem como uma de suas prioridades valorizar o trabalho criativo, abrindo o espaço para pensar o protagonismo dos trabalhadores da saúde e as implicações da função de cuidar que é exigida dos mesmos (SANTOS-FILHO, 2007a, p. 80).

O trabalho caracteriza-se por ser uma das mais expressivas manifestações do ser humano. Através do trabalho, o homem transforma e é transformado. “O trabalho não é neutro em relação ao que provoca nos sujeitos. Nos serviços de saúde, o trabalho é potencialmente produtor de sentido, quando é inventivo e participativo; e pode ser também produtor de sofrimento e desgaste, quando é burocratizado, fragmentado e centralizado” (BRASIL, 2006, p. 8).

Nesse sentido refere Dejours: “Trabalhar não é somente produzir; é também transformar a si mesmo e, no melhor dos casos, é uma ocasião oferecida à subjetividade para se testar, até mesmo para realizar-se” (DEJOURS, 2004, p. 30).

Pode-se pensar que o trabalho ocupa um papel organizador na vida das pessoas, pois interfere na auto-estima, nos relacionamentos interpessoais. Ao trabalhar diretamente com o outro, muitos sentimentos são suscitados no trabalhador da saúde, que sofre a exigência de dar respostas imediatas que aliviem a dor e o sofrimento do outro. E, como fica o sentimento do trabalhador ao se encontrar diante de situações que não pode dar conta? Pode-se pensar na impotência e na frustração. Por outro lado, amparar o outro em suas necessidades gera a sensação de potência e traz satisfação.

Sendo assim, parte-se do pressuposto que o trabalho pode ser fonte de saúde e doença, que o trabalhador do SUS está constantemente lidando com as fragilidades do ser humano; e que são poucos os espaços para refletir-se sobre as fragilidades deste trabalhador.

Portanto, “promover saúde nos locais de trabalho implica, necessariamente, no fortalecimento da capacidade individual e coletiva para transformar as situações que agridem e fazem sofrer” (BARROS; MORI; BASTOS, 2006, p. 34).

Na relação de cuidado existem seres humanos que sentam juntos e se oferecem ao outro, constroem laços afetivos que tornam pessoas e situações preciosas, investidas de valor. Isto se evidencia não só em relação à díade trabalhador da saúde e usuário, mas, também, entre a equipe profissional. .

Schwartz afirma que “Ao serem convocados no processo de trabalho, os trabalhadores ‘usam de si’ e utilizam suas potencialidades de acordo com aquilo que lhes é exigido” (SCHWARTZ

apud BARROS; MORI; BASTOS, 2006, p. 37). Ao Analisar esta reflexão, pode-se pensar no lugar de representação materna que os trabalhadores da saúde ocupam, à medida que se encontram na função de dar ouvidos e atenção ao sujeito, que procura o serviço de saúde e que necessita de cuidado. Além disso, são acionadas no profissional da saúde marcas que dizem respeito aos cuidados recebidos no passado, e de que maneira esses cuidados ficaram registrados dentro de cada um. “Ocorre que o cuidar e ser cuidado envolve relação de gente com gente” (DAMAS; MUNARI; SIQUEIRA, 2004).

Além dessas peculiaridades encontradas no campo da saúde, destaca-se a constante pressão em não poder errar por estar lidando com o ser humano. O profissional de saúde acaba sendo um cuidador sob constante pressão, pois seu objeto de trabalho são pessoas atingidas em sua integridade física, psíquica e social, alguém que expressa sofrimento e mobiliza sentimentos no profissional que o cuida, o que exige deste resultados muitas vezes superiores à possibilidade humana de alcançá-los.

O trabalhador da saúde encontra-se constantemente envolvido na onipotência de cuidar o outro e julga-se sabedor de diferentes técnicas e teorias de como cuidar, no papel de que tudo pode e tudo provém. No entanto, estes profissionais também são sujeitos de sofrimentos e medos e, como tal, necessitam de cuidado. Precisam de alguém que lhes invista um olhar de atenção, de continência das angústias e ansiedades despertadas em cada caso, no contato com a dor e o sofrimento dos usuários que atende.

No setor público, o trabalho é atravessado por instabilidades e adversidades de diferentes ordens e pode-se observar uma grande demanda que reflete no adoecimento do trabalhador. É possível destacar: a dificuldade do trabalho em equipe, poucos espaços de cogestão, excesso de atividades, falta de reconhecimento por parte dos usuários, necessidade de capacitação continuada, entraves em ampliar a clínica devido à fragmentação dos atendimentos e que os espaços de troca e apoio entre os trabalhadores precisam se efetivar.

Essas demandas são observadas na fala de Serafim Barbosa Santos - Filho:

Em dimensões mais amplas, a própria instabilidade e adversidades habituais no trabalho no setor público, relacionadas a diferentes aspectos - infra-estrutura, salários, vínculos, direitos, burocracia excessiva, subvalorização pelo governo e população-, mobilizam (em diferentes rumos e sentidos) e desestabilizam os investimentos e interesses (profissionais, subjetivos e afetivos) dos trabalhadores, incessantemente provocando e desafiando, resultando em diferentes tipos de atitudes: de negação, recuo, resistência, superação, improvisação, etc. mesclando-se perspectivas e saídas “criativas”, “inventivas”, e também desgastantes, geradoras de sofrimento. (SANTOS-FILHO, 2007a, p. 75).

Intervenção

Sendo assim, é possível afirmar que quando existem os lugares de criação, planejamento coletivo, estes refletem em atividades preventivas que envolvem a todos, ficando evidente o fortalecimento das equipes. Por outro lado, os lugares da mesmice, onde do profissional é exigido atendimento individual, solitário e repetitivo, sem possibilidade de trocas, se caracterizando assim um espaço que promove o adoecimento.

Neste sentido, cabe citar Dejours ao referir que “trabalhar não é unicamente produzir; é também, e sempre viver junto” (DEJOURS, 2004, p. 30). Viver junto significa a disponibilidade de se abrir para o outro e aprender com as diferenças.

Para os trabalhadores da saúde, percebe-se a carência de espaços de diálogo constante que busque o aprendizado e permita aos sujeitos facilitar a experimentação a partir das experiências vividas, bem como proporcionar um ambiente de confiança e respeito às diversidades, com clima propício para um verdadeiro trabalho de equipe.

“Sem dúvida é preciso avançar na perspectiva de valorização dos trabalhadores como sujeitos de seu saber, seu fazer, seu trabalho, como inserção e atuação que levem à ampliação da sua capacidade de análise e de proposição no âmbito coletivo, constituindo-se como equipes” (SANTOS, 2007b, p. 149).

Por quanto, é notória a necessidade de fortalecer o trabalhador da saúde, considera-se essa ação essencial para a construção de um SUS que dá certo. Pois não adianta apenas investir em prédios novos, aconchegantes e coloridos com equipamentos modernos de ultrassonografia, eletrocardiograma etc., se a frieza nos contatos marca a impessoalidade dos atendimentos.

Na opinião das autoras Barros, Mori e Bastos “Promover saúde nos locais de trabalho passa a ter uma dimensão que inclui, necessariamente, a instituição de espaços de trocas e debates entre os trabalhadores acerca das relações entre saúde e trabalho” (BARROS; MORI; BASTOS, 2006, p. 37). Pois se sabe que o trabalho é campo de luta e enfrentamento. Portanto, é importante criar rodas - espaços coletivos (CAMPOS, 2006, p. 93), onde o trabalhador possa falar de sentimentos, lidar com os conflitos e aprender com as diferenças. E isso não é uma tarefa fácil, pois a tendência do ser humano é projetar as dificuldades no outro e não encarar o problema de frente, o que acarreta em sintomas que se manifestam através do clima institucional.

Partindo da constatação de que o trabalhador da saúde encontra-se constantemente cuidando da dor do outro e demanda um espaço para expressar seus sentimentos, sugere-se intervenções que consistam em criar espaços para pensar o papel do cuidador, suas decorrências sociais e emocionais.

Para elucidar o exposto anteriormente, cita-se a experiência vivenciada no município de Camargo - Rio Grande do Sul, durante o curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS promovido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul, Universidade Federal Fluminense e Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.

No período de setembro de 2007 a janeiro de 2008, foi desenvolvido o projeto Pensando no Cuida-dor³, o qual consistiu em criar um espaço para pensar o papel do cuidador e suas implicações, com o objetivo de preservar sua qualidade de vida e proporcionar, por consequência, melhores condições de atendimento aos usuários. Outra possibilidade representada nesta atividade visava fortalecer os vínculos entre os colegas, ampliando assim a capacidade de comunicação e enfrentamento de conflitos.

Foram realizados encontros mensais com a equipe da Secretaria Municipal de Saúde onde o facilitador desenvolveu as atividades propostas através de dinâmicas de grupo, possibilitando a todos expressarem seus sentimentos, fazendo circular a palavra e os afetos.

Após avaliação da equipe, ficou evidente a necessidade de manter esse espaço de cuidado, importante em seu objetivo por ser uma conquista dos trabalhadores. Assim, pode-se inferir que o Pensando no Cuida-dor contribuiu para criar e fortalecer os nós da rede de atenção à saúde no município de Camargo, o que se evidenciou na fala dos trabalhadores quando se referem à intervenção realizada: “Não podemos perder este espaço e queremos mais, queremos nos encontrar, estudar e planejar em conjunto para trabalhar melhor”. Desta forma os encontros tiveram continuidade no decorrer deste ano e a própria equipe de saúde encarregou-se de organizá-los.

Ao ofertar um espaço para que os trabalhadores possam aprender a se cuidarem enquanto grupo, os sentimentos vividos vão encontrando lugar para serem manifestados; aos poucos, as sensações de estar só, isolado, desamparado, vão desaparecendo e, ao mesmo tempo, encontrando eco e ressonância nos outros membros que dão acolhimento e apoio. Assim, o profissional é reconhecido e se reconhece como alguém que também precisa de cuidado e encontra apoio e parceiros para o enfrentamento da tarefa que lhe cabe.

Para concluir esta escrita, pode-se deduzir que o trabalhador da saúde está diariamente exposto à dor, à doença e à morte, sendo estas não mais vivências abstratas, mas realidades concretas e rotineiras. O trabalho de elaborar sinais e sintomas indicadores de dificuldades desafia os profissionais, justamente por se tratar primordialmente de uma interação de vínculos, isto é, fala-se de uma relação próxima que pode abrir ou fechar possibilidades. Porque aqui o cuidar do outro pode ser causador de angústias e atrapalhos, revelando

³Este nome reflete a necessidade que os trabalhadores têm de falar e cuidar de suas dores.

Intervenção

inquietações e preocupações que estarão atravessadas pelo vínculo e envolvimento afetivo.

Portanto, reafirma-se a necessidade de oferecer espaços de reflexão de forma continuada aos trabalhadores da saúde, a fim de que a equipe possa ser ouvida em sua demanda e, conseqüentemente, fortaleça seus vínculos com o trabalho encontrando sentido naquilo que faz.

Referências

BARROS, de B. M. E; MORI, M. E; BASTOS, S. de S. *O desafio da Política Nacional de Humanização nos processos de trabalho: o instrumento “programa de formação em saúde e trabalho”*. Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 31-48, 2006. Trimestral.

BRASIL Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3. ed. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde*. 2. ed. Brasília, 2006.

CAMPOS, G. W. S. *Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões acerca do sujeito e o mundo da vida*. In: PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, R. (Org.). *Formação de Apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 85-94.

DAMAS, K. C. A.; MUNARI, D. B.; SIQUEIRA, K. M. *Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade*. Revista Eletrônica de Enfermagem, [S.l.], v. 6, n. 2, 2004. Disponível em: <www.fen.ufg.br>. Acesso em: 4 dez. 2008.

DEJOURS, C. *Subjetividade, trabalho e ação*. Tradução de Eliete Karam e Júlia Abrahão. Revista Produção, [Paris], v. 4, n. 13, p. 27-34, set./dez. 2004.

SANTOS-FILHO, S. B. *Indicadores de valorização do trabalho da saúde: Construindo o conceito de valorização a partir de uma perspectiva analítica*. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Org.). *Trabalhador da Saúde: Muito Prazer!: protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Unijuí, 2007a. p. 143-71.

_____. *Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-político da saúde do trabalhador e do humanizasus: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde*. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Org.). *Trabalhador da Saúde: Muito Prazer!: protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Unijuí, 2007b. p. 73-96.

**A cogestão e
gestão participativa
na prática de um serviço de saúde:
a criação de um
Grupo de Trabalho de
Humanização (GTH) na
Clínica de Fisioterapia
da Universidade de Caxias do Sul (CLIFI-UCS)**

André Fernando Bernardi¹

Tânia Maria Nunes Barbosa dos Santos²



¹Fisioterapeuta graduado pela Universidade Federal de Santa Maria. Especialista em Humanização na Gestão de Atenção do SUS pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Vínculo Institucional: Fisioterapeuta da Universidade de Caxias do Sul (UCS).
andrefbernardi@yahoo.com.br

²Fisioterapeuta graduada pela Universidade de São Paulo. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade de Caxias do Sul. Endereço:
betoetania@terra.com.br

Resumo

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

Palavras-chave:

Cogestão, Gestão Participativa, PNH e GTH.

Intervenção

A Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde trazem em seu texto toda a conceituação de saúde, isto é, os princípios e normas da saúde pública brasileira. Porém, a grande questão a ser resolvida é o modo de fazer isso, ou seja, a maneira de fazer dos agentes integrantes do processo (gestores, trabalhadores de saúde e usuários) para que tenhamos efetivamente assegurado no nosso cotidiano o SUS que está na Lei.

Associado a isso, a alta complexidade da saúde atualmente, quando compreende-se que existem múltiplos aspectos envolvidos, tais como biológicos, psicológicos, sociais e até espirituais, faz necessária uma equipe de saúde composta pelo maior número de profissionais possível para detectar e auxiliar a resolver as necessidades de saúde de cada usuário.

Porém, a formação geral de cada profissional de saúde é ainda fortemente pautada pelo individualismo, sendo muito difícil no dia-a-dia o trabalho em equipe, com a divisão de poder e com as tomadas de decisões em conjunto.

Por isso, faz-se necessário criar condições para que a transdisciplinaridade realmente aconteça nos serviços de saúde através da participação de todos da equipe também na gestão do seu posto de trabalho.

Este trabalho é um processo desencadeado em virtude do primeiro curso de Especialização em Humanização na Atenção e na Gestão do SUS realizado em 2007 pelo Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal Fluminense e Universidade de Ijuí e visa narrar um processo de estímulo à cogestão e gestão participativa ocorrido na Clínica de Fisioterapia da Universidade de Caxias do Sul (CLIFI-UCS) com a criação de um Grupo de Trabalho em Humanização (GTH).

Caracterização do Local de Trabalho: a CLIFI-UCS

A Universidade de Caxias do Sul (UCS) é uma instituição comunitária da região nordeste do estado do Rio Grande do Sul, com caráter público na esfera civil, vinculada a um projeto social de desenvolvimento.

O curso de fisioterapia da UCS teve início em 2000 e prevê no seu projeto pedagógico que o perfil deste novo profissional contemple uma nova tendência de formação, ou seja, um profissional generalista com capacidade de intervir nas diferentes condições de saúde em todo os ciclos vitais, atuar em todos os serviços de saúde e outros cenários no intuito de preservar a funcionalidade do movimento humano propondo meios e recursos para este fim.

Assim, o curso de fisioterapia da UCS necessita de espaços diferentes para a formação desse novo profissional. Em virtude disso foi criada, em setembro de 2004, a Clínica de Fisioterapia da Universidade de Caxias do Sul (CLIFI-UCS) para propiciar espaços terapêuticos, pedagógicos e de pesquisa, vinculando-os aos objetivos de atendimento para os usuários do Sistema Único de Saúde. Esta clínica tem como missão prestar assistência fisioterapêutica regional aos usuários referenciados em todos os âmbitos de atuação fisioterapêutica (atenuação, compensação, reabilitação, recuperação, prevenção, manutenção e promoção) e servir de campo de estágio para atividades de ensino e para atividades de pesquisa e extensão. Com vistas a trabalhar mediante uma abordagem de atenção integral, houve a contratação de uma equipe multiprofissional. A capacidade instalada e abordagem de saúde integral oportunizou à CLIFI-UCS tornar-se referência de média complexidade para a região serrana do Rio Grande do Sul para serviços de reabilitação.

Em virtude das mudanças ocorridas no serviço realizei, em junho de 2007, um levantamento dos processos de trabalho da CLIFI-UCS no qual foram percebidas algumas dificuldades gerais, tais como: a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, precária interação da equipe e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção.

Essas dimensões podem ser entendidas no contexto geral de especialização excessiva dos profissionais de saúde, o que fragmenta o processo, gera dificuldades de relacionamento, competição interna entre profissões de saúde - culminando na impossibilidade do trabalho em equipe multidisciplinar ou transdisciplinar - e na impossibilidade de trabalhar o conceito de cuidado integral ao usuário.

Essa compartimentalização das profissões de saúde gera dificuldade de comunicação entre a equipe. Como a equipe não se comunica, não consegue articular ações conjuntas e efetivas para avaliar e resolver as necessidades de saúde dos usuários. Em síntese, não conseguimos ainda, realmente, propiciar saúde aos usuários, pois o nosso processo de trabalho não contempla um olhar do todo do usuário, mas sim olhares fragmentados e técnicos provenientes de cada profissional de saúde.

A criação do GTH da CLIFI-UCS

Diante de todas as dificuldades encontradas na CLIFI-UCS, comecei a pesquisar soluções para esses desafios. Foi então que me deparei com a Política Nacional de Humanização (PNH).

Intervenção

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), o HumanizaSUS é a aposta para enfrentar o desafio de tomar os princípios do SUS no que eles impõem de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde. Por humanização entende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e a protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão.

A Humanização é uma mudança das estruturas, da forma de trabalhar e também das pessoas. A humanização da clínica e da saúde pública depende de uma reforma da tradição médica e epidemiológica. Uma reforma que consiga combinar a objetivação científica do processo saúde/doença/intervenção com novos modos de operar, decorrentes da incorporação do sujeito e de sua história desde o momento do diagnóstico até o da intervenção. O trabalho em saúde se humaniza quando busca combinar a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade da vida para sujeitos concretos (CAMPOS, 2005).

Nas cartilhas HumanizaSUS de 2004 e 2006 encontramos a divisão metodológica da PNH em: princípios, métodos, diretrizes e dispositivos. Os princípios são baseados nos princípios do SUS e são a transversalidade e a indissociabilidade entre a atenção e gestão. O método da PNH, por sua vez, é o modo de fazer e tem um sentido de inclusão. Para Barros e Passos (2005b), as diretrizes da PNH são as orientações gerais da política que expressam o método de inclusão no sentido da clínica ampliada, cogestão, acolhimento, trabalho e trabalhador de saúde, direitos dos usuários, ativação das redes sociais e educação permanente. Já os dispositivos são os modos concretos de operar ou agenciamentos coletivos concretos para a realização das diretrizes da PNH, sendo que todo dispositivo tem uma função de referência, isto é, põe a funcionar determinado processo, aciona um movimento de mudança das práticas de saúde e serve como guia .

Com todo esse conhecimento teórico, decidi realizar um processo de intervenção na CLIFI-UCS. Entende-se por intervenção o conceito que Paulon (2007) nos apresenta de Ardoíno (1987) onde, intervir (do latim *interventio*) é vir entre, interpor-se. Por esta razão, na linguagem corrente, esta palavra é sinônimo de mediação, de intersecção, de bons ofícios, de ajuda, de apoio e de cooperação.

Assim, decidi utilizar como dispositivo de intervenção a construção de um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) devido ao poder que esse dispositivo apresenta de disparar e difundir os princípios da PNH, pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento do serviço, promover a integração e o trabalho em equipe e proporcionar um momento para discussão dos processos de trabalho e outros dispositivos da PNH. Além

disso, o GTH apresenta-se como um dispositivo democrático e produtor de mudança, de comportamento, sem confrontar, sem ensinar ou trazer pronta a melhor maneira de realizar o trabalho, mas sim “jogando na roda” e pensando no coletivo a melhor maneira de realizar os processos de trabalho.

O processo inicial do meu projeto de intervenção foi realizado nos meses de agosto e setembro de 2007 e tratava-se da sensibilização da minha equipe de trabalho para a PNH. Neste momento inicial, o objetivo era despertar e mobilizar a equipe para a situação atual do SUS e, principalmente, para a Política Nacional de Humanização (PNH).

Este momento é considerado por mim como um dos momentos mais delicados do processo de intervenção. Primeiro pela própria característica da intervenção utilizada: a de vir entre, mediar, cooperar. Era importante esclarecer à equipe que eu não estava impondo algo ou que era o dono do saber absoluto. O resultado da sensibilização foi extremamente positivo, com o disparo para as questões e discussões dos assuntos gerais da PNH e apoio de toda a equipe.

Conseguimos formar um Grupo de Trabalho de Humanização na CLIFI-UCS e instituir uma “parada” e um “movimento” no cotidiano do trabalho para a realização de um processo de reflexão coletiva sobre o próprio trabalho, dentro de um espaço onde todos tenham o mesmo direito de dizer o que pensam, de criticar, de sugerir e propor mudanças no funcionamento dos serviços, na atenção aos usuários e nos modos de gestão. Aprendemos, enquanto equipe, a ouvir e dialogar com o outro, respeitando-o em sua individualidade, e a construir o processo de trabalho em equipe. Conseguimos um dos objetivos do GTH já que, para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), a construção de um grupo de trabalho aproxima as pessoas, possibilita a transformação dos vínculos já instituídos, além de estabelecer um ambiente favorável para compartilhar as tensões do cotidiano, as dificuldades do trabalho, acolher e debater as divergências, os sonhos de mudança e buscar, por meio da análise e da negociação, potencializar propostas inovadoras.

Com o início do período de férias, tivemos dificuldades em continuar com a agenda do GTH. Optamos, na última reunião em dezembro de 2007, por reiniciar nossos encontros em março de 2008, período em que toda a equipe já estaria novamente reunida. Os encontros foram marcados para uma vez por semana com todos os profissionais que, voluntariamente, optarem por participar. Atualmente, o GTH abarca todos os profissionais.

Muitas mudanças ocorreram no processo de trabalho. A primeira refere-se à implantação do acolhimento. Conseguimos reorganizar nosso processo de trabalho de modo que, no primeiro horário de cada turno, os profissionais estejam livres para realizar o acolhimento. É importante ressaltar que todos os profissionais da equipe realizam o acolhimento dos novos

Intervenção

usuários de forma aleatória, o que oferece olhares e escutas diferentes e complementares às necessidades de saúde do usuário. Além disso, essa escuta qualificada serve de suporte para o estabelecimento do programa de tratamento àquele usuário. Discutir o que cada que cada profissional entende por acolhimento, definir formas de realizá-lo e repensá-lo constantemente, só foram possíveis com o espaço democrático de conversa e discussão criado pelo GTH.

Outra mudança adotada pela equipe foi o Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário – que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), são projetos voltados para o sujeito, individualmente, contemplando ações de diferentes eixos, levando em conta as necessidades/demandas de saúde. Comportam planos de ação assentados na avaliação das condições biopsicossociais dos usuários. A sua construção deve incluir a corresponsabilidade de usuário, gestor e trabalhador/equipes de saúde, e devem ser considerados: a perspectiva de ações intersetoriais, a rede social de que o usuário faz parte, o vínculo usuário-equipe de saúde e a avaliação de risco/vulnerabilidade.

O PTS representa uma mudança importante no serviço, pois trata-se de individualizar o usuário, expor os seus problemas para que toda equipe, junto com o próprio usuário, ajude a encontrar soluções para as suas necessidades de saúde.

Outra mudança do processo de trabalho proporcionada pelo GTH são as reuniões de equipe semanais, onde ocorre troca de informações, os casos são discutidos, reavaliados e as decisões consensuais são tomadas, inclusive com readequação do PTS.

Ao reavaliar a trajetória do GTH em meu local de trabalho, acredito que a maior virtude do mesmo seja a possibilidade de pensarmos a gestão e atenção de nosso serviço. Constituindo-se espaço de troca democrático e no formato de roda, o GTH propicia um encontro dos participantes e um fazer e refazer constantes.

Assim, a PNH mostrou que possui dispositivos importantes, de fácil aplicação e com ótimos resultados para os serviços de saúde. Cabe ao GTH o monitoramento constante dos resultados do processo de trabalho e nas novas adequações sempre necessárias para uma melhoria constante do nosso serviço.

Referências

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; JUNIOR, L. C. *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: UEL, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3. ed. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Monitoramento e avaliação na PNH na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência*. Brasília, 2006b.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. *A Humanização como dimensão pública das políticas de saúde*. *Ciência e Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. *Humanização na saúde: um novo modismo?* *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.l.], v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. *Réplica*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.l.], v. 9, n. 17, p. 404-406, 2005.

CAMPOS, G. W. S. *Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?* *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.l.], v. 9, n. 17, 2005.

CAMPOS, G. W. S. (Coord.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

DESLANDES, S. F. *O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.l.], v. 9, n. 17, p. 401-403, 2005.

LUZ, M. T. *Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "Transição Democrática": anos*

Intervenção

80. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do distrito sanitário: Projeto GERUS. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1995. p. 5-9.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. *(Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1986. p. 21-24.

PASCHE, D. F. *A Reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde*. *Ciência e Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 312-314, 2007.

RIEG, D. L.; FILHO, T. de A. *O uso das metodologias "Planejamento Estratégico Situacional" e "Mapeamento cognitivo" em uma situação concreta: o caso da Pró-Reitoria de Extensão da UFSCar*. *Gestão e Produção*, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 163-179, 2002.

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL. *Planejamento Estratégico Situacional do Curso de Fisioterapia da Universidade de Caxias do Sul*. Caxias do Sul, 2008. 10 p.

_____. *1º Relatório do Planejamento Estratégico Situacional*. Caxias do Sul, 2008. 15 p.

Grupo de trabalho em
humanização:
tecendo redes para superar
sofrimento psíquico

Josemari Fagundes Moura¹

Judete Ferrari²

Artigo



¹Psicóloga da Irmandade da Santa Casa de Caridade de Alegrete/RS. Especialista em Humanização da Atenção e Gestão do SUS. jofamo@bol.com.br

²Psicóloga do CAPS III/SAIS Mental de Alegrete/RS; Tutora do Curso em Humanização da Atenção e Gestão do SUS/MS/UFRGS/UNIJUI/ESP-RS; Apoiadora da PNH na UP Humanizapampa. judeteferrari@ibest.com.br

Resumo

O presente artigo aborda estratégias de intervenção em humanização da atenção e gestão do SUS em Hospital Geral. Processo que vem sendo construído a partir da articulação do Grupo de Trabalho em Humanização da Irmandade da Santa Casa de Caridade e o Sistema de Atenção Integral à Saúde Mental. Tem base nas leis de políticas da reforma psiquiátrica em nível nacional, estadual e local. Discute a superação de paradigmas presentes no cotidiano hospitalar, construídos no percurso da desinstitucionalização da loucura e no método da tríplice inclusão proposto pela Política Nacional de Humanização (PNH). Relata a formação de uma proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial (ERAM), articulada por trabalhadores inseridos em vários espaços do sistema de saúde local. Ao final, apresenta resultados obtidos, em um primeiro ano, através do projeto do Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental da Santa Casa (SAIS da Casa).

Palavras-Chave:

Humanização; Saúde Mental Coletiva; Sistema Único de Saúde.

Intervenção

Introdução

A complexidade do processo da reforma psiquiátrica no Brasil tem sido capaz de desencadear uma série de ações que vêm dando conta de superar o modelo centrado no hospital psiquiátrico e manicomial. Ao mesmo tempo, vemos que neste campo ainda há muito por fazer. O trabalho de cuidado integral em saúde mental no hospital geral é um destes desafios para a política em curso.

Trabalhar com projetos terapêuticos singulares comprometidos com a integralidade da atenção aos usuários com sofrimento psíquico tem nos sugerido iniciativas centradas no conceito de território psicossocial coordenado através de equipe interdisciplinar. Um novo jeito de fazer saúde mental no dispositivo hospitalar.

Essa nova formatação tem exigido responsabilidade coletiva em desenvolver ações em equipe construídas através de um novo paradigma, o da rede. A Rede como conceito forte capaz de enfrentar a inflação sobre o tema (informação verbal)³, capaz de agregar-se aos conceitos de território e de produção de vida para produzir novas formas de cuidar e de gerenciar este cuidado.

O modo de fazer que pelo qual nos orientamos tem base na ampliação da clínica, na participação dos familiares na responsabilidade terapêutica e na confiança de que outros sujeitos são capazes de brotarem a partir do processo de internação psiquiátrica em um hospital geral. Nossa intervenção vai além da tradicional reabilitação biopsicossocial: objetiva a reinserção na comunidade e a autonomia dos sujeitos, consolidando referência na rede local de saúde mental, nos profissionais do hospital e na rede básica de saúde. Promove, entre outros aspectos, o exercício da responsabilização compartilhada com a família no tocante ao sucesso do tratamento.

○ SUS, a Humanização e a Saúde Mental Coletiva

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista do povo brasileiro. Em que pese a mobilização dos trabalhadores, usuários e familiares na busca de seu direito à saúde, encontramos um sistema ainda ávido por acompanhar as mudanças do próprio cidadão. O SUS que temos cotidianamente construído tem problemas estruturais que exigem mudanças na atenção e gestão. A Política Nacional de Humanização (PNH) surge da necessidade ética, estética e política de constituir movimento que resgate o SUS que dá certo e que coloque os sujeitos do SUS em diálogo permanente com os ditos problemas, superando os velhos conceitos do “bom homem” e do lugar comum. A PNH vem colocar em questão a humanização idealizadora afirmando o homem comum (PASSOS; BARROS, 2005).

³Informação fornecida por Ricardo Teixeira no II Encontro Macrorregional de Humanização de Santa Maria/RS, 20 e 21 de novembro de 2008.

Esta política articula ações estratégicas em três eixos centrais que são o direito à saúde, o trabalho criativo e valorizado e, a produção e disseminação de conhecimentos. Tem como princípios centrais, a inseparabilidade entre a gestão e a atenção em saúde e a transversalidade das práticas produtoras de valores como: a autonomia, o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e participação coletiva no processo de gestão numa tríplice inclusão (dos sujeitos, dos coletivos e dos conflitos ou analisadores sociais).

A saúde Mental Coletiva, entendida como (...)

processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer políticas, ciências e gestões no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo e substituindo as práticas tradicionais por outras capazes para a criação de projetos de vida. (FAGUNDES, 2006).

tem sido nosso conceito-território e tem apontado para a mobilização. Nos primeiros tempos, pela constituição do SUS. Num segundo momento, para abertura de espaços substitutivos à lógica manicomial. E, ultimamente, para superar a realidade do modelo centrado na doença como objetivo central do trabalho em saúde mental, no médico como único capaz de prestar cuidado e no remédio como sendo necessário para a intervenção exitosa. Por outro, que compreenda saúde como resultante das condições de vida, rede de cuidados e trabalho em equipe transdisciplinar e políticas públicas que construam inclusão social e cidadania.

O Percurso da intervenção Humanização da Atenção e Gestão da Saúde Mental no Hospital Geral

Humanizar a atenção e a gestão da saúde mental coletiva requer, antes de tudo, um reposicionamento conceitual e uma diferenciação do que seja humanização. Nesta trajetória de 20 anos construindo a rede de Saúde Mental de Alegrete e - que carinhosamente chamamos de Sistema de Atenção Integral à Saúde Mental (SAIS Mental) - entendemos que o hospital psiquiátrico não faz parte da rede substitutiva ao manicômio. Ele é o próprio.

Em nossa trajetória, a instituição que temos fortalecido e apontado para internação dos casos agudos ou agudizados do sofrimento psíquico é o hospital geral. A nossa história iniciou com o credenciamento de leitos psiquiátricos – terminologia que foi superada no decorrer do percurso, na medida em que sugere uma prática institucionalizada e institucionalizante dentro do hospital geral. Ao propor o Serviço de Atenção Integral na Saúde mental da

Intervenção

Santa Casa de Caridade de Alegrete (SAIS da Casa), é fundamental considerá-los como Leitos de Atenção Integral à Saúde Mental⁴ que, associados à equipe de acompanhantes terapêuticos, estruturam uma práxis de escuta, acolhimento do subjetivo (vivências e afetos do usuário, familiares e suas relações interpessoais, inclusive com a equipe de cuidados terapêuticos presente no hospital), pactuação do projeto terapêutico e continuidade da atenção prestada após a alta hospitalar.

o Apoio Institucional ao GTH e à Rede de Saúde Mental

A inserção no curso de especialização em humanização da atenção e gestão do SUS foi uma tarefa bastante significativa do ponto de vista das articulações promovidas⁵.

Nosso compromisso com o desenvolvimento regional e local de intervenções em humanização partiu tanto da necessidade pessoal quanto da necessidade institucional de qualificar e humanizar o atendimento aos usuários de saúde. O trabalho da tutoria do curso foi o de apoiar e fomentar a aprendizagem responsável com o projeto coletivo desencadeado pelo RS e no Brasil. Tem sido meta de implicação e, mais ainda, de oportunidade, a atitude de compartilhar experiências com pessoas que tecem redes afetivas e de trabalho em saúde (informação verbal)⁶. Com esta demanda, cotidiana na execução de nosso ofício, nos ressignificamos enquanto trabalhadores e gestores em saúde.

A intervenção apontada pelo curso, inicialmente, busca capacitar sujeitos envolvidos com o SUS, desde sua inserção local. Remetendo-nos a repensar as atividades exercidas em nossos locais de trabalho, desenvolvendo mudanças nestes espaços, levando-nos a uma decisão que requer uma revisão de nossas idéias, conceitos, entendimentos sobre as causas dos problemas de saúde e os problemas na saúde. Participar deste percurso faz rever os paradigmas e o modelo de cuidado prestado em nossas instituições. É, como dizem Benevides e Passos, um reposicionamento dos sujeitos e coletivos.

Promover saúde nos locais de trabalho implica, necessariamente, fortalecimento da capacidade individual e coletiva para transformar as situações que agridem e fazem sofrer. O que estamos afirmando é que a saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta e correspondem a experiências singulares e subjetivas e, por isso, não podem ser aprisionadas em conceitos que eliminem a dimensão experiencial.[...] O chamado “discurso médico-científico” não tem contemplado esse sentido mais amplo de saúde que considera que os processos de saúde e adoecimento não são apenas de responsabilidade dos especialistas, mas dizem respeito também e, principalmente, às

⁴Conceito apresentado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental/MS.

⁵Durante os meses do curso fizemos uma imersão na humanização do estado gaúcho, o que nos possibilitou conhecer muitas ações em rincões muito distantes da fronteira oeste do RS.

⁶Informação fornecida por Ricardo Teixeira no II Encontro Macrorregional de Humanização de Santa Maria/RS, 20 e 21 de novembro de 2008.

populações que vivem tais processos. É, pois, necessário criar espaços de escuta e valorização do saber dessas populações sobre a sua própria vida (BARROS; MORI; BASTOS, 2006).

Humanizar a atenção e a gestão do cuidado implica em transversalizar ações e instâncias gestoras do SUS, fomentando a cogestão; a valorização e a inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde e trocas solidárias entre os diferentes sujeitos implicados neste processo.

O Curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS formaliza uma parceria de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde/SAS/PNH, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS/Instituto de Psicologia), a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES-RS), através da Escola de Saúde Pública (ESP), e a Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, através do Departamento de Ciências da Saúde (UNIJUÍ), visando ao apoio institucional em serviços de saúde com o sentido da Humanização da Atenção e da Gestão.

O Curso surge da confluência das metas e ações da PNH e de acúmulos da política decorrente do trabalho dos consultores da PNH na região Sul, aliado ao desenvolvimento da Política de Humanização da Assistência à Saúde – PHAS⁷, coordenada pela ESP/SES/RS, e tem como meta a formação de trabalhadores da saúde com capacidade de intervir em serviços de saúde. Visa 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 PNH. A ação destes trabalhadores considerará centralmente a ação de apoio institucional que será detalhada na proposta que segue. (MOURA, 2008).

A complexidade do trabalho no campo da saúde, aliada às exigências postas pelo sistema de saúde brasileiro, impõe grandes desafios à formação profissional nesta área. Fortalecer gestores, trabalhadores e usuários com os princípios de Acolhimento com Classificação de Risco; Equipes de Referência e Apoio Matricial; Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva; projetos de construção coletiva da ambiência; colegiados e contratos de gestão; sistema de escuta qualificada; projeto de acolhimento a familiares; Programas de Formação em Saúde e Trabalho e Comunidade Ampliada de Pesquisa; programas de qualidade de vida e saúde de para os trabalhadores e o Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) é uma tarefa que se impõe, pois requer educar para o SUS.

Segundo Campos (2007) o modelo de atenção brasileiro passa por um período de transição, em que ainda predominam antigos modos de organizar a atenção, muito semelhantes ao

⁷A Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS), a partir de 2007, passou a se denominar Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS / Rio Grande do Sul (PNH/RS).

Intervenção

modelo norte-americano, centrado em hospitais, especialistas, com uma saúde pública restrita à vigilância epidemiológica e sanitária. Estas características são obstáculos ao desenvolvimento do SUS, o que reforça a necessidade de uma reforma do sistema como um todo, preservando a participação e a tríplice inclusão, qual seja: dos sujeitos, de seus coletivos e dos conflitos por estes expressos, isto é, os analisadores sociais.

A função apoio institucional foi proposta por Campos (1999) como uma ação de sujeitos implicados nos processos de trabalho coletivo e com capacidade de disparar, fomentar e consolidar processos de mudanças na gestão e nos modos de atenção à saúde. Foi implantada no Grupo de Trabalho em Humanização (GTH), envolvendo, conjuntamente os trabalhadores de outros setores do Hospital da Santa Casa de Caridade⁸. Um destes grupos de trabalhadores foi o que trabalha com a saúde mental.

De acordo com a realidade do cenário local, acreditou-se que a intervenção estratégica para a área da humanização na Santa Casa seria reforçar e estimular o GTH existente. Propomos a elaboração de práticas que visavam a melhoria do atendimento, a qualificação e estímulo ao funcionário, além do fortalecimento de redes de serviços com vistas à participação e responsabilidade com a resolutividade e atendimento de qualidade.

Vale registrar as dificuldades em desenvolver projetos como o trabalho junto aos leitos de atenção integral à saúde mental, na medida em que estes demandam, além da participação e atenção da equipe do hospital, o comprometimento de outros órgãos e serviços. Muitas vezes, convivemos com a realidade de desresponsabilização das diferentes equipes, na medida em que direcionavam a responsabilidade e o sucesso do tratamento, exclusivamente, à equipe do hospital, eximindo-se de sua condição de cogestores do cuidado prestado. Diante deste impacto, trabalhar um novo conceito de rede se viu estratégico e fundamental para a mudança do tratamento com saúde mental e saúde.

O conceito que passamos a adotar buscava a função e o trabalho em saúde, baseado no compromisso do médico, familiar e dos trabalhadores e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II, CAPS I e CAPS AD) e Serviço Residencial Terapêutico, que formam o sistema SAIS Mental especializado na atenção e na promoção de saúde mental.

O foco da intervenção foi centrado na participação efetiva de redes e o incentivo atuante da instituição junto com sua equipe interdisciplinar. Intervir não para, de forma autoritária, dizer como fazer, mas para construir com estes usuários a superação do sofrimento psíquico.

⁸Hospital atende usuários dos municípios de Alegrete, Rosário do Sul e Manoel Viana, dentre outros.

○ Método da Roda: ○ Reencantamento do Concreto

A escolha em desenvolver o dispositivo do GTH (Grupo de Trabalho em Humanização) surgiu através do reconhecimento da importância em manter em pleno funcionamento atividades e encontros ligados à reflexão, melhorias e ações de desenvolvimento contínuo para a instituição hospitalar e funcionários.

Projetamos desenvolver, reforçar e estimular o GTH através da elaboração de práticas que visassem à melhoria do atendimento e à qualificação, além do fortalecimento de redes de serviços locais que visem à participação, responsabilidade e resolutividade do atendimento.

Humanizar a saúde nos compromete não com regras abstratas, que poderiam conduzir a um fundamentalismo dos princípios do SUS, mas à alteração das práticas de saúde e dos sujeitos aí implicados. (BARROS; PASSOS, 2005).

Participando das reuniões do GTH, uma das discussões em pauta era o cuidado prestado aos usuários da saúde mental - que, muitas vezes, ainda são vistos como usuários psiquiátricos por parte da equipe e da gestão hospitalar. O debate sobre o alcance da nossa técnica, a maneira como nos organizamos para cuidar, acolher, atender o sofrimento psíquico, eram várias das perguntas que os inquietavam. O primeiro passo foi chamar os trabalhadores envolvidos com o tema e colocá-los em roda. E, na roda, fazer rodar as dúvidas e os pensamentos que os diferentes sujeitos tinham a partir do tema. Muitas vezes, a roda não conhecia a história da saúde mental no município.

O Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental de Alegrete (SAIS Mental)⁹, atualmente também conhecido como CAPS II, veio revolucionar quanto ao processo de cuidado da loucura em hospital geral. Antigamente, cem por cento das crises de pacientes psicóticos eram transferidas para os hospitais psiquiátricos da capital do estado, onde estes pacientes ficavam entre 90 a 120 dias até retornarem para casa. Eram muitas ambulâncias circulando de Alegrete para Porto Alegre, Rio Grande, Pelotas e Santa Maria.

A partir de 1991 a média de encaminhamentos para fora de domicílio caiu drasticamente. O Hospital Geral da Santa Casa de Caridade de Alegrete assumiu a internação psiquiátrica de agudos em crise, sem criação de unidade psiquiátrica, com média de permanência de 10 dias. (Almeida *et al*, 2007).

O segundo passo foi compreender onde o hospital geral se incorporava na rede de atenção. Em que circunstância esta importante ferramenta de inclusão social e mudança do

⁹Criado em 1989 como dispositivo substitutivo ao modelo manicomial. Desde então, vem articulando-se à rede de saúde, assistência social, educação e cultura, ramificando novos arranjos de superação do cuidado em hospital psiquiátrico. Atualmente a sigla SAIS Mental serve como denominação do que os técnicos, usuários e gestores chamam de Sistema de Atenção Integral à Saúde Mental.

Intervenção

paradigma asilar poderia aportar de conhecimentos e inovação no cuidado e na Reforma Psiquiátrica. Estava se constituindo como um novo aparato técnico-científico, colocando em xeque a clínica e a política que envolvia o modelo de cuidado.

A tendência de que a rede de leitos de atenção integral, à medida de sua expansão, apresente-se como substitutiva à internação em hospitais psiquiátricos convencionais. Esta tem sido a aposta de transformação do paradigma de isolamento para o de inserção subjetiva. Este processo exige um ritmo pactuado entre os gestores do município e do estado, hospitais e controle social, tem sido acompanhado em sua grande maioria pelo aumento progressivo dos equipamentos e das ações para a desinstitucionalização, tais como CAPS, Residências Terapêuticas, ações na Atenção Básica, Centros de Convivência e a habilitação dos municípios no Programa de Volta para Casa. (BRASIL, 2007).

O Processo contínuo de busca por atendimento digno, qualificado, diferenciado, efetivo e resolutivo a pacientes em Hospital Geral, inserido no interior do estado, considerado único em um município com cerca de 80.000 habitantes e referência para uma microrregião, faz com que apresentemos primeiramente ao GTH, depois aos gestores do Hospital e da Secretaria Municipal de Saúde, um projeto de reordenação das ações prestadas.

Após as resistências iniciais em aceitar o ambiente do Hospital Geral como espaço de cuidado e intervenção ao sofrimento psíquico, principalmente no que se refere às diferenças entre as pessoas e sua loucura, tomadas como elementos de inclusão para tecer uma política mais humana, foram e têm sido algo muito potente.

Nossa intervenção caracterizou-se por fortalecer o Grupo de Trabalho em Humanização, porém lhe conferimos um outro caráter: o de articulação em rede de afetividade e conversação permanente com os profissionais dos diferentes setores do hospital, bem como da rede de saúde e saúde mental.

A partir do reconhecimento da importância do GTH na construção de redes de cuidados integrais dentro do hospital, desenvolvemos projetos já implantados e constituímos a Equipe de Apoio e Referência Matricial, compondo rede de trabalho com o Sistema de Saúde Mental (CAPS II, CAPS AD, CAPS I e Residência Terapêutica), formando um grupo de trabalho composto por psicólogas, enfermeiras, nutricionista, médicos, entre outros. Este grupo passou a realizar reuniões semanais com o intuito de construir projetos de saúde e terapêuticos com acompanhamento permanente aos internos na Santa Casa de Caridade.

Partindo da especificidade de internação destes pacientes, buscamos suprir a principal

necessidade deste público, qual seja: a permanência de acompanhantes que atuem na reabilitação do paciente, o que via de regra não acontecia pelo fato de que estes usuários internavam muitas vezes sem o acompanhamento de familiares e/ou responsáveis. Isso, além de dificultar o tratamento e a recuperação, aumenta o tempo de permanência no hospital.

Instituímos o Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental para a Santa Casa de Caridade de Alegrete, denominado “SAIS da Casa”, que compreendia suporte técnico aos leitos de atenção integral à saúde mental e aos leitos clínicos para o tratamento do uso abusivo do álcool e outras drogas. Além disso, viabilizava uma cooperação técnica entre a Secretaria Municipal de Saúde, através do sistema SAIS Mental, e a Irmandade da Santa Casa de Caridade prevendo a contratação de seis (6) acompanhantes terapêuticos para o apoio dos internados.

Desde o período de elaboração do projeto, as rodas de conversa continuam sendo realizadas semanalmente pela equipe do GTH, representantes do Sistema de Saúde Mental e acompanhantes terapêuticos.

Os acompanhantes terapêuticos estão atuando numa escala semanal de trinta horas e participação periódica em capacitações ministradas por profissionais desta rede. Promovem suporte ao usuário, familiares e servem de ponte com o sistema SAIS Mental. Muitas vezes, pós-alta hospitalar, ou na fase de encaminhamento aos outros serviços, nossos acompanhantes terapêuticos funcionam como referência para articular a continuidade do tratamento. Geralmente, após a alta hospitalar, o paciente sai do hospital com o encaminhamento aos CAPS ou outros serviços especializados, conforme a singularidade do processo.

Resultados

Estamos em franco processo de intervenção e temos aprendido que o processo de humanizar é um processo de construir e incluir pessoas, grupos ou coletivos em uma ação cotidiana de implicação e cidadania num processo de coprodução, portanto, inacabado. Neste processo, tivemos como resultados:

- A diminuição do tempo médio de permanência em internações de vinte dias para seis dias nos casos dos usuários de álcool e outras drogas e para nove dias nos casos de doença mental;
- A equipe do SAIS da Casa tem realizado reuniões periódicas com as equipes dos serviços de Saúde Mental de outros municípios para, conjuntamente, consolidar

Intervenção

as redes locais e comunitárias na atenção ao sofrimento psíquico;

- Foram realizados contatos com a rede pública local e regional de saúde. A equipe vê como necessário o aumento dos contatos com os trabalhadores das redes de saúde para aumentar o grau de compromisso e responsabilização de todos na superação do sofrimento psíquico e na inclusão social dos usuários;
- Os usuários internados no período de um ano vieram de Alegrete, Manoel Viana, Rosário do Sul e São Francisco de Assis;
- As altas foram referenciadas para: Serviço Residencial Terapêutico, CAPS II, CAPS AD, CAPS I, Comunidade Terapêutica Conviver, Lares Protegidos, Moradia Transitória, Albergue Municipal;
- Os procedimentos realizados pela equipe do SAIS da Casa foram: Visitas Domiciliares, Acompanhamentos Terapêuticos, Orientações aos familiares e rede social do usuário, reuniões e contatos, palestras, encontros, rodas de discussão e orientações às equipes de saúde e com a rede social dos usuários;
- O financiamento deste projeto esteve a cargo do Hospital no tocante a: pagamento da psicóloga, assistente social, enfermeiros, técnicos de enfermagem, materiais para oficinas terapêuticas e de expressão. A Secretaria de Saúde financiou o pagamento dos seis acompanhantes terapêuticos e dos apoiadores matriciais do sistema de saúde mental. Inicialmente em número de três (um por CAPS) e, nos últimos seis meses, uma apoiadora pelo sistema SAIS Mental.

Antes de começar a desenvolver a intervenção, pensávamos que o GTH não conseguiria conectar-se ao grupo de trabalhadores da rede de saúde. Hoje, compreendemos que o protagonismo destes espaços passou à cena principal nos palcos da promoção e desenvolvimento de melhores condições de vida e da reorganização do SUS que dá certo.

Discussões sobre a sustentabilidade do projeto

A sustentabilidade do projeto, a manutenção, o aprimoramento das iniciativas propostas no Plano de Intervenção em Humanização da atenção e gestão da saúde mental na Santa Casa de Caridade de Alegrete, bem como o desenvolvimento de novas iniciativas, passa pelo compromisso político dos gestores com a política implementada.

Pensamos que sejam imprescindíveis projetos de capacitação e educação permanente em

saúde ligados à construção do saber em humanização e em consonância com a atividade prática nos serviços locais de saúde como um todo e de saúde mental em específico.

A participação neste curso de especialização possibilitou espaços únicos de construção coletiva, contatos regionais e descentralizados com profissionais de todas as regiões do estado do Rio Grande do Sul.

O desenvolvimento das iniciativas apresentadas neste trabalho será continuamente reavaliado e adequado às demandas e necessidades do usuário, projetando-se a expansão do GTH para diferentes setores que ainda não têm representantes no grupo.

A inclusão de diferentes instituições que sejam reconhecidas como parceiras dos objetivos do Projeto SAIS da Casa e do GTH será permanentemente acolhida, fortalecendo nossa rede local e regional.

A equipe vê como necessária a reorganização do Comitê Municipal de Humanização, bem como do Comitê Regional de Humanização e aumento da equipe do SAIS da Casa com o ingresso de umaicineira, coordenadora de oficina de expressão.

A equipe tem identificado nos últimos seis meses a expansão da procura por tratamento do sofrimento psíquico pelo uso abusivo do álcool e outras drogas. O uso do crack em Alegrete e na região tem feito com que pensemos em propor para a Secretaria Municipal de Saúde e a gestão do Hospital que nos constituamos como um Serviço Hospitalar de Referência para o tratamento dos usuários com uso abusivo do álcool e outras drogas (SHRad). Alegrete já possui um CAPS ad com referência microrregional e pensamos que esta proposta possa ser agregada à de um SHRad para uma população de abrangência de 200 mil habitantes.

Intervenção

Referências

- ALMEIDA, T.; ANDES, J.; MOURA, J.; FERRARI, J.; SILVEIRA, T. *Projeto SAIS da Casa (Serviço de Atenção Integral à saúde mental da Santa Casa de Caridade de Alegrete, Projeto Técnico do Grupo de Trabalho da Saúde Mental no Hospital, Alegrete, 2007.*
- BARROS, M. E. B.; MORI, M. E.; BASTOS, S. S. *O desafio da Política Nacional de Humanização nos processos de trabalho: o instrumento Programa de Formação em Saúde Trabalho. Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 31-48, 2006.*
- BARROS, R. B.; PASSOS, E. *A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.*
- BARROS, R. B.; PASSOS, E. *Humanização da saúde: um novo modismo? Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 9, n. 17, mar./ago. 2005.*
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Relatório de Gestão 2003-2006: Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança no Modelo de Atenção. Brasília, 2007.*
- _____. Ministério da Saúde. *Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 2. ed. Brasília, 2006.*
- _____. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde, Leitura Complementar. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.*
- _____. Ministério da Saúde. *O Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2. ed. Brasília, 2006.*
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). *Cartilha da PNH: Ambiência. Brasília, 2006.*
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). *Cartilha da PNH: Clínica Ampliada. 2. ed. Brasília, 2006.*
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). *Cartilha da PNH: GTH. 2. ed. Brasília, 2006.*
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). *Cartilha da PNH: Prontuário Transdisciplinar e Projeto Terapêutico. 2. ed. Brasília, 2006.*
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). *Documento*

Base. 3. ed. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Trabalho e Redes de Saúde Valorização dos Trabalhadores da Saúde*. 2. ed. Brasília, 2006.

CAMPOS, G. W. S. *Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde*. Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

_____. *Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida*. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 9, n. 17, mar./ago. 2005.

_____. *O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez., 1998.

_____. *Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão*. Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, mar./abr. 2007.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. *Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde*. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2007.

COIMBRA, V. C. *O Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial*. 2003. Dissertação—Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

FAGUNDES, S. *Águas da Pedagogia da Implicação: Intercessões da educação para políticas públicas de saúde*. 2006. Dissertação (Mestrado)—Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

FERRARI, M. J. *Humanizalegrete: a roda em defesa da vida*. 2006. Monografia (Curso de Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS)—Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

FERRARI, M. J.; MULLAZZANI, M. F. *Ressignificando a história: de técnicos a políticos*. Saúde Mental Coletiva, Bagé, v. 3, n. 3, p. 19-26, 1997.

LEGISLAÇÃO federal e estadual, *SUS é legal*. Rio Grande do Sul: [s.n], 2000.

LEITE, F. et al. *Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul: uma análise histórica, econômica e do impacto da legislação de 1992*. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, [S.l.], v. 29, n. 1, jan./abr. 2007.

Intervenção

MOURA, J. F. *Grupo de Trabalho em Humanização: Tecendo Redes e Desconstruindo Velhos Paradigmas de Atenção ao Sofrimento Psíquico*, Porto Alegre, 2008. Monografia (Curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS)–Escola de Saúde Pública, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

PASCHE, D. F. *A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 312-314, abr. 2007.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. (Org.). *Equipe de Referência e Apoio Matricial*. In: FORMAÇÃO de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 2 v, p. 62-65.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. (Org.). *Gestão participativa e co-gestão*. In: FORMAÇÃO de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. v. 2.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. (Org.). *Leituras Complementares: Formação de apoiadores para a PNH da gestão e atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. v. 2.

RIGHI, Liane Beatriz. *Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos*. In: PASCHE, Dário Frederico; CRUZ, Ivana Beatrice Mânica. *Saúde coletiva: diálogos contemporâneos*. Ijuí: Unijuí, 2005. p. 73-92.

A estruturação da rede de redes: EAD conectando as unidades de Produção da **PNH**

Mára Lúcia Fernandes Carneiro¹

Simone Paulon²

Artigo



¹Doutora em Informática da Educação (UFRGS), Professora Adjunta do Departamento de Psicologia Social e Institucional da UFRGS e vice-coordenadora do Curso de Especialização em Humanização do SUS-RS.
marca.carneiro@ufrgs.br

²Doutora em Psicologia Clínica (PUCSP), Professora e Pesquisadora do PPG de Psicologia Social e Institucional da UFRGS, consultora da PNH e Coordenadora do Curso de Especialização em Humanização do SUS-RS.
simone.paulon@ufrgs.br

RESUMO:

O encontro de tecnologias educacionais em rede com as demandas específicas de um processo de formação-intervenção é o conteúdo sobre o qual versa este artigo. Seu objetivo é descrever brevemente os diferentes desenhos que o ambiente virtual de aprendizagem utilizado no Curso de Especialização da Humanização da Atenção e Gestão do SUS do Rio Grande do Sul foi assumindo a fim de acompanhar as alterações metodológicas que o percurso dos alunos em campo exigia. Ao final, destaca-se a ativa participação que boa parte do grupo passou a ter no blog da Política Nacional de Humanização como um dos efeitos da experiência de conexão em rede disparada no âmbito do processo de formação.

Palavras –chave:

Formação em saúde, humanização, ensino à distância

Intervenção

A estruturação de um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) que pudesse dar o adequado suporte às demandas específicas que um processo de formação-intervenção traria ao ambiente acadêmico era um dos desafios que se impôs desde a elaboração do projeto do Curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS do Rio Grande do Sul.

Partindo do pressuposto de que a inseparabilidade entre formação e intervenção não se realizaria caso os espaços de trocas e estudos ficassem restritos aos encontros presenciais – menos de 50% da carga horária do curso – a utilização da comunicação em rede desde o primeiro momento mostrou-se imprescindível.

Esta definição, entretanto, por um lado, resolvia algumas questões: como acompanhar a construção das intervenções espalhadas pelo Estado; como colocar três grupos diferentes (coordenação, formadores e apoiadores) trabalhando em municípios diferentes (39 cidades da 1ª edição e 59 da 2ª edição), todos com exigentes cargas de trabalho em contato. Por outro lado, as especificidades deste curso – pouco ortodoxo do ponto de vista das estruturas acadêmicas montadas para uma aprendizagem muito mais verticalizada e conteudista do que um curso-intervenção com trabalhadores em ação – trariam exigências diferenciadas que precisavam ser, desde sua concepção, consideradas.

A disposição de tomar este desafio como ponto de partida para construir uma ferramenta virtual que funcionasse efetivamente como uma rede de trocas potencializadora dos encontros que o Curso viria a produzir foi o ingrediente principal para orientar um modo de utilização do ambiente virtual de aprendizagem escolhido, o TelEduc³, no curso de Especialização aqui apresentado.

O princípio de que os mesmos processos, que estimulamos nossos alunos a estudarem e promoverem em seus locais de trabalho, estariam produzindo subjetividades e saúde operou, obviamente, também na construção do projeto pedagógico do curso. A estruturação de suporte à implementação dos processos envolvendo a Educação a Distância (EAD) não poderia partir de princípios diferentes desses, o que justificou que, desde a elaboração do projeto, a coordenação de EAD fosse incluída nos espaços de coordenação ampliada – fórum de gestão compartilhada do Curso que acompanharia todo o processo de formação e faria, em muitos momentos, desvios de percurso e alterações metodológicas que incluíam mudanças no uso dos recursos virtuais ou na proposição de atividades a distância.

Um pouco dos efeitos desta aliança da tecnologia virtual com a proposta de um curso-intervenção é o que este artigo objetiva socializar.

³Ambiente virtual de aprendizagem gratuito e livre, criado pelo Núcleo de Informática na Educação (NIED) da Universidade de Campinas (UNICAMP). Maiores informações podem ser obtidas em <http://www.teleduc.org.br/>

Criando “clima” para constituição do curso

Os ambientes virtuais de aprendizagem são espaços integradores de recursos para publicação de materiais didáticos, organização de cursos e espaços de interação e comunicação entre os participantes. Sua utilização parte da necessidade de apropriação e exploração desses recursos pelos proponentes de um curso, de forma que eles se tornem ferramentas potencializadoras da comunicação e integração dos participantes, rompendo as barreiras geográficas e propiciando um verdadeiro “estar junto virtual”⁴. A falta de apropriação no uso e, principalmente, na potencialidade dos recursos disponíveis em um AVA, pode gerar constrangimentos aos participantes se não forem bem compreendidas. Um exemplo interessante é a análise dos resultados do recurso Relatórios. Na maioria dos AVA atuais é possível observar os acessos dos alunos e seu percurso no ambiente. No entanto, se este recurso é utilizado como instrumento de controle, pode tornar-se um panóptico virtual, indicando somente acessos e cliques, enquanto um formador com outra perspectiva de formação, e mais apropriado das potencialidades desse recurso, poderia identificar aqueles alunos que estavam com dificuldades e buscar contato e aproximação para superar as barreiras iniciais.

Outra preocupação volta-se para a maneira como são construídos os materiais didáticos e orientações aos alunos e a forma como são disponibilizados. Um AVA pode ser utilizado como espaço de comunicação unidirecional (professor, que sabe – aluno, que não sabe), sem propiciar espaços de interação e construção do conhecimento, demonstrando uma visão tradicional dos processos de ensino e de aprendizagem.

Além disso, como afirmam Moore e Kearsley, a distância em cursos como o nosso “é um fenômeno pedagógico e não simplesmente uma questão de distância geográfica”. Complementando, eles lembram que a interação a distância é “o hiato de compreensão e comunicação entre os professores e alunos causado pela distância geográfica que precisa ser suplantada por meio de procedimentos diferenciadores na elaboração da instrução e na facilidade da interação” (MOORE; KEARSLEY, 2007, p. 238-239).

Moore buscou teorizar sobre como essa “distância” entre os participantes de um curso poderia ser reduzida ou ampliada, a partir da observação de um conjunto de variáveis, que ele reuniu em duas categorias: diálogo e estrutura (MOORE, 1993).

Diálogo, segundo Moore, envolve a interação ou série de interações que tem uma finalidade construtiva e valoriza a participação ativa dos envolvidos. Peters (2001, p. 72) esclarece que esse diálogo envolve a “interação lingüística direta ou indireta entre docentes e discentes”, ou seja, aquilo que acontece de fato entre os participantes. Por esse motivo que Moore destaca ser fundamental considerar a perspectiva pedagógica do professor e alguns fatores ambientais, como a linguagem e os meios de comunicação adotados.

⁴Valente apresenta o conceito do “estar junto virtual” como um processo que envolve uma formação fundamentada na reflexão sobre a própria experiência dos participantes de um curso (que o autor denomina “aprendiz”) no ambiente virtual (VALENTE, 2009, p. 45).

Intervenção

A experiência em vários cursos a distância nos indicou a importância do uso de uma linguagem dialogada e menos formal na estruturação das atividades e orientações aos alunos, buscando reduzir as barreiras da comunicação. Da mesma forma, a disponibilização de diferentes ferramentas de comunicação torna-se essencial para romper as distâncias. Assim, além do correio (para troca de mensagens mais direcionadas), o curso foi planejado de forma que os participantes utilizassem os fóruns de discussão, como recurso de comunicação grupal e assíncrono. Já o bate-papo (chat) funcionava como elemento integrador e constituinte grupal, pois sendo um espaço de conversa em tempo real, oferece uma sensação de maior proximidade entre os participantes, que normalmente utilizam-se aqui de uma linguagem menos formal.

O segundo elemento, denominado Estrutura, envolve a organização do curso, através de elementos como objetivos de aprendizagem, temas abordados, foram de apresentação das informações, ilustrações, atividades, projetos e testes. Assim, a qualidade do curso dependerá da forma como esses elementos são organizados e do cuidado com que são estruturados. Diretamente influenciada pela concepção pedagógica do curso, a estrutura pode expressar “a rigidez ou flexibilidade dos objetivos educacionais do curso, estratégias de ensino e métodos de avaliação” (MOORE; KEARSLEY, 2007, p. 243).

Retomando os princípios da política de Humanização da Saúde, Pasche destaca que é a partir da “aposta na autonomia e protagonismo dos sujeitos”, que eles se tornam capazes de “acionar vontade e desejo de mudança, construindo redes de corresponsabilização” (PASCHE, 2009, p. 704). Os princípios da Política de Formação da PNH, amplamente discutido nesses cadernos, destacam a inseparabilidade entre formar e intervir, o foco no “Aprender-fazendo”, a descentralização e corresponsabilização locais e a avaliação.

Uma das estratégias utilizadas para perseguir tais propósitos no Curso foi utilizar os recursos do ambiente virtual como espaços de exercícios do “aprender-fazendo”, através da estruturação de atividades que visavam, não só refletir sobre as leituras de referência, mas pesquisar e experienciar simultaneamente a utilidade e importância dos conhecimentos para o cenário específico da unidade de saúde daquele trabalhador e possibilidade de compor a caixa de ferramentas conceituais de seu plano de intervenção.

Outra expressão da dessintonia muitas vezes existente entre ferramentas pedagógicas tradicionais e as demandas tecnológicas de um curso-intervenção apareceu na denominação de “formadores” (adotada nas formações da PNH) e de “tutores” (usual no EAD) para designar aqueles apoiadores que acompanham as atividades dos agora alunos do curso. O termo “tutor”, pela rápida associação à tutela, sugerindo verticalização de poder, causava desconforto no âmbito de um debate que enfatizava o acompanhamento entre protagonistas que estão num processo justamente para criticar e prescindir desta

forma de relação. No entanto, o fato de ser um pós-graduação acarreta uma série de exigências legais e institucionais. Neste contexto, não utilizar o termo “tutor de EAD”, consagrado no meio acadêmico, acarretaria outra ordem de entraves institucionais (como, por exemplo, esclarecer as responsabilidades dos processos de avaliação, justificar o baixo número de horas-aula dedicadas a aulas com ‘professores titulados’, concorrer a bolsas de monitoria em EAD, etc.). Sensível a tais exigências, mas atenta aos aportes da PNH e especificidades do curso em questão, a coordenação do EAD passou a trabalhar com o grupo uma reversão do sentido de “tutorear” que rompesse o senso comum ligado a limitar, restringir ou controlar, e se construísse mais no sentido de acompanhar, mediar, tecer junto – experimentação da função apoio também no espaço de aprendizagem. Uma perspectiva pedagógica vigotskiana deu suporte a esta argumentação, pois para este autor a autonomia pode ser alcançada também pela troca de significados e desenvolvimento de uma compreensão compartilhada, denominada de “zona de desenvolvimento proximal” (VYGOTSKY, 1984). Moore e Kearsley destacam como é possível, através do oferecimento de construção de comunidades de idéias (através do uso de fóruns de discussão, de bate-papos, da construção coletiva de textos, por ex.), que os alunos “assumam progressivamente a responsabilidade por seu próprio aprendizado” (MOORE; KEARSLEY, 2007, p. 242). Assim, fomos desmistificando entre todos (coordenação, professores, tutores, apoiadores e apoio pedagógico) uma função “tutoria” atrelada a controle e ressignificamos o conceito de forma a aproximá-lo dos princípios norteadores do curso. Integrar nomenclaturas e ampliar significados que acompanham determinados conceitos, às vezes carregados de preconceitos, foi um dos aprendizados coletivos que fomos construindo no percurso.

Aqui também é importante refletir sobre essa ação dos tutores no curso, através da vivência inicial como alunos de um curso a distância e nas ações da “professora” (a coordenação de EAD, inicialmente), de forma a orientá-los no uso dos recursos de um AVA como espaço de trocas, acompanhamento mútuo e corresponsabilizações. Também consideramos fundamental questionar e acionar mecanismos que os auxiliassem em suas ações no curso como co-produtores de seus processos de formação, assim como eles estavam fazendo com seus parceiros de equipes no trabalho e com seus parceiros de UP nas regiões. O desafio era fazermos do EAD um instrumento da co-gestão do próprio curso.

Como fazer isto na contramão da história de uma instituição tão cristalizada quanto é a academia? Subjetivados ao longo da vida escolar em processos de formação tradicional, todos tendemos a atuar como alunos passivos em qualquer curso. A instituição-aluno rapidamente se impõe e, com ela, a queixa do desempenho individual de cada professor, a competição entre alunos por uma posição hierarquicamente superior na lógica meritocrática, e outros dos inúmeros mecanismos em que o modo de subjetivação indivíduo opera para desresponsabilizar o aluno dos efeitos de sua alienação. Superar essa posição passiva tão arraigada em nossas formações exigia uma constante análise de nossas implicações com

Intervenção

a instituição pedagógica, não só por parte dos alunos-apoiadores, mas sempre, também, junto à equipe de formadores e coordenação.

Para dar suporte a esse processo, foi inicialmente criado um espaço específico (ou “curso”, usando a denominação do AVA TelEduc), onde conviviam a coordenação do curso, assessoria pedagógica e “tutores” (Figura 1). Este “curso” foi denominado Espaço de coordenação.

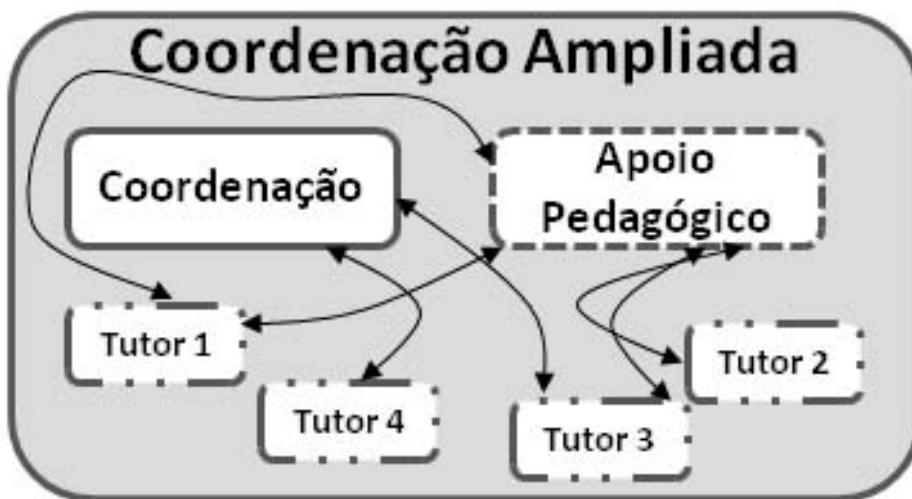


Figura 1 - Espaços de interação - coordenação, tutores e assessoria pedagógica

O Espaço de interação da equipe coordenadora foi inicialmente utilizado para a qualificação dos participantes (coordenação, apoio pedagógico e tutores) no uso dos recursos do ambiente virtual e, posteriormente, utilizado intensamente ao longo de todo o curso, para as trocas e combinações específicas entre coordenação, apoio pedagógico e tutores, para divulgação de notícias, acompanhamento das particularidades de cada região e na organização do próprio curso. As trocas de experiências, dificuldades e apoio mútuo entre tutores rapidamente começaram a se intensificar também neste espaço. Por isso, desde os primeiros momentos do curso passamos a designar este como o Espaço de coordenação ampliada, já que efetivamente era nele que os redirecionamentos (que não eram poucos!) do projeto inicial do curso iam sendo elaborados.

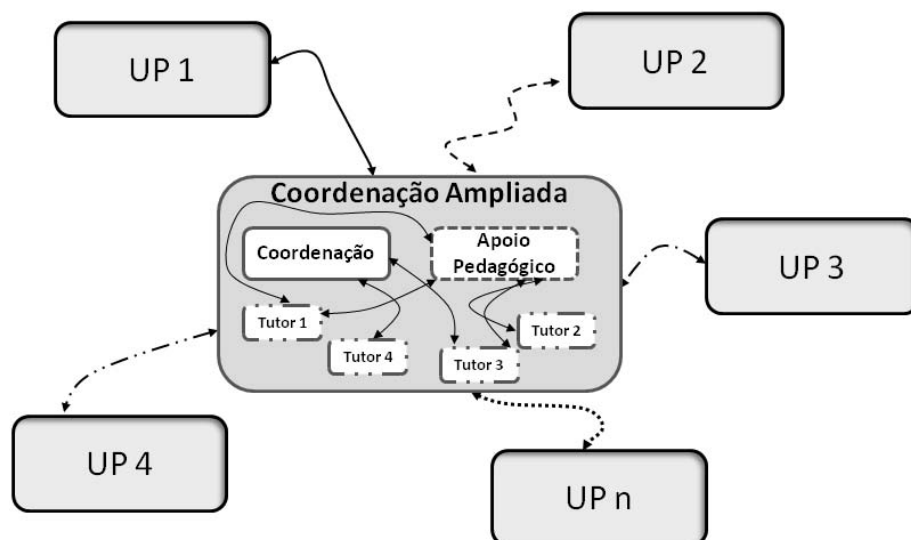


Figura 2 - Criando os espaços de tutoria (UPs)

Para centrar o trabalho nas Unidades de Produção (UP), foram criados espaços específicos para cada UP, denominados Espaços de tutoria (Figura 2). A partir do início do curso, foram criados novos espaços (cursos, na perspectiva do TelEduc): um específico para o curso de especialização (aqui denominado Curso de Especialização), onde foram inscritos todos os alunos, onde eram publicadas as orientações gerais, cronograma, atividades e materiais de apoio e ao qual tinham acesso todos os tutores e equipe coordenadora (Figura 3).

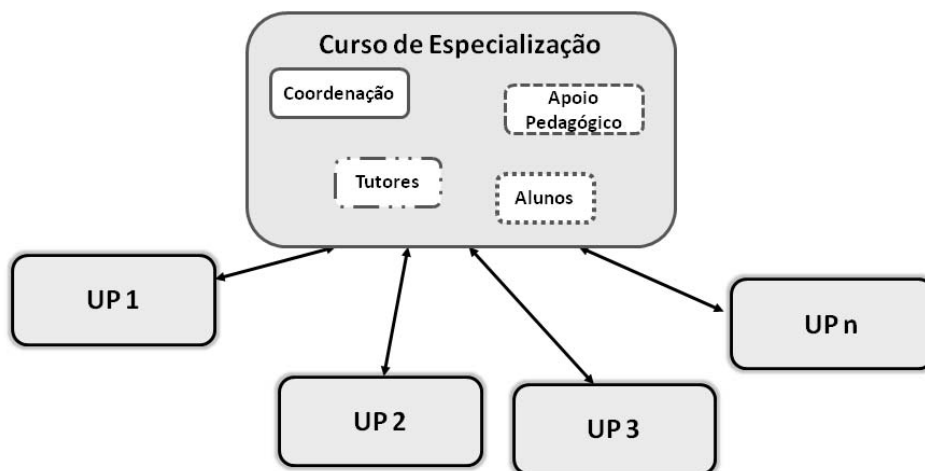


Figura 3 - Estruturando o curso e a rede

Intervenção

Na primeira etapa do curso, os alunos utilizavam o espaço Curso de Especialização somente para acesso aos materiais, enquanto a discussão e produção de conhecimento ocorriam no espaço de Tutoria de sua UP. A proposta aqui era justamente estimular a discussão na própria região de atuação, comporem conjuntamente as análises de cenário locais, estudarem os movimentos e história do SUS na região, identificarem os impasses e perspectivas para implementação da Política de Humanização, foco do curso. Inicialmente vivenciado pelos alunos como espaços de publicação e comunicação tutor-aluno, a figura 3 mostra essa estrutura aparentemente rígida. No entanto, na medida em que os tutores e apoio pedagógico propunham atividades que instigavam os alunos a refletirem sobre suas ações, as interações começaram a se intensificar e a figura 4 mostra a complexificação da rede.

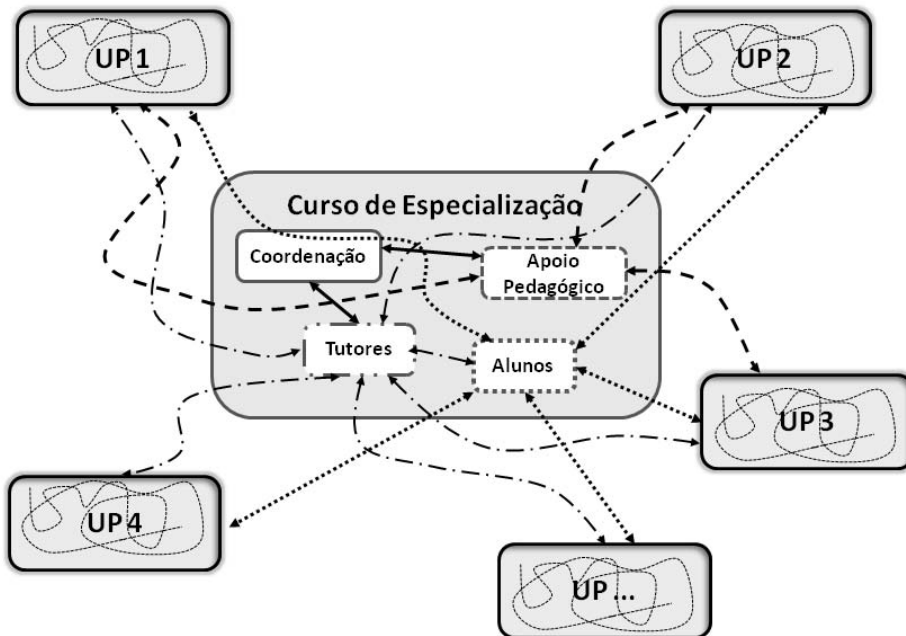


Figura 4 - A rede se constituindo

Na segunda etapa do curso, todos os alunos, já mais apropriados dos aportes da PNH e seus dispositivos, optavam por aqueles que pretendiam implementar. A partir das análises de cenários locais, desenvolvidas no primeiro bimestre do curso, as UPs debatiam as estratégias mais adequadas a cada realidade e, a partir dessas análises, propunham algum(uns) dispositivo(s) para focar, aprofundar estudos e dar início ao plano de intervenção. A partir daí surgiu a demanda das UPs se comunicarem entre si, pois nos encontros presenciais as rodas de conversa e atividades comuns indicavam que algumas dificuldades e estratégias de superação encontradas por um apoiador em sua unidade de saúde poderia oferecer muitos subsídios a outros.

Ao mesmo tempo, os tutores conviviam em vários espaços simultaneamente, centrando suas discussões comuns no Espaço de coordenação ampliada. Era nesse espaço que eles encontravam a assessoria pedagógica para trocar orientações e experiências, que se concretizavam nos espaços de tutoria e nos próprios processos de intervenção por eles acompanhados. Assim, ao longo do tempo e buscando incentivar a autonomia e singularidade de todos os envolvidos, as trocas começaram a se intensificar, os encontros passaram a demandar cada vez mais e novos encontros, o grupo passou a se “en-redar” (tornar-se rede) e potencializar o AVA como espaço de construção de conhecimento e reflexão sobre os temas do curso.

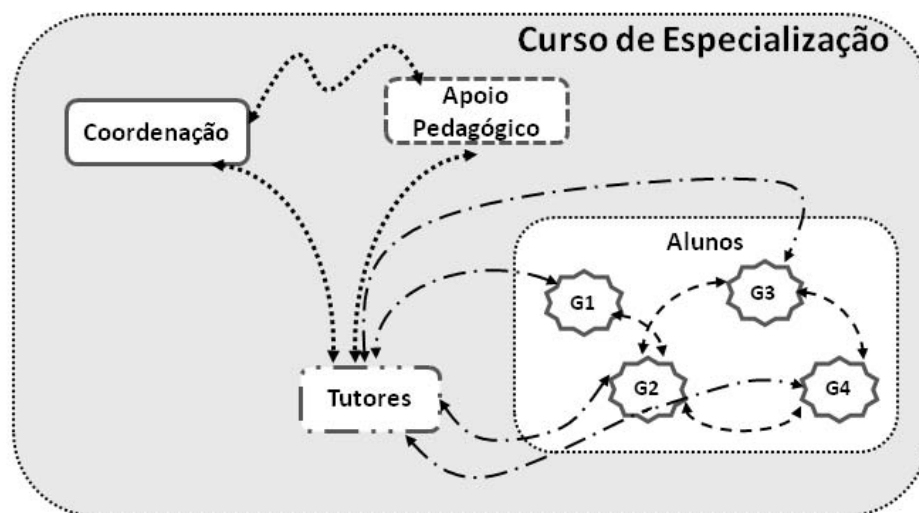


Figura 5 - Constituição de redes entre os alunos de diferentes UPs

Interessante observar que os alunos, em determinado momento do curso, passaram a questionar os espaços ainda restritos às UPs, que aparentemente reproduziam as “salas de aula” presenciais, separadas, vinculadas a um tema específico, impedindo, através de suas “paredes” a integração de todos. Por reivindicação dos alunos, então, neste momento foram criados “grupos de trabalho temáticos” (Figura 5), vinculados a cada um dos dispositivos, dentro do espaço Curso de Especialização, através de ferramenta específica disponibilizada pelo ambiente TelEduc. Novas redes passaram a se formar, agora entre alunos de diferentes UPs, pois o ambiente virtual cria automaticamente “Portfólios de Grupo”, um espaço de autoria compartilhado, onde todos os participantes podem publicar e comentar as participações dos colegas. Esta foi uma passagem muito significativa para que o ambiente virtual assumisse mais a forma de uma rede de apoio ‘as intervenções em curso. As “salinhas” – cursos do Teleduc que reuniam cada UP ou segmento da

Intervenção

coordenação – já não davam conta dos movimentos que as intervenções propostas pelos trabalhadores em suas unidades de serviço dispararam. Além dos grupos de trabalho por dispositivos, foram criados também Fóruns de Discussão específicos, como mais um espaço de compartilhamento dos entraves e conquistas de cada intervenção, de ampliação dos estudos suscitados pelas atividades do Curso e, principalmente, de socialização dos avanços que a PNH vinha fazendo no território estadual (como sintetizado na imagem dos mapas que acompanham a apresentação desta seção dos Cadernos).

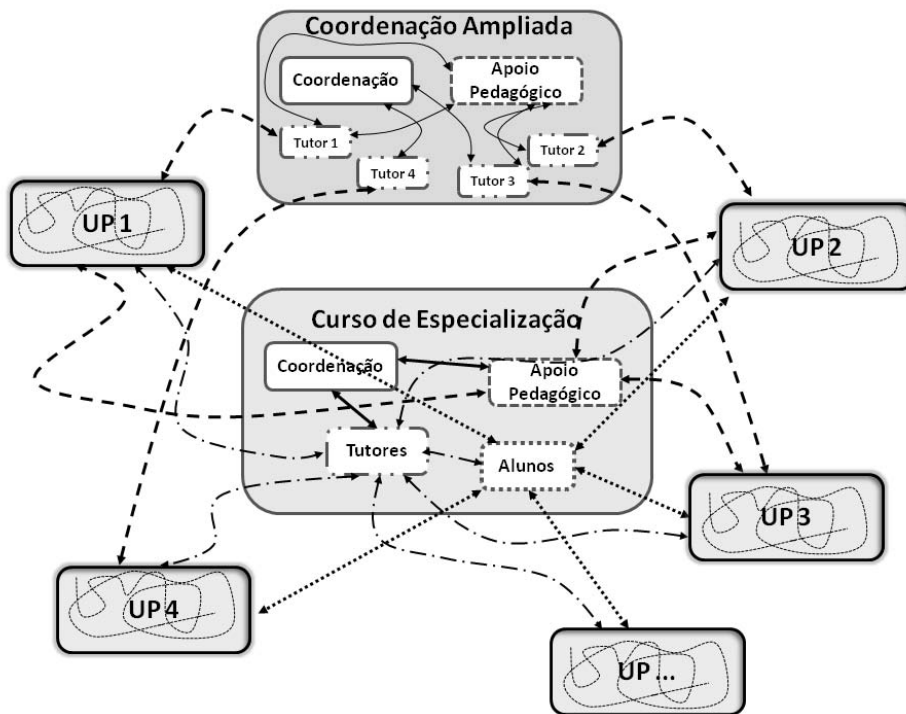


Figura 6 - Constituindo a rede do curso

A intensificação das necessidades de encontros entre os apoiadores em formação nos diversos espaços do AVA indicam a complexificação da rede ao longo do curso, como mostra a Figura 6. Ela aponta, ainda, para uma outra passagem fundamental que se deu pelo movimento que as intervenções em andamento foram implementando e que emergiu ao final do curso. Na medida em que as pactuações para implementação dos planos de trabalho dos apoiadores iam avançando, os vários espaços virtuais eram progressivamente ocupados por afinidades diversas: apoiadores que enfrentavam dificuldades comuns, outros que pediam ajuda daqueles que já tinham superado aquelas dificuldades, por necessidade de se instrumentalizarem para a continuidade das intervenções, de se ajudarem na elaboração dos trabalhos de conclusão do curso, etc, etc. Paralelamente, os receios

e tristezas pela iminente perda dos espaços ofertados pelo vínculo com a Universidade compareciam progressivamente entre as mensagens e debates do Curso. Entendemos esta como uma demanda legítima de um coletivo que se constituiu num processo intensivo de experimentações, cujos desdobramentos, para além do meteórico período de 10 meses de curso, constituía um de seus objetivos. Em função disso, o último eixo tematizado na formação era a “Formação de Redes e a Sustentabilidade da PNH” nas regiões e uma das últimas atividades foi o convite para que os alunos passassem a participar de uma nova rede: a Rede HumanizaSUS (<http://redehumanizasus.net/>). A Figura 7 “mapeia” precariamente – pois se trata de apresentar virtualidades muito mais complexas do que ali representadas - este novo momento da rede comunicativa desencadeada a partir do curso e que hoje denominamos coletivo ampliado da PNH no Rio Grande do Sul.

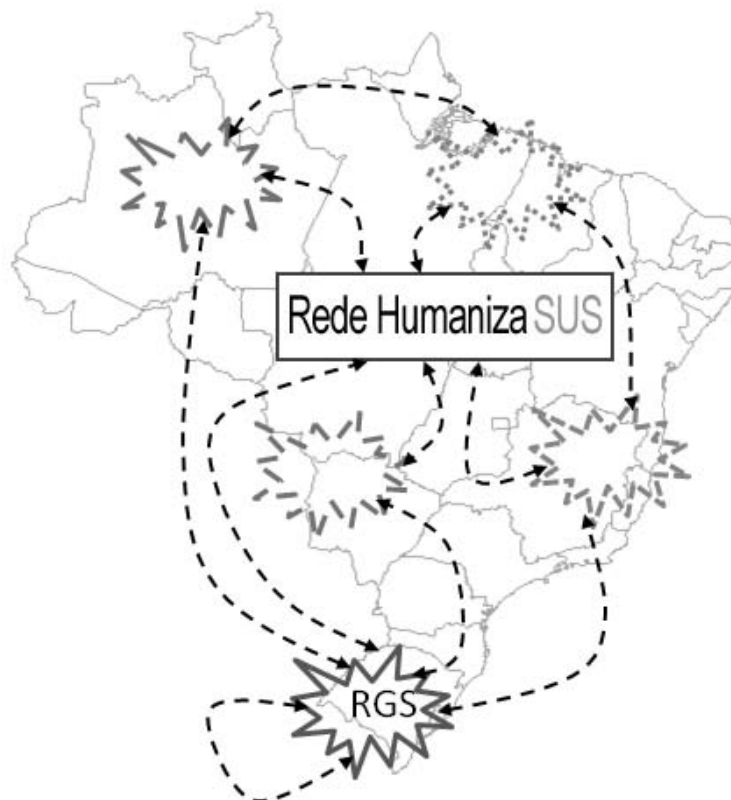


Figura 7 - Ampliando a rede

A intensa adesão que, muito rapidamente, os apoiadores formados no RS tiveram a este novo espaço de encontros, amplificou as experiências comunicativas ensaiadas ao longo do curso, tanto em termos geográficos – incluindo coletivos de todo país - quanto em termos de desdobramentos do processo de formação. Os inúmeros posts que os apoiadores passaram a enviar para o blog que reúne o coletivo nacional da PNH, contando os efeitos

Intervenção

de suas intervenções locais e compartilhando tantas outras ações em implementação pelo Brasil, apontam para uma ampliação da estratégia de formação-intervenção e ajuda a refletir sobre a importância que um ambiente virtual de aprendizagem como suporte a um curso a distância pode ter no fomento as redes de produção de saúde. Apontam também a pertinência da idéia defendida por Pierre Lèvy (1993, p. 144), quando diz que “as coletividades cognitivas se auto-organizam, se mantêm e se transformam através do envolvimento permanente dos indivíduos que as compõem”. A tecnologia, nesta perspectiva, passa a fazer parte de uma ecologia cognitiva, na qual a inteligência é o resultado de redes complexas que põem em conexão um grande número de atores humanos, biológicos e técnicos, ampliando espaços, resignificando o conceito de “distância” e propiciando, em última instância, a constituição de redes de redes.

Referências

LÈVY, P. *As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993. 208 p.

MOORE, M. *Theory of transactional distance*. In: KEEGAN, D. *Theoretical Principles of Distance Education*. Oxon: Routledge, 1993. p. 23-38.

MOORE, M.; KEARSLEY, G. *Educação a distância: uma visão integrada*. São Paulo: Thomson Learning, 2007.

PASCHE, Dário Frederico. *Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar*. *Interface*, Botucatu, v. 13, p. 701-708, 2009. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a21v13s1.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2009.

PAULON, S. M.; CARNEIRO, M. L. F. *A educação a distância como dispositivo de fomento às redes de cuidado em saúde*. *Interface*, Botucatu, v. 13, 2009. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a26v13s1.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2009.

PETERS, O. *Didática do ensino a distância: experiências e estágio da discussão numa visão internacional*. São Leopoldo: Unisinos, 2001.

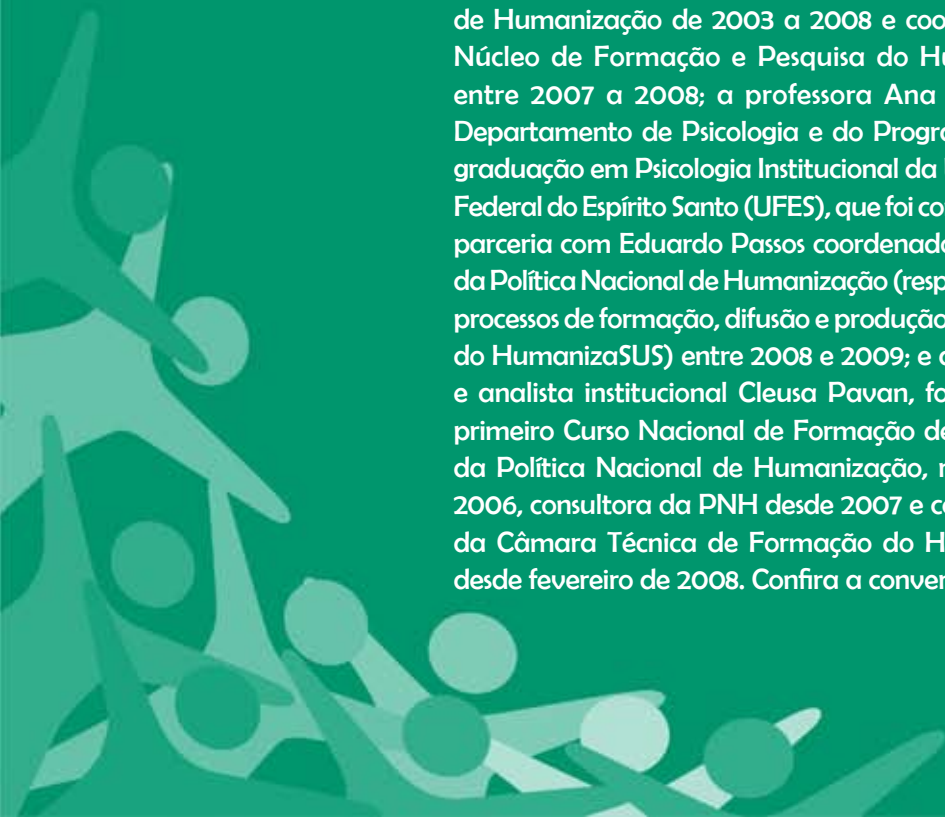
VALENTE, J. A.; BUSTAMANTE, S. B. V. *Educação a Distância: prática e formação do profissional reflexivo*. São Paulo: Avercamp, 2009. 264 p.

VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

ENTREVISTA



A formação-intervenção é uma das principais frentes de atuação da Política Nacional de Humanização na busca pela implementação de seus princípios, diretrizes e dispositivos. Mas o que significa formação para o HumanizaSUS? De que forma esta formação é feita? Qual é a sua história? Para tentar responder a essas e outras perguntas, a equipe dos Cadernos HumanizaSUS ouviu três importantes personagens que ajudaram a criar e colaboram para a sustentação da política de formação do HumanizaSUS: o professor doutor Eduardo Passos, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF), que foi consultor da Política Nacional de Humanização de 2003 a 2008 e coordenador do Núcleo de Formação e Pesquisa do HumanizaSUS entre 2007 a 2008; a professora Ana Heckert, do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), que foi consultora e em parceria com Eduardo Passos coordenadora do Eixo 3 da Política Nacional de Humanização (responsável pelos processos de formação, difusão e produção de materiais do HumanizaSUS) entre 2008 e 2009; e a psicanalista e analista institucional Cleusa Pavan, formadora do primeiro Curso Nacional de Formação de Apoiadores da Política Nacional de Humanização, realizado em 2006, consultora da PNH desde 2007 e coordenadora da Câmara Técnica de Formação do HumanizaSUS desde fevereiro de 2008. Confira a conversa a seguir.



O que representa a formação para a Política Nacional de Humanização?

Ana Heckert: A formação na PNH constituiu-se como ação estratégica para ampliação do coletivo desta política, bem como para disparar processos de mudança nos modelos de atenção-gestão do SUS. Mas para a Política Nacional de Humanização, as ações de formação não se circunscrevem apenas à modalidade cursos ou a processos de formação de apoiadores/formadores institucionais. Entendemos que as ações de apoio institucional nos serviços de saúde também são ações de formação.

Eduardo Passos: A Política Nacional de Humanização alarga o sentido do conceito de formação quando aposta na sua inseparabilidade da intervenção. Apostar neste híbrido formação-intervenção força os limites do que tradicionalmente se toma como processo de ensino-aprendizagem. Para a PNH, o conceito de formação se aproxima daquele de produção nesta outra inseparabilidade, agora entre produção de saúde e produção de subjetividade. Entendemos que o SUS que dá certo só se cumpre a partir da mudança de modos de fazer os modelos de atenção e de gestão em saúde. Tais mudanças nas práticas em saúde são indissociáveis de mudanças na sensibilidade, na ação e no pensamento dos sujeitos implicados nestas práticas. Neste sentido, para a PNH, formar pressupõe criar condições para a expressão de sujeitos protagonistas, autônomos e corresponsáveis pelas mudanças nas práticas de produção de saúde. Formar é participar do processo de produção de outras formas de sentir, agir e pensar. É, portanto, intervir, porque formar é produzir realidade de si e de mundo, mudar as paisagens subjetiva e objetiva nos serviços de saúde.

Desde quando existe a política de formação do HumanizaSUS?

Ana Heckert: Desde sua criação, em 2003, a Política Nacional de Humanização vem formando profissionais de saúde nas oficinas que coordenou, nos dispositivos que foram implementados. Contudo, estas ações de formação que se efetuavam no apoio institucional não operavam de acordo com uma sistematização requerida por ações formais de formação - como, por exemplo, os cursos. No caminhando da PNH, avaliou-se que era necessário investir nos processos de formação de modo sistematizado, como estratégia de sustentabilidade desta política e de ampliação de seus graus de capilarização.

O que norteia essa política de formação?

Ana Heckert: Quando a PNH formulou a proposição de ofertar ações de formação na modalidade cursos e voltadas à multiplicação de apoiadores institucionais, esta proposta foi efetuada de acordo com alguns princípios. Dentre eles, a inseparabilidade entre formação

Entrevista

e intervenção. Tal proposição visava interferir nos modos de formação ainda instituídos no campo da saúde, marcados pela fragmentação e por um ideário aplicacionista do conhecimento (primeiro conhecer para depois intervir) que acentuava um suposto divórcio entre teoria e prática, como também uma distância entre o cotidiano dos serviços (o processo de trabalho) e as ações de formação. Foi assim que, em 2006, foi ofertado um curso nacional, em parceria que envolveu a PNH, a Fiocruz e a Universidade Federal Fluminense (UFF), tendo Regina Benevides e Eduardo Passos como coordenadores e como apoiadores pedagógicos eu, Cláudia Abbês, Dário Pasche e Beth Mori. O curso abrangeu todos os estados da federação, organizando-se por meio de Unidades de Produção criadas nos estados, que foram acompanhadas por um formador.

Então é a partir do primeiro curso nacional que a descentralização vira uma marca da política de formação da PNH?

Eduardo Passos: Sim. Em 2006, a PNH fez uma aposta radical no processo de formação de apoiadores institucionais. Este primeiro grande investimento foi feito na forma de um curso nacional. Nos investimentos subseqüentes, prevaleceu o princípio da descentralização, ficando os projetos e coordenação dos processos de formação a cargo das coordenações regionais em parcerias locais. Em cada um destes cursos de formação de apoiadores (com diferentes terminalidades: especialização, aperfeiçoamento, extensão), as equipes envolvidas se organizam como coletivos corresponsáveis: coordenação; apoio pedagógico (responsáveis por dois ou mais formadores); formadores (responsáveis por uma ou mais Unidades de Produção); apoiadores institucionais (integrantes de uma UP que tem em média 10 apoiadores e não alunos).

Ana Heckert: A experiência do primeiro curso nacional realizado em 2006 apontou para a PNH a importância de descentralizar as ações de formação como forma de garantir um processo de cogestão com os atores locais (Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde, movimentos sociais, universidades, escolas de saúde, etc.); efetuar ações de formação conectadas com demandas e necessidades locais; ampliar o coletivo da PNH com formação de multiplicadores que teriam como foco de ação a interferência nos modos de atenção e de gestão do SUS. Em abril de 2007, pactuou-se na PNH a descentralização dos processos de formação e um dos critérios definidos para a proposição dos cursos e seu apoio/acompanhamento pela PNH foi o enfrentamento das iniquidades existentes na saúde, capilarizando a PNH em regiões prioritárias; a conexão entre a ação de formação proposta e o plano de ação do coletivo regional da PNH; articulação com instituições de ensino, movimentos sociais e Secretarias de Saúde visando efetuar processo de corresponsabilização local.

Que estratégias a PNH adotou para dar conta dessa opção pela descentralização?

Ana Heckert: Tendo como preocupação o risco de que a descentralização acarretasse em fragmentação dos processos de formação, elaborou-se um documento norteador da Política de Formação da PNH, pactuado em seu coletivo de consultores, que apresentava princípios e diretrizes gerais a pautar as ações de formação disparadas nas diversas regionais. Além deste documento norteador, foi criado o Núcleo de Formação e Pesquisa (NUFOPE), que ficou sob a coordenação de Raquel Turci e Simone Paulon até janeiro de 2008 e, posteriormente, sob coordenação de Raquel Turci com meu acompanhamento mais direto. Naquele momento eu coordenava o Eixo 3 com Eduardo Passos (coordenação em dupla que se efetuiu no período de abril de 2007 a julho de 2008). O NUFOPE tinha como atribuição acompanhar os processos de formação em andamento, apoiar tais ações no que diz respeito a questões administrativo-financeiras do âmbito do Ministério da Saúde, apoiar quando necessário a elaboração dos projetos das ações de formação.

A criação da Câmara Técnica de Formação também se insere entre essas estratégias?

Ana Heckert: Sim. Ainda tendo como foco a descentralização sem fragmentação e isolamento, e aliado à necessidade de materializar o Planejamento, Monitoramento e Avaliação como eixo transversal nas ações de formação, foi proposta a criação de uma Câmara Técnica dos Processos de Formação (CTH-F) em abril de 2007, que reuniu representantes das coordenações dos cursos em andamento no ano de 2007-2008. O embrião da CTH Formação foram as oficinas temáticas de avaliação, realizadas sob a coordenação de Serafim Santos Filho em 2007, e que tiveram como público-alvo os coordenadores dos cursos em andamento e coordenadores regionais da PNH. A CTH-F tinha como propósito compartilhar as experiências de formação em andamento nas diferentes regiões, avaliando coletivamente os processos disparados; pactuar diretrizes de planejamento e avaliação das ações de formação; pactuar arranjo de acompanhamento avaliativo dos cursos em andamento; constituir-se como dispositivo de cogestão das ações de formação na PNH. O desafio que se colocava para a política de formação da PNH, e que levou à proposição da CTH-F, foi o de resguardar a singularização das ações de formação no território e produzir um plano comum desta formação. Na constituição da CTH-F, nos debates que definiram seu foco, destacava-se a potência formativa desta câmara por meio do compartilhamento das experiências vivenciadas nos territórios, a capacidade da CTH em estabelecer redes entre-experiências, entre-atores nos territórios, a potência em produzir agenciamentos entre pares. Esta CTH foi coordenada por mim e por Serafim no período de abril a agosto

Entrevista

de 2008. A partir desta data, assumiram sua coordenação as consultoras Cleusa Pavan e Laura Gonçalves.

Que ações podem ser citadas como marco desta política de formação criada pelo Humaniza\$US?

Ana Heckert: Eu destaco como um marco histórico a construção de um plano de formação na região Norte, proposto pela coordenação do Eixo 3 e o NUFOPE e pactuado com a coordenação regional do Norte em janeiro de 2007. Dele desdobraram-se ações de formação diferenciadas em todos os estados da região Norte. Avalio que nesta região a formação da PNH efetuou-se como ação estratégica na capilarização da PNH, possibilitando ampliação do Coletivo Norte. Na história da construção da política de formação da PNH, teve-se a preocupação de que os cursos não tivessem desenho, estrutura e metas homogêneas. Como a matéria-prima da formação são os processos de formação, chamava-se atenção para que o desenho dos cursos deveria estar conectado às demandas e necessidades diversas de cada território. Menos que repetir desenho/estrutura de curso, o desafio é o de criar desenhos de curso que de fato operem potencializando processos de mudança nas práticas em saúde.

Onde os processos de formação têm sido desenvolvidos?

Cleusa Pavan: De 2007 até o momento, estivemos organizando e implementando, com arranjos diferenciados e em diferentes regiões do país, 23 processos de formação. Destes, onze estão concluídos e aconteceram nos estados do Rio Grande do Sul (2), São Paulo (1), Rio de Janeiro (3), Mato Grosso (1), Rio Grande do Norte (2), Pará (1), Bahia (1), Acre (1). Oito estão em andamento, contemplando os estados de Santa Catarina, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Sergipe, Tocantins, Amazonas, Distrito Federal; e três encontram-se em fase de negociação no Piauí, Amapá e Rondônia.

Todos os processos são construídos a partir de planejamentos que envolvem os coletivos regionais de consultores da PNH e os parceiros que responderão conjuntamente pela gestão do curso. A atividade inicial de planejamento tem como objetivos a elaboração de análises situacionais, mapeamentos de prioridades para a região, objetivos a serem alcançados, perspectivas, etc. Tal atividade se mantém durante todo o percurso, propiciada pelo acompanhamento avaliativo. Temos tomado o planejamento e a avaliação como dimensões estruturantes e transversais aos processos de formação. O acompanhamento avaliativo é um método/estratégia elaborado com a finalidade de se realizar avaliação sistemática e contínua do/no processo de formação. A partir da experiência, são construídas

variáveis para o acompanhamento e regulação do processo pedagógico e da formação/aprendizagem dos apoiadores. Nesse sentido, o processo é colocado em análise coletivamente, possibilitando uma reflexão sobre os efeitos e repercussões durante e depois do processo concluído. Enfatiza-se o caráter efetivamente participativo e emancipatório da avaliação, sendo o acompanhamento avaliativo construído de forma compartilhada.

Qual é o perfil dos apoiadores formados?

Eduardo Passos: Não creio que se possa dizer haver um perfil específico para os apoiadores formados pela PNH. Os processos de formação-intervenção estão diretamente atrelados aos serviços de saúde em que os apoiadores atuam/intervêm. A formação é o acompanhamento do processo de constituição de um trabalhador que assume seu protagonismo orientado pelos princípios, método e diretrizes da PNH. Embora a PNH ofereça um ideário e uma “caixa de ferramentas” para seus apoiadores, a própria condição de obra aberta do SUS obriga seus integrantes a estarem constantemente abertos à mudança. É neste sentido que a PNH não aposta propriamente na formação de um apoiador com um perfil determinado, mas sim na qualificação de um trabalhador do SUS com condições de acionar processos de mudança em si, no seu ambiente de trabalho e, conseqüentemente, na própria condução da política.

Ana Heckert: Concordo com Eduardo: não é possível estabelecer um perfil dos apoiadores formados, uma vez que até mesmo as ferramentas conceituais-metodológicas variaram entre os cursos realizados em função da especificidade das situações de saúde em cada território. Não se trata de estabelecer um perfil de apoiador, o que engessaria o processo de formação, ampliaria o risco de produzirmos mais um especialismo (risco aliás sempre presente), como também circunscreveria o apoio aos processos de mudança das práticas de atenção e gestão a um trabalhador específico.

Cleusa Pavan: Além de tudo isso, temos o fato de que cada apoiador tem uma trajetória singular de vida e de percurso no SUS, encontrando-se em condições diferenciadas de exercer a função apoio. Em todos os processos, lidamos com resultados que vão desde a produção de apoiadores institucionais (sujeitos com condições de apoiar grupalidades em seus locais de inserção, oferecendo suporte e ferramentas capazes de operar mudanças nas práticas) até a de “apoiadores” da PNH (sujeitos mobilizados pela política, capazes de ações aglutinadoras, fomento a grupalidades, mas com menor possibilidade de interferência nos processos de trabalho em que estão inseridos). Estas são apenas duas das possibilidades sobre as quais não recaem juízos de valor de nossa parte, pois levamos em conta não apenas as singularidades dos territórios em questão, com seus condicionantes mais ou menos favoráveis a um ou outro desdobramento, mas também as condições de produção e sustentação dos

Entrevista

próprios processos de formação. Pequenas conquistas em condições relativamente difíceis são tão valiosas quanto grandes conquistas em condições mais favoráveis.

Que parcerias institucionais têm sido construídas durante esses processos?

Eduardo Passos: A PNH, enquanto projeto de consolidação do SUS como política pública – para além de sua existência como política do Estado e política de governo – só se realiza efetivamente a partir da capilarização de seus princípios, método e diretrizes. Tal capilarização pressupõe, por sua vez, um horizonte de dissolência da PNH como política de governo para sua efetiva corporificação nas práticas concretas do SUS que dá certo. Neste sentido, é através da ampliação das parcerias que a PNH cumpre sua missão. Os processos de formação têm se mostrado como estratégias eficazes para a construção e consolidação de parcerias interinstitucionais ampliando o coletivo que encarna o HumanizaSUS. O Coletivo Nacional Ampliado da PNH tem sido potencializado a partir de parcerias da PNH com Instituições de Ensino Superior (IES), Escolas Técnicas, Escolas de Saúde Pública, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, etc.

Qual tem sido o percentual de conclusão e evasão desses cursos?

Ana Heckert: O curso de 2006 teve um percentual de evasão mínimo, que foi motivo de destaque inclusive pelos profissionais da Fiocruz que nos acompanharam naquela ação de formação. Os cursos de 2007 e 2008 também expressaram percentuais pequenos de evasão. Quando a evasão ocorre, muitas vezes está relacionada ao não-apoio daqueles que estão nos lugares de gestão, à pequena permeabilidade do serviço de saúde em que este profissional se vincula aos processos de mudança, ou ainda à repetição de uma velha tradição de encaminhar aos processos de formação profissionais que muitas vezes estão distantes do cotidiano dos serviços. Contudo, há no percentual de evasão um indicador importante que deve servir para colocar em análise o processo do próprio curso e as ofertas que a PNH está disponibilizando. O acompanhamento das ações de formação nos territórios tem tentado tomar as evasões como analisadoras do processo e, com isso, permitindo pensar estratégias que façam o curso desviar de seus propósitos para incluir o cotidiano do processo de trabalho.

Cleusa Pavan: Tomando as evasões como analisadoras dos processos de formação, temos podido fazer regulações importantes durante e depois dos percursos concluídos, revendo estratégias de divulgação e seleção, experimentando outras estratégias pedagógicas, de acompanhamento, etc. Por exemplo uma das variáveis que exerce influência sobre a evasão, a seleção dos candidatos, mereceu rearranjos propiciadores de experimentações inusitadas e ricas em termos de divulgação. Dispositivos tais como apresentações públicas

do projeto do curso e/ou processo a ser disparado e de planos de ação de edições anteriores, com abertura de rodas de conversa e realização de inscrições no final, têm nos possibilitado qualificar a composição dos grupos evitando evasões daqueles que não se identificam com a proposta antes mesmo da inscrição. Neste mesmo diapasão, a partir da tomada da evasão como um analisador, outros momentos dos processos demandam trabalho de elaboração e construção de novos modos de fazer e viver a formação.

Falando um pouco sobre o âmbito da intervenção: quais são as diretrizes e dispositivos tomados como objeto de pesquisa-intervenção pelo HumanizaUS?

Eduardo Passos: A formação do apoiador institucional decorre da construção e execução de um projeto de trabalho que envolve tanto um plano de estudo quanto um plano de intervenção. É a partir de um diagnóstico institucional, ou seja, da capacidade de análise institucional que revela os pontos críticos e os desafios institucionais, que se constrói um “per-curso” de formação. Tal “per-curso” é orientado pelos princípios, método e diretrizes da PNH, usando os dispositivos como manobras concretas para acionar processos de mudança. A escolha da diretriz e do dispositivo é sempre estratégica e contextual, sempre sabendo que o que será definido como prioritário no plano de intervenção é, na verdade, apenas um “gatilho” para o início de um processo de mudança que, na prática concreta, pressupõe a concorrência de diferentes diretrizes e dispositivos. Por exemplo: se inicia um plano de intervenção com a diretriz da Clínica Ampliada e o dispositivo do Acolhimento com Classificação de Risco sabendo-se que o andamento do processo envolverá necessariamente a Cogestão, os Direitos dos Usuários, a Ambiência e outros dispositivos.

Cleusa Pavan: No conjunto, até o momento, quase todas as diretrizes e dispositivos têm sido experimentados, mas podemos afirmar que em termos de “gatilho” há uma predominância de algumas diretrizes: Acolhimento, Cogestão, Redes, Valorização do Trabalho e do Trabalhador, Clínica Ampliada; e de alguns dispositivos: Classificação de Risco, Equipes de Referência, GTHs [Grupos de Trabalho de Humanização] locais, GTHs municipais, Fóruns regionais, etc). O que tem sido absolutamente comum a todos os planos de ação é a incorporação das rodas de conversa sobretudo para difusão da PNH, a inclusão de sujeitos com os quais as ações são discutidas e planejadas, ainda que tal inclusão seja predominantemente de trabalhadores e de trabalhadores inseridos em algum nível de gestão. A inclusão de usuários tem acontecido em menor escala, salvo exceções e singularidades regionais.

Que relação tem se estabelecido entre o objeto dos planos de intervenção e as regiões de realização dos processos de formação?

Ana Heckert: Um dos princípios dos processos de formação é o da corresponsabilização locorregional e a descentralização. A proposição era de que o foco dos planos de intervenção estivesse conectado às demandas e necessidades das regiões, a partir de uma análise situacional empreendida pelos próprios participantes dos cursos, em conjunto com sua equipe de coordenação e os coletivos regionais da PNH. É por considerar que estas demandas variam tanto em sua produção quanto em sua forma de expressão que defendemos a importância de não tomar um desenho/estrutura de curso como modelo a ser seguido ou repetido. Por exemplo, os cursos de Cuiabá (MT) e de Cidade de Deus (RJ) não foram estruturados do mesmo modo como outros cursos em andamento, exatamente em decorrência das demandas que expressavam.

Cleusa Pavan: Neste momento, tem sido possível falarmos um pouco mais apropriadamente da relação entre o objeto dos planos de intervenção e os serviços em que eles estão inseridos. Conforme explicitação da Ana, os planos de intervenção são construídos pelo apoiador/aluno com seu grupo local de trabalho, estando em sintonia fina com os desafios sinalizados durante a atividade coletiva de análise e explicitação do campo problemático a ser enfrentado. Na maioria dos casos, os apoiadores se deparam com o isolamento em que se encontram e com a necessidade de se articularem com outros serviços, inicialmente os da saúde, porém não só. É comum e surpreendente para eles mesmos o experimento da necessidade e do desejo de articulação com outras políticas sociais no território e fora dele. Os processos de formação, além de propiciarem o experimento da vida em redes - portanto, o experimento das redes como produtoras de desejo, potência, vida - enfatizam a articulação das ações no território e o funcionamento efetivo do SUS enquanto rede. Mais especificamente, sobre a relação entre o objeto dos planos de intervenção e as regiões de realização dos processos de formação, a experiência tem nos mostrado muitas articulações de apoiadores em formação e/ou já formados com os Colegiados Gestores Regionais do SUS, implementados a partir do Pacto de Gestão. Neste âmbito, tem se dado a formulação de planos de intervenção alinhavados em sintonia com as necessidades e demandas de determinadas regiões. A experiência da formação no Pontal do Paranapanema, por exemplo, nos deixa entrever a relação estreita entre um plano de intervenção de uma UP e as necessidades e demandas dos usuários (no caso, trabalhadores rurais sem terra) de quatro municípios daquela região. Importante assinalar que o movimento é desigual e que, no campo de batalha por um SUS mais operante e digno, estamos às voltas com dificuldades primárias - por exemplo, as de articulação de um serviço/equipamento com outro que se encontra no mesmo território, às vezes no mesmo quarteirão, o que nos leva a pensar que a relação dos planos com as regiões de saúde serão conquistas mais demoradas, apesar de presentes pontualmente desde já.

Que percentual dos planos de intervenção é referente a ações na ponta? E em nível central?

Cleusa Pavan: A conclusão, com respectiva organização de dados, de 3 processos de formação de maior envergadura (dois no RS e um em SP) nos mostra uma concentração de ações na ponta dos serviços. Aproximadamente 80% das intervenções estão aí localizadas.

Qual o percentual dos planos de intervenção em cada nível de complexidade da atenção?

Cleusa Pavan: A porcentagem de ações no nível da atenção primária varia de 43 a 48%, na atenção secundária fica em torno de 24% e na terciária é de aproximadamente 35%.

Colocar colofão

ISBN 978-85-334-1667-3



9 788533 416673

Disque Saúde
0800 61 1997

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



Ministério
da Saúde

