

A dimensão ético-estético-política da Humanização do SUS: estudo avaliativo da formação de apoiadores de Santa Catarina (2012-2014)

doi: 10.5123/S1679-49742015000300003

The ethical-esthetic-political dimension of SUS Humanization: evaluation study of the institutional supporters training process in Santa Catarina (2012-2014)

Marta Verdi

Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Saúde Pública e Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva, Florianópolis-SC, Brasil

Mirelle Finkler

Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Odontologia e Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva, Florianópolis-SC, Brasil

Maria Cláudia Souza Matias

Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva, Florianópolis-SC, Brasil
Ministério da Saúde, Política Nacional de Humanização, Brasília-DF, Brasil

Resumo

Objetivo: discutir as experiências e compreensões sobre a dimensão ético-estético-política (DEEP) da humanização do Sistema Único de Saúde de apoiadores institucionais da Política Nacional de Humanização (PNH) formados em Santa Catarina, em 2009. **Métodos:** pesquisa avaliativa de quarta geração realizada entre 2012 e 2014, envolvendo análise documental, aplicação de questionários, entrevistas e grupos focais. **Resultados:** a DEEP da humanização foi relacionada à ampliação da comunicação entre os sujeitos, à indissociabilidade entre o pensar e o fazer em saúde e à produção de subjetividade vinculada à gestão compartilhada. Ao mesmo tempo, observaram-se concepções de ética que por vezes prescrevem verdades acerca do bem comum, em uma lógica moralizante. **Conclusão:** concomitantes a um enquadramento operativo, pautado nos paradigmas tradicionais de formação, que viabilizou o processo formativo, surgiram linhas de fuga capazes de operar a inclusão do paradigma ético-estético-político, a partir das experimentações singulares dos apoiadores.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Ética; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde; Pesquisa Qualitativa.

Abstract

Objective: to discuss the experiences and insights of institutional supporters trained in Santa Catarina in 2009 regarding the ethical-aesthetic-political dimension (EAPD) of the National Health Service Humanization Policy (NHP). **Methods:** fourth generation evaluative research was performed between 2012 and 2014, involving documentary analysis, questionnaires, interviews and focus groups. **Results:** humanization EAPD was related to increased communication between those involved, the inseparability of thinking and doing in healthcare and the production of subjectivity linked to shared management. At the same time, it was possible to observe ethical concepts that sometimes make assertions about the common good based on a moralizing rationale. **Conclusion:** concomitant with an operating framework based on traditional training paradigms, which enabled the training process, the supporters' unique experimentations opened the way for the inclusion of the ethical-aesthetic-political paradigm.

Key words: Humanization of Assistance; Ethics; Health Policy; Unified Health System; Qualitative Research.

Endereço para correspondência:

Marta Verdi – Rua Laurindo Januário da Silveira, 5125, casa 6, Florianópolis, SC. CEP 88.062-201
Email: marta.verdi@ufsc.br

Introdução

Um dos desafios que a Política Nacional de Humanização (PNH) enfrenta desde sua formulação, em 2003, é o da disputa, no campo da saúde coletiva, por um conceito de humanização que se ancore em princípios e valores como autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade, solidariedade, defesa dos direitos dos usuários e participação coletiva no processo de gestão.¹ Registre-se que Benevides e Passos² chamavam a atenção para o desafio conceitual da humanização, referente à sua efetivação como estratégia de mudança para o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, a noção de humanização da PNH opõe-se à da idealização do ser humano – harmonioso, benevolente, capaz de prever os resultados de seus atos. Antes, constitui-se na diversidade e na concretude de suas experiências de homem contraditório, inacabado, mas também com potencial de criação de práticas e de si, na busca de novos projetos de existência.³

Os cursos de formação de apoiadores institucionais da PNH buscam associar a formação e a intervenção concreta.

Para compreender as implicações dessa proposta na mudança das práticas de gestão e atenção, é fundamental observar o paradigma que a sustenta. Formulado por Guattari⁴ para contrapor-se ao paradigma científico, o paradigma ético-estético-político que fundamenta a PNH associa estas três dimensões, buscando singularizar as experiências humanas em vez de generalizá-las, em um compromisso social e político com a realidade que opera a partir da escuta das diferenças entre os sujeitos. Assim, a dimensão ética é marcada pela escuta e a transformação que esta nos provoca, possibilitando outros modos de ser, conectados com a afirmação da vida como multiplicidade e abertura.⁵

A dimensão estética aposta na invenção de percursos, modos de fazer, produzindo novas formas de subjetivação e realidades, em um compromisso com o movimento contínuo, com o fluxo criativo. A vida é entendida como “obra de arte”,⁶ aberta para a reinvenção do ser, do estar e do sentir, a partir de modos mais efetivos de produzir saúde.

A dimensão política, segundo Rolnik,⁷ está focada na luta contra as forças que obstruem, em nós, as

possibilidades do devir. Ela prevê a constituição de um “campo de intervenção”, para o qual os sujeitos devem se voltar, a fim de problematizar e criticar a realidade. Para a PNH, esta dimensão é vislumbrada nas relações de poder e na democratização institucional, a partir da aposta no protagonismo dos diferentes sujeitos.^{8,9}

O paradigma científico tem sido hegemônico para a produção de conhecimento e para a formação em saúde,⁷ o que traz peculiaridades aos desafios enfrentados pela PNH, desde o entendimento de sua proposta até a capilarização nos territórios. Entre as estratégias utilizadas pela PNH para dar conta deste desafio está o investimento de esforços na formação de apoiadores institucionais. Tais processos apostam em metodologia e objeto inovadores, pois tanto a formação-intervenção quanto o apoio institucional não eram comuns no SUS até 2006, quando se realizou o primeiro curso da PNH com este objetivo.

O apoio institucional visa à construção de projetos cogерidos, destinados ao fomento e ao acompanhamento de processos de mudança nas organizações, fundamentando-se em conceitos e tecnologias da análise institucional e da gestão. Assim, o apoiador busca atuar junto a coletivos, auxiliando-os no processo de problematização da realidade, e acionando movimentos de ampliação da capacidade de análise e intervenção.¹⁰

A formação-intervenção entende formação como uma prática que interfere no modo de pensarmos o mundo e de nos relacionarmos com o outro. Assim, busca propiciar uma experimentação fundamentada na problematização da realidade e na constituição de modos de subjetivação que provoquem movimentos e desestabilizações naqueles modos de estar no mundo já instituídos. Enfatiza a experimentação, o compartilhamento e a problematização da experiência como maneiras de transformar os sujeitos e as realidades.¹¹⁻¹⁴

Nesse sentido, os cursos de formação de apoiadores institucionais da PNH buscam associar a formação e a intervenção concreta. Tomando como objeto de análise as demandas emergentes dos territórios, os apoiadores em formação, juntamente com coletivos localmente constituídos, formulam um Plano de Intervenção,¹ no qual os participantes experimentam a construção e implementação de um processo de interferência nas práticas de saúde ainda no decurso da formação.

Tanto o apoio institucional quanto a formação-intervenção são propostas coerentes com o paradig-

ma ético-estético-político. Entende-se como central para a sustentabilidade da PNH uma clara noção de como estas dimensões contra-hegemônicas têm se encarnado no fazer dos apoiadores formados e nos modos como estes compreendem e analisam suas realidades.

Este artigo foi produzido a partir de um recorte das discussões e resultados alcançados em uma pesquisa avaliativa multicêntrica, voltada aos efeitos dos processos de formação dos apoiadores institucionais desenvolvidos pela PNH. A fim de avaliar esses efeitos, o estudo elegeu como campo de pesquisa três processos de formação que já estavam finalizados por ocasião da construção do projeto de pesquisa. Isto permitiria avaliar os efeitos mais consolidados do processo formativo sobre a produção da saúde nos territórios. Assim, foram selecionados os cursos realizados nos estados do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina e de São Paulo. Entre os efeitos resultantes, destacaram-se as compreensões e experimentações da dimensão ético-estético-política (DEEP) vivenciadas pelos apoiadores durante e após o processo formativo, em suas práticas e serviços de saúde.

O objetivo do artigo é discutir as experiências e compreensões sobre a DEEP da humanização do Sistema Único de Saúde de apoiadores institucionais da Política Nacional de Humanização formados em Santa Catarina, em 2009.

Métodos

Este estudo de abordagem qualitativa foi ancorado na metodologia avaliativa de quarta geração, de caráter formativo e participativo, caracterizando-se como uma pesquisa-formação-intervenção, desenvolvida no período de 2012 a 2014.

A pesquisa avaliativa de quarta geração abrange o mundo da experiência vivida, tendo o desafio de acompanhar, pesquisar e avaliar os encontros entre os diferentes sujeitos envolvidos, a partir de um aporte que incluía suas demandas, valores, sentidos, desejos e conflitos. Tal perspectiva busca propiciar um aumento do “grau de apropriação” desses aspectos pelos diferentes sujeitos. Nesta abordagem, a avaliação exige a construção de uma rede de discussão e análise, entendendo-se que, se avaliar é emitir um juízo de valor, é necessário considerar que os valores e julgamentos expressam a história, a visão de mundo dos avaliadores e avaliados.¹⁵⁻¹⁸

A discussão sobre as compreensões e experiências dos apoiadores foi realizada à luz dos referenciais fundamentados no paradigma ético-estético-político,^{4,6} articulando-se um diálogo com a bioética cotidiana,¹⁹ enquanto campo da ética dedicado à discussão sobre a produção do bem comum na saúde e temas como defesa dos direitos, autonomia e empoderamento dos sujeitos.

Para dar corpo a este referencial teórico-metodológico, foram empregadas estratégias que objetivavam concomitantemente a gestão compartilhada da pesquisa, a formação de pesquisadores e a intervenção na produção da saúde: a constituição de Comitês Ampliados de Pesquisa, a realização de oito oficinas de pesquisa e de dois seminários com os apoiadores e demais grupos de interesse.²⁰ Os Comitês Ampliados de Pesquisa foram inspirados na ideia de Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) da PNH, entendida como um dispositivo que se propõe a ser um espaço de cogestão do trabalho, de produção de conhecimento, de troca e de participação.

A população da pesquisa foi constituída pelos 57 apoiadores institucionais que realizaram o processo de formação de maio a dezembro de 2009, em Santa Catarina. Eram trabalhadores e gestores do SUS, distribuídos em 24 municípios catarinenses. O curso foi realizado em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, através da Escola de Saúde Pública, e da Universidade Federal de Santa Catarina (Tabela 1). Envolveu atividades presenciais e à distância, através da plataforma de EAD TelEduc. Os participantes foram distribuídos em oito Unidades Produtoras de Saúde (UPs), compostas pelos alunos do curso organizados em coletivos macrorregionais de saúde e coordenadas por um formador/tutor.

Para incluir a totalidade dos apoiadores formados em todas as etapas de colheita de dados, utilizaram-se as seguintes estratégias: contato telefônico e por *e-mail*, evento estadual sobre o tema do apoio institucional no SUS, com lançamento oficial da pesquisa, e convite a todos os apoiadores participantes do evento.

Os procedimentos de colheita de dados incluíram três etapas: pesquisa documental; aplicação de questionários; e grupos focais e entrevistas.

A primeira etapa, ocorrida de janeiro a setembro de 2012, constituiu-se da análise documental dos 57 planos de intervenção (PI) dos 57 apoiadores formados no curso. Cada PI representou o relato de um apoiador do

Tabela 1 – Matriz síntese do processo de formação de apoiadores institucionais em Santa Catarina, 2009

Características	Curso de formação de apoiadores institucionais em Santa Catarina
Modalidade educacional	Aperfeiçoamento
Metas	Formar 60 apoiadores institucionais
Parcerias	Ministério da Saúde/Política Nacional de Humanização (MS/PNH) Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC)/Escola de Saúde Pública Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
Financiamento	MS/PNH (80%) SES/SC (20%)
Período de realização do curso	Maior a dezembro de 2009
Carga horária	230h
Unidades de Produção de Saúde (UPs)	Oito UPs distribuídas nas macrorregiões do estado
Resultados finalísticos	<ul style="list-style-type: none"> • 57 apoiadores formados • 28 municípios de Santa Catarina envolvidos e um do Paraná • 57 intervenções nas práticas de gestão e atenção acionadas • Duas gerências regionais de saúde da SES/SC • 24 secretarias municipais de saúde envolvidas • 12 hospitais envolvidos • 38 encontros de UPs, com participação de trabalhadores e gestores do Sistema Único de Saúde • Consolidação de parceria interinstitucional entre o MS, a SES/SC e a UFSC

Fonte: Adaptado de Paulon et al., 2014.²⁰

processo de construção da sua intervenção no serviço, finalizado e entregue ao término do curso. Todos os PIs foram analisados com auxílio do *software* de análise de dados qualitativos Atlas.ti®.

A segunda etapa foi planejada considerando-se uma análise prévia dos resultados gerados pela pesquisa documental. Assim, os questionários eletrônicos foram compostos por questões abertas e fechadas, que abrangiam: dados de identificação dos apoiadores; tempo de atuação e tipo de inserção no SUS; razões para as mudanças de tipo ou local de inserção no SUS; avaliação do nível de conhecimento dos colegas e gestores sobre a PNH antes e depois do curso; diretrizes do plano de intervenção; efetivação e efeitos do plano; facilidades e dificuldades na intervenção; efeitos do plano durante e após o curso; adequação das estratégias pedagógicas e da gestão do curso; e mudanças na relação do apoiador com o SUS a partir do curso. A aplicação de questionários eletrônicos *on-line* deu-se via plataforma FormSUS, que permaneceu aberta para preenchimento de outubro a dezembro de 2012.

Na terceira etapa, a partir de análise prévia dos dados das etapas anteriores, foram planejados e organizados os roteiros para os grupos focais e entrevistas semiestruturadas que foram realizados no segundo semestre de 2013. Tais roteiros abrangiam aspectos da DEEP vivenciada pelos apoiadores, compreensões

acerca da função apoio, a experimentação da produção de redes a partir do curso e a experimentação dos dispositivos ao longo do processo de intervenção. Ali, os sujeitos puderam analisar e “estranhar” as análises iniciais, corroborando-as ou lançando novas informações e perspectivas de análise ao processo da pesquisa. Foram realizados três grupos focais e cinco entrevistas nas situações em que o grupo focal não foi possível. O registro dos dados colhidos nesta última etapa foi realizado na forma de narrativas. Participaram 10 apoiadores, oriundos de quatro macrorregiões de saúde do estado.

Ao final do processo de colheita dos dados, o *corpus* de análise foi composto, portanto, por 57 PIs, 35 questionários respondidos e oito narrativas (três grupos focais e cinco entrevistas). A análise documental possibilitou a construção de uma primeira lista de pré-categorias que abrangeu os principais temas mencionados. Estas pré-categorias originaram categorias de análise da pesquisa, que foram sendo qualificadas, alteradas ou corroboradas com os dados obtidos nas etapas posteriores, via triangulação dos dados. Ao final, obtiveram-se oito grandes categorias ou eixos analíticos, dos quais se destaca a categoria da DEEP, foco deste texto.

O processo analítico da categoria “DEEP da humanização do SUS” foi se constituindo a partir das

subcategorias: ampliação da comunicação entre os sujeitos, inclusão de sujeitos e analisadores, respeito à diferença, lugar do poder nas relações e produção de subjetividade vinculada à corresponsabilização e gestão compartilhada. Para identificar a origem das falas representativas das análises, foram utilizados os acrônimos “GF” para grupos focais e “PI” para planos de intervenção.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, tendo sido aprovado sob o parecer 0241.3108-11, em 18 de novembro de 2011. Somente após esta aprovação e a anuência da Escola de Saúde Pública, os apoiadores foram convidados a participar do estudo. Sua adesão foi voluntária, tendo-se assegurado os direitos a se retirarem da pesquisa em qualquer de suas etapas, a terem resguardado o sigilo das identidades, a acessarem os resultados da pesquisa, e a participarem do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os demais aspectos éticos mencionados na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Responderam ao questionário eletrônico 35 dos 57 apoiadores contatados e convidados a participar da pesquisa. Vários foram os motivos alegados para a não participação, como a mudança de estado, a mudança de profissão e de área de trabalho, o convidado não ter mais contato com a saúde, a falta de disponibilidade, e as dificuldades de uso da plataforma FormSUS. Em relação aos apoiadores que responderam ao questionário, em sua maioria eram trabalhadores inseridos há mais de 10 anos em serviços municipais do SUS, tendo graduação predominantemente em enfermagem ou serviço social, sendo que 27 possuíam especialização na área da saúde.

A análise dos PIs mostrou que os discursos e as vivências dos apoiadores ao término do curso revelavam diferentes compreensões referentes à DEEP. A centralidade da ampliação dos graus de comunicação apareceu em alguns momentos, apontando para a necessidade de agenciamentos entre sujeitos, coletivos, políticas e serviços. Tal ampliação – ou transversalização – apareceu associada à possibilidade de ampliarem-se as análises e intervenções nos diferentes contextos. A ampliação da comunicação foi indicativa de um dos

efeitos do curso, assim como a percepção da construção de redes entre sujeitos, coletivos, serviços, territórios e políticas, evidenciada no PI de um apoiador:

"tornou-se muito clara para mim a possibilidade de construção de uma ponte entre as duas políticas do SUS: a Política de Saúde Mental e a Política Nacional de Humanização, partindo da análise do cotidiano vivenciado pelos trabalhadores (...) seria fundamental o diálogo com os coletivos de trabalhadores (...) a inclusão do outro nas discussões não é tarefa fácil, e o SUS tem como proposta uma política que tem de ser construída no sujeito coletivo, portanto, nosso maior desafio estava em pensarmos de que forma nos sustentaríamos como grupos (PI)".

O tema da inclusão apareceu tanto se referindo aos diferentes sujeitos quanto à inclusão dos conflitos, embora, em relação a este último aspecto, nem sempre apareça como algo que necessariamente deva ser incluído na roda e problematizado coletivamente.

Observou-se também o entendimento de que as mudanças na realidade dos serviços precisam ser operadas coletivamente, a fim de se incluírem novos sujeitos e se ampliar a perspectiva de análise e de compartilhamento de saberes. Não obstante, a dificuldade de inclusão foi percebida por 31 dos 35 apoiadores que indicaram, nos questionários, ter havido cogestão no decorrer do curso, mas com dificuldade de inclusão de alguns atores.

Relacionada à inclusão de novos atores, outra compreensão que pôde ser apreendida a partir dos dados dos PIs, grupos focais e entrevistas incidia sobre a necessária indissociação entre quem planeja e quem executa.

A vivência da micropolítica como uma possibilidade real de interferência nas práticas e nos sujeitos foi outra aproximação da experiência ético-estético-política observada nas narrativas produzidas pelos apoiadores no grupo focal. Conforme depoimento: “Atualmente, entendem que incorporaram um exercício de tomar decisões compartilhadas: ‘entrou em mim, não vou decidir sozinha’ (GF)”.

O tema do comprometimento e da responsabilização surgiu na fala dos apoiadores após análise do seu território e processo de trabalho. O comprometimento foi percebido pelos apoiadores, desde uma perspectiva mais individual, em que o apoiador convoca a si e aos outros apoiadores para a tarefa de transformar a realidade, até um comprometimento no qual a pre-

sença de todos é imprescindível, avançando para uma perspectiva de corresponsabilização. Tal análise, no decorrer do curso, acabou promovendo uma crítica em relação às situações em que esta responsabilidade não é compartilhada.

Cabe ressaltar que, nos questionários, quase todos os apoiadores afirmaram sentir-se “altamente engajados” ou “engajados” com o curso, dado corroborado nos grupos focais.

"Há um assinalamento para “convocar” os apoiadores... (sic). O indicativo evoca uma análise coletiva sobre a implicação dos participantes à época do curso (...) havia pessoas que estavam participando (...) [em decorrência] de pedido de gestores, que não se identificaram com a proposta da PNH e que ao longo do curso foram deixando de participar (GF)".

De qualquer forma, nos PIs tal comprometimento mostrou-se associado à grupalidade nas UPs. Os dados levantados no questionário sobre tais questões mostraram resultados semelhantes, indicando que os apoiadores consideraram “forte” a grupalidade vivenciada. É possível que o grau de engajamento dos apoiadores tenha influenciado a intensidade da grupalidade ocorrida nas UPs e vice-versa, uma vez que tendemos a defender (ou lutar por) aquilo que nos motiva, nos mobiliza, que faz sentido.

Nessa direção, a defesa de um “SUS que dá certo” – aposta da PNH – constitui-se em expressão de certo reencantamento do concreto e da aposta na transformação da realidade com base nos princípios norteadores do sistema, entre os quais o da integralidade. Em algumas citações, aparece uma preocupação com o modo de o cuidado ser conduzido, sendo apontada a integralidade das ações como princípio balizador para a atenção em saúde.

Em alguns relatos dos PIs, avançou-se no sentido de uma defesa do direito à saúde; porém, por vezes, tal defesa se encerra apenas no acatamento da lei, pela prescrição de condutas ou pela programação das ações:

"favoreciam alguns pacientes, “passando na frente”, dando um “jeitinho”, distribuindo medicamentos sem receituário, trocando requisições de exames particulares para o SUS sem o médico sequer “ver” o usuário. O que antes era correto e permitido, atualmente não se pratica, é incorreto e proibido. O “novo método de trabalho” dentro do que manda a lei gerou certa resistência por parte de alguns usuários (...) porém os que não tinham essas facilidades com

certeza estão gostando e apoiando a nova gestão e valorizando os profissionais da saúde, construindo junto [um] serviço resolutivo e humanizado (PI)".

A defesa do público, da produção de um comum na diferença, apareceu associada à ideia de interesse coletivo, que precisa ser tomado como objeto de trabalho por seu valor de uso.

"Queremos então produzir juntos através da diferença, o comum. O comum reflete o consenso, que nos permite operar naquele momento, não necessariamente para sempre (PI).

Reconhecer o outro como diferente é muito simples (...) mas não basta respeitar a diferença, é preciso desejar a diferença, desejar outras perspectivas. Olhar para outros ângulos possibilita a mudança de si e isso é enriquecedor! Da rede de conversações é possível tornar plástica nossa própria posição. É uma construção coletiva individual (GF)".

Quando o tema da ética é citado literalmente pelos apoiadores, há falas que expressam a humanização como uma consequência da incorporação da dimensão ética na saúde, e que vinculam humanização ao respeito à autonomia e ao fomento do protagonismo: “Como já falamos, o acolhimento não é um espaço ou local, mas uma postura ética e não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo (PI)".

O tema da diferença – a alteridade, o modo como lidamos com o outro – foi associado à dimensão ética pelos apoiadores. Entretanto, também apareceu o tema da empatia como condição para que o respeito à diferença possa ser experimentado, e o da moralidade – do conjunto de regras de conduta consideradas corretas –, trazendo o debate para o campo das consequências do agir. Eis um exemplo: “as questões da PNH estão diretamente relacionadas à missão que a instituição tem, ou seja, coragem, generosidade, dar passagem, permitir-se tocar pela diferença para diferir, tudo isto com o propósito de aprimorar o SUS, aposta ético-política que une este grupo (PI)".

A dimensão ética apareceu ainda na perspectiva dos conflitos que se colocam para o apoiador na experimentação desta função. A análise (de implicação) sobre o lugar de poder ocupado pelo apoiador na malha de forças institucionais se fez presente para pensar a perspectiva ética, como neste depoimento: “Algumas noções constituídas a partir do curso da PNH oportunizaram analisar relações de poder e jogos de forças institucionais e políticas reverberando na postura e

na posição ético-política das apoiadoras. De tal modo, sob esses efeitos surgiram conflitos pessoais (GF)”.

Sobre como os apoiadores experimentaram a DEEP, percebeu-se que o termo “ética” compareceu, com frequência, em seus planos de intervenção. Em geral, aludia a condutas que seriam moralmente condenáveis. Isto poderia ser indicativo de uma compreensão da humanização a partir do conceito-sintoma – por exemplo, no caso dos apoiadores que “levam” a humanização aos demais. Trata-se de uma concepção de ética deontológica e moralizadora, prescritora de regras de conduta e comportamento, em oposição à concepção de ética como uma reflexão sobre a moral. Exemplificando: “Já os demais membros da equipe relataram que muitos agentes não tinham atitudes éticas necessárias a uma Unidade de Saúde e que era preciso repensar o papel dele[s] no acolhimento do usuário e a postura necessária (...) [de um] profissional de saúde (PI)”.

Em alguns momentos, pode-se observar entre os apoiadores um possível movimento de ruptura com o conceito de humanização a partir do ideal de ser humano. Esse parece ser um analisador importante do processo de formação, na medida em que, por outro lado, foram investigadas falas nas quais os apoiadores se veem em uma posição de relativa centralidade no SUS, responsáveis pela transformação do sistema. Isto indicaria um processo de captura, em que a função apoio se cola a certa noção de militância. A PNH é “o” caminho. E como “fugir” deste modo de subjetivação? Valendo-se de uma vestimenta “formador-messias”, que detém o controle sobre os efeitos de todas as suas ações, inclusive a de formar “bons” apoiadores? Nesse sentido, assim como o termo humanização é paradoxal, a dimensão da ética também deve ser analisada sob o ponto de vista do paradoxo, e não da contradição ou de um modo maniqueísta de avaliar as práticas.

“Não sabemos tentar o novo... tem que ter um fio condutor”, fala a apoiadora, fazendo referência à função de um sujeito onipresente e onipotente capaz de dar “motivação” a um grupo ou pessoas. A aposta, aparentemente, reside na figura de um ator e não de um coletivo, como um apoiador capaz de solucionar problemas e apontar saídas (GF).

Os apoiadores habitavam dois âmbitos de experimentação na época do curso: por um lado, a discussão sobre o compartilhamento de poderes e de modos de gestão no próprio curso; e, por outro, simultaneamente,

o enfrentamento de uma realidade contrária a decisões coletivizadas nos espaços da gestão municipal. Neste contexto, sinalizaram o tema da concentração de poder e do desafio da democratização institucional, junto com a crítica aos modos tradicionais de gestão.

Há falas que tomam a produção de subjetividade como tema que merece ser problematizado, vinculando-o à possibilidade de gestão compartilhada, corresponsabilização e produção de protagonismo. Vejamos mais um exemplo: “É fácil manter o instituído. O difícil é nos conscientizarmos [de] que a mudança deve começar por nós! (PI)”.

Quanto ao tema da corresponsabilização, embora esta possa derivar de um posicionamento ético que prioriza o compartilhamento, as ações coletivas e a inclusão, cabe destacar que, no discurso dos apoiadores, a corresponsabilidade não foi necessariamente vinculada a essa dimensão.

Discussão

De um modo geral, percebeu-se que o discurso dos apoiadores acerca da humanização traz a DEEP associada a um conjunto de atitudes, princípios e valores que orientam a reflexão e a ação cotidianas nos serviços de saúde e no SUS, de modo mais amplo. Ao mesmo tempo, associa a DEEP à desestabilização dos poderes instituídos, através da democratização das relações de poder. Ambas as concepções trazem elementos éticos e políticos em suas formulações.

Berlinguer¹⁵ afirma que a condição que possibilita aos sujeitos transitarem de um polo de passividade para outro, de protagonismo, é o exercício da participação e do compartilhamento no desenvolvimento de capacidades de conversão da riqueza de um povo em ações que promovam saúde. A atenção dada pelos apoiadores a temas como o do compartilhamento dos poderes expressa um assinalamento nesta direção, bem como a preocupação com a intencionalidade ética que anima o seu pensar e fazer cotidianos. Tal fazer se alinha a um dos maiores desafios colocados para o SUS: o da construção de uma agenda que dê ênfase ao cuidado e à responsabilização compartilhada.

Na PNH, a inclusão toma um sentido ético-estético-político, pois, partindo das diferenças e da perturbação que elas produzem, busca-se construir um plano comum que não despreza os sujeitos e suas experiências concretas de vida, nem se centraliza em alguma polaridade,

fazendo-se acordos que permitem agir em prol de uma causa comum, do bem comum.²¹

Seguindo na perspectiva do curso enquanto ação que aciona, mas não encerra a processualidade da formação destes apoiadores, observam-se concepções de ética que por vezes prescrevem verdades acerca do bem comum, organizado em direitos e deveres. Uma lógica moralizante, delimitadora de verdades e julgamentos, aparece nestas concepções, localizadas no plano da moral – aquele que produz balizamentos de conduta –, e não do que aqui se chamou de ética: uma prática de si, através da qual se busca a própria transformação.²²

Assim, um dos sentidos da avaliação destes processos é o de se construir uma narrativa que aponte pistas acerca do acionamento da experimentação do cuidado de si, do exercício ético-estético-político enquanto produção de reposicionamentos em relação ao SUS e à própria compreensão da vida. Nos questionários aplicados, surgiram sinais deste reposicionamento, salientando-se que a totalidade das respostas dos 35 apoiadores apontou para a mudança destes sujeitos em sua relação com o SUS, a partir do curso.

A concepção da dimensão ética como aquela que habita um polo subjetivo e relacional – o dos vínculos entre profissionais e usuários – é frequente em produções acadêmicas e pode ser observada no discurso de alguns apoiadores. Como alertam Heckert *et al.*,²³ neste entendimento a ética pode ser percebida como uma dimensão desprovida de seu teor político, reduzida ao plano intersubjetivo/interpessoal, privado-íntimo.

Por seu turno, Machado e Lavrador²⁴ afirmam que, ao nos afastarmos da intolerância e da indiferença ao que difere, nos aproximamos da ética, o que implica necessariamente uma autoanálise e um posicionamento crítico quanto às prescrições morais, considerando-se os jogos de forças que envolvem cada situação. Deste modo, a perspectiva ética envolveria um “cuidado de si”, que se dá quando os sujeitos deixam-se tocar pelos afetos e pelo sensível. A expressão “cuidado de si” é de autoria de Michel Foucault, utilizada por ele para referir-se a uma complexa noção utilizada pelos gregos que designava o conjunto de atitudes, práticas e ações relacionadas que tinham em comum o ato de voltar-se para si mesmo – a conversão a si –, uma busca por estabelecer uma relação de retidão entre ações e pensamentos. No cuidado de si, a ação correta, segundo princípios verdadeiros, é o que leva o sujeito

a medir seus progressos na constituição de um eu da ação ética correta, a ser procurado no próprio sujeito:

*Pensar a ética, intervir num plano ético, é pensar/intervir, antes de tudo, sobre nós mesmos, na vida, no viver. Potência política de expansão das redes sociais por meio do exercício ético do “cuidado de si” em sua força estética de invenção de outras possibilidades de vida, de ampliação das normatividades, de transmutação de estados de coisa. Enfim, resistência contínua a todos os modos naturalizados de sobreviver/sobrevivência.*²⁰

Acerca das noções de corresponsabilização e inclusão como elementos importantes na dimensão ética, Oliveira²⁵ diz que é a relação de apoio que forma o apoiador, no sentido ético de liberar as forças ativas e “cuidando para que as forças reativas não sirvam ao medo e à guerra, mas estejam operando seu lugar de prudência nas relações”. A produção de novas subjetividades, fundamentadas na solidariedade e na equidade, pressupõe a inclusão de sujeitos, coletivos e analisadores sociais expressos nas crises e perturbações, possibilitando que o sujeito se defronte com aquilo que há de estranho nele, e que pode conduzi-lo a um reposicionamento subjetivo, encontrando novos modos de ser.²⁶

A produção de sujeitos se faz no encontro de forças e nos processos. Por esta razão, informações e apropriação de conhecimentos técnico-científicos per si não resultam em mudança das práticas, tornando necessárias ações de formação que problematizem as práticas de cuidado em saúde e os processos de trabalho.

Observa-se que os valores que norteiam a PNH, como a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, a solidariedade dos vínculos estabelecidos, a defesa dos direitos dos usuários e a participação coletiva no processo de gestão, entre outros, são coerentes com a DEEP, e visam dar materialidade a este paradigma no contexto da produção de saúde e do SUS, como observado na compreensão dos apoiadores.

A indissociabilidade entre estas dimensões vem sendo analisada por autores como Campos²⁷ e Ayres.²⁸ Enquanto o primeiro considera a proposta de humanização feita pela PNH uma estratégia eminentemente política, em virtude de ampliar a agenda da saúde no Brasil, o segundo vê nessa proposta um caminho para a presença da ética na construção do SUS. O centro dos desafios políticos do sistema deve estar no cultivo de uma ética de emancipação dos sujeitos, por meio do reconhecimento da centralidade da palavra e da dignidade do diálogo, como meios de

construção compartilhada entre sujeitos plenos de direito a uma atenção à saúde universal, equânime e integral.²⁸

É oportuno destacar que a diferença de tempo entre a produção dos dados foi considerada para a discussão dos resultados, por meio de identificação das diferentes fontes, no modo como elas dialogaram com o conteúdo dos PIs – relativizando-o, negando-o ou corroborando-o. Optou-se por analisar as compreensões e experiências dos apoiadores formados no estado de Santa Catarina apenas, e não dos demais estados, porque, apesar de a proposta político-pedagógica ter sido inicialmente semelhante, os cursos nos três estados assumiram contornos singulares no seu desenrolar.²⁰

Concomitantes a um enquadramento operativo pautado nos paradigmas tradicionais de formação, necessários como estratégia de viabilização do curso, surgiram linhas de fuga, capazes de operar a inclusão do paradigma ético-estético-político, a partir das experimentações singulares que estes apoiadores fizeram das estratégias pedagógicas. O valor de uso dessa formação caminha na direção de uma ampliação da capacidade de análise e de intervenção sobre si e a realidade. Estas transformações, fundamentais para o agenciamento da transformação social, são possíveis quando intencionam criar um plano de experimentação da produção de forças instituintes, que engendram e incluem novos modos de fazer e novos sujeitos. Desse modo, a formação

*toma um sentido ético-político, visto que não pretende incluir para manipular ou docilizar corpos e relações. Ao contrário, partindo das diferenças e da perturbação que elas produzem [,] construir um plano comum (...) como síntese provisória, como acordo que permite agir em prol de uma causa comum, do bem comum.*³⁰

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS. Vol. 1, Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série B. Textos básicos de saúde).
2. Benevides RB, Passos EH. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface Comunic Saude Educ. 2005 mar-ago;9(17):389-94.
3. Benevides R, Passos EH. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Cienc Saude Coletiva. 2005 mar-ago;10(3):561-71.
4. Guattari F. Caosmose: um novo paradigma estético. Oliveira AL, Leão LC, tradutores. São Paulo: Editora 34; 1992. (Coleção trans).
5. Paulon SM, Romagnoli RC. Pesquisa intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. Estud Pesqui Psicol. 2010;10(1):85-102.
6. Deleuze G. Conversações. Pelbartm PP, tradutor. São Paulo: Editora 34; 1992. (Coleção trans).
7. Rolnik S. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. Cad Subj. 1993 set-fev;1(2):241-5.

Uma concepção de formação que fomente alternativas para problemas concretos, a partir da reflexão crítica acerca do modo como o outro é incluído nas relações, e que tenha a democracia institucional como horizonte, torna-se particularmente relevante para alavancar a mudança de modelo de atenção à saúde no SUS.

Agradecimentos

Agradecemos o apoio financeiro recebido do CNPq – processo nº 454758/2012-0 – e do Ministério da Saúde via PROADI – SIPAR nº 25000.181244/2011-76 –, bem como aos demais pesquisadores que contribuíram na concepção e delineamento do estudo e na coleta dos dados: Ana Losso, Carlos Alberto Severo Garcia Junior, Daniela Baumgart de Liz Calderon, Gabriella de Almeida Raschke Medeiros, Lucas Alexandre Pedebôs, Luzilena Prudêncio Rohde, Maria Esther Souza Baibich, Melisse Eich, Patrícia de Souza Campos Silva, Sabrina Faust e Tatiana Lucia Caetano.

Contribuições das autoras

Verdi M participou da concepção e delineamento do estudo, análise dos dados e revisão crítica do conteúdo intelectual.

Matias MCS e Finkler M participaram da concepção e delineamento do estudo, coleta e análise dos dados, e redação do artigo.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

8. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série B. Textos básicos de saúde).
9. Ministério da Saúde (BR). Projeto de cooperação técnica: curso de formação de formadores e de apoiadores para a Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
10. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
11. Heckert ALC. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: CEPESC; 2007. p. 199-212.
12. Heckert AL, Neves CAB. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos R, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC; 2007. p. 145-60.
13. Barros MEB. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, Ceccim R, organizadores. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p. 131-51.
14. Fuganti L. Saúde, desejo e pensamento. In: Lancetti A, coordenador. Saúde e loucura. Vol. 2. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 19-82.
15. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Cien Saude Coletiva. 2006 set;11(3):705-11.
16. Furtado JP, Onocko Campos R. A transposição das políticas públicas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. Rev Latinoam Psicopat Fund. 2005 mar;8(1):109-22.
17. Guba E, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage Publications; 1989.
18. Silva LM, Formigli VL. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. Cad Saude Publica. 1994 jan-mar;10(1):80-91.
19. Berlinguer G. Bioética cotidiana. Brasília: UNB; 2004.
20. Paulon SM, Chaves AGCR, Eidelwein C, Passos E, Righi LB, Verdi M, et al. Errâncias e itinerâncias de uma pesquisa avaliativa em saúde: a construção de uma metodologia participativa. Saude Transf Soc. 2014;5(2):20-8.
21. Pasche DF, Passos EH, Hennington EA. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. Cienc Saude Coletiva. 2011 nov;16(11):4541-8.
22. Foucault M. A hermenêutica do sujeito. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2010.
23. Heckert ALC, Passos EH, Barros MEB. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. Interface Comum Saude Educ. 2009;13 supl 1:493-502.
24. Machado LD, Lavrador MCC. Por uma clínica da expansão da vida. Interface Comum Saude Educ. 2009;13 supl 1:515-21.
25. Oliveira GN. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2011.
26. Pasche DF. Desafios éticos para a consolidação do SUS. In: Caponi S, Verdi M, Brzozowski FS, Helmann F. Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Palhoça: Unisul; 2010. p. 381-9.
27. Campos GWS. A humanização é uma estratégia política. In: Barros MEB, Santos Filho SB, organizadores. Trabalhador da saúde, muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí; 2007. p. 11-5.
28. Ayres JR. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saude Soc. 2009 abr-jun;18(2):11-23.
29. Rocha ML, Aguiar KF. Entreatos: percursos e construções da psicologia na rede pública de ensino. Estud Pesqui Psicol. 2010;10(1):68-84.
30. Pasche DF, Passos EH. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde: aposta da política de humanização da saúde. Saude Debate. 2010 jul-set;34(86):423-32.

Recebido em 27/11/2014
Aprovado em 20/04/2015