

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE  
TURMA RETSUS NORDESTE

Nélida Aleixo Cassella

APOIO INSTITUCIONAL:  
a percepção dos apoiadores em uma Maternidade Pública de Alagoas

Rio de Janeiro

2016

Nélida Aleixo Cassella

**APOIO INSTITUCIONAL:**

a percepção dos apoiadores em uma Maternidade Pública de Alagoas

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Felipe Rangel de Souza Machado

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

C344a

Cassella, Nélida Aleixo

Apoio institucional: a percepção dos apoiadores em uma Maternidade Pública de Alagoas / Nélida Aleixo Cassella. - Rio de Janeiro, 2016. 111 f.

Orientador: Felipe Rangel de Souza Machado

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

1. Humanização da Assistência. 2. Gestão em Saúde. 3. Política Nacional de Humanização. I. Machado, Felipe Rangel de Souza. II. Título.

CDD 614.253

Nélida Aleixo Cassella

**APOIO INSTITUCIONAL:**

a percepção dos apoiadores em uma Maternidade Pública de Alagoas

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 12/07/2016

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Felipe Rangel de Souza Machado (FIOCRUZ / EPSJV)

---

Profa. Dra. Francini Lube Guizardi (FIOCRUZ / DIREB)

---

Profa. Dra. Maria Cecília de Araújo Carvalho (FIOCRUZ / EPSJV)

*Dedico esse trabalho, a quem devo  
tudo que sou... Meus pais!*

## AGRADECIMENTOS

Escrever, sempre foi um grande desafio para mim. Penso que por esse motivo estou tão feliz em ter conseguido finalizar essa dissertação. É um misto de sentimentos: alegria, alívio, saudade e, principalmente, gratidão. E tenho muito a agradecer!

A presença de Deus em minha vida é demonstrada a cada momento por essa força maior e inexplicável que se chama fé. Fé que me deu forças para acreditar que era possível realizar esse sonho de concluir um mestrado. A Ele, meu muito obrigado.

Agradeço a minha família. Meu pai, Sr. João, minha base e melhor exemplo de honestidade e de luta. Há muito não está entre nós, mas tenho certeza que esteve todo o tempo ao meu lado dizendo: “vá, você consegue”. Minha mãe, D. Zefinha, que nos seus 87 anos é minha maior inspiração em prosseguir nas dificuldades, mostrando-me, em sua simplicidade, que felicidade é estar vivo, acordar toda manhã e realizar sonhos! Minhas irmãs Jane e Nadja, por me incentivarem e por me darem seu ombro em aconchego sempre que preciso.

A família que construí e onde encontrei o sentido maior do amor através de Tamires e Victor, que são a minha melhor produção, indiscutivelmente. Obrigada meus filhos pela compreensão naqueles momentos de stress e nas ausências constantes nesses dois anos. Mas, digo que nada teria sido possível se não tivesse contado com o amor de Julio, meu companheiro e meu equilíbrio nesses 28 anos de convivência, sempre dando força aos meus ideais e me instigando a prosseguir. Especialmente a Julio minha gratidão, por estar incondicionalmente ao meu lado. Você foi e sempre será muito mais do que se pode esperar. Amo vocês!

E foram muitas idas e vindas ao Rio! E muitas mudanças no tema, no título, nos objetivos, enfim, demonstro aqui a minha gratidão ao meu orientador que sempre sinalizava “você vai dar conta”. Felipe, obrigada por sua competência ao orientar e por se fazer tão presente e tão próximo mesmo estando a 2.131km de distância. Nossa comunicação fluiu com leveza por e-mails, por Skype, por WhatsApp, sempre com retornos muito rápidos as minhas solicitações (rapidez que lhe é tão peculiar até no modo de falar) e que facilitou consideravelmente a minha produção escrita.

Não posso deixar de considerar em minha lista de gratidão toda equipe de professores do mestrado da EPSJV: sobrevivi a Marx e Gramsci; andei na corda bamba de sombrinha; viajei nas ideologias, mas, para isso, precisei de “Documentos de identidade” e de uma “Reestruturação produtiva” em busca de “Novos modelos” para compreender as “Políticas públicas”. Esse caminho, tudo junto e misturado, só reforçou em mim o conceito de profissionalismo e de competência desses docentes, que levarei como exemplo por toda vida.

Incluo nessa equipe os meninos da informática, além de Patrícia, Michele e Cláudia, com toda paciência, carinho, atenção e acolhimento a nós dedicados.

E os amigos... Serei eternamente grata a esse mestrado por me ter dado de presente tantos novos e queridos amigos! Entre as produções, foram muitos risos, lágrimas, brincadeiras, desânimos, problemas de saúde atravessados com bravura e determinação. Com certeza eu e a “Casa Amarela” jamais seremos os mesmos após a passagem do Nordeste por lá na figura de, Juliana, Alessandro, Cláudia, Dulciane, Fernando, Flávia, Francélia, Janaina, Iara, Josinaldo, Kelliane, Leila, Cordélia, Patricia, Renata G, Renata A, Jadson, Pedro e Assunção. Sinto-me privilegiada por fazer parte desse grupo!

Um muito obrigado especialmente carinhoso às professoras Francine Guizardi e Marcia Lopes pelas importantes sugestões no momento da qualificação, aos amigos Sérgio Lessa e Cristina Paniago pelo incentivo. E a minha Psicóloga e amiga Fabiana Plech por me colocar no rumo, quando a cabeça não estava bem.

Por fim, tenho muito a agradecer a aqueles cuja presença foi fundamental para a realização desse trabalho, ou seja, os apoiadores institucionais da Maternidade Santa Mônica, especialmente Fred e Petrucia, pela paciência em dirimir as minhas dúvidas que não foram poucas.

A todos vocês digo, através das palavras de Fernando Pessoa, que “O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

*“A palavra "flexibilidade" entrou na língua inglesa no século quinze. Seu sentido derivou originalmente da simples observação de que, embora a árvore se dobrasse ao vento, seus galhos sempre voltavam à posição normal. "Flexibilidade" designa essa capacidade de ceder e recuperar-se da árvore, o teste e restauração de sua forma. Em termos ideais, o comportamento humano flexível deve ter a mesma força tênsil: ser adaptável a circunstâncias variáveis, mas não quebrado por elas. A sociedade hoje busca meios de destruir os males da rotina com a criação de instituições mais flexíveis. As práticas de flexibilidade, porém, concentram-se mais nas forças que dobram as pessoas.”*  
(Sennett – A corrosão do caráter)



## RESUMO

Um dos principais desafios da Política Nacional de Humanização (PNH) é o princípio da indissociabilidade entre a atenção e a gestão. Tal princípio vem enfrentando dificuldades para se materializar no cotidiano das instituições de saúde no Brasil. Uma das estratégias utilizadas para a implantação da PNH é a formação de apoiadores institucionais nas instituições de saúde. Tais sujeitos são considerados pela política como sendo um vetor disparador dos processos de mudança individual e coletiva, através de reflexões no cotidiano do trabalho. O objetivo desta dissertação é compreender a atuação dos apoiadores em uma maternidade pública de Alagoas, durante a trajetória de implantação da Política de Humanização. Adicionalmente, o trabalho analisou como tem acontecido o fomento e o desenvolvimento das práticas da PNH na instituição, na visão desses apoiadores. Nesse sentido, enfatiza a implementação da diretriz valorização do trabalho e do trabalhador, incluindo, nessa trajetória, as dificuldades e facilidades encontradas pelos apoiadores junto às instâncias de gestão e também na execução dos processos de intervenção. O presente estudo situa-se no campo da pesquisa social em saúde, com enfoque qualitativo. Foram analisados documentos institucionais e realizadas pesquisas em profundidade com atores chave do processo analisado. A análise dos dados teve por base metodológica a Hermenêutica Dialética. Foi construída uma matriz analítica com duas macro categorias e seis categorias operatórias, a fim de sistematizar e apresentar os dados coletados. A análise dos dados permitiu compreender as principais estratégias utilizadas pelos apoiadores no cotidiano de seus trabalhos que favorecem o avanço da PNH, além de apontar as desconexões e os nós críticos a serem problematizados. Essa dissertação pretende contribuir com dados para a construção de estratégias a fim de consolidar a PNH na instituição e no Estado.

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Gestão em Saúde. Política Nacional de Humanização. Apoio Institucional.

## **ABSTRACT**

One of the main challenges of National Humanization Policy (NHP) is the inseparability principle between attention and management. This principle is facing difficulties to be a part of the daily life of Brazilian healthy institutions. One of the strategies used to insert NHP is forming institutional supporters in the healthy institutes. These people are considered by the policy as a trigger driver of the individual and collective changing processes, through reflections on the work routine. The objective of this dissertation is to understand the performance of the supporters in a public maternity hospital in Alagoas during the course of implanting the Humanization Policy, moreover, this study analyzed how the promotion and development of NHP practices have been happening in the institution. So, it emphasizes the implementation of the guideline value of labor and worker, including, in this path, the difficulties and facilities found by the supporters combined with the management bodies and also in the fulfillment of intervention processes. The present study is based on the social health research field with qualitative approach. It has been analyzed institutional documents and conducted in-depth research with key actors in this process. The data analysis in methodological basis was Hermeneutics Dialectic. It was built an analytical matrix with two macro categories and six operative categories to organize and present the data collected. The analysis of data allowed to understand the main strategies used by supporters in daily lives of their work, which leads to NHP progress and point disconnections and critical nodes to be problematised. This dissertation intends to contribute with data to build strategies and consolidate the NHP in the institution and the state.

**Key Words:** Humanization of Assistance. Health Management. National Humanization Policy. Institutional Support.

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 - Representação da Matriz Analítica .....                             | 32 |
| Figura 2 - Eixos estruturantes da PNH .....                                    | 43 |
| Figura 3 - Princípios e Diretrizes da PNH .....                                | 48 |
| Figura 4 - Configuração da UNCISAL e Unidades Assistenciais .....              | 51 |
| Figura 5 - Estrutura da Humanização a Nível Central (Macroinstitucional) ..... | 89 |

## LISTA DE QUADROS

|  |     |
|--|-----|
| Quadro 1 - Análise documental .....  | 25  |
| Quadro 2 - Resumo do desenvolvimento histórico da PNH em relação ao apoio institucional de 2003 a 2016 ..... | 60  |
| Quadro 3 - Configuração do Apoio na UNCISAL e na MESM .....  | 83  |
| Quadro 4 - Consolidado da entrevistas por EIXO X ENTREVISTADO.....   | 109 |
| Quadro 5 - Consolidado das respostas nos EIXOS X CATEGORIAS.....   | 111 |

## LISTA DE SIGLAS

ACR – Acolhimento com Classificação de Risco

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CGBP - Casas da Gestante, Bebê e Puérpera

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CPN - Centros de Parto Normal

CTH - Câmara Técnica de Humanização

DAD - Departamento de Apoios à Descentralização

DAPES - Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

EP - Educação Permanente

ETSAL - Escola Técnica de Saúde Professora Valéria Hora

GERHUM - Gerência de Humanização

GTH - Grupo de Trabalho de Humanização

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MESM - Maternidade Escola Santa Mônica

MS - Ministério da Saúde

NAIST - Núcleo de atenção Integral a Saúde do Trabalhador

NAHUM - Núcleo de Apoio às Ações de Humanização da Atenção e Gestão à Saúde

NAISST - Núcleo de Atenção Integrada à Saúde e Segurança do Trabalhador

NEP - Núcleos de Educação Permanente

NGAI - Núcleo Gestor do Apoio Integrado

NQVIT - Núcleo de Qualidade de Vida no Trabalho

PE - Planejamento Estratégico

PNH - Política Nacional de Humanização

PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

POA - Plano Operativo Anual

PQM – Plano de Qualificação das Maternidades

PROGESP - Pró-reitoria de Gestão de Pessoas

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RC - Rede Cegonha

SASBEM - Supervisão de Atenção à Saúde e Bem-Estar

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

SESAU - Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas

SESMT - Serviço Especializado de Medicina do Trabalho

SE - Secretaria Executiva

SMS - Secretaria Municipal de Saúde de Maceió

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNCISAL - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

VTT - Valorização do Trabalho e do Trabalhador

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>1. INTRODUÇÃO.....</b>  | 16 |
| <b>2. CAPÍTULO 1 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>  | 23 |
| 2.1 O CAMPO DE PESQUISA .....  | 23 |
| 2.2 COLETA DE DADOS .....  | 25 |
| 2.3 ANÁLISE E TRATAMENTO DO MATERIAL EMPÍRICO.....   | 29 |
| 2.3.1 Ordenação dos dados e classificação dos dados .....  | 30 |
| <b>3. CAPÍTULO 2 - HUMANIZA SUS: UMA POLÍTICA EM CONSTRUÇÃO.....</b>                                   | 33 |
| 3.1 A HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA DE SAÚDE.....  | 33 |
| 3.2 BREVE APRESENTAÇÃO DA POLÍTICA DE NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO .....                                    | 38 |
| 3.2.1 Eixos estruturantes da PNH.....  | 42 |
| 3.2.2 Princípios .....   | 44 |
| 3.2.3 Diretrizes .....   | 44 |
| 3.2.4 Dispositivos .....   | 47 |
| 3.2.5 Método .....   | 49 |
| <b>4. CAPÍTULO 3 – CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA PNH .....</b>                                | 51 |
| 4.1 O FOMENTO INSTITUCIONAL DE PRÁTICAS HUMANIZADAS NA UNCISAL...                                      | 51 |
| 4.2 A PNH NA MATERNIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA.....  | 54 |
| 4.3 O INÍCIO DO GRUPO DE APOIADORES .....  | 58 |
| <b>5. CAPÍTULO 4 - CONTRIBUIÇÕES DO APOIO INSTITUCIONAL PARA A CONSTRUÇÃO DE NOVOS PARADIGMAS.....</b> | 60 |
| 5.1 PERCORRENDO BREVEMENTE O CAMINHO DO APOIO .....  | 60 |
| 5.2 O DESAFIO DE SER APOIADOR. ....  | 62 |
| 5.3 APOIO INSTITUCIONAL E COGESTÃO : UM CAMINHO EM CONSTRUÇÃO ? .....                                  | 64 |
| 5.4 O ESPAÇO DE ATUAÇÃO DO APOIO: QUANDO, ONDE E COMO?.....  | 68 |
| <b>6. CAPÍTULO 5 – ANÁLISE FINAL E RESULTADOS.....</b>   | 72 |
| 6.1 EIXO DE ANÁLISE 1: REFLEXÕES SOBRE OS MODOS DE FAZER .....   | 72 |
| 6.1.1 Categoria Operatória 1: Implementação da Política .....  | 72 |

|   |            |
|---|------------|
| 6.1.2 Categoria operatória 2: Dificuldades (fragmentação e tensionamentos).....   | 75         |
| 6.1.3 Categoria operatória 3: Motivação .....   | 79         |
| 6.2 EIXO DE ANÁLISE 2: EXPECTATIVAS QUANTO AOS PROCESSOS DE<br>DEMOCRATIZAÇÃO PARA CONSTRUÇÃO DE OBJETIVOS COMUNS ..... | 81         |
| 6.2.1 Categoria operatória 1: planejamento.....   | 81         |
| 6.2.2 Categoria operatória 2: Formação.....   | 85         |
| 6.2.3 Categoria operatória 3: Valorização do trabalho e do trabalhador .....  | 88         |
| <b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>  | <b>93</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>98</b>  |
| <b>ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>  | <b>105</b> |
| <b>ANEXO B - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>   | <b>107</b> |
| <b>ANEXO C - QUADROS DE ANÁLISE.....</b>  | <b>109</b> |



## 1. INTRODUÇÃO

A história da saúde pública no Brasil é marcada por uma trajetória pouco linear e até mesmo contraditória, tendo apresentado importantes conquistas paralelamente a duras derrotas. Isso fica evidente, quando se correlaciona o direito universal à saúde com o tipo de atendimento oferecido à população pelo Sistema Único de Saúde (SUS) pouco humanizado e que muitas vezes foge dos princípios doutrinários referentes à integralidade e à equidade. No cotidiano da prática profissional na área da saúde, percebe-se que o SUS ainda não alcançou plenamente sua proposta original inscrita na Constituição Federal de 1988 e se tem revelado, frequentemente, como um sistema injusto, sobretudo quando nos deparamos com a privação do direito à saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, representa um marco ao contar com a participação popular em debates sobre políticas setoriais, ao propor a universalização do direito à saúde. Apesar de suas propostas não serem materializadas rapidamente e mesmo diante de resistências e interesses diversos, o SUS foi aprovado e fortalecido na Constituição Federal de 1988. A sua regulamentação se deu, inicialmente, através da Lei Orgânica da Saúde 8.080 (LOS), e foi posteriormente complementada pela lei 8.142 afirmando, entre outras coisas, a participação social através dos conselhos e conferências de saúde, pavimentando desta forma um importante caminho nas negociações e decisões no âmbito da saúde (BAPTISTA, 2007).

A partir dos anos de 1990, presenciamos várias tentativas no sentido de ajustar e estabilizar a nossa economia, tendo sido adotado o corolário neoliberal como proposta padrão de atuação do Estado, ou seja, redução do investimento em políticas sociais para geração de superávit para pagamento da dívida pública. Essas transformações propostas pelo governo sacrificaram as classes menos favorecidas. Atualmente, apesar de todos os avanços tecnológicos, políticos e econômicos ainda “mantemos estruturas sociais que correspondem ao modo de vida do século passado” (BAPTISTA, 2007, p.59).

Esse longo caminho que vem sendo trilhado, portanto, é cheio de limitações, pois as intervenções do governo e dos trabalhadores estão restritas pelas políticas neoliberais vigentes que têm prejudicado, gradativamente, o financiamento do SUS e, conseqüentemente, o cumprimento de suas metas, dentre elas o provimento de assistência, de prevenção e de promoção de saúde de forma igualitária e abrangente.

O SUS é ainda uma reforma em movimento, já que para que ocorram as

transformações “ainda estão em debate às formas de organização do sistema, dos serviços e do trabalho em saúde, que definem os modos de se produzir saúde e onde investir recursos, entre outros” (BRASIL, 2008). São muitas as estratégias adotadas que aspiram a operacionalizar o SUS em um país com tamanha diversidade social, cultural e territorial. Essa diversidade, dificulta, substancialmente a transparência nos processos decisórios e no compromisso com a Política pública.

Em meio a esse processo, precisamos refletir sobre as estratégias que se instituem “políticas sobre sujeitos e populações sob a rubrica de políticas participativas” (LOPES e MATTA, 2014, p.319). Nesse sentido, como uma das estratégias usadas para o fortalecimento do SUS, desponta no cenário Nacional a Política Nacional de Humanização (PNH), também chamada Humaniza SUS.

Ao ser idealizada em 2003, teve como foco a superação das dificuldades relacionadas: aos programas de humanização fragmentados e pouco eficientes; ao atendimento precário e desumanizado à população, à baixa valorização profissional, além de uma gestão verticalizada, (BRASIL, 2008). A PNH é pautada em princípios e em diretrizes a serem implantadas através de dispositivos desenvolvidos por uma metodologia própria denominada Apoio Paideia ou Método da Roda. Este método antecede a implantação da Política e foi idealizado por Campos, que tomou como desafio elaborar um método democrático de gerir partindo do princípio que “a ideia de gestão é uma tarefa coletiva e não somente uma atribuição de minorias poderosas ou de especialistas” (CAMPOS, 2000, p.14).

Campos (2013, p. 11), apresenta a Roda como “uma metodologia para a cogestão do trabalho e de redes sociais que tem como pressuposto a racionalidade da Praxis contra o domínio da razão instrumental”. A gestão do trabalho no cotidiano, pela compreensão da Praxis, depende de uma série de mudanças envolvendo as normas, as leis, a democracia e a formação de seres humanos com capacidade para “compreender a si mesmo, aos outros e ao contexto” (CAMPOS et al. 2013, p 12). O método teria como seu maior desafio intervir no cotidiano das relações entre trabalhadores, usuários e gestores, em busca de uma melhor assistência à população.

Pena (2012, p.76) também referencia o Método Paideia e/ou Método da Roda, como aquele que “busca atuar provocando a análise dos processos de trabalho em saúde, aproximando os modos de fazer gestão do cotidiano dos serviços”. Na nossa dissertação, estaremos o tempo todo nos referindo a esse método, já que se configura como sendo o caminho metodológico do apoio institucional, foco da nossa pesquisa.

A PNH tem sido experimentada pelo Ministério da Saúde (MS) por sua penetração nas

diversas áreas do Sistema e pelo seu potencial de articular ações e de fortalecer indivíduos e coletivos. Um instrumento importante nesse processo de penetração, segundo Oliveira (2012), é o apoio institucional, pois na PNH ele é previsto para atuar em uma função gerencial, “que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde”. Para o autor, o apoio dispara os processos, dá o suporte necessário aos movimentos de mudança e fortalece os coletivos e sujeitos que organizam um novo modo de produzir saúde. Considera também essa função como sendo “a chave para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações”, (p.224).

Por outro lado, Barros et al. (2011) afirmam que não é o apoiador quem produz a mudança ou é a causa da transformação. Ele trabalha com dispositivos que provocam a análise dos processos de trabalho, ou seja: acontecimentos do cotidiano, pesquisas, oficinas, matriciamentos, visitas institucionais e atividades de formação, entre outros. Para Pasche et al. (2011, p.4547) “a função de apoio resulta 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”, ou seja, melhorar a coesão e o sentido de equipe entre os atores.

A busca pela consolidação da Política de Humanização tem se intensificado através de algumas iniciativas, dentre as quais podemos destacar o apoio aos cursos de formação em Apoiador da Política Nacional de Humanização. Esses cursos buscam enfatizar a construção de fundamentos teóricos e metodológicos que proporcionem aos atores intervir em problemas existentes nos serviços e fomentar a criação de redes de comunicação. O principal objetivo é que os profissionais de saúde extraiam de suas vivências e experiências elementos disparadores de estudo e de pesquisa, ao mesmo tempo em que possam intervir nas suas “realidades”, tomando por referência a PNH e seus dispositivos, (BRASIL, 2010).

O interesse pelo tema PNH surgiu a partir das experiências vivenciadas por essa pesquisadora, durante a participação no curso de formação em apoiador da PNH (2014), ao compartilhar as diferentes realidades dos diversos atores acerca dos obstáculos teórico-prático-metodológicos encontrados no cotidiano dos serviços e acerca das impossibilidades/limitações em fomentar as mudanças necessárias nas práticas de trabalho e de gestão. Os desafios apresentados para a implementação dos princípios e diretrizes da PNH são tantos que ao longo desta dissertação apresentaremos muitas questões que, embora se constituam como referências analíticas, não serão todas contempladas com respostas no nosso trabalho.

No momento atual, a PNH vem sendo alvo de diversos debates e problematizações acerca dos novos redirecionamentos do MS para a Política que determina o fim da atuação

dos Apoiadores Consultores que exerciam suas funções nos territórios, além de passar a priorizar o Apoio às Redes de Atenção à Saúde<sup>1</sup> (RAS). O consultor do MS Ricardo Teixeira afirma, em seu depoimento na Rede Humaniza SUS, que a PNH está passando por uma “profunda reformulação como Política de Governo” (TEIXEIRA, 2015).

Diante dessas mudanças, são muitas as manifestações de desagrado, insatisfações, frustrações e desafios que demonstram por um lado as inquietações, mas, por outro, afirmam uma vivacidade em dar continuidade às lutas para revigoramento e consolidação da Política nos espaços coletivos. A atual Coordenadora Nacional da PNH Elizabete Vieira enxerga os princípios, diretrizes e dispositivos como mola propulsora para manter os territórios vivos, com base na experiência adquirida ao longo desses 12 anos.

A nova proposta, que foi discutida no encontro do Coletivo Nacional da PNH (2015) junto à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), nos convida a refletir sobre os propósitos, pactuações e atuação, no que diz respeito ao plano de trabalho dos Apoios Descentralizados e Referências Estaduais, de acordo com as necessidades locais, focando nas RAS (BRASIL, 2015).

Em uma análise acerca das tecnologias de fomento da PNH, considera-se que a transformação de práticas e de gestão, tidos como indissociáveis, acontece pela intervenção da função apoio. Essa afirmação transfere uma imensa responsabilidade ao apoiador quando o legitima como base da relação entre sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários). Pressupõe-se o apoio em um permanente processo que impulsiona movimentos para transformação de práticas e põe em análise as relações cotidianas nos serviços.

Desta forma, sentimos a necessidade de problematizar o sentido e as contradições que envolvem o apoiador institucional em uma maternidade pública de Alagoas, a fim de melhor compreender as suas potencialidades e as motivações que o levaram a optar pela função. Para tanto, partimos da seguinte questão inicial: os apoiadores institucionais participam ativamente da implementação dos princípios e diretrizes da PNH na instituição?

O fato é que existem algumas contradições envolvendo essa função, a começar pelas constantes mudanças na nomenclatura ‘apoio institucional’ adotada pelo MS. Na prática, percebe-se certa confusão entre os atores para entender qual o seu território de atuação e que tipo de apoiador ele representa: se matricial, regional, integrado, centralizado, local, temático e mais recentemente generalista. Há também vários desafios, entre eles estão: a questão da

---

<sup>1</sup>As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. São redes prioritárias: Rede Cegonha, Rede de Urgências e Emergência, Redes de Pessoas com Deficiência, e Rede Psicossocial (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

legitimação ou reconhecimento do profissional que exerce a função perante a gestão; o fomento de estratégias de valorização do trabalho e do trabalhador e a contribuição nos processos de cogestão, provocando a inclusão de outros atores (trabalhadores e usuários) no processo de produção de saúde.

Para melhor entendimento de seu ideário e de suas apostas, a dissertação trará em seu **objetivo principal** a busca pela compreensão do apoio institucional à PNH em uma maternidade pública de Alagoas, a partir da percepção dos apoiadores institucionais, identificando possíveis antagonismos e enfrentamentos comuns em situações que envolvem desafios e transformações de práticas.

Os **objetivos específicos** voltam-se para a análise dos efeitos produzidos pela PNH no cotidiano dos apoiadores institucionais, esperando compreender a atuação desses profissionais junto aos processos de gestão participativa na maternidade, identificando os pontos divergentes e/ou desarmônicos entre o previsto e o que vem sendo realizado na implementação da Política na instituição. Além disso, analisamos a percepção dos apoiadores acerca do fomento e do desenvolvimento das práticas da PNH com ênfase na diretriz valorização do trabalho e do trabalhador.

A maternidade escolhida para realização da pesquisa tem as áreas de ensino, de pesquisa e de assistência interligadas. É considerada referência Estadual em pacientes de alto risco, em triagem neonatal, em banco de leite humano e em assistência à mulher vítima de violência sexual. A instituição considera como missão: “prestar assistência qualificada às gestantes e recém-nascidos de alto risco, através de equipe multidisciplinar especializada, contribuindo para o ensino e a pesquisa”. Tem como perspectiva consolidar-se como referência, buscando a excelência da sua missão (MESM, 2013).

Em nosso objeto de estudo, o apoio institucional é fundamental para a transformação de práticas, já que sua atribuição seria apoiar a implementação das diretrizes da PNH; fomentar a constituição de um grupo estratégico para produzir diagnóstico; mapear situações-problema e produzir estratégias de intervenção nas unidades assistenciais (PROGESP, 2014). No entanto, a leitura de documentos e os relatos dos apoiadores provocam algumas inquietações acerca dos enfrentamentos, dos tensionamentos e dos conflitos encontrados no exercício dessa função que merecem ser explorados.

Diante do exposto, vê-se a necessidade de analisar a função apoio institucional, seus objetivos, suas características, suas alternativas e as fragilidades encontradas em seu caminho na implementação da Política de Humanização nessa instituição. Serão problematizadas algumas questões fundamentais, como por exemplo: como esses apoiadores veem as

propostas de humanização e como podem contribuir com a transformação de práticas tão sedimentadas nos processos que têm sido considerados como pouco democráticos de gestão? Como exercer diferentes graus de saber e de poder que resultem em novos modos de operar mais democráticos e integrados?

A relevância desse estudo encontra-se tanto na necessidade de problematização acerca da realidade do SUS, quanto na perspectiva de contribuir com as reflexões dos apoiadores em suas árduas tarefas de mobilizar sujeitos e coletivos e influenciar na construção de novos modos de gerir, de cuidar e de olhar a si mesmo e ao outro. Pretendemos, portanto, colaborar com uma melhor compreensão da atuação desses profissionais, no intuito de perceber os problemas aqui expostos, a partir da abordagem de alguns temas e de questionamentos relacionados à valorização e motivação dos apoiadores, ao espaço nos processos de gestão e aos cursos de formação. Poderemos, também, contribuir com dados qualitativos que embasem e incentivem o fortalecimento do grupo de apoiadores institucionais que faz parte da instituição, ao revelar não só os resultados favoráveis da pesquisa, mas também as desconexões e os nós críticos a serem problematizados, a fim de que sejam construídas estratégias para consolidar a PNH na instituição e no Estado.

O **Capítulo 1**, intitulado “Humaniza SUS: uma política em construção” versa inicialmente sobre alguns significados e conceitos de humanização. Esses conceitos tomam a humanização do cuidado como um projeto ideal, porém ainda muito distante da realidade dos serviços, considerando que no setor da saúde a humanização resgata ideias muito caras a uma política que entende a saúde como um direito e como cidadania. Aborda-se ainda nesse capítulo, uma breve apresentação da Política Nacional de Humanização para que se possa compreender sua origem e sua conformação. Procura-se esclarecer seus princípios, diretrizes e dispositivos como proposta para superação de desafios, envolvendo desde o atendimento à população até problemas referentes à gestão e à organização do trabalho.

O **Capítulo 2**, “Considerações sobre a implementação da PNH”, dedica-se, a princípio, ao cenário da instituição pesquisada. Com base nos documentos analisados, elencamos historicamente algumas ações que contribuíram para a evolução gradativa do processo de implantação da política. A análise do *lócus* da pesquisa conta com alguns dos relatos dos apoiadores institucionais sobre suas vivências e dificuldades enfrentadas desde o curso de formação até os dias atuais. Consideram-se ainda nesse capítulo as articulações para constituição e fortalecimento do grupo de apoiadores, com o objetivo maior de atender às nítidas demandas da MESM, em relação à humanização.

A partir da trajetória dos apoiadores com e na PNH, iremos problematizar, no **Capítulo 3**, as “Contribuições do apoio institucional para a construção de novos paradigmas”. Abordaremos o caminho metodológico adotado pelo apoio e os desafios em lidar com as contradições presentes no cenário institucional para implementação da cogestão. Serão também colocados em análise os modos de fazer do apoio, considerando o seu território de atuação. Esse capítulo nos convida a refletir sobre a importância da democracia como pedra fundamental para a construção do espaço de atuação do apoiador.

Em relação aos “Procedimentos metodológicos”, explicitaremos, no **Capítulo 4**, a escolha da instituição, a pesquisa documental e a entrevista semiestruturada que foram estratégias escolhidas para realização dessa pesquisa de campo. Na intenção de entender as percepções dos entrevistados, elegemos a análise por hermenêutica dialética para interpretação dos dados produzidos.

O **Capítulo 5** trata da “Análise final e Resultados”. Aqui, com base em uma matriz analítica, explicaremos os eixos de análise e categorias operatórias formuladas a partir das entrevistas. Essa construção se deu a partir de uma criteriosa leitura do material com o propósito de identificar as afinidades e divergências na percepção dos apoiadores.

Nas **considerações finais**, apresentam-se conclusões e reflexões sobre o tema proposto, envolvendo algumas questões acerca desse complexo processo de rever as rotinas de gestão, tendo como dispositivo de fomento da PNH o apoio institucional.

## 2. CAPÍTULO 1- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Considerando a relação entre o objeto e os objetivos propostos, optamos para esse estudo pela abordagem qualitativa. Minayo compreende que a visão qualitativa contempla aspectos da realidade social, sendo o “lócus onde se articulam os conflitos e as concessões, as tradições e as mudanças e onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há nada humano em significado e nem apenas uma explicação para os fenômenos” (MINAYO, 2014, p. 31). A autora considera que a pesquisa qualitativa se constitui como um importante caminho de análise dos processos sociais.

Na pesquisa qualitativa, faz-se necessário que o pesquisador use a sua versatilidade e originalidade durante a coleta e análise dos dados, pois mais importante do que normas e etapas é a sua percepção e conhecimento do que irá favorecer o resultado da pesquisa. Contudo, é importante que o pesquisador se conscientize quanto ao risco de sua postura e valores interferirem no coletivo pesquisado ou individualmente (MINAYO, 2014).

Destaca-se a relevância da pesquisa qualitativa nos estudos que “envolvem sentimentos, motivações, crenças e atitudes individuais”, afirmando-se que o mais importante não é a representatividade dos números, mas sim a compreensão de um grupo social, de uma organização. A proposta de pesquisa ora apresentada encontra-se no âmbito dessa compreensão, na medida em que nosso olhar se volta para a análise da construção coletiva de determinada estratégia de atuação política, buscando captar as movimentações e percepções individuais sobre esse processo. Isso permitirá compor um quadro mais nítido a respeito da PNH na instituição.

Reforça-se, neste sentido, que não se pode reduzir as relações, os fatos e os processos à análise única das ciências exatas, ou seja, a apenas uma interpretação de dados e informações matemáticas, já que as ciências sociais exigem métodos próprios de interpretação (GOLDENBERG, 2004).

### 2.1 O CAMPO DE PESQUISA

Para a escolha do local onde a pesquisa foi realizada, partiu-se de alguns critérios, tais como: que a PNH estivesse em fase de implementação na instituição; que fosse acessível à pesquisadora e que se situasse em Maceió, pela facilidade de acesso condizente com os prazos de uma pesquisa de mestrado. Uma maternidade pública foi selecionada, visto que atendeu a



todos os critérios anteriormente citados. Destacamos que ser servidora efetiva e apoiadora da PNH lotada no ambulatório da maternidade favoreceu o acesso para realização da pesquisa.

A Maternidade é um dos núcleos que compõem a UNCISAL e faz parte de um contexto que busca a humanização de práticas que resultem em um melhor atendimento Obstétrico e Neonatal. No entanto, segundo Ferreira (2014), o processo para implementação de ações e dispositivos norteadas pelos princípios e diretrizes da PNH na maternidade vem acontecendo em “condições político-institucionais desfavoráveis reveladas em indicadores, tais como: a) inadequação da estrutura física e ambiência; b) carência de profissionais para cobertura da escala de trabalho; e c) situações de constante superlotação no atendimento na porta de entrada” (p.12).

Existia na maternidade, no momento da elaboração do projeto de pesquisa, um quantitativo de 12 apoiadores. Os profissionais foram incluídos mediante os seguintes critérios contextuais: ser apoiador institucional capacitado através de Curso de Formação de Apoiadores, Curso de Apoiadores da PNH ou ter participado de Oficinas de Humanização; estar lotado na instituição e ter disponibilidade em participar do estudo. Tivemos como critério de exclusão o não atendimento de um dos requisitos.

Fizemos um primeiro contato, a fim de perceber a intenção dos apoiadores em participar do estudo, e sua colaboração com o acesso do pesquisador nas visitas técnicas para realização das entrevistas. Nesse momento, apresentamos com clareza os objetivos e a metodologia da investigação, com o intuito de evitar que os atores se recusassem a participar da pesquisa. Comunicamos que seriam respeitados todos os aspectos éticos legalmente estabelecidos, como a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em anexo. A documentação foi apresentada a todos os participantes do estudo para conhecimento do seu teor.

De acordo com Minayo (2014, p. 203), “pela sua importância, o trabalho de campo deve ser realizado a partir de referenciais teóricos e também de aspectos operacionais”. Nesse sentido, consideramos os instrumentos de coleta de dados imprescindíveis para a realização de pesquisa em um campo de trabalho que não é neutro. Para a autora, a inquietação se dá pela interferência e pela dinamicidade dos atores envolvidos na pesquisa quanto ao conhecimento da realidade.

## 2.2 COLETA DE DADOS

Desse modo, optamos para esse estudo por análise documental e entrevista semiestruturada, além de pesquisa bibliográfica.

A pesquisa bibliográfica nos possibilitou um contato com parte do que já se produziu e já se registrou a respeito do tema da pesquisa. Utilizamos as bases da Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e da Biblioteca Virtual em Saúde. Para a pesquisa, utilizamos alguns descritores relacionados com os temas norteadores do estudo: Política de Humanização, Apoio Institucional, Cogestão, Gestão em Saúde.

A análise documental, considerada complementar para esse trabalho, tem como objetivo, de acordo com Bardin (2011, p.51), “dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação. O propósito a atingir é o armazenamento sob uma forma variável e a facilitação do acesso ao observador”. Para a autora, a forma do armazenamento poderá favorecer a quantidade e à qualidade das informações .

Nesse estudo, para coletar e para analisar as informações relacionadas à instituição, escolhemos os documentos internos que foram armazenados e listados no Quadro 1. Optamos por não priorizar ou especificar o tipo documental a ser analisado, reunindo tudo que estivesse relacionado à estruturação da UNCISAL/MESM e pudesse ser consultado durante a investigação. Ressaltamos que, em um primeiro contato, os apoiadores institucionais da Maternidade já disponibilizaram alguns materiais sem restrições.

### Quadro 1 – Análise documental

| Documento   | Caracterização do conteúdo  |
|---|---|
| <b>PORTARIA Nº 371, DE 7 DE MAIO DE 2014</b><br>MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DOU de 08/05/2014 (nº 86, Seção 1, pág. 50) | Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde (SUS). |
| <b>LEI Nº 7.397/2012 - LEI DELEGADA Nº 47, DE 10 DE AGOSTO DE 2015.</b>   | Institui o modelo de gestão da administração pública estadual do Poder Executivo, e dá outras providencias).              |

|   |   |
|---|---|
| <b>MESM / PORTARIA INTERNA GG Nº. 01, DE 14 DE JANEIRO DE 2015</b>  | Reestrutura as funções administrativas da Maternidade Escola Santa Mônica e determina outras providências.  |
| <b>MESM / PORTARIA INTERNA GG Nº. 02, DE 14 DE JANEIRO DE 2015</b>  | Designa servidores do quadro da maternidade para preenchimento das funções administrativas criadas pela Portaria Interna GG Nº. 01/2015 e determina outras providências.  |
| <b>UNCISAL - REGIMENTO GERAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS</b>   | Disciplina os aspectos gerais e comuns da estruturação e do funcionamento dos órgãos e serviços da - UNCISAL.   |
| <b>UNCISAL - REGIMENTO INTERNO CONSU - (Conselho Superior Universitário).</b>   | Disciplina o funcionamento interno do Conselho Superior Universitário.  |
| <b>UNCISAL – PDI - Plano de Desenvolvimento Institucional 2010-2014</b>   | É parte integrante do processo avaliativo das Instituições de Ensino Superior - IES, sintetizando o planejamento estratégico da Instituição.  |
| <b>UNCISAL – PE/Planejamento Estratégico 2014-2024</b>  | Disciplina o Planejamento Estratégico da UNCISAL, instituindo sua missão e visão até 2024, além de levantar os riscos empresariais através de uma análise competitiva, elaborando, ao final, as estratégias e planos de ação. |
| <b>UNCISAL - ESTATUTO UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS Transformada pela Lei nº6.660 de 28 de dezembro de 2005</b> | O Estatuto da UNCISAL disciplina a sua estruturação, princípios e objetivos.  |
| <b>MESM - Manual de normas e condutas Maternidade Escola Santa Monica- 1ª edição - 2004</b>   | Disciplina as Normas Institucionais e Rotinas Gerais da MESM.   |
| <b>MESM - Plano Operativo Anual (POA) 2012 – 2013 contratualização da Rede Cegonha Maternidade Escola Santa Mônica.</b>                 | Disciplina as Ações, os Serviços, as Atividades, as Metas Quantitativas e Qualitativas e os Indicadores que possibilitem a mudança do modelo de atenção obstétrica e neonatal.  |
| <b>MS - Guia para Apoio Institucional à implementação da rede cegonha, Brasília/DF, novembro de 2013</b>                                | Neste Guia apresentam-se os referenciais envolvidos na “função apoio institucional”, articulando elementos conceituais e metodológicos que possam auxiliar a atividade de apoio na Rede Cegonha.                              |

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>OUTROS ESCRITOS:</b> | <p>- <b>PPT</b> - Fomento e articulação das ações de valorização do trabalho e do trabalhador. PROGESP (Pró-reitoria de Gestão de Pessoas) / SASBEM (Supervisão de Atenção à Saúde e Bem Estar).</p> <p>- <b>PPT</b> - A Política Nacional de Humanização na UNCISAI. PROGESP.</p> <p>- Atas de reuniões, palestras realizadas, relatórios, projetos.</p> |
|-------------------------|---|

Fonte: Elaboração do autor

Muitos autores referem-se à entrevista como padrão ouro para investigação social (LAKATOS, 2003, GIL, 2008). No entanto, esta não é uma tarefa elementar, pois necessita de capacidade de interpretação associada à sagacidade para perceber as entrelinhas da fala. Para Lakatos (2003, p. 199), quando “o entrevistador consegue estabelecer certa relação de confiança com o entrevistado, pode obter informações que de outra maneira talvez não fossem possíveis”. Consideramos que o fato dessa pesquisadora fazer parte do grupo de apoiadores sob investigação proporcionou uma leveza e descontração no momento das entrevistas, além das minhas vivências terem favorecido a assimilação das informações com maior profundidade.

As entrevistas foram semiestruturadas e para sua realização foi elaborado um instrumento, com questões abertas. Os sujeitos pesquisados tiveram liberdade de expressão e discorreram com tranquilidade sobre o tema proposto. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas literalmente mantendo-se, por questões éticas, o anonimato dos participantes e do seu setor de trabalho. Na transcrição, os apoiadores foram identificados pela letra ‘A’ seguido de um número que não corresponde à ordem das entrevistas.

Para a transcrição, contamos com o auxílio do aplicativo ‘*ListNote Speech to Text Notes*’. Este aplicativo cria listas de anotações divididas por categorias e possui um diferencial que é a compatibilidade com o sistema de reconhecimento de voz do Google.

Gil (2008) ressalta que o modo mais seguro para resguardar o conteúdo da gravação é o meio eletrônico, entretanto deve-se sempre considerar o consentimento do entrevistado.

O roteiro foi norteado por alguns temas relacionados aos estímulos recebidos quanto à democratização institucional, durante a implantação da PNH, ou seja:

- experiências vivenciadas pelo apoiador quanto ao incentivo por parte da gestão no processo de implementação da Política;

- fomento de dispositivos, mecanismos e rodas de discussão para construção de novos processos de trabalho, considerando a importância da autonomia e do trabalho em equipe na atenção;
- processos de formação e educação permanente visando à competência técnica e humana dos trabalhadores e gestores;
- pontos divergentes e/ou desarmônicos entre o proposto pela Política da instituição e o previsto na PNH;
- motivação pessoal e profissional para atuar na função apoio;
- fomento e desenvolvimento das práticas da PNH com ênfase na diretriz valorização do trabalho e do trabalhador.

O critério eleito para definir o quantitativo das entrevistas seria a saturação teórica, ou seja, se o pesquisador percebesse que as informações se tornaram repetitivas, o que não ocorreu na prática.

Com relação às entrevistas, é necessário registrar que dos doze apoiadores que inicialmente concordaram em participar do estudo, dois pediram para sair da maternidade e serem relocados em outro local, dois tinham vínculo precário e foram desligados do serviço e um não teve interesse em participar da pesquisa. Portanto, foram realizadas sete entrevistas com os apoiadores que compõem hoje o coletivo dessa função na MESM. Ressaltamos que as entrevistas foram realizadas durante todo o mês de março de 2016, após o CEP conceder o parecer favorável ao projeto.

Cruz Neto (2004) destaca que a relação do pesquisador com os sujeitos a serem estudados é de extrema importância. O autor considera fundamentais e complementares as diferentes formas de investigação e ressalta que:

[...] os grupos devem ser esclarecidos sobre aquilo que pretendemos investigar e as possíveis repercussões favoráveis advindas do processo investigativo. É preciso termos em mente que a busca das informações que pretendemos obter num jogo cooperativo, onde cada momento é uma conquista baseada no diálogo e que foge à obrigatoriedade (CRUZ NETO, 2004, p.55).

Antes do início das entrevistas, validamos o roteiro através de um teste piloto, cujo resultado contribuiu com os ajustes necessários para um maior rigor na pesquisa. O piloto foi realizado com um apoiador selecionado mediante as seguintes premissas: ter notório conhecimento da Política; ser apoiador formador de opinião e estar participando efetivamente de todo o processo de implantação e implementação da PNH na instituição.

O material qualitativo possui características próprias para sua interpretação e compreensão, sendo necessário adentrar nos sentidos atribuídos pelos atores sociais aos

saberes adquiridos com a vida, já que “a interpretação dos dados não será mostrada espontaneamente ao pesquisador” (GERHARDT, et al., 2009). É importante ressaltar que a análise empreendida nesta dissertação toma como base o relato subjetivo dos apoiadores entrevistados. Não é o caso, certamente, de tomar como verdade última tais relatos, mas se reconhece que o cotejo entre a PNH e as condições materiais para implementação da Política nos levam a considerar como válidos tais relatos.

Consideramos, ainda, as limitações próprias de uma entrevista que incluem a motivação do entrevistado no momento de relatar os fatos, o nível de compreensão e interpretação dos questionamentos, a tendência em fomentar o imaginário ou inconsciente e a possibilidade de influência pela forma de condução da entrevista (GIL, 2008). Compreendemos, portanto, que estas e outras situações interferem em algum momento na qualidade da entrevista.

### 2.3 ANÁLISE E TRATAMENTO DO MATERIAL EMPÍRICO

Constata-se na literatura a existência de variados métodos para análise de material empírico. Particularmente, na pesquisa qualitativa, utiliza-se: análise de conteúdo, análise do discurso, hermenêutica e hermenêutica dialética, por serem considerados os mais estudados. Para este trabalho, adotamos como técnica de análise do material coletado a hermenêutica dialética, já que nos pareceu o método mais harmônico com o objeto da pesquisa.

Conforme observação de Minayo, com base na obra de Gadamer, “a hermenêutica fundamenta-se na compreensão”, que não acontece de forma automática e limitada, ou seja, a interpretação não é um processo estanque, nem ocorre imediatamente, mas é um processo perene que se evidencia ao longo do tempo. Nesse contexto, compreender provoca a expectativa de elucidar e de determinar conexões para que se possa chegar ao entendimento abrangendo todos os sentidos (MINAYO, 2014, p. 328).

A dialética, na percepção de Konder (2008, p.44), reflete que “para podermos ir além das aparências e penetrar na essência dos fenômenos – precisamos realizar operações de síntese e de análise que esclareçam não só a dimensão imediata como também, e sobretudo, a dimensão mediata delas”.

Minayo (2014, p. 337) indica a combinação da hermenêutica com a dialética por serem complementares na interpretação da realidade, destacando que:

A compreensão só alcança sua verdadeira possibilidade quando as opiniões prévias com as quais se inicia uma relação não são arbitrárias. Existe realmente uma polaridade entre a familiaridade e a estranheza e nela se baseia a tarefa da hermenêutica, buscando esclarecer as condições sob as quais surge a fala.

Para a autora, a dialética utiliza como instrumento de interpretação o conhecimento histórico, já que o entendimento da linguagem e da comunicação expressa a experiência, a prática e a vivência dos indivíduos. Assim sendo, é importante, quando da utilização da dialética, exercer uma crítica em relação às ideias expostas. Konder (2008, p.82), ao citar Ernst Bloch, afirma que “o método dialético nos incita a revermos o passado à luz do que está acontecendo no presente; ele questiona o presente em nome do futuro, o que está sendo em nome do que ‘ainda não é’”.

Finalmente, é preciso destacar que as limitações existentes no entendimento de processos sociais pela hermenêutica, que tem seu foco na história, na rotina e na realidade da vida, são fortemente compensadas pela dialética que propõe a desigualdade, a divergência e a crítica (MINAYO, 2014).

Nesse sentido, realizamos a análise de dados considerando os seguintes passos metodológicos: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final. Considera-se que estas fases não são estáticas e, portanto, comunicam-se e se complementam (MINAYO, 2014).

### 2.3.1 Ordenação e classificação dos dados

O caminho percorrido para a ordenação dos dados partiu, inicialmente, dos seis eixos norteadores da entrevista (Roteiro no ANEXO C). Como uma **primeira etapa** (categorização inicial), foram construídos quadros (ANEXO D) para a consolidação das entrevistas, para a comparação dos dados e para a organização dos comentários/respostas. Essa construção foi feita a partir de leituras e releituras do material empírico, no intuito de se perceberem os pontos comuns, divergentes e mais relevantes das falas, além de obter uma ideia geral dos sujeitos entrevistados.

Na **segunda etapa**, para a sistematização do material empírico (reordenação dos dados), tomamos como guia um modelo de matriz analítica, inspirada pelo texto de Pinheiro e Lofego (2013). Para a construção da matriz utilizamos um quadro (ANEXO D) que reúne as respostas afins, que foram identificadas por cores (**azul** ou **verde**) a depender do seu eixo norteador inicial, consolidando assim o conteúdo da próxima etapa. Essa matriz facilitou delinear no material a presença de dois eixos principais de análise. Tais eixos se subdividem em categorias operatórias interligadas e que se comunicam em um movimento de idas e

vindas. O EIXO 1 – “Reflexões sobre dos modos de fazer” incorpora as categorias operatórias: 1) Implantação/implementação da Política; 2) Dificuldades (fragmentações e tensionamentos) e; 3) Motivação. Reiteramos que nesse eixo os tópicos norteadores para os questionamentos da entrevista conduziam para reflexões sobre os modos de fazer da PNH, envolvendo as três categorias supracitadas. A nossa intenção, enquanto pesquisadora, foi trazer à tona os estímulos recebidos (motivadores) ou não recebidos (dificultadores) quanto à democratização institucional, durante a implantação da Política na MESM.

No EIXO 2 – “Expectativas sobre os processos de democratização para a construção de objetivos comuns”, optamos por explorar três categorias operatórias: 1) Planejamento; 2) Formação e; 3) Valorização do trabalho e do trabalhador. Ao elegermos as categorias que representam esse eixo, intencionamos perceber o sentimento e as perspectivas do entrevistado em relação a projetos futuros, envolvendo a democracia, a coletividade e a dimensão subjetiva que toda prática de valorização em saúde supõe. Em nossa análise, observamos que as categorias relacionadas acima podem ser consideradas a base para a edificação de objetivos comuns ao grupo de apoiadores que representam hoje o *lócus* da pesquisa.

As categorias operatórias serão posteriormente explicadas nas seções de análise do material empírico. Ressaltamos que as categorias possuem particularidades comuns e, portanto, estão em constante diálogo, complementando-se.

Na **terceira etapa** ou processo final de análise, partindo da leitura das categorias, buscamos fundamentar a pesquisa com base em recortes que identificassem o pensamento dos apoiadores dentro dos eixos selecionados. Em seguida, nos empenhamos em identificar diferenças e semelhanças entre o pensamento dos entrevistados. Assim sendo, procuramos estabelecer o confronto de ideias sobre o apoio institucional, resgatando os eixos norteadores das questões iniciais e os objetivos propostos, elaborando “uma síntese na qual o objeto de estudo reveste, impregna e entranha todo o texto” (MINAYO, 2014, p. 359).

Por fim, com base nesse diagnóstico, edificamos nossas reflexões e conclusões, já que segundo Minayo “o pesquisador que analisa as questões sociais nunca poderá se esquecer de que os seres humanos não são só objeto de investigação, são também sujeitos de relações” (p.348).



## MATRIZ ANALÍTICA

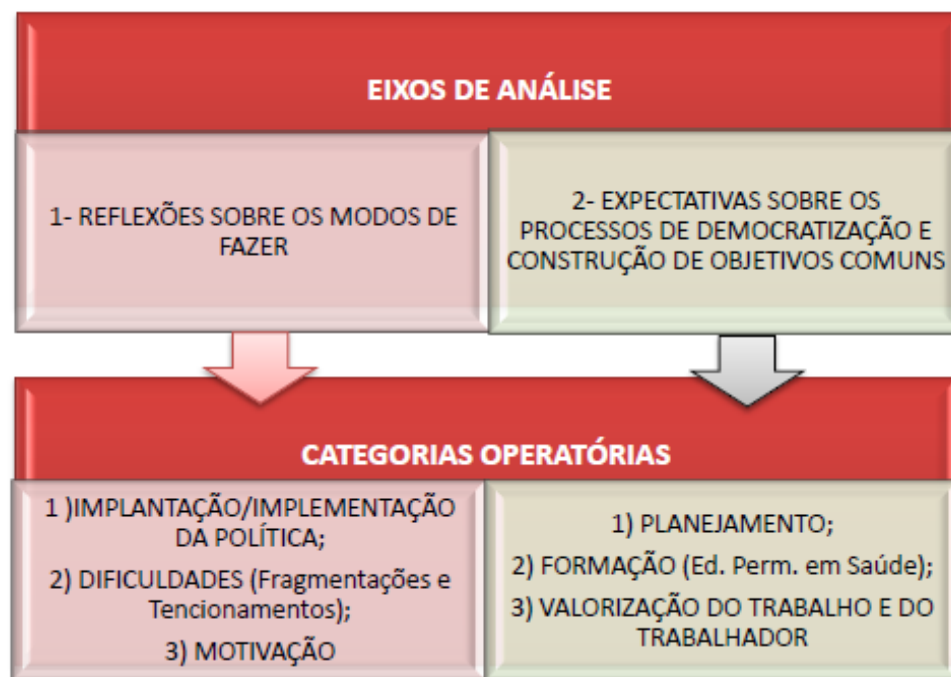


Figura 1 - Representação da Matriz Analítica  
 Fonte: Elaboração do autor

### 3. CAPÍTULO 2 - HUMANIZA SUS: UMA POLÍTICA EM CONSTRUÇÃO

#### 3.1 A HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA DE SAÚDE

Embora a palavra “humanizar<sup>2</sup>” tenha vários significados, o termo ganhou no campo da saúde uma conotação de reavaliação de valores morais e éticos que, de certa forma, foram esquecidos ou se perderam nas práticas dos serviços. Apesar de tantos avanços na área da saúde e no cotidiano dos serviços envolvendo formação, gestão, trabalhadores e usuários, devemos, inicialmente, refletir sobre os diversos significados da humanização nesse contexto, bem como seus reflexos para a sociedade e para a saúde (SOUZA, 2008).

O conceito de humanização, portanto, quando relacionado à saúde, ganha muitos significados e uma dimensão ampliada. Para Pucinni e Cecílio (2004), a humanização possui um movimento dinâmico constituído de desejos, de atitudes e de comportamentos, na procura por um modelo de satisfação. Desse modo, diferentes alternativas e orientações poderão resultar em um reconhecimento das relações interpessoais como fator de fortalecimento na luta pela dignidade humana, no atendimento em saúde.

De certa forma, tem-se percorrido caminhos tortuosos à procura da humanização, uma vez que a compreensão que os trabalhadores da área da saúde têm sobre o que seja atendimento humanizado quase sempre é bastante influenciada pela educação e meio social a que pertencem (SCHWELLER, 2014).

Schweller (2014), ao tratar especificamente da situação vivida pelos médicos explica, entre outros pontos abordados em seu estudo, que os exemplos negativos recebidos durante a faculdade moldam o caráter dos futuros médicos. Ele afirma que o perfil dos alunos que ingressam no curso demonstra superproteção e pouca experiência com fracasso ou perda. Segundo o autor, a sociedade produziu uma geração que cresce com pouca capacidade de comunicação pelo confinamento em casa e por nunca terem sido expostos a situações de pobreza e doença. Dessa forma, usam o distanciamento afetivo do paciente como um mecanismo de defesa.

Acreditamos que esse comportamento possa fazer parte do cotidiano de outros profissionais da saúde, uma vez que as queixas dos usuários referentes ao atendimento desumano ampliam esse leque. O termo humanização da saúde deveria expressar, no seu sentido mais amplo, uma realidade compatível com um Sistema tido como integral, equânime

---

<sup>2</sup>Tornar humano; dar condições humanas a; tornar benévolo, afável, tratável, fazer adquirir hábitos sociais polidos, civilizar (Dicionário Aurélio).

e que preconiza a Saúde como um direito universal.

O Sistema indica que é direito da população um atendimento integral, que intervenha tanto nas ações individuais de tratamento, quanto nas ações coletivas de prevenção e de promoção de saúde (BRASIL, 2009). No entanto, o que vivenciamos no cotidiano encontra-se bem distante do proposto, uma vez que as situações de adoecimento estão em grande parte relacionadas às condições de vulnerabilidade e de miséria em que vivem os menos favorecidos no nosso país.

É necessário que se constituam e sejam fortalecidos projetos que deem um novo sentido aos modos de se produzir saúde, mas, para que haja um salto real na qualidade do atendimento, é primordial o envolvimento de trabalhadores, de usuários e de gestores. Mesmo que esses diferentes atores tenham responsabilidades e funções distintas, entendemos como urgente esse processo de construção compartilhada que considere, antes de tudo, as necessidades sociais, a fim de avançar em direção à qualificação do SUS. Não se pode desconsiderar que sem uma efetiva abertura da gestão aos processos democráticos, dificilmente haverá uma construção compartilhada no SUS, pois, afinal, o poder de decisão (e de gasto) é, de fato, dos gestores.

Benevides e Passos (2005) entendem a humanização da saúde como parte do processo de constituição do SUS. Na leitura dos autores, as diversas lutas que marcaram os movimentos contra a ditadura militar resultaram na reforma sanitária, com suas conquistas junto à consolidação dos deveres do estado expressos na constituição de 1988.

Em um resgate histórico, Matta e Morosini (2008) relatam que no Brasil sempre tivemos os modelos de atenção subordinados às condições socioeconômicas e políticas dos variados períodos históricos. A assistência hospitalar era predominantemente baseada em uma compreensão do processo saúde-doença, ligada apenas a fatores biológicos, tendo como foco o tratamento médico curativo, expressando, posteriormente, a filosofia do modelo hospitalocêntrico. Ao final da década de 1970, o movimento da Reforma Sanitária, que tinha como proposta uma concepção ampliada de saúde, resultou na instituição e logo após na consolidação do SUS.

A partir dessa concepção ampliada, a atenção passa a ter um olhar mais abrangente do processo saúde-doença, trazendo uma abordagem interdisciplinar que se oporia aos modelos excludentes de atenção até então vigentes. No entanto, numa tentativa de organização do sistema, a hierarquização do atendimento em níveis de complexidade alimentou os serviços

especializados, ligados a tecnologias duras<sup>3</sup>, subvalorizando a atenção primária e reforçando cada vez mais a fragmentação da atenção. Os autores ainda afirmam que:

A atenção à saúde, se constrói a partir de uma perspectiva múltipla, interdisciplinar e, também, participativa, na qual a intervenção sobre o processo saúde-doença é resultado da interação e do protagonismo dos sujeitos envolvidos: trabalhadores e usuários que produzem e conduzem as ações de saúde (MATTA e MOROSINI, 2008, p.43).

Em concordância com Pena (2012), e motivados pelas colocações em sua tese sobre **o apoio institucional como estratégia de gestão em coletivos na saúde mental**, destacamos alguns modelos que, segundo o autor, antecederam e contribuíram para a consolidação de mudanças no cenário da atenção e da gestão da saúde, no sentido de torna-las mais democráticas. Inicialmente, o autor se refere ao modelo ‘Em Defesa da Vida’ que nos anos 1990 já propunha uma visão democrática da gestão, as diversas estratégias para inclusão de posturas democráticas estariam embasadas em princípios de corresponsabilidade, protagonismo e autonomia dos sujeitos.

Ainda referenciando Pena (2012), alguns programas isolados, como por exemplo, saúde mental e HIV, entre outros, já demonstravam um olhar diferente do MS quanto à eleição de políticas fundamentadas em novos conceitos mais humanos no atendimento e na gestão.

Nessa trajetória, em busca de processos de mudanças na cultura de atendimento vigente nos hospitais e com o intuito de mudar esse panorama, o documento oficial do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) inicia suas considerações a partir da insatisfação dos usuários quanto às relações estabelecidas com os profissionais durante o atendimento (BRASIL, 2001). Com base nessas declarações, esse atendimento seria precário e até desrespeitoso e violento. Além disso, eram inúmeras as reclamações e denúncias de pacientes referentes a maus tratos em hospitais (BRASIL, 2001; MORI, 2009).

Ainda nesse contexto, Deslandes (2004) considera a humanização como física ou psicológica, representada em maus tratos, ou simbólica, demonstrada pela dor da incompreensão em suas necessidades. Diante dessas constatações, confirma-se, portanto, a necessidade de um modelo humanizado de atendimento hospitalar cujo perfil seja pautado em confiança e diálogo entre os atores.

---

<sup>3</sup> As tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: **leves** (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), **leve-duras** (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo) e **duras** (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais); (MERHY, 2002, P. 49)

A proposta do PNHAH era melhorar a qualidade da assistência nos hospitais, através de ações integradas e tinha como objetivo transformar as relações dos profissionais entre si e com os usuários, disparando um processo de atendimento mais humanizado e efetivo que consolidasse uma nova cultura na atenção à saúde pela requalificação dos hospitais públicos.

Em seguida, dando continuidade a esse programa, no início de 2003, o MS decidiu priorizar o tema da humanização como aspecto fundamental a ser contemplado nas políticas públicas de saúde. Benevides e Passos (2005), afirmam que além do desafio existia a urgência de reavaliar conceitos e práticas nomeadas como humanizadas. “A humanização era reivindicada pelos usuários, alguns trabalhadores e no mínimo, secundarizada (quando não banalizada) pela maioria dos gestores e dos profissionais”, (BENEVIDES e PASSOS, 2005, p.389).

A humanização surge como “diretriz política transversal”, e é entendida como um “conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nas diversas práticas de saúde e esferas do sistema, caracterizando uma construção coletiva” (BRASIL, 2004, p.7). Ou seja, devemos transpor as barreiras nos diferentes níveis e instâncias que compõem o SUS através do diálogo e do fortalecimento entre os profissionais e entre os grupos, garantindo assim uma participação real e efetiva na produção de saúde.

No entendimento de Pasche (2011), o conceito de transversalidade surge como um eixo que propõe mudanças no modelo de comunicação tradicionalmente hierarquizado e verticalizado. Há uma forte tendência dos trabalhadores pensarem qual o setor ou quem é o responsável pela humanização. Atribui-se essa tendência à falta de comunicação ou a uma comunicação fragmentada, setorializada e bastante enraizada nas práticas do cotidiano. Na realidade, a proposta da PNH vem na contramão desse pensamento ao sugerir que a Política atravessasse transversalmente os espaços do serviço e da produção de saúde.

A proposta de transversalidade, para alguns autores, é ressignificada para abraçar diferentes perspectivas no campo da gestão pública. Representa um campo favorável, reforçando a necessidade de aprimorar as políticas de forma a incorporar públicos e temáticas específicas, em alinhamento com suas diversas estruturas setoriais, (SILVA, 2011).

Lançada em 2003, a PNH teria por base pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e de cuidar. Seria uma política com potencial para evoluir fortemente ao provocar transformações no campo das práticas em busca do seu ideário de universalidade, de integralidade e equidade, de descentralização, de hierarquização e de participação popular (BRASIL, 2010).

Entretanto, o que havia até 2003, segundo Benevides e Passos (2005), demonstrava uma fragmentação dos programas e um conceito não muito claro de humanização da saúde.

Este conceito vem sendo problematizado quanto ao seu significado para os programas instituídos pelo MS. Mori e Oliveira (2009) consideram que a Política assume o desafio de ressignificar o termo humanização, surgindo, assim, uma nova síntese, considerando que:

Sujeitos engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, então, de investir, a partir desta concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam (BENEVIDES e PASSOS, 2005, p.391).

Não podemos deixar de refletir sobre a mobilização do sujeito para a transformação de práticas, já que essas estão diretamente condicionadas à singularidade de cada serviço e que nem sempre os sujeitos envolvidos têm a possibilidade de intervir para transformar.

Puccini e Cecílio (2004, p.1346) alertam quanto à interpretação das propostas de humanização dos diversos atores, pois nem sempre a palavra corresponde à ação. Para os autores, “muitos programas de instituições da área da saúde vêm inserindo atividades sob a denominação do clichê ‘humanização’”. Esse fato ocorre devido à visão equivocada sobre humanização por parte de alguns profissionais, como, por exemplo, a organização de eventos e datas comemorativas (aniversariantes do mês, cafés da manhã) que são entendidos pelos trabalhadores como valorização e reconhecimento.

Talvez um dos maiores desafios seja o de elucidar que humanização não é sinônimo de eventos, mas sim de reavaliação de condutas e relações intra e intergrupos. É fundamental desvincular a ideia de que o serviço humanizado é aquele que realiza promoção de eventos festivos.

Navarro e Pena (2013) consideram um risco os gestores utilizarem a humanização de práticas como uma rotina para transformações das rígidas relações de convivência no cotidiano do trabalho. É comum a utilização de diversos artifícios na tentativa de tornar mais leve as péssimas condições de trabalho e de disfarçar as distorções na relação entre os serviços entregues à população e as suas reais necessidades. Na afirmação dos autores “a origem destas dificuldades não se encontra entre os diferentes modos de ser e existir no mundo, pois isso é o que a PNH valoriza” (p.68). Uma mudança nesse paradigma poderá contribuir para se pensar humanização não como encontros pontuais e fragmentados, mas sim como um desafio representado pela revisão dos processos de gestão do trabalho, avaliando principalmente o tipo de atendimento prestado aos nossos usuários.

Para a humanização, é indiscutível que a vida é o bem mais valioso e importante, devendo, portanto, ser protegido por todo o nosso ordenamento jurídico. A Constituição Federal de 1988 vem nos trazer uma vasta gama de garantias para que se possa exigir do Estado um acesso universal e gratuito aos serviços de saúde. Deste modo, a saúde é tida como

um direito social fundamental, já que é um dos princípios basilares da dignidade da pessoa humana, contribuindo para que sejamos um Estado Democrático de Direito que visa superar desigualdades sociais com o fim de realizar a justiça social.

Para que esses direitos sejam materializados, é de vital importância a forma com que os atores envolvidos os interpretam. No dia a dia dos serviços de saúde, a interpretação dada pelos trabalhadores, gestores e usuários pode dificultar ou facilitar a sua implementação (MACHADO; GUIZARDI; LACERDA, 2013). É necessário que se tenham instrumentos de vigilância sócio assistencial; uma boa relação do serviço com a comunidade; uma compreensão do papel dos atores da rede e, principalmente, a compreensão do usuário de que a assistência à saúde é um direito fundamental.

Entendemos, portanto, que o estímulo à novas práticas de gestão deve contar, em todos os sentidos, com a participação e corresponsabilização de todos os atores (trabalhadores, usuários e gestores) nos processos de decisão por melhorias na assistência e no trabalho, contribuindo assim com uma atenção resolutiva, humanizada e menos fragmentada (BRASIL, 2010).

### 3.2 BREVE APRESENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

O SUS teve seu início com o advento da constituição de 1988, e é considerado uma política de inclusão social por proporcionar direito universal e gratuito à saúde da população brasileira. Apesar dos seus 25 anos de existência, pode-se considerar que sua implementação tem sido lenta e permeada por avanços e retrocessos.

Segundo Conceição (2009), o movimento da Reforma Sanitária já desaprovava o modelo de saúde vigente centrado no atendimento hospitalar e manifestava a emergência em se constituir um sistema de saúde que permitisse acesso com qualidade aos seus usuários. Em sua narrativa, Conceição afirma que nos anos 70, houve uma grande mobilização em torno da luta antimanicomial no Brasil e, com base na Declaração Universal dos Direitos Humanos, o movimento reivindicava a abolição de tratamentos cruéis que incluíam desde uma variedade de torturas e castigos corporais, até o uso exagerado de medicamentos. Para a autora, esta mobilização, representou um veículo importante para a construção do que seria, posteriormente, a Política de Humanização.

Benevides e Passos (2005) afirmam que os debates na XI CNS realizada em 2000, contribuíram para a criação do PNHAH. O programa tinha como proposta implantar blocos de ações de modo integral com a intenção de melhorar e elevar a qualidade do atendimento e a

resolutividade dos serviços. Seu principal objetivo era “aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade” (BRASIL, 2001, p.7). Pode-se dizer que a proposta colocava sobre os profissionais o peso da responsabilidade pelas mudanças.

A avaliação de um grande número de usuários do sistema de saúde revela a percepção do seguinte fato: a qualidade positiva do conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde não se faz acompanhar por uma correspondente qualidade nos aspectos, como grau de profissionalismo, respeito, modo de atender e de comunicação, atenção e tempo dispensados ao usuário, prestação de informações e empatia com a necessidade alheia (...) De fato, a qualidade do contato pessoal entre profissional e usuário é responsável por uma infinidade de mal entendidos e dificuldades no tratamento dos pacientes (BRASIL, 2001, p.50).

Dias e Domingues (2005), quando citam a humanização do parto, chamam nossa atenção para o poder exercido pelas instituições, para a importância de uma gestão horizontal aberta a novas proposições e para a sensibilidade do corpo clínico no vínculo instituído entre paciente e profissional.

Em um estudo sobre o processo de implantação da PNH na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) em Fortaleza, Ribeiro, Zanella e Nogueira (2013) identificaram alguns aspectos positivos para o fortalecimento da PNH através do Plano de Qualificação das Maternidades (PQM). Dentre esses aspectos, observou-se um avanço na qualidade da assistência, ampliando o acesso e os direitos dos usuários. Por outro lado, os autores apontam como o maior desafio para implementação da Política na MEAC “a superação de práticas e posturas que não se direcionam para a transformação da realidade percebida em uma dimensão coletiva” (p.259).

O MS chama a atenção para os diversos problemas e necessidades eminentes no serviço de saúde prestado à população que têm relação direta com a forma como os profissionais de saúde veem e se relacionam com os usuários. Vale ressaltar que o mesmo público que sofre diante da perversa desigualdade socioeconômica, é também penalizado quando exposto a situações decorrentes do baixo investimento na saúde, da impossibilidade de participação nos processos democráticos de gestão e do pouco ou nenhum acesso aos serviços.

Atualmente, porém, percebemos certo avanço na participação social por meio das rodas de discussões nas conferências de saúde, e uma ampliação do acesso às ações de saúde, sobretudo na atenção básica. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) surge como fortalecida e ordenadora das Redes de Atenção, (BRASIL, 2012). Com conceitos atualizados, indica alguns avanços na gestão e nas equipes que são formatadas de acordo com a singularidade das populações.



A PNAB afirma uma Atenção Básica (AB) possuidora de acolhimento, de resolutividade e de penetração nas demais Redes de Atenção, através dos processos de coordenação e de gestão. Os termos “atenção básica” e “atenção primária à saúde” são considerados equivalentes pela Política, que tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para sua expansão e sua consolidação. A AB, considerada a principal porta de entrada do Sistema, é constituída por uma equipe multidisciplinar que se propõe a assistir as demandas de saúde da população com qualidade. As Equipes de Saúde da Família (ESF) foram ampliadas e moldadas de acordo com diferentes populações e realidades do Brasil e contam com a inclusão de Consultórios na Rua, de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), de UBS Fluviais e de ESF para as Populações Ribeirinhas. (BRASIL 2012).

Pinto (2014) aponta nos achados de sua pesquisa alguns problemas que merecem ser enfrentados na intenção de se conseguir um avanço nas ações da AB. Entre os principais problemas, o autor se refere à impossibilidade de realização de procedimentos comuns (drenagem de feridas e abscessos, suturas de ferimentos) que acabam sendo encaminhados para serviços de urgência. O envelhecimento da população com suas consequências, doenças crônicas, obesidade e dependência química aparecem como uma preocupação pelas condições insuficientes para tratamentos que exigem continuidade. Outro agravante seria tentar exercer o papel de ordenadora de acesso às Redes de Atenção a Saúde, já que a AB é precariamente informatizada e possui escassos recursos de acompanhamento do usuário na referência e na contra referência. Nesse contexto, “de um lado, a AB é a principal porta de entrada do sistema, mas, de outro, ela ainda precisa ser organizada, preparada e empoderada para se tornar a principal ordenadora do acesso à RAS”, (PINTO, 2014, p.200-2001).

O documento base do PMAC propõe uma articulação entre os gestores e os trabalhadores da AB, no intuito de melhorar o atendimento ao usuário do SUS. O apoiador atua nesse contexto disparando encontros para troca de experiências em busca de soluções para os problemas cotidianos. O PMAC sugere alguns métodos de apoio institucional através de processos comuns de apoio e EPS como fortalecedora das equipes e apresenta exemplos de ações como: apoio a gestão do cuidado; orientação ao trabalho coletivo em função das demandas; apoio à implantação do acolhimento, aos processos locais de planejamento e à implantação de dispositivos para qualificação da clínica. Apesar de grande parte das ações destacarem o apoio institucional às equipes de AB, também podem ser aplicadas como apoio à gestão estadual e municipal (BRASIL, 2012).

Retomando as questões relacionadas à humanização na saúde, faz-se necessário destacar que:

(...) é complicado atribuir aos “sujeitos sociais” a responsabilidade para a mudança no processo de produção de saúde. Essa análise não pode ser realizada descolada da realidade histórico-social em que estamos situados. Não é possível considerar “apenas” a “inclusão” de sujeitos, nesses processos, senão em como avançar no marco dos direitos já resguardados pelo SUS (CONCEIÇÃO, 2009, p.205).

A autora indica que a estruturação da PNH é pautada muito fortemente em atestar ideias e conceitos muito distantes de serem concretizados. Isso fica evidente quando vivenciamos as formas precárias e fragmentadas de atendimento à população. Dentre tantos problemas, está o escasso recurso destinado à saúde, passando também pela expropriação de direitos, principalmente os sociais, reflexo da contra reforma neoliberal do Estado. Nesse sentido, se a Política não considera que essas e outras questões vão muito além da inclusão de “sujeitos sociais”, pode contribuir de forma incoerente para velar as inúmeras contradições sociais e os problemas estruturais existentes no SUS.

O conceito de humanização é descrito no Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS como sendo: ético, ao implicar em atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estético, porque acarreta um processo de criatividade e sensibilidade na produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; político, porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (BRASIL, 2006, p. 13).

Para Deslandes (2004, p.8), “o conceito de humanização da assistência ainda necessita de uma definição mais clara, identificando-se mais como uma diretriz de trabalho, um movimento de parcela dos profissionais e gestores, do que um aporte teórico-prático”. Por comportar diversos enunciados, alguns autores atribuem um caráter polissêmico ao conceito devido à falta de unanimidade em defini-lo (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009).

No começo, em 2003, a PNH se situava na Secretaria Executiva do MS, passando em 2011 a pertencer ao Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES). Era formada por um núcleo técnico que seria responsável pela disseminação dentro do MS e pela relação com Estados e Municípios através dos coletivos regionais (consultores). Faz-se necessário destacar que a PNH não fora instituída formalmente na organização Ministerial, pois constava informalmente como uma Política transversal, segundo Pena (2012, p.79) “pela sua força instituinte e capacidade de entremear-se junto aos movimentos que buscam situar-se tanto dentro como fora do aparato Estatal.”

A discussão levantada por Pereira Junior e Campos (2014), identifica que a partir de 2003 vários documentos do MS tratavam e referenciavam as estratégias metodológicas do

apoio e ressaltam que “que a PNH é a única política do MS que mantém atuação, discurso e formulação teórica sobre o apoio institucional, desde 2003 até os dias atuais” (p.898).

A PNH se estrutura a partir de vários objetivos e, dentre eles, estão: superar os desafios referentes à qualidade do atendimento à população; tornar a humanização um movimento capaz de fortalecer o SUS como política pública de saúde e enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho, como a desvalorização dos trabalhadores de saúde e gestão verticalizada (BRASIL, 2006).

Para humanizar práticas de gestão e de cuidado, a PNH propõe o método da “tríplice inclusão<sup>4</sup>”, ou seja, a inclusão de pessoas, de coletivos e de movimentos sociais nos processos indissociáveis de atenção e de gestão. Esta medida de inclusão supõe que os atores reinventem seus processos de trabalho e atuem como disparadores de mudanças nos modos de gerir e de cuidar (BRASIL, 2013).

A PNH se conforma em quatro eixos estruturantes e intercessores: atenção, gestão, formação e comunicação; atravessados por princípios que são: transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos; por diretrizes: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários e por dispositivos<sup>5</sup> (BRASIL, 2006).

### 3.2.1 Eixos estruturantes da PNH

Para uma melhor compreensão da conformação da PNH, comentaremos a partir de documentos base e de autores sobre cada um dos eixos, princípios e diretrizes propostas pela política. A figura abaixo ilustra a conformação da PNH em relação aos seus Eixos estruturantes.

---

<sup>4</sup>Inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade; inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão; inclusão do coletivo seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal. (BRASIL, 2008).

<sup>5</sup>Por dispositivos entende-se a atualização das diretrizes de uma política em arranjos de processos de trabalho. Na PNH foram elaborados vários instrumentos que se aplicam para operar novos modos de produzir saúde, incluindo os coletivos nos processos de transformação dos modelos de atenção e de gestão (BRASIL, 2008).



Figura 2 – Eixos estruturantes da PNH

Fonte: Elaboração do autor fundamentado no documento base da PNH 2004.

**Eixo da gestão** - Esse eixo se configura em duas vertentes: o eixo da **gestão do trabalho**, que sugere a inclusão dos trabalhadores em ações, movimentos ou rodas de discussão que promovam a valorização profissional; o eixo da **gestão da PNH**, que preconiza “a pactuação com as instâncias intergestoras e de controle social do SUS, o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação sistemáticas das ações realizadas, de modo integrado às demais políticas de saúde” (BRASIL, 2004, p.11).

**Eixo da atenção** - Indica uma Política que investe em ações inovadoras de democratização da gestão, integralidade, intersetorialidade e promoção de saúde, como estímulo ao protagonismo e autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2010).

**Eixo da formação** - Estimula uma articulação entre as instituições formadoras e os Pólos de Educação Permanente em Saúde<sup>6</sup>, para que a PNH seja incluída no conteúdo profissionalizante nos cursos de graduação, de pósgraduação, de extensão em saúde e com os trabalhadores nos próprios serviços de saúde (BRASIL, 2004). No entanto, concordamos com Ceccim e Feuerwerker (2004, p.42), ao destacarem que:

A formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado, mostrando-se absolutamente impermeável ao controle social sobre o setor fundante do modelo oficial de saúde brasileiro.

<sup>6</sup> Pólos de Educação Permanente em Saúde são instâncias de articulação interinstitucional, como Rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde, que são: espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras; lócus para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS (BRASIL, 2004a, p.11).

**Eixo da informação/comunicação** - Sugere a utilização dos meios de comunicação para inclusão do tema em debates da saúde, ampliando o conhecimento e o domínio da população sobre a PNH (BRASIL, 2010).

### 3.2.2 Princípios

A PNH entende princípio como sendo o primeiro impulso para que ocorram movimentos que resultem em transformações nos padrões que regem as políticas públicas (BRASIL, 2008). São eles:

**Transversalidade** – É a oportunidade de ampliar e fomentar a interação entre os indivíduos e entre os grupos, no intuito de evitar o isolamento e incentivar a comunicação de modo dinâmico e multidirecional. A ideia é que os saberes e práticas possam aproximar os diversos atores na corresponsabilização da produção de saúde (BRASIL, 2010, 2013; PASCHE, 2008).

**Indissociabilidade entre atenção e gestão** – Ao se apontar a necessidade de mudanças nos modelos de atenção e gestão, entendemos que não se pode separar trabalhador, usuário e gestor. Essa interação, quando efetiva, contribui de forma positiva no direcionamento e planejamento das ações (BRASIL, 2013). Apesar da clínica e da gestão se colocarem em campos distintos, para Pasche (2009), ao atuar são inseparáveis por sua mútua influência.

**Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos** – Trata-se do reconhecimento do indivíduo independentemente do local que ocupa. Cada pessoa tem o direito de manifestar seus posicionamentos, suas sugestões e suas opiniões de forma autônoma e corresponsável, tanto na produção de saúde quanto na organização dos serviços. Segundo Campos (2000, p. 136), “o desafio estaria, então, em possibilitar ao sujeito trabalhador uma ampliação de sua capacidade de interferir e de negociar com a realidade externa”. Para o autor, esse fortalecimento ocorre na medida em que o sujeito se permite buscar seus “desejos e interesses” por meio de acordos entre os indivíduos e os coletivos, compondo as pactuações que representem os interesses de todos.

### 3.2.3 Diretrizes

Seria o delineamento de um plano, o guia com orientações éticas que contemplem a produção de saúde de forma coletiva, entendida aqui como produção de cidadania (NAVARRO e PENA, 2013). São elas:

**Acolhimento** – A mudança de práticas, de atitudes e de comportamentos representa um dos grandes desafios em qualquer situação na vida cotidiana. Nos serviços de saúde, envolve uma

dimensão ampliada ao se lidar por um lado, com a dor, com o sofrimento, com a doença, com o desrespeito e por outro, com o cuidado, com a proteção, com a recuperação e com o afeto, que são movimentos reais e contraditórios no dia a dia dos trabalhadores da saúde.

A palavra ‘acolher’ possui inúmeros significados que expressam: proximidade, alento, segurança, atenção e aconchego, portanto, no contexto, consideramos esta como uma das mais importantes diretrizes.

O documento base para gestores e trabalhadores do SUS define acolhimento como sendo “um processo constitutivo das práticas de saúde que implica responsabilização do trabalho/equipe pelo usuário, desde sua chegada até a sua saída” (BRASIL, 2010, p.51). Entendemos que esse conceito merece ser problematizado, uma vez que existe o risco desta diretriz não ser seguida devido às políticas de Estado mínimo demonstrarem que uma das formas de redução da máquina estatal é o processo de privatização. A comercialização da saúde reflete, portanto, certo desgaste nas relações interpessoais e profissionais.

**Gestão Participativa e Cogestão** – No documento base, a gestão é conceituada como “a capacidade de lidar com conflitos, de ofertar métodos (modos de fazer), diretrizes, quadro de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde” (BRASIL, 2010, p.13). No entanto, o conceito se torna contraditório quando, na medida em que essa diretriz estimula a participação de novos sujeitos no processo de gestão, surge, proporcionalmente, um desconforto por parte dos gestores em dividir essa tarefa até então verticalizada e centralizada na sua figura.

De acordo com Campos (2000), a história nos mostra que o surgimento da gerência aponta para uma tentativa de contração da liberdade dos trabalhadores em relação à forma como executam as suas atividades. No entanto, a realidade do cotidiano do campo da saúde exige que os profissionais ampliem o leque de atividades e revejam tais limitações para que a materialização das políticas públicas seja feita de forma mais democrática e participativa.

Neste sentido, é importante elencar questões que dizem respeito à relação do trabalhador com a PNH. Em primeiro lugar cabe questionar: os objetivos e metas das organizações de saúde estão indo ao encontro dos interesses dos trabalhadores e do controle social? Partindo do princípio que existem diversos interesses envolvidos, como os gestores públicos lidam com os enfrentamentos? Em estruturas de gestão verticalizadas, qual a percepção dos gestores sobre a redução de sua autonomia, com a participação de outros sujeitos nos processos decisórios? Conforme salientado anteriormente, essas são questões analíticas e norteadoras que não serão exaustivamente abordadas nessa dissertação.

A diretriz da cogestão nos permitirá uma problematização acerca dessas e de outras questões tão desafiadoras e intrigantes.

**Ambiência** – Tem sua representação no espaço físico, cuja apresentação deve compreender e favorecer as necessidades do usuário e do profissional. Está relacionada com ambientes que eliminem a impessoalidade, reflita o acolhimento, o conforto e permitam aos atores uma convivência harmônica e compatível com saúde. Nesse caso específico, o sucateamento das unidades de atendimento tem resultado em ambientes precários e insalubres. Mas, como operar mudanças nessa realidade sem o engajamento e comprometimento do coletivo?

**Clínica Ampliada e Compartilhada** – Traz a proposta de abordar os aspectos biomédicos, sociais e psicológicos, de modo interdisciplinar, multidisciplinar e multiprofissional, incluindo ativamente o usuário nas decisões sobre a condução do tratamento. A intenção é que os dispositivos estejam interligados em rede, contrariando os processos fragmentados de trabalho. Diante das várias nuances que envolvem o processo saúde-doença, a clínica, ao ampliar e compartilhar seus enfoques, estará corresponsabilizando os atores, os indivíduos, os familiares ou a comunidade a aderir de forma mais efetiva aos tratamentos propostos. A abordagem é de forma humanizada e exercita-se a escuta para ampliação do vínculo entre a equipe e o usuário, ressaltando a singularidade dos sujeitos (BRASIL, 2012).

**Valorização do trabalho e do trabalhador** – Dentre os principais problemas que envolvem trabalho e trabalhador, podemos elencar a desvalorização, a precarização e a fragmentação das relações de trabalho, o baixo investimento em processos educativos, a ausência nos processos de gestão e a falta de vínculos com usuários (BRASIL, 2010).

Autonomia e protagonismo são termos frequentes nos documentos da PNH, mas, se por um lado os termos refletem o potencial de análise dos sujeitos nos processos de trabalho, por outro existe o desafio de lidar com processos não democráticos de gestão e pouco receptivos a novos modos de organização e circulação de poder, (BRASIL, 2006). Nesse sentido, Martins e Molinaro afirmam que:

Pensar prospectivamente a nova realidade do mundo do trabalho implica em discutir a equidade nos processos que conformam o campo da gestão do trabalho, a saber: acesso e natureza dos postos de trabalho, proteção social, remuneração, ambiente e condições de trabalho, qualificação, participação política e acesso à tecnologia (MARTINS e MOLINARO, 2013, p.1674).

Martins e Molinaro (2013, p.1675) se manifestam acerca das consequências da terceirização nas suas várias formas de contrato e, também, sobre a "necessidade de ampliar a reflexão sobre novas formas de institucionalização das relações de trabalho que garantam o princípio da equidade e a função social do trabalho". Assim, pode-se dizer que existe uma

grande contradição entre as propostas da PNH e a inserção dos trabalhadores nos serviços, em sua grande maioria com contratos precarizados de trabalho.

Tal contradição se evidenciou inclusive em nossa pesquisa, pois no decorrer das entrevistas constatamos o desligamento de servidores contratados por processo seletivo e a admissão de servidores concursados. Uma situação preocupante estava relacionada a alguns trabalhadores que possuem o nível médio e elementar, que foram treinados no serviço mas não possuem qualificação formal. Já adiantando alguns resultados da pesquisa, os vínculos precários na instituição tem sido motivo de grande sofrimento e stress conforme a fala do apoiador.

Em meu setor tem 28 pessoas e estou perdendo 18 que já estão comigo há quatro anos. Pessoas treinadas, que saindo daqui não sabem o que fazer, não tem qualificação e não sei se serão absorvidas no mercado de trabalho. (...) já aconteceu algo semelhante quando o ambulatório era aqui e saíram os serviços prestados, saíram todos e entraram todos novatos. Foi terrível a sensação da perda das pessoas, ficamos sensíveis a quem está saindo e ao mesmo tempo precisamos estar abertos a quem está chegando porque não tem nada a ver com a história! (A6).

De acordo com Alves (2014, p.54), “a condução dos processos de gestão não tem na devida conta a complexidade das situações de trabalho, obscurecendo justamente o que lhes é basilar: a *atividade humana de trabalho*.” O mesmo autor afirma que os processos de gestão não são de responsabilidade única e exclusiva daqueles que comandam o Sistema, mas que os próprios trabalhadores também os realizam.

O trabalho ocupa um lugar privilegiado na vida dos seres humanos. Não é neutro em relação ao que provoca no sujeito. 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.60).

**Defesa dos Direitos do Usuário** – O nosso ordenamento jurídico é farto em garantir direitos aos cidadãos. Iniciando pelo topo, a nossa Carta Magna consagra em seu artigo 5º os direitos individuais e coletivos e no artigo 6º os direitos sociais. Mais adiante, em seus artigos 195 e seguintes, detalha especificamente o direito à saúde. Mesmo com todas essas garantias, é preciso disseminar a divulgação ampla desses direitos e fortalecer ações no sentido de assegurar o seu cumprimento.

Nesse sentido, a PNH surge na tentativa de ajudar a preencher essa lacuna, uma vez que dentre as suas orientações gerais encontramos como diretrizes o acolhimento e a defesa dos direitos dos usuários, dispostos na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que foi aprovada pelo CNS no dia 17 de junho de 2009. O documento tem por base: acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; tratamento adequado e efetivo; atendimento humanizado;



respeito aos valores e direitos pessoais; direito ao comprometimento dos gestores da saúde, para que os princípios anteriores sejam cumpridos (BRASIL, 2006).

A figura abaixo ilustra a conformação da PNH em relação aos seus Princípios e Diretrizes.

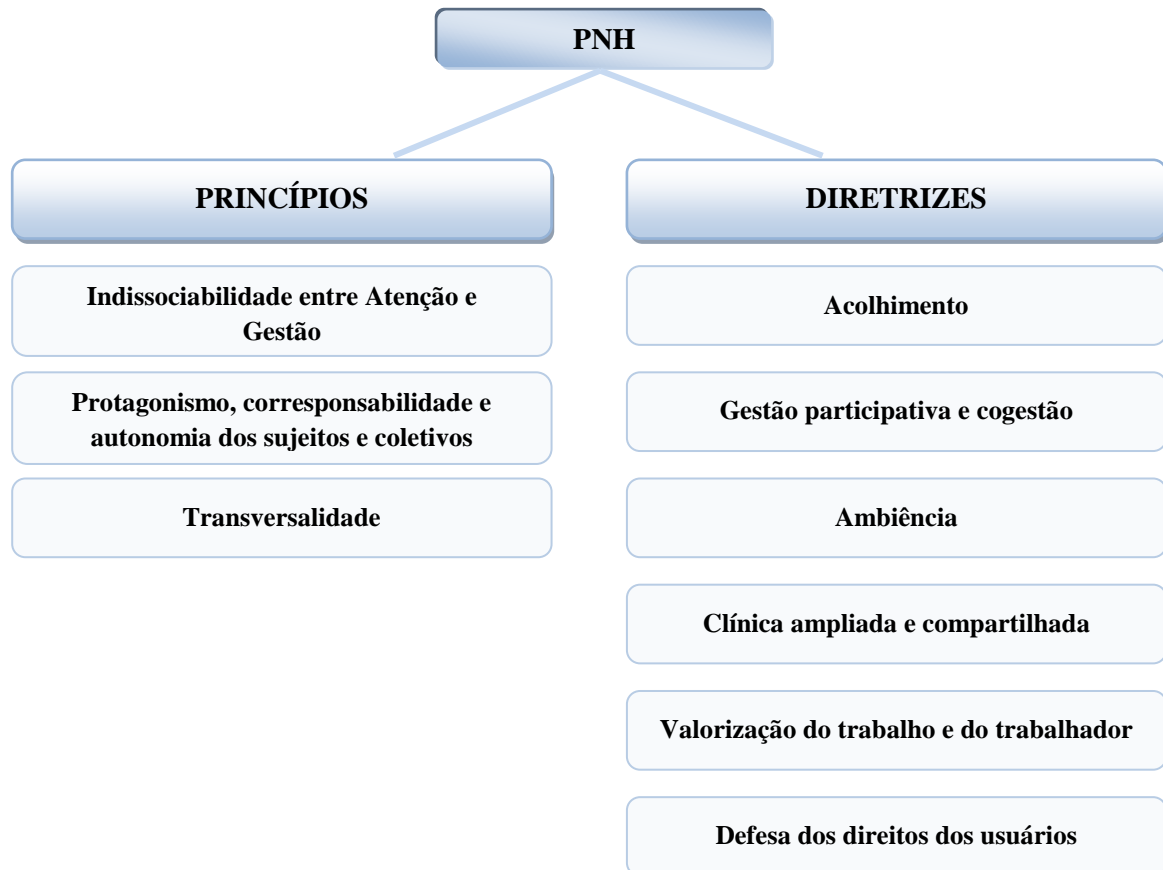


Figura 3 – Princípios e Diretrizes da PNH

Fonte: Elaboração do autor, fundamentado no Documento Base da PNH 2004.

### 3.2.4 Dispositivos

Dispositivos<sup>7</sup> são considerados por Pasche e Passos (2008, p.5) como sendo “arranjos materiais, e/ou imateriais mediante o qual se faz funcionar, se catalisa ou se potencializa um processo”. Não é nosso objetivo tecer considerações sobre todos os dispositivos, mas apenas citá-los: Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH); Colegiado Gestor; Visita Aberta e Direito à Acompanhante; Programa de Formação em Saúde do Trabalhador; Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial; Projetos Cogeridos de Ambiência; Acolhimento com Classificação de Riscos; Projeto Terapêutico

<sup>7</sup>Esses dispositivos encontram-se detalhados em cartilhas, textos, artigos e documentos específicos de referência, disponibilizados nas publicações e site da PNH <<http://www.saude.gov.br/humanizassus>>.

Singular e Projeto de Saúde Coletiva; Projeto Memória do SUS que dá certo, (BRASIL, 2010).

### 3.2.5 Método

O método da tríplice inclusão proposto pela PNH é apresentado por Pasche (2009) como um método para criação de padrões de atuação em grupo. É importante que mesmo na diversidade os padrões que direcionam as ações, a coprodução de sujeitos e de saúde sejam munidas por princípios éticos, clínicos e políticos, “para a produção do comum na diferença” (p. 705).

Navarro e Pena (2013, p. 69) destacam o método da PNH como “estratégias de produção coletiva do modo de gerir e de cuidar, das iniciativas para desconstruir os padrões instituídos das formas de atenção e de gestão que não se afetam pela transversalidade dos saberes e práticas do SUS”.

Para Campos, a Práxis Paideia ou Método da Roda, “é um método crítico à racionalidade gerencial hegemônica, propondo uma reconstrução operacional dos modos para fazer-se a cogestão de instituições e para a constituição de sujeitos com capacidade de análise e de intervenção” (CAMPOS, 2000, p.234), ou seja, extrapola a democracia social ao propor um método de formação que favoreça o aumento do potencial de análise e de intervenção dos sujeitos no cotidiano, “a Práxis Paideia busca o sentido forte no termo reflexividade: o pensamento voltar-se sobre si mesmo a partir das evidências colhidas no mundo” (CAMPOS et al., 2013, p.16).

Campos (2013) ainda destaca alguns critérios importantes do método como:

1. Conceber o bem estar e a justiça social, tendo como ponto central do debate o impacto que cada atitude tem em relação à vida humana. Nesse contexto, dever-se-ia preocupar mais com a produção de saúde do que com a eficiência econômica (p. 30).
2. Proporcionar índices superiores de autonomia e liberdade para os sujeitos e para as organizações, garantindo que todos possam exprimir seus ideais livremente, permitindo assim que as diferenças sejam tratadas democraticamente (p. 32).
3. Tratar os antagonismos e divergências com ética, cordialidade e respeito, substituindo a agressividade por mecanismos de argumentação e persuasão (p. 33).

Nesse contexto, destaca-se o Método da Roda como espaços em que possam ser discutidas, continuamente, soluções para os conflitos relacionados à humanização da atenção da gestão pautada no proposto pela Política. Os cenários de exercício e idealização do apoio institucional tem na Roda a oportunidade de propagar continuamente a liberdade de

expressão. Nesse sentido, procura-se analisar posturas autoritárias sem excluí-las, e a partir daí elaborar instrumentos potentes que conduzam a transformação de condutas nos diversos campos de circulação de saber e de poder na saúde.

No entanto, precisamos estar atentos a cada realidade já que nas rodas não é incomum o sentimento de rejeição ou de superficialidade da humanização, diante dos cenários pouco democráticos em que se atua. Frequentemente, a maioria dos profissionais se encontra em uma ‘zona de conforto’ ou ‘apáticos’, de certa forma alienados quanto a determinadas situações no cotidiano do trabalho. Nas propostas em que se incluem mudanças na atenção e na gestão, eles não se conseguem enxergar como sujeitos autônomos e corresponsáveis que, independentemente do local que ocupam, têm o direito de manifestar seus posicionamentos, suas sugestões e suas opiniões, tanto na produção de saúde quanto na organização dos serviços. Percebe-se claramente, no nosso cotidiano, a afirmação de Paulon, Pasche e Righi (2014, p.819) sobre “o risco de se transformar em tecnologia, tão somente, de fomento à organização de rodas. Rodas que giram, giram e pouco mudam os modos de trabalhar.” É exatamente essa a sensação que se vivencia em algumas situações, já que a roda, apesar de girar em algum sentido, volta sempre ao ponto inicial, ou seja, ao ponto de partida.

## 4. CAPÍTULO 3 – CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA PNH

### 4.1 O FOMENTO INSTITUCIONAL DE PRÁTICAS HUMANIZADAS NA UNCISAL

Inicialmente, para uma melhor compreensão, foi necessário ampliar o cenário e resgatar, através de análise documental e de relatos, um pouco da historicidade da Política de Humanização na Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), na qual está inserida a instituição escolhida como *locus* da nossa pesquisa, a **Maternidade Escola Santa Mônica**.

A UNCISAL é uma instituição estadual de educação superior, com ênfase no campo das Ciências da Saúde, pluridisciplinar, de caráter público e gratuito, mantida pelo poder público estadual, de personalidade jurídica de natureza autárquica, submetida às normas legais em vigor, tendo como âmbito de sua atuação todo o território estadual. Uma das integrantes de sua estrutura é a Escola Técnica de Saúde Professora Valéria Hora (ETSAL) além dos núcleos Unidades Assistenciais de Saúde, (Hospitais Escola, Laboratórios, Clínicas e Serviço de Verificação de Óbitos), que oferecem atendimento gratuito à população alagoana, estando, portanto, diretamente ligadas ao SUS. Sua configuração está representada na figura abaixo:



Figura 4 – Configuração da UNCISAL e Unidades Assistenciais  
Fonte: Elaboração do autor a partir do organograma da assistência

Apresentaremos, a seguir, algumas ações que marcaram o caminho da composição da PNH na UNCISAL, como estratégia para fomentar um modo diferente de fazer saúde no Estado. Ressaltamos, aqui, que existe uma relação direta entre a gestão da UNCISAL, da Reitoria propriamente dita, da direção da Santa Mônica e das demais unidades assistenciais. Então, a partir de um plano de trabalho desenvolvido na unidade assistencial, a gestão passa a reconhecer e validar a implementação das ações. Nesse contexto, esperamos contribuir com a identificação dos embates entre a Política e suas práticas concretas no cenário da Universidade e conseqüentemente da maternidade.

O processo de implantação da PNH, assim como nos demais estados do país, foi iniciado em 2005, como proposta do MS. Foi criada, na UNCISAL, uma Coordenação de Humanização e Qualidade de Vida que se configurava como uma gerência, dentro de uma Pró Reitoria, sendo, portanto, uma função estratégica dentro da Universidade. Tinha o nome de Gerência de Humanização (GERHUM), mas, no entanto, as práticas dessa gerência eram voltadas para promoção de eventos festivos.

Entre 2009 e 2011, foi elaborada uma proposta de reestruturação da Gerência de Humanização e a implantação do Núcleo de Atenção Integrada à Saúde e Segurança do Trabalhador (NAISST). Nessa etapa, em um primeiro momento, tentou-se reunir pessoas que pensassem a partir de uma mesma perspectiva e em um segundo momento foram priorizadas ações de saúde e segurança, com o olhar voltado ao fortalecimento da PNH no Estado junto à Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas (SESAU), MS e Secretaria Municipal de Saúde de Maceió (SMS). Nesse contexto, houve um movimento estadual de instituir a CTH, que reuniria atores da UNCISAL, da SESAU e da SMS.

Fazia parte desse movimento tentar criar uma identidade para humanização no estado, e ao mesmo tempo somar forças para fortalecer o discurso para dentro da Universidade.

No período de 2011 a 2013, consolidou-se a Gerência de Humanização (GERHUM), com o fortalecimento das parcerias interinstitucionais e surge a necessidade de um Curso de formação de formadores, para se discutir o ensino a partir das práticas e depois, essa turma de formadores trabalharia como Tutores nos cursos de apoiadores da PNH .

Em 2013, foi preparado o planejamento até 2017, com a elaboração do diagnóstico institucional e compromisso de gestão. Esse diagnóstico buscou responder a diversas questões, como por exemplo: Como poder-se-ia efetivar a PNH no cotidiano das práticas em saúde na instituição?

O norte metodológico escolhido para fortalecer o coletivo UNCISAL priorizava a corresponsabilidade, a participação, a inclusão e a intercessão de saberes, através dos eixos

estruturantes da Gestão, da Atenção e da Formação; as diretrizes: valorização do trabalho e do trabalhador, cogestão, acolhimento, clínica ampliada, ambiência e defesa do direito dos usuários, utilizando como dispositivos projetos e intervenções cogeridos e coproduzidos.

Foram propostas ações, tais como: mapear, junto às unidades programas, projetos e iniciativas de humanização já existentes; articular com as diretrizes propostas; traçar objetivos e definir caminhos de ação a partir de prioridades eleitas coletivamente; construir indicadores de monitoramento e avaliação.

De acordo com o documento da Pró-reitora de Gestão de Pessoas (PROGESP) era imprescindível o envolvimento matricial (núcleo de apoio a PNH) para: apoiar as unidades de forma colegiada, na implementação das diretrizes da PNH; fomentar a constituição de um grupo estratégico para produzir diagnóstico, mapear situações-problema, produzir estratégias de intervenção; elaborar projetos focados nas práticas de gestão e de cuidado no âmbito das unidades de saúde e elaborar projetos focados na formação, ensino e pesquisa nas unidades acadêmicas.

Em 2013, foram criados: o Núcleo de Apoio à implantação e implementação das diretrizes e dispositivos da PNH e o Núcleo de Qualidade de Vida no Trabalho (NQVIT). Houve também a descentralização das ações de Saúde e Segurança do Trabalhador através dos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT).

A partir de 2014, em continuidade ao plano elaborado, foi realizada uma pactuação acerca da eleição da diretriz valorização do trabalho e do trabalhador, enquanto foco prioritário de trabalho, nos diversos âmbitos da universidade para o período de 2014 - 2016; o diagnóstico institucional e fomento dos dispositivos e projetos disparados na Universidade; realização de Planejamento Estratégico (PE) participativo com horizonte de 10 anos e criação do Fórum de Gestão de Pessoas para tomada de decisões colegiadas e o fortalecimento do coletivo nas unidades incluindo a Maternidade Santa Mônica.

Em 2015, com a Lei delegada nº 47, para um reajuste na Lei de Responsabilidade Fiscal do Estado, houve mudanças no organograma de vários setores, dentre eles alguns da UNCISAL. Com as alterações, a GERHUM passa a ser uma Assessoria chamada 'Supervisão de Atenção à Saúde e Bem-Estar'(SASBEM).

Percebe-se que ainda existem diversos desafios a serem enfrentados, como por exemplo: fomento à criação, à efetivação e à consolidação de uma cultura institucional, pois as ações de humanização da instituição precisam ser transversais e comuns a todos os espaços, pessoas e rotina, (PROGESP, 2014).

## 4.2 A PNH NA MATERNIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA

A Maternidade Escola Santa Mônica (MESM), situada em Maceió, unidade assistencial da UNCISAL, é uma referência estadual para o atendimento à gestante e recém-nascido de alto risco. Conta com Unidade de Terapia Intensiva Materna e Neonatal, desenvolve atividades interrelacionadas de ensino, pesquisa, extensão e assistência. É considerada como prioritária para o MS e apresenta-se como hospital estratégico para conformação da Rede Cegonha<sup>8</sup> no Estado por possuir Plano de Ações Local para Redução da Mortalidade Materna.

A instituição tem como principal objetivo trabalhar com um atendimento acolhedor e humanizado, oferecendo aos usuários do SUS, assistência obstétrica e neonatal de média e alta complexidade, serviços ambulatoriais, pronto-atendimento em urgência e emergência e internações hospitalares. Sua visão está pautada em valores como: humanização; ética e justiça; respeito à individualidade; integralidade, universalidade, equidade; resolutividade e valorização do profissional (MESM, 2015).

Fazem parte da instituição cerca de 1.200 profissionais entre médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, técnicos de enfermagem, assistentes administrativos dentre outros. Sua gestão era composta por: gerente geral, gerente técnico-médico e gerente de gestão administrativa. Mais recentemente, essa estrutura administrativa foi reformulada pela Portaria Interna GG nº. 01, de 14 de janeiro de 2015 e passa a incorporar as seguintes funções administrativas em seu organograma: Coordenador de Unidades Assistenciais; Assessorias de Gerência Geral das unidades assistenciais; Supervisor I de Unidades Assistenciais; Supervisor II de Unidades Assistenciais e Secretaria de Unidades Assistenciais e de Apoio Assistencial.

Constantemente, no âmbito do SUS, nos deparamos com diversas contradições envolvendo trabalho e suas relações, como por exemplo os organogramas verticalizados. Observa-se também que existem ainda poucos espaços coletivos voltados para troca de experiências e discussões sobre o cotidiano e os nós críticos, dentre eles, a gestão verticalizada.

A PH na MESM foi iniciada em 2002 quando foi criado um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH). Existe uma lacuna em nossa pesquisa que corresponde ao período entre 2002 e 2009, isso ocorreu porque tivemos algumas dificuldades em encontrar registros e

---

<sup>8</sup>A Rede Cegonha (RC) foi lançada em 2011 pelo Governo Federal, consistindo numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher e à criança, o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil (para crianças com até dois anos de idade) em todos os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Seu norte ético-político é o agir em saúde pautado nos direitos humanos como valor central, em especial o direito à saúde, defendendo que a mulher, a criança e seus familiares podem e devem assumir a condição de protagonistas no processo de produção de saúde. Nessa direção, a Rede Cegonha agrega um conjunto de diretrizes de humanização e qualificação do parto (BRASIL 2013a, p.5)

contatar as pessoas que fizeram parte do GTH nesse intervalo. Com base em relatos consta que a implantação se deu no setor de Recursos Humanos e era muito voltado para eventos festivos e comemorações, resultando em uma herança da humanização com esse sentido.

Em 2010, aconteceu a implantação de um colegiado de gestão. Nessa ocasião foi feito todo um movimento dentro da maternidade com eleição de representantes dos setores. A eleição foi realizada de uma forma coletiva e esse colegiado de gestão participou ativamente da gestão da maternidade durante cerca de um ano e meio. Após esse período, as reuniões começaram a ser esvaziadas. Essa tentativa de democratização da gestão não se consolidou na MESM, já que, não é uma tarefa fácil “desconstruir a desigual distribuição de poder expressa em rígidos sistemas hierárquicos” (CAMPOS 2000, p.150).

Nos últimos dois anos, a maternidade vinha passando por um processo de reforma de adequação estrutural, iniciado em 10 de junho de 2013, com previsão de término em 04 anos. Além de ampliar o número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal em mais de 100 %, a reforma teria como objetivo reparar e adequar inúmeros problemas estruturais graves dentre eles infiltrações, instalações sanitárias e alojamentos inadequados.

Não podemos deixar de registrar essa história, já que está muito presente nos relatos dos apoiadores e expressa a angústia dos trabalhadores ao serem redistribuídos, nesse período, para outros hospitais. Hospitais públicos, em que gestores adotam posturas pouco acolhedoras e até antiéticas quando se trata de dividir um espaço que tomam como sua propriedade. Na verdade, quase sempre os servidores não eram bem recebidos por estarem ‘invadindo um espaço que não lhes pertencia’. Os comentários a seguir fazem parte de alguns achados da pesquisa e demonstram o sentimento do apoiador.

(...) e lá, eu acho que aconteceu uma desconstrução de qualquer critério de humanização que houvesse. Porque nós escutamos de alguns profissionais essa frase: 'vocês não são bem-vindos aqui'. Nós escutamos isso em reunião. E assim como falaram, assim eles tratavam os funcionários da Santa Mônica, todos da assistência que estavam lá. .. e era horrível... e não podíamos fazer nada... (A2).

(...) quando completou 9 meses eles disseram: 'vocês não podem mais ficar aqui'... vocês precisam sair dentro de 3 dias, e foi assim... (A3).

Por um lado, os relatos que chegaram até nós partiram de algumas situações vivenciadas, evidenciando uma relação de trabalho permeada por dores e adoecimentos dos trabalhadores, ou seja, o oposto de qualquer proposta de humanização. Mas, por outro lado, fica evidente que há uma grande esperança de mudança com o ‘retorno para casa’. É assim que os trabalhadores se referem à maternidade, com a perspectiva de novos horizontes permeados por diretrizes mais humanizadas.



Foi nesse cenário, que em 2014, tivemos o curso de apoiadores, ofertado pela UNCISAL como executor didático pedagógico, em parceria com a SESAU e com a SMS. A orientação pedagógica resultaria em projetos de intervenção, visando a reestruturação de práticas assistenciais e de gestão nos serviços. Por um lado, algumas pessoas aderiram ao curso por conhecer a política e por querer se engajar, mas por outro, muitas aderiram sem muita consciência dos motivos pelos quais estavam aderindo. Para essas, foi apenas mais um curso, mais um diploma. Houve um grande esvaziamento e, conforme relatos acredita-se que não houve o acolhimento e o apoio necessário para as pessoas que estavam em processo de formação. Essa afirmação fica evidente no relato a seguir:

(...) também a gente conviveu com várias situações de discordância quanto à forma de conduzir o curso, que era totalmente incoerente com o que preconiza a Política. A gente na verdade conviveu com isso praticamente o curso inteiro (A4).

Em relação ao curso, as pessoas que ministram, precisam ser ímpar de fato, ser apartidárias. Não ter uma visão partidária em relação a isso ou aquilo (...) humanização é tão além, tão forte que você não deve carregar bandeira religiosa, bandeira partidária, nenhuma bandeira de fato...(A3).

A proposta metodológica de formação de apoiadores da PNH vislumbra a transformação de práticas, tanto na atenção quanto na gestão, em bases concretas. No entanto, mudanças envolvendo variados saberes e poderes só acontecem quando as problematizações partem de questões e vivências do cotidiano. Nesse contexto, é necessário entender que a relação entre cuidador, assistido e gestor deve ser intrínseca e indissociável. Assim, espera-se que durante a construção dos projetos de intervenção, os trabalhadores envolvidos sejam levados a questionar e reavaliar suas práticas, passando a atuar de forma mais protagonista na gestão do seu próprio trabalho e não ser apenas aquele que reproduz mecanicamente suas tarefas (GUEDES; ROZA; BARROS, 2012).

Na ocasião, especificamente no caso da maternidade, o grupo, ao fazer um diagnóstico situacional, constatou uma grande fragmentação dos serviços devido à reforma que viria a ser um dos dificultadores na execução dos projetos de intervenção, principalmente pela impossibilidade de reunir o coletivo na instituição. Foram diagnosticadas algumas necessidades que resultaram em propostas de intervenção como, por exemplo, o apoio as ações para obtenção do selo **Hospital Amigo da Criança (IHAC)**. Nessa experiência, seriam contempladas as diretrizes: defesa e valorização dos direitos dos usuários (gestantes, bebês e puérperas), acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador do SUS, ambiência e cogestão.

No entanto, os principais desafios para obtenção do selo IHAC naquele momento se

relacionavam a mobilizar os funcionários da maternidade (em reforma) para que participassem das capacitações. O objetivo seria mudar condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce, além de implantar na maternidade os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno. Essa proposta está sendo atualmente retomada e conduzida sem a participação dos apoiadores.

Nesse período, como intervenção na maternidade, foi evidenciado um projeto já existente (coordenado por mim) e em funcionamento na Pediatria do ambulatório desde 2011. Trata-se do Programa Educativo e Preventivo de Promoção de Saúde Bucal (Odontologia Intra Uterina, Neonatal e Aleitamento Materno). Essa uma proposta foi considerada inovadora, de acordo com os seguintes pontos:

- Ser pioneiros no Estado em um serviço de atendimento odontológico específico para bebês de 0 a 24 meses;
- Incluir de fato a atenção integral no acolhimento ao binômio mãe-bebê, com a inserção da Odontologia Neonatal;
- Atender aos princípios de humanização no atendimento e da multidisciplinaridade de forma mais abrangente.

Então, após a conclusão do curso em 2014, surge a necessidade de criação e fortalecimento de um grupo de apoiadores que pudesse, a partir daí, conduzir dentro da MESM o fomento dos princípios e diretrizes da Política, tendo como focos prioritários a valorização do trabalho e do trabalhador e a análise dos processos de trabalho, entre outros. Os apoiadores esperam que esse grupo possa atuar como um potente método capaz de articular estratégias, como reuniões e encontros para discussões de problemas do dia a dia com o coletivo. A intenção é que o fortalecimento do coletivo, com responsabilidade, possa conseguir buscar e avançar alguns passos, penetrando mais ativamente nos espaços decisórios.

Para Campos (2000), os processos de trabalho fortemente alicerçados, suprimem muitas vezes as aspirações, vontades e preocupações dos indivíduos e coletivos, deixando-os vulneráveis e propensos a acomodação e uma certa alienação permanecendo submissos, apáticos e sem se posicionarem como protagonistas. Essa acomodação é preocupante para os apoiadores.

Em suas reflexões acerca do exercício do apoio como inovação tecnológica na gestão do trabalho, Paulon, Pasche e Righi (2014) destacaram que:

A proposta do apoio mexe com estas “zonas de conforto, muitas vezes acomodadas como ganho secundário e, por isso, há certo grau de tensão que sempre acompanha a

tarefa do apoiador, pois ela sempre vai mobilizar diferentes forças: as conservadoras, para manter posições garantidas; e as forças disruptoras, mais dispostas a enfrentar os riscos e ansiedades geradas pelo que o novo possa desterritorializar ou vir a exigir (p.811).

A cada reunião do grupo, entre outros temas, são vistas e revistas as atribuições dos apoiadores e são traçadas e discutidas estratégias e metas para sua atuação concreta. Mas e o serviço? Como o serviço vê e presume ser a aposta do apoio institucional? É reconhecido o seu papel como uma inovação tecnológica e que ele tem algo a ofertar? O que é esperado do apoiador na gestão do trabalho?

Essa trajetória, afirmamos com segurança, nada fácil vem sendo permeada por muitas dúvidas, angústias, inseguranças e limitações, a depender do universo em que o apoiador atua no cotidiano. Desde o início da implantação e implementação da PNH na instituição pesquisada, a função apoio sempre foi atravessada por muitas indagações quanto ao seu real espaço de atuação. As indagações ocorrem, apesar de teoricamente estarmos inseridos em um cenário totalmente favorável a prática do apoio, ou seja, favorável por lidar especialmente com o sentido maior da existência humana que é o nascimento ou o parto.

Para uma melhor compreensão, em nossa explanação, continuaremos historiando e compartilhando nossas experiências, nossos aprendizados e porque não nossos tropeços pelo caminho do apoiar.

#### 4.3 O INÍCIO DO GRUPO DE APOIADORES

A ideia inicial para a constituição do Grupo de Apoiadores partiu da GERHUM e envolveria, a princípio, qualquer pessoa que tivesse sido capacitada e desejasse participar de um grupo aberto, com as unidades assistenciais, para discussões sobre PNH na UNCISAL. Foi elaborado um calendário anual, com reuniões mensais. No começo, as reuniões contavam com vários participantes, mas aos poucos houve um esvaziamento. O perfil do grupo inicialmente seria:

- Formado por 01 a 02 representantes de cada unidade assistencial, no máximo 15 participantes;
- Os participantes do grupo seriam atores de diferentes unidades da UNCISAL considerados estratégicos e que se identificassem com a proposta do apoio. Essa composição poderia trazer vivências de diferentes lócus da universidade, contribuindo para as análises do cotidiano organizacional;

- Os participantes do grupo deveriam estar parcialmente desobrigados de suas ocupações no horário das reuniões, no intuito de contribuir com as atividades, mas permaneceriam em sua função inicial.
- Seria necessária a legitimidade desse grupo perante a gestão das diversas unidades, além de reafirmar frequentemente o compromisso dos atores com sua chefia direta para viabilidade do projeto.
- As intervenções do grupo de apoiadores inicialmente teriam um caráter diagnóstico, para mapear situações problema e formular estratégias de intervenção.

Posteriormente, a opção, então, foi estruturar grupos com esse modelo em cada Unidade Assistencial. Na estruturação do grupo da MESM, contávamos no início da pesquisa com 12 apoiadores.

Mais recentemente em 2015, no novo organograma, a PNH passa a ser apresentada à MESM como uma assessoria de humanização ligada à Coordenadoria de gestão de pessoas. No momento, havia sido solicitado, em caráter emergencial, a elaboração de um projeto com propostas de ações de humanização, esse, foi sugerido pela assessoria e considerou alguns aspectos como: a situação de fragmentação pela qual passa atualmente a MESM; as diversas demandas decorrentes do eminente retorno dos servidores para a sede e a admissão dos novos concursados.

O documento foi embasado na PNH que abre um leque de possibilidades para a inserção de novas ideias e a participação de todos os envolvidos com opiniões e ações. Essa proposta busca levar um pensar contínuo ao coletivo, a respeito do que e de como melhorar, ficando, segundo a assessoria, o projeto aberto a sugestões e contribuições que irão somar, no sentido de “construir com” e “realizar em parceria” (MESM, 2014).

## 5. CAPÍTULO 4 – CONTRIBUIÇÕES DO APOIO INSTITUCIONAL PARA A CONSTRUÇÃO DE NOVOS PARADIGMAS

### 5.1 PERCORRENDO BREVEMENTE O CAMINHO DO APOIO

Como observamos ao longo desse trabalho, a PNH se sustenta em quatro eixos estruturantes e intercessores, incluindo o eixo da gestão. Dentre os principais objetivos desse eixo, encontraremos as ações que se ocupam em fazer uma interface entre a PNH e o MS, os Estados, Municípios e, conseqüentemente, as diversas áreas do SUS. Diversos autores (CAMPOS, 2000; PASCHE, 2009; OLIVEIRA, 2012), afirmam que um dos pilares desse eixo, e um dos principais responsáveis para atingir esses objetivos, é o apoio institucional. No período de 2003 a 2016 ocorreram diversas mudanças na estruturação do apoio, tanto no MS quanto nos demais entes federados. Essa estratégia está presente em documentos e textos de vários Departamentos e Políticas do MS, conforme apresentado no Quadro 2 que expõe, resumidamente, um pouco da evolução histórica do *apoio institucional* no MS.

**Quadro 2** – Resumo do desenvolvimento histórico da PNH em relação ao apoio institucional de 2003 a 2016

| Período histórico | Movimento histórico   |
|-------------------|---|
| 2003              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A (PNH) e o Departamento de Apoios à Descentralização (DAD), eram coordenados pela Secretaria Executiva (SE).</li> <li>- A PNH foi a primeira área do Ministério a utilizar os termos <i>Cogestão</i> e <i>Apoio</i> em suas concepções;</li> <li>- Oficinas de Humanização iniciaram o processo de capilarização da PNH;</li> <li>- Os termos <i>Cogestão</i> e <i>democratização institucional</i>, aparecem na primeira versão do texto-base da PNH;</li> <li>- A função <i>Apoio foca</i> duas dimensões: “<b>apoio matricial</b>” da PNH às demais áreas do MS e “<b>apoio regional</b>” às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Polos de EP e serviços (Brasil, 2004b);</li> <li>- Contratação de oito apoiadores /consultores regionais.</li> </ul> |
| 2004              | - O apoio matricial: é definido no glossário do Documento Base; (Brasil, 2004a; 2004b; 2004c; 2004d)  |
| 2006              | Na terceira edição do Documento Base, a PNH esclarece a <b>definição de apoio institucional</b> e o <i>diferencia do apoio matricial</i> ;  |
| 2008              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Na quarta edição do Documento Base, de 2008, a PNH destaca o apoio como uma função gerencial e amplia o seu conceito;</li> <li>- <i>O DAD, mesmo</i> não utilizando o conceito <i>apoio institucional</i>, referenciou-se no Apoio Paidéia para definir o “<b>Apoio Integrado</b>” como uma estratégia (BRASIL, 2004e).</li> </ul>   |
| 2009              | - A primeira edição do Documento Base de 2009 define o Apoio Matricial como à constituição de rede de especialistas que apoiam o trabalho de equipes de atenção básica . (BRASIL, 2009, p. 28).   |

|      |   |
|------|---|
| 2011 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A secretaria executiva coordena o Núcleo Gestor do Apoio Integrado (NGAI), que é composto por diversas secretarias do Ministério da Saúde.</li> <li>- A Lei no. 8.080/1990, por meio do Decreto Presidencial no. 7.509/2011 é regulamentada. Uma estratégia para construção de novos modelos de relação entre as regiões de saúde;</li> <li>- fortalecimento da cogestão e da contratualização de responsabilidades entre os entes, com a participação de trabalhadores, gestores, usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 2011);</li> <li>- O MS incentivou a implementação de Redes Temáticas, com foco central na ampliação do acesso e da qualidade;</li> </ul>  |
| 2012 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Em 2012, o documento “Diretrizes do Apoio Integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS” Define os movimentos coletivos como o espaço de atuação do apoiador institucional, articulando cuidado e gestão, buscando novos modos de operar a produzir saúde nas instituições;</li> <li>- Os apoiadores deverão apoiar estados e municípios no planejamento estadual, municipal e regional, na definição e implementação das redes de atenção à saúde, com ênfase nas redes temáticas;</li> <li>- A cogestão do Apoio Integrado realizada pelo Núcleo Gestor do Apoio Integrado (NGAI), composto por todas as secretarias e pelo gabinete do ministro, coordenado pela Secretaria Executiva.</li> <li>- O MS retoma a diferenciação feita em 2003-2004 pela PNH e pelo DAD, entre <b>apoio “geral”</b> e <b>“específico/matricial”</b>.</li> <li>- Agora aparece como: <b>“apoiador”</b> e <b>“apoiador temático”</b>. Apesar de não considerar o apoiador temático como matricial, a definição é semelhante à conceituação de apoio matricial construída pela PNH;</li> <li>- O <i>apoio institucional</i>, é inserido na produção do Departamento de Atenção Básica apenas em 2011. Inicialmente, a PNAB considera o apoio institucional como competência dos gestores dos três entes federados;</li> </ul> |
| 2013 | <p>O <b>Guia para Apoio Institucional à implementação da Rede Cegonha do MS</b> (2013). Nomeia diversas modalidades de apoio: <b>“Apoio Institucional Temático”</b>, <b>“Apoio Institucional de maternidade”</b> e <b>“Apoio Institucional Regionalizado”</b>. Que deverão atuar sinergicamente, a partir do princípio da inseparabilidade entre atenção e gestão.</p>  |
| 2015 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A atual gestão do Ministério da Saúde determina o encerramento das ações de apoio dos consultores aos territórios, extinguindo o cargo.</li> <li>- O grupo gestor do MS aposta em estratégias para fortalecer as Redes de Atenção a Saúde (RAS) com foco no fortalecimento da regionalização.</li> <li>- Nasce o Apoio Generalista ou Descentralizado</li> </ul>   |
| 2016 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Referências para o apoio por estado:<br/><b>Apoiador Descentralizado + Apoiador Articulador</b> (Terá o papel de mobilizar os encontros do coletivo de apoiadores no mínimo uma vez por mês, com vistas à troca de saberes, informações).</li> <li>- Regiões de Saúde sentem necessidade de apoio para a Implantação das Políticas;</li> <li>- Elaboração de um Plano de Ação que orientará a atuação do(s) apoiador (es) no âmbito da Região de Saúde, possibilitando ao MS , o monitoramento.</li> </ul>   |

**Fonte:** Quadro construído a partir de Brasil (2008), Mori e Oliveira (2009) e Pereira Junior (2013).

## 5.2 O DESAFIO DE SER APOIADOR

São inúmeras as publicações que têm aprofundado o tema humanização e principalmente a PNH, que é reafirmada em seu modo de operar pelo apoio institucional. O apoio aos processos de trabalho em saúde é percebido, nesse estudo, como uma função que é exercida por trabalhadores que foram capacitados através de cursos ou oficinas sobre a Política de humanização. Entre os seus objetivos estão as intervenções que buscam transformações de práticas, tanto na clínica quanto na gestão, afirmadas pela PNH como campos intrínsecos e indissociáveis (PASCHE, 2009; CAMPOS, 2000).

O apoiador, ao criar e estimular os espaços de reflexão tem como propósito disparar as discussões que envolvem o trabalho em saúde, proporcionar a revisão de posicionamentos éticos e despertar nos sujeitos novos valores e interesses, ou seja, despertar um novo olhar com novas possibilidades para as relações e para o cotidiano do trabalho (CAMPOS, 2000).

No entanto, esta não é uma tarefa fácil já que, toda e qualquer mudança envolve um aumento da capacidade de análise e de reflexão extrapolando, portanto, conceitos e teorias.

Ao passar por uma Roda<sup>9</sup>, caminho metodológico adotado pelo apoio, espera-se que as pessoas mudem e que de alguma forma consigam perceber a sua capacidade de lidar com os afetos, com os saberes e com os poderes ao seu redor, passando a operar e intervir de uma forma diferente nos problemas ou nas situações diversas que surjam no dia a dia (CAMPOS, 2000).

É bastante complexo, em nossa realidade local, instituir na prática a essência e o sentido da humanização através da função apoio. Percebe-se que no cotidiano do trabalho, os sujeitos passam sempre por alguns debates sobre o que é desejado, o que é necessário e o que é possível de ser realizado.

Para atuar na função de apoio institucional o profissional passa por um curso ou oficina de formação em apoiador da PNH. Essa função pode ter uma conotação gerencial, no caso dos profissionais que já ocupam cargos de gerência, que foram contratados ou concursados para esta função, ou pode apenas ser uma opção do trabalhador já inserido no serviço, que mesmo sabendo quão desafiador é atuar nos processos de mudanças envolvendo sujeitos e coletivos, se engaja com maior protagonismo, apoiando e estimulando novas práticas de gestão e de atenção da saúde.

No entanto, sabe-se que existem algumas questões que atravessam e dificultam o

---

<sup>9</sup>Para o Método da roda, a principal forma para comprometer os trabalhadores com a produção de Valores de Uso (necessidades sociais relativas a outros sujeitos) estaria não em controlá-los, mas em estender-lhes poder, de maneira que a tarefa de produzir valores de Uso se transformasse também em obra deles próprios (CAMPOS, 2000, p. 134).

trabalho do apoiador. Dentre elas, pode-se citar a legitimação da sua função perante a gestão. Não é incomum que gestores sintam-se incomodados em liberar os atores envolvidos para participar das reuniões, para constituir e apoiar os grupos de trabalho e para realizar rodas de conversa. Os profissionais podem ser questionados, quanto a necessidade de se afastarem em alguns momentos do trabalho para desenvolver atividades relacionadas à PNH.

Destaca-se, também, que a visão de grande parte dos trabalhadores sobre PNH é guiada pela falta de conhecimento e de informação. Além disso, a concepção que se tem do papel do apoiador institucional ainda não é clara, segundo relatos, para os trabalhadores e nem mesmo para os próprios apoiadores e gestores. Percebe-se certa confusão em entender qual o tipo de apoiador (matricial, regional, local, temático, generalista) e qual o seu território de atuação.

Ao se constituírem os grupos de trabalho, há uma dificuldade em identificar pessoas que tenham afinidade com a política e que assumam o compromisso em participar ativamente do processo. Faz-se necessário uma periodicidade nos encontros e reuniões, do contrário não se estabelecem os vínculos nas relações e há um esvaziamento dos espaços de diálogo, que já são poucos.

Os desafios são imensos e parecem ser insuperáveis, embora, com a melhor das intenções, o apoiador se encontra limitado a pensar humanização sempre no campo do real e não do ideal. Por outro lado, como desvincular, por exemplo, a valorização do trabalho e do trabalhador de projetos adequados de ambiência? Nesse caso específico, o sucateamento das unidades de atendimento refletem ambientes precários e insalubres. Mas, como operar mudanças nessa realidade sem o engajamento e comprometimento do coletivo? Apesar do campo fértil que é a PNH e diante da complexidade de tudo que envolve atenção a saúde, como o apoiador espera contribuir?

O cotidiano do apoiador institucional é pautado em enfrentamentos, que apesar de desafiantes são instigantes. Acredita-se que a decisão de atuar como apoiador exige, inicialmente, algumas reflexões sobre o sentido da palavra apoio, que significa: o que sustenta; base; auxílio; proteção; fundamento; ajuda (DICIONÁRIO AURÉLIO). Mas, nas palavras de A4, “O que é ser apoiador afinal? É um cargo? É apenas um título? Ou simplesmente mais um diploma? Entendemos que ser apoiador é efetivamente apoiar, é ter espaço e ter receptividade para isso.”

Desse significado, surgem algumas dúvidas quanto a quem, como e quando se irá apoiar e quando realmente estar-se-á preparado para tal. Em Campos et al. (2013, p.50), encontramos “o apoio exercendo sua função sem estar especificamente vinculado a um determinado local ou posição, mas tendo a liberdade de atuar dentro de um coletivo mediante



as suas necessidades, seja de um lugar de poder institucional, de um lugar de suposto saber”, de um lugar de suposto saber e de poder profissional e de um lugar de paridade (suposta horizontalidade).

É possível que em alguns locais o cargo de apoio institucional receba uma conotação hierárquica de supervisão ou fiscalização, sendo subordinado a um supervisor regional ou central. Nessa relação de apoiador e de apoiado, há o risco de se reproduzir o modelo verticalizado e rígido predominante nas gerências dos serviços (OLIVEIRA, 2012).

O autor ainda considera que a formação dos apoiadores pode trazer mudanças. No entanto, elas só acontecerão mediante o compromisso e as pactuações entre os atores envolvidos, ou seja, entre os formadores, as instituições e os gestores. É real, portanto, o risco da formação acontecer de forma superficial e fragilizada, comprometendo e contrariando as propostas iniciais do curso.

É comum, em alguns cursos de formação de apoiador, que as turmas iniciem com um grande número de participantes e ao final contem com um número reduzido de concluintes, refletindo, assim, a falta de afinidade de alguns profissionais com a proposta do apoio institucional.

O fato é que ao se pensar em transformação de práticas, supõe-se, inicialmente, transformar a si mesmo. Portanto, será que a inclusão do construto teórico metodológico, proposto pela política de Humanização nos currículos durante a formação profissional promoveria, mesmo que em longo prazo, mudanças nesse cenário?

### 5.3 APOIO INSTITUCIONAL E COGESTÃO: UM CAMINHO EM CONSTRUÇÃO ?

Encontra-se nas entrelinhas dos decretos, leis, normas e portarias da Política de saúde no Brasil, o predomínio das ideias Neoliberais, que têm prevalecido desde os anos 90. Este fato preocupa cada vez mais pelas dimensões que vêm atingindo a relação público-privada, no seu caminho a favor das privatizações, trazendo junto um novo modelo de gestão para o serviço público, muitas vezes sob o disfarce da modernidade e da valorização do trabalhador por incentivos ao cumprimento de metas.

A PNH, como Política transversal, investe na indissociabilidade entre a atenção e a gestão. No entanto, será que os objetivos e metas das organizações de saúde estão indo ao encontro dos interesses dos trabalhadores e do controle social?

Partindo do princípio que existem diversos interesses envolvidos, como os gestores enxergarão os apoiadores institucionais que têm como função a produção de novos sujeitos, viabilizar pactos entre os atores e, principalmente, fomentar grupos para que sejam capazes de

estabelecer novos referenciais na gestão do SUS? Dessa forma, entendemos que nos estabelecimentos de saúde em sua forma tradicional de gestão há uma tendência em atrelar o processo de trabalho à “supervisão, controle, estímulos (financeiros, morais, etc.)” (BRASIL, 2010, p.17). Portanto, de acordo com Cecílio (2007) somos levados a acreditar que algumas práticas que limitam a liberdade dos trabalhadores, enfraquecem a sua atuação autônoma, o autor complementa:

O trabalhador só poderá entender e, o que é mais importante, praticar o conceito de que estar sadio é manter, recuperar ou ampliar a autonomia no modo de administrar a vida, na medida em que vivenciar sua própria autonomia, cultivada e amadurecida, a cada dia, nas relações concretas que estabelece com os demais atores que constroem a sempre precária realidade organizacional. Sua autonomia referenciada, da forma mais plena possível, à autonomia do outro - um encontro de autonomies (CECILIO, 2007, p.350).

Os gestores de saúde deveriam observar que nem sempre “suas propostas inovadoras e necessárias” traduzem o mesmo sentido dado pelos trabalhadores. Nesse caso, onde fica a autonomia e a liberdade dos trabalhadores, quando seus interesses se dão em sentido oposto aos interesses da gestão? (CECILIO, 2007, p.348). Na opinião do autor o ouvir, antes do determinar, deveria ser o primeiro ponto a ser considerado para obtenção de mudanças envolvendo a gestão e o cuidado, ele considera que:

Os dispositivos de gestão, se é que podemos chamá-los assim, são o próprio ato de interrogar. Talvez o mais difícil seja não pretender penetrar nesse mundo já armado com fórmulas, definições prévias de modelos, métodos ou arranjos de intenções “democratizantes”, e conseguir construir uma postura de interrogação do mundo do trabalho, no seu dia-a-dia concreto (CECILIO, 2007, p.348).

Essas considerações nos levam a refletir sobre as mudanças gerenciais necessárias para que se alcance o verdadeiro direito fundamental à saúde. Para isto, a humanização do cuidado e da gestão vem sendo debatida com enfoque na cogestão, gestão compartilhada e acolhimento, entre outros. Tal enfoque não se restringe às tecnologias, mas busca os princípios éticos de trabalhadores e de gestores na estruturação de serviços públicos, que possibilitem uma melhor responsabilização e solidariedade para com o outro (AZEVEDO, 2013).

Campos (2000), pressupõe prioritariamente a necessidade de se criar organizações humanizadas, que se oponham ao modelo vertical de gestão tradicionalmente adotado na saúde pública. Nesse sentido, seriam necessárias, entre outras, mudanças que possibilitassem uma elevação da autoestima do trabalhador por serem respeitados os seus valores e os seus interesses.

Na opinião de Santos Filho (2011), nem sempre as ações realizadas refletem a realidade e os interesses dos sujeitos, bem como não atendem as suas necessidades. Da mesma forma, muitas vezes não são levadas em consideração as diversidades, as

particularidades e as individualidades dos componentes dos grupos.

Tornam-se comuns os relatos (como encontraremos a seguir) com queixas relacionadas ao livre acesso nas pontes que conduzem para as ‘Gerências de portas abertas’ e fica claro que apesar de acessíveis existe uma grande diferença entre o ouvir e o escutar, pois “ser ouvido representa, nesse processo, algo que ultrapassa a possibilidade auditiva de cada um” (BACKES et al., 2006).

(...) entre ouvir e escutar existe uma grande diferença, muitas vezes eu sentia que era ouvida, mas não era escutada entendeu? (...) porque tinha outros problemas maiores, muito maiores do que aqueles que eu estava levando, ou as propostas que eu estava fazendo não tinham a importância que tinha a reforma, a urgência de voltar tudo ao normal dentro da maternidade e questões outras (A2).

São caminhos que quase sempre conduzem em sentido oposto ao que preconiza a própria PNH, portanto, reafirma-se que é necessário ampliar o cenário democrático na gestão do serviço, através da instituição de dispositivos e método que oportunizem problematizações relativas à melhor forma de se conduzir o trabalho tanto na atenção quanto na gestão (BARROS e BARROS, 2007).

Um apoiador questiona: “Muito se fala em tríplice inclusão, mas como? Se não se consegue nem a primeira” (A4). É importante que as instituições de saúde incorporem modelos de gestão pautados em princípios mais participativos, de modo que a racionalidade gerencial hegemônica se distancie na mesma medida em que ganhe espaço o diálogo entre os diversos atores, resultando em novos direcionamentos que supram a carência dos indivíduos embasados nas suas necessidades (MERHY, 2002).

Assim, criticar e desestabilizar a racionalidade gerencial (caráter Anti-Taylor do método) torna-se eixo central de investimento do Apoio Paidéia. Para isso, o trabalho do apoiador busca fomentar mecanismos coletivos de gestão que ampliem a capacidade de análise e intervenção das equipes, fortaleça os sujeitos e os coletivos, produza novos sentidos como autonomia e liberdade para o trabalho, configurando, então, modos de cogestão que viabilizem a democratização institucional (PENA, 2012, p.98)

Destacamos a relevância da função apoio institucional, mas existe espaço para que o apoiador conduza o princípio da indissociabilidade entre a atenção e gestão por meio da cogestão?

Os cenários sinalizam a necessidade de mudanças, porém no momento de transformar, de ampliar, de incluir e de fomentar surgem as dificuldades diante dos processos engessados e verticalizados de gestão. Mori afirma que “construir coletivos de cogestão para dentro da PNH tem sido um desafio constante, processo por vezes difícil e desencadeador de tensionamentos” (MORI e OLIVEIRA, 2009, p.637).

Diante desse panorama, percebemos que existe um desafio em lidar com contradições no cenário institucional do sistema de saúde no Brasil: 1) de um lado, a normatização do SUS pautada por princípios democráticos já consolidados e com caminhos apontando para processos de cogestão e, 2) de outro, a inclinação dos serviços para impossibilitar a participação ativa e protagonista dos atores envolvidos no processo (SANTOS FILHO, 2011).

Com base no cotidiano dos serviços, percebemos que ainda hoje no Brasil nos deparamos, muitas vezes, com processos de gerência na administração pública, principalmente em setores sociais, em que prevalecem interesses pessoais ou de determinado grupo. Culturalmente, ao cargo de gestor é atribuído um prestígio que o legitima perante seus subordinados, distanciando-o, portanto, de uma gerência baseada nos princípios de humanização propostos atualmente. Mori e Oliveira (2009, p. 632) ainda ressaltam que:

A gestão no serviço público, em geral, condicionada pela articulação político-partidária, apoia o governo federal vigente, o que contribui para o trabalho centralizado na figura do gestor principal, muitas vezes quadro de recrutamento amplo e não capacitado para atuar em processos de gestão participativa e cogestão. E assim continuam as formas burocráticas e autoritárias, com baixa participação dos trabalhadores na gestão.

Alguns gestores públicos defendem a participação privada na gestão do SUS, como sendo uma alternativa para superar as dificuldades em relação aos processos burocráticos e inoperantes da gestão pública. Eles supõe que a inclusão de modelos organizativos descentralizados poderia favorecer a soluções mais ágeis, já que competiria ao Estado o planejamento, ficando os resultados sob a responsabilidade das entidades privadas (PACHECO, 2006). Será que essa é a solução para a melhoria da qualidade e para a redução dos custos dos nossos serviços de saúde, ou será que a aplicação da gestão democrática ajudaria na busca da “correta adequação entre as necessidades da população usuária e seus objetivos institucionais”? (MACHADO, 2008, p.230).

Diante de todas as considerações tecidas, concordamos com Campos, (2000, p.182), no sentido de que “não importa se a Organização é pública ou privada, mas sim a implementação das práticas da cogestão, no intuito de instituir um sistema em que predomine a integração entre trabalhadores, sociedade e governo”.

Por outro lado, continuamos nos questionando: como os gestores percebem a PNH como Política que tem por objetivos a produção de novos sujeitos, viabilizar pactos entre os atores e principalmente fomentar grupos para que sejam capazes de estabelecer novos referenciais na gestão do SUS?

Em todo esse contexto, é necessário que compreendamos a visão do trabalhador da

saúde em relação ao exercício de suas atribuições e a sua inclusão profissional. Para isso, precisamos entender qual a noção atual que se tem acerca das atividades exercidas no campo da saúde. É fundamental levar em conta o “aumento do emprego e da escolaridade; precarização/desprecarização das relações de trabalho”, (VIEIRA e CHINELLI 2013, p.1598).

Para as autoras, também é importante refletirmos acerca de sua impressão sobre as atividades que desempenham, dos seus projetos de ascensão profissional e de vida pessoal, já que esses podem estar em situação instável e deficiente que não propicie entrever um caminho coerente. Nesse sentido, estarão os nossos trabalhadores preparados para apoiar a Política atuando nos processos em busca de democratização institucional?

E continuamos a reafirmar que para o apoiador não é uma tarefa fácil lidar com tamanha diversidade de características inerentes ao ser humano, em busca de mudanças de comportamento que levem a transformações de práticas, em meio a tão rígidos protocolos de trabalho. Na Roda, precisamos despertar sentidos e sentimentos sem, no entanto, induzir, mas apenas conduzir, sem impor, apenas sugerir, propor, não necessariamente empurrar, mas, estimular, oferecer estratégias e caminhos, e assim, esperar que os sujeitos compreendam que não são folhas em branco e que “co-governar é tarefa inerente a todos os membros de uma equipe de trabalho” (CECILIO, 2007; CAMPOS, 2000 p.43).

#### 5.4 O ESPAÇO DE ATUAÇÃO DO APOIO: QUANDO, ONDE E COMO?

O apoio é orientado sempre a “colocar em análise os modos de fazer, enfatizando, da mesma forma, “o quê” e “o como”, apostando no desvelamento dos mecanismos institucionais que condicionam as organizações de saúde a determinadas formas de circulação do poder” (PENA, 2012, p. 98). No entanto, precisamos estar atentos, inicialmente, ao seu território de atuação, nem sempre favorável e aberto a propostas de soluções organizacionais que se oponham aos interesses das instituições, ou seja, precisa-se atentar também para o “quando” e o “onde” colocar em prática movimentos que desestabilizem determinados mecanismos e problemas institucionais nos diversos cenários de poder.

Pode-se dizer que se estabelece um “cabo de guerra” entre forças sociais e forças dominantes no setor saúde, em que a importância do cuidar é coadjuvante e não protagonista. Prevalcem os interesses neoliberais que subjagam os profissionais fragilizando-os em todo o processo de produção de saúde (MERHY, 2004). Esse autor chama a nossa atenção para algumas questões quanto à micropolítica dos processos de trabalho, aos processos gerenciais necessários para operar o gerenciamento do cuidado e à composição da caixa de ferramentas necessárias para

que os gestores dos serviços de saúde consigam atuar sobre esse terreno tão singular.

Essas e outras questões fazem parte do cotidiano do apoiador nos poucos espaços reservados à circulação da palavra. Palavra que tantas vezes se perde em meio ao sofrimento e impotência de trabalhadores e usuários, na luta por melhores condições de trabalho e de vida. Em uma era de tecnologias e equipamentos cada vez mais sofisticados, alguns profissionais tem atitudes desumanas e dependem de máquinas para pensar em qualquer diagnóstico e a palavra perde o seu sentido, o seu valor e o seu calor “humano”. E esse comportamento algumas vezes vem para a Roda, atrelado a uma visão confusa ou pouco clara sobre humanização e sobre PNH, prejudicando as relações e o sentido do apoiar e do consolidar direitos e deveres dos usuários e dos trabalhadores.

Superar essa conformação exige operar com alguns dispositivos que possibilitam redefinir os espaços de relações entre os vários atores envolvidos nesses processos, alterando as missões dos estabelecimentos, ampliando os modos de produzir os atos em saúde, sem perder as eficácias de intervenção dos distintos núcleos de ação (MERHY, 2004, p. 7).

Os desenhos organizacionais pré-formatados dentro dos estabelecimentos, constituem um grande desafio para qualquer sujeito ou coletivo que se preocupe com eficiência e eficácia na produção de saúde. No caso da MESM, contamos com a Rede Cegonha como orientadora de práticas humanizadas e como um campo fértil para a criação de espaços de fomento e de disseminação da PNH.

A Rede Cegonha é norteadora por privilegiar os direitos humanos, pois elege a mulher, a criança e a família como corresponsáveis no seu processo de promoção de saúde além de somar um leque de diretrizes propostas pela PNH, incluindo: Acolhimento em Rede e Classificação de Risco, fortalecimento da Gestão Compartilhada ou Cogestão, Direito a Acompanhante de livre escolha da mulher, fomento à implantação de Centros de Parto Normal (CPN) e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), entre outros. Para que se alcancem tamanhas mudanças na rede materno infantil, o programa conta com indução financeira e com o Apoio institucional como dispositivo potente de articulação e fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde entre União, Estados e Municípios (BRASIL, 2013, p.5).

Por outro lado, ainda surgem questionamentos acerca de qual o modo de operar e quais as apostas do apoiador da PNH na maternidade. Na lógica apresentada pela PNH, as intervenções e os modos de operar devem alinhar-se em um modo de fazer horizontal, que considere o coletivo e que a Roda “não seja apenas uma composição de cadeiras” (A2). Comumente, nos deparamos com algumas problematizações em torno da função ‘apoio’ sempre relacionadas a sua posição para exercê-la, ou seja, entre os que têm maior

possibilidade de intervenção nas práticas (apoiadores institucionais com função gerencial) e os que agem por contágio, fomentando e impulsionando o coletivo no qual estão inseridos, (apoiadores da PNH), porém com menor chance de intervir (BRASIL, 2013).

Quando se refere às práticas do apoio, Pena (2012) deduz que apoiar, por ser uma ação coletiva, favorece a composição de modelos que estimulam a produção do cuidado e afirma que “saúde não é apenas um objeto de investimento da alçada de trabalhadores e gestores, mas se processa no território convocando usuários, familiares e movimentos sociais a compartilhar dos modos de fazer gestão e clínica, os entendendo como efeitos da ação coletiva” (p.100).

Concordamos com as colocações do autor, ao perceber tantas ações e comportamentos humanizados partindo de sujeitos que não passaram por nenhuma capacitação e, no entanto, têm uma afinidade enorme com os princípios e diretrizes da PNH. Contraditoriamente, esses sujeitos nem sempre são reconhecidos e muitas vezes são criticados por terem ‘atitudes’ que se opõem aos rígidos protocolos tão confortavelmente empurrados de cima para baixo. Esses protocolos, ao serem elaborados, sequer passam por uma Roda com os responsáveis pela sua execução, ou seja, os trabalhadores.

Nesse contexto, Vasconcelos e Morschel (2009) nos convidam a refletir sobre a formulação da PNH no sentido de compreender se os compromissos ético-políticos dos métodos, estratégias e dispositivos ofertados por nós têm contribuído de fato com a construção de referenciais compatíveis com o atendimento humanizado e com a valorização da vida, “ou se o uso que tem sido feito de tais indicações tem servido para maquiar, sob novos rótulos e dispositivos, lógicas de cuidado privatistas, especialistas e universalistas, justamente aquelas que pretendemos, com tal política, ultrapassar” (p.731).

Desse modo, intervir em normas organizacionais denota por um lado a preocupação em conciliar produção no sentido de resultados pré-fixados e por outro a concepção de atuar em uma área que preconiza o uso de tecnologia leve, como proposta de intervenção na saúde. Merhy (2004), nos mostra sua percepção sobre operar em um terreno que busca “ferramentas” para intervir em processos institucionais quando afirma que:

Procurar ferramentas para operar sobre relações institucionais é uma tarefa um pouco mais árdua do que estar tratando de um processo bem definido e normatizado, pois vem impregnada de uma quase igual importância, tanto do seu lado de instrumentalizar a ação humana de intervir na realidade como em um processo de trabalho, quanto do seu lado de estar revelando “o mundo” e seus sentidos e significados para os “operadores/interventores (MERHY, 2004, p. 18).

Construir essa caixa de ferramentas, quase sempre, resulta em um grande desencantamento pela Política de Humanização, já que nem sempre é possível conciliar a dinâmica de análise de processos e de si mesmo, na direção do construir junto e coletivamente. Portanto, “será que de fato estamos incluindo as pessoas? Será que, enquanto apoiadores, não estamos criando ilhas setorizando a PNH e usando a lógica do faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço” (A 5). Antes de ‘construir novas ferramentas’, precisa-se sair da inercia e usar as que já existem, nem sempre ideais, concordo, pois muitas vezes passam pelo adequar-se ao inadequado, superar o insuperável e mediar o irremediável.

Para A3, trabalhar o fortalecimento dos comitês internos de humanização seria uma importante ferramenta, além de investir na criação de normas, fluxos de rotinas apoiando à implantação do acolhimento, contribuir com a análise de indicadores e exercer o papel formativo do coletivo de humanização, através da Educação Permanente.

A PNH não espera que o apoiador tenha um perfil específico, no entanto, é esperado que ele seja um trabalhador capaz de disparar movimentos de transformação em si, nos processos de trabalho e na própria política. Porém, não se pode deixar de considerar alguns aspectos acerca da história de vida pessoal e profissional do apoiador, além das singularidades de cada território em que atua (BRASIL, 2010).

Ainda nos reportando ao lugar de onde se exerce o apoio, Campos (2013) nos esclarece que o foco principal da democratização das instituições ocorre quando todos os sujeitos envolvidos, quais sejam: gestores, equipes de trabalho, usuários, comunidade, etc, tiverem a oportunidade de contribuir com a gestão dos serviços em situação de igualdade ou nas palavras do autor, de “paridade”. A consequência desse compartilhar de decisões amplia a capacidade do grupo sem abdicar de interesses e experiências pessoais. No entanto, essa nos parece uma realidade deveras distante.



## 6. CAPÍTULO 5 – ANÁLISE FINAL E RESULTADOS

A pesquisa transcorreu durante um período de transição da instituição, já que esta passava por uma reestruturação da parte física, pela admissão de novos trabalhadores e pelo desligamento de outros, conforme citado anteriormente. Foi um período de grande turbulência, permeado por incertezas, por angústias e por sofrimento, a todo instante demonstrado pelos entrevistados. No entanto, entendemos, com base em relatos, que todos os processos da maternidade sempre tiveram movimentos complexos e pouco flexíveis.

Nesse momento, depois de um período de dois anos em reforma, a MESM volta a funcionar. Para os apoiadores, “ela não existiu nesse período, perdeu sua identidade” (A2). Por outro lado, com o fim da reforma e a volta dos profissionais ‘para casa’, como se referem à instituição, percebe-se que as pessoas estão passando por um novo ciclo de dúvidas e até de muito medo, ou seja, surgem novas esperanças, mas com ressalvas, (...) “as pessoas estão voltando e pensando... Será que as coisas vão mudar mesmo? Ou será que só foram as paredes?” (A5).

Esse sentimento é retratado por mais de um apoiador nos relatos, “existia um misto de ansiedade e ao mesmo tempo o medo, pois os trabalhadores verbalizavam muito: 'eu quero voltar pra casa'. Mas, se voltar pra casa, eles acrescentavam... que esteja tudo bem, tudo certo lá ...” (A4).

Nesse momento de recomeço, acredita-se que a existência da Rede Cegonha na maternidade, por suas diretrizes, pode trazer novos horizontes, apesar de ainda existirem obstáculos a serem removidos para a implantação de um colegiado gestor. Entre essa e tantas outras questões, buscamos compreender a diversidade de percepções dos apoiadores, as suas expectativas e as suas propostas que nem sempre são consideradas.

### 6.1 EIXOS DE ANÁLISE I: REFLEXÕES SOBRE OS MODOS DE FAZER

#### 6.1.1 Categoria Operatória 1: Implementação da Política

Essa categoria operatória procurou reunir a percepção dos apoiadores sobre a trajetória de implantação/implementação da Política na maternidade, ou seja, a sua participação e o seu envolvimento nesse processo.

A implantação e implementação da Política de humanização vem acontecendo desde 2003, no intuito de fortalecer as propostas de inclusão de diversos atores nos espaços decisórios, para que se alcance uma gestão mais democrática e uma atenção mais efetiva e humana (BRASIL, 2004). No entanto, para que isso ocorra seriam necessárias uma série de

medidas institucionais nem sempre interessantes para quem está no poder, ainda que momentaneamente.

Dentre as medidas consideradas pelos apoiadores está a cogestão, cuja proposta é a reformulação da racionalidade gerencial hegemônica e incentivo à produção de diferentes modos de se conduzir os coletivos nas organizações (CAMPOS, 2000). Essa proposta, segundo o autor, daria aos trabalhadores a oportunidade para que cada um tomasse as suas próprias decisões dentro do espaço de poder que lhe é conferido. Dessa forma, seria levado para discussão em grupo apenas “o contraditório, ou o novo, ou o desconhecido” (p.149).

Silva, Barros e Martins (2015) nos mostram, com base em sua experiência, que para a cogestão acontecer não basta estar inserida na estrutura organizacional da instituição, ou seja, não é suficiente a imposição do corpo gerencial. Muitas vezes, um grupo colegiado nada mais é do que uma concentração de individualidades que nada têm em comum. Em sua análise, fica claro que a PNH propõe, nesse sentido, “a constituição de espaços onde a efetiva prática do debate se concretize” (p.1160).

Percebe-se, a partir dos relatos, que a realidade gerencial vivenciada em todo percurso de implantação distancia-se do ideal democrático e permanece ainda hoje pautada em movimentos controladores e pouco flexíveis, enfraquecendo a autonomia e o protagonismo dos trabalhadores em questão, ou seja, os apoiadores.

As colocações de alguns apoiadores durante a entrevista demonstraram preocupações quanto à formatação dos Colegiados de Gestão<sup>10</sup> na instituição. Eles emitiram algumas opiniões e questionaram a forma de estruturação, principalmente em relação à necessidade de formação dos participantes. Esse problema foi apontado como um dos dificultadores no processo de implementação da cogestão, como fica evidente nos dois relatos abaixo. No primeiro deles, chama-nos a atenção a ideia de que bastaria nomear algo como cogestão para que o exercício dessa prática se efetivasse. Entendemos que a inclusão de diferentes atores no processo de gestão deveria estar de alguma forma vinculada a um processo formativo, já que não é suficiente juntar pessoas numa sala para que se construam políticas institucionais democráticas e efetivas como o exercício de uma gestão colegiada.

As unidades precisam entender a gestão colegiada não como um ‘Plus’, mas como necessidade de democratização. A gente não foi formado para gestão colegiada, aí se pega um monte de gente sem formação, bota numa sala, bota numa roda e diz a partir de hoje a gestão é colegiada. Claro que não vai acontecer. (...) Tem que haver um processo de formação desses conselheiros, desses gestores, mas é uma quebra de

<sup>10</sup>São órgãos internos das Organizações, em que participam dirigentes, assessores, supervisores e trabalhadores. Desses Colegiados saem as representações internas para compor os conselhos de cogestão (CAMPOS, 2000, p.148).

paradigma muito grande em que se um elo quebra, complica. Não adianta se ter um comitê ou conselho gestor e as coordenações não estarem na mesma lógica, porque de um lado vai ter uma discussão horizontalizada e do outro o processo de trabalho será verticalizado. Esse para mim é o grande desafio (A5).

Na sequência, a fala abaixo reforça a necessidade do processo formativo para que ocorra uma evolução quanto ao entendimento do grupo sobre o papel de um colegiado gestor. Também chama nossa atenção para que o único critério adotado para o exercício desse papel não seja a indicação da direção.

(...) os participantes do colegiado têm que ter uma formação, eles precisam passar por um processo formativo pra que entendam a importância do processo, porque na verdade, eles não sabem nem qual é o papel do colegiado. (...) o que existia antes, e o que existe até hoje, é a reunião de coordenadores... que na verdade é um tipo de colegiado de gestão... só que não é tão representativo, porque os coordenadores têm indicação da direção (A1).

Nas falas abaixo, os entrevistados demonstraram uma grande insatisfação em relação à implementação da diretriz cogestão, pois se por um lado em nível macro já se conseguiu um espaço mais consolidado, por outro, percebe-se que na unidade pesquisada essa realidade do apoio à gestão ainda se encontra um pouco distante, já que ainda é instituída uma gestão vertical ou ‘cartorial’, baseada na lógica da gestão do “cumpra-se”. Nas palavras dos apoiadores:

(...) a questão do colegiado gestor nas unidades, está com muita dificuldade de acontecer, de rodar... (...) existe uma proposta pra maternidade que é uma proposta horizontalizada, mas com dificuldade de operar. (...) a concepção em relação à gestão de pessoas vem mudando bastante na minha ótica, no sentido de que a gente tinha na Santa Mônica uma gestão de pessoas muito ‘cartorial’, muito setorial (A5).

As comunicações aqui são enviadas por papel, então chega para nós aquela comunicação e cumpra-se. (...) então, eu acho que o maior entrave e o maior desafio é romper mesmo essa forma de funcionar, com a gestão aqui em cima. E a indissociabilidade entre a atenção e a gestão? Tem que ser indissociável (A4).

Dentre as maiores queixas do grupo entrevistado está também o distanciamento da gestão em relação à figura do apoiador como parte integrante do processo de implementação da Política. Ele ainda não é identificado, como aquele que poderá favorecer a comunicação entre os grupos, articulando e planejando ações e intervenções que reverberem em práticas humanizadas, tanto no serviço quanto na gestão. Para Pereira Junior e Campos (2014), em um modelo de gestão democrática, “diferentemente das tradicionais assessorias e consultorias, o apoiador não faz pela ou para as equipes, e sim com as equipes, apoiando a análise, elaboração e planejamento de tarefas e projetos de intervenção” (p.896).

Os apoiadores deixaram claro que posturas pouco democráticas dificultam a concretização das ações da PNH de forma transversal, perpassando por todos os setores da

maternidade. Nesse contexto, o grupo de apoiadores fica, portanto, limitado a algumas reuniões de planejamento em que são lançadas sugestões que quase sempre permanecem apenas como propostas que não evoluem. Essa dificuldade é revelada em diversas falas dos apoiadores, como fica evidente no relato seguinte.

Existe sempre o vamos fazer, mas às vezes estamos muito ocupados com outras coisas, então se marca uma reunião em que são colocadas várias propostas, mas e a resolução? Em todas as reuniões são apenas propostas. Minha ideia seria resolver uma de cada vez, priorizando as mais importantes, mas sempre vejo as movimentações e negociações aquém da vontade. Na verdade, eu ainda não observei o apoio da gestão em relação à implementação da Política (A3).

Compreendemos que o desejo dos apoiadores não se revela em buscar e encontrar soluções mágicas para implementar os princípios e diretrizes de uma política (quem lhes dera!), visando a transformação de práticas para uma assistência mais humana à população. Apesar das dificuldades, o que se deseja evidenciar é que existem sujeitos/trabalhadores comuns, comprometidos, que optaram por se engajar em uma luta para construção e consolidação de um SUS melhor. O método da PNH passa então a fazer parte da vida do apoiador, conforme o relato a seguir:

Hoje eu olho para minha vida como um todo e sempre consigo me referenciar, pelo menos em alguns momentos, pensando em meus processos de vida a partir daquilo que a PNH fala. Então, aumento do grau de comunicação, transversalidade, inseparabilidade da gestão e da atenção, clínica, política, grupalidade, etc. Elas vão virando uma segunda pele (A5).

Portanto, percebemos que “mais que seguidores, a PNH incentiva e alimenta-se de sujeitos que tomam como desafio superar os obstáculos enfrentados no processo de construção do SUS” (MARTINS, 2015, p.67). Ficou evidente nas entrevistas realizadas que tal superação depende necessariamente de reflexões sobre os modos de fazer da implementação da política de uma forma conjunta na maternidade.

#### 6.1.2 Categoria operatória 2: Dificuldades (fragmentação e tensionamentos)

Nossa análise não intenciona relatar casos e momentos críticos para explicar essa categoria (isso pouco acrescentaria à discussão), ou talvez sugerir chaves para abrir portas ou soluções para reparar os impasses (nitidamente isso não ocorreria). Pretendemos mostrar como, em muitos casos, as inquietações dessa categoria vêm interligadas em um conjunto de valores contraditórios, que servem tanto para reconhecer as limitações do apoio quanto para postular verdadeiras mudanças. Nessa lógica, proponho apenas discorrer sobre algumas premissas que fomentem grande parte das falas dos entrevistados com o intuito de aclarar a discussão.

Nessa categoria, os relatos dos apoiadores nos mostraram, inicialmente, a satisfação em participar dos cursos de formação, “eu acho o processo de formação importantíssimo e também o ganho em termos de conhecimento” (A1); “o curso contribui muito para humanização, eu ganhei experiência no que eu já fazia” (A3). Por outro lado, como mostraremos a seguir, existiram algumas dificuldades que são comuns na fala de vários entrevistados.

As adversidades relacionadas aos cursos, dizem respeito a sua forma de condução, à necessidade do acompanhamento das ações em campo e ao espaço de atuação do apoiador ficar pouco claro, entre outros aspectos. Desse modo, veio à tona a questão dos formadores não proporcionarem as condições esperadas pelo grupo quanto à presença de um porto seguro onde pudessem ancorar, ou seja, conforme os relatos, no momento de serem desenvolvidos os projetos de intervenções nos locais de trabalho dos apoiadores houve muitos enfrentamentos com alguns gestores. Estes, muitas vezes, não só dificultavam os processos como realizavam certo “boicote” descumprindo as pactuações firmadas. Nesse momento, ao invés de os tutores estabelecerem o vínculo e usarem a lógica da PNH em que um apoia o outro, apresentavam uma postura de neutralidade e de distanciamento.

Talvez por ser longo, achei o curso pouco objetivo. Eu acho que houve um foco muito grande nos problemas que existem nas unidades assistenciais. Mas não deu muito amparo de como fazer, não nos deu uma diretriz de como e quais os caminhos a serem seguidos, do como chegar... Nesse ponto, deixou um pouco a desejar (A5).

É necessário o vínculo com a equipe técnica do curso para apoiar o apoiador durante e após o curso, e estimular os trabalhadores a continuar buscando informações e aprender sempre mais sobre e com a Política. A grande questão hoje, que não perpassa só na MESM, mas em outros serviços e até no Estado, é como esse trabalhador que é psicólogo, que é assistente social, que é médico, qualquer que seja a sua categoria. Como ele vai atuar como apoiador da política de humanização dentro da unidade que ele trabalha?... Eu acho que esse ainda é o grande ponto de discussão para os cursos de formação (A4).

Algumas dessas questões são comuns em outros estudos. Faust e Verdi (2014, p. 118), identificaram em sua pesquisa que entre as dificuldades dos apoiadores estão: “o exercício da função apoio”, “fragilidades relativas à gestão e às relações de trabalho”, e também a necessidade do “vínculo com a equipe técnica do curso para apoiar o apoiador durante e após o curso.” Concordamos com as colocações das autoras quando afirmam que:

O agir do apoiador não pode ser solitário, não somente é necessário melhorar a informação, mas também assegurar capacidade de compreensão e decisão aos vários setores envolvidos em um projeto e preocupar-se com a construção de novos padrões de relação entre as pessoas. As informações sobre novas propostas, sobre o andamento dos serviços precisam circular entre os profissionais e a comunidade, precisa-se divulgar a PNH para conquistar novos apoios (FAUST e VERDI, 2014, p.118).

Dentre as dificuldades colocadas pelos apoiadores, encontramos também certo desconforto em relação à falta de coletividade, à fragmentação e à falta de divulgação das ações. Alguns trechos da entrevista a seguir, expressam o mesmo pensamento da citação anterior e demonstram que independentemente do contexto em que estão inseridos, os olhares e percepções dos apoiadores se assemelham.

Eu vejo que as ações, são tão importantes, tão bem-vindas e seriam tão ricas se fossem construídas coletivamente. Quando eu entrei aqui, ouvi vários comentários em relação à distância e a fragmentação entre alguns setores. (...) a gente poderia se unir mais enfim, tanta coisa pode ser feita de uma maneira coletiva. Felizmente, eu acho que o mais difícil a gente tem, que são os recursos humanos. Mas eu acho também que o *modus operandi* não está condizente com a Política (A4).

(...) no dia que a gente conseguir nomear muita coisa que a gente faz e mostrar às pessoas que isso tem uma ligação com a humanização, as pessoas verão a humanização de um jeito diferente. (...) acho que não conseguimos ainda nomear as práticas. Tem práticas, mas não estão bem nomeadas (A6).

Foi-nos afirmado por uma apoiadora que ao sair do curso existe um grande otimismo: “saímos do curso totalmente empoderados, nos sentindo fortes para atuar com protagonismo e autonomia, prontos para mudar o mundo, agir e contagiar a todos e demarcar nosso território político-institucional” (A6). No entanto, essa euforia inicial vai perdendo-se ao longo do tempo, pois nem todos que concluem têm a mesma intencionalidade. Então, “ao mesmo tempo em que fazer o curso abre um grande leque de opções, vem a frustração de perceber que acabou o curso, acabou a humanização” (A6). Essa colocação reflete as dificuldades encontradas pelos apoiadores no momento de pôr em prática os projetos de intervenção nos seus setores de trabalho, naturalmente blindados e avessos à inovações e mudanças. Os setores quase sempre fragmentados não apostam em mudanças em curto prazo e as propostas terminam por se perderem ao longo do tempo.

Outro ponto elencado por mais de um apoiador como grande dificuldade passa pela cultura que as pessoas têm de que humanização “é só dar boa tarde, é ser receptivo, é cordialidade, é comemoração” (A7). Neste contexto, há certa urgência em repensar as concepções e convenções arraigadas na compreensão do humanizar. Benevides e Passos (2005, p.562) já alertavam quanto a essa necessidade, ao identificar a equiparação da humanização “a movimentos religiosos, filantrópicos ou paternalistas.”

De um modo geral, os trabalhadores não enxergam ainda a figura do apoiador como um agente de fomento e de disseminação de práticas com o olhar da humanização. Não compreendem que eles necessitam do coletivo e que sua atuação é apoiada na compreensão e no reconhecimento da autonomia e do protagonismo do sujeito, ou seja, em uma “atitude ética

e humanitária, que se constitui a partir de uma escuta sensível e compreensiva” (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009, p. 497).

A humanização na instituição sempre foi identificada como um setor e “as próprias assessorias ainda visualizam a PNH como voltada para eventos” (A5). Portanto, é essa concepção cristalizada que reduz a humanização a “iniciativas pontuais correndo o risco de substituir a totalidade da realidade por noções elementares dos fatos, frequentemente supervalorizados com motivação demagógica” (PUCCINI e CECÍLIO, 2004, p.1346).

Diante das muitas dificuldades elencadas para atuação do apoiador, A2 e A3 referem-se à falta de recursos como um dos principais problemas, “é a falta de recursos estruturais, de recursos financeiros e falta de condições de trabalho, de materiais, de insumos, de ambiência”. Tudo isso viria acompanhado da falta do olhar do próprio gestor para entender como o apoiador atua na PNH. Pensamos que o incômodo causado pelos apoiadores ocorre devido a sua forma de exercer a função apoio, ou seja, mesmo sem intenção (pois este não seria o foco) eles direcionam os refletores para algumas situações cotidianas sem o objetivo de exteriorizá-las, mas de possivelmente ventilar caminhos e alternativas de soluções à luz da PNH.

Ao eleger a categoria ‘dificuldade’, pensamos no significado da palavra, que segundo o Dicionário Aurélio é: natureza do que se apresenta como difícil, o que faz deter ou parar; obstáculo, opinião que se opõe a outra; objeção, aperto; embaraço; circunstância crítica. As tensões e contradições entre o ideal democrático igualitário proposto pela política e a realidade atravessam a nossa análise e cada uma dessas definições só pode ser totalmente compreendida quando vista considerando todo o cenário em questão.

Mesmo diante de desafios como a existência de cenários impregnados por prepotências que desqualificam tudo que é diferente, os apoiadores demonstraram na entrevista que continuam acreditando e defendendo princípios metodológicos, como o Método da Roda, “que apoia, de modo simultâneo, a elaboração e implementação de projetos e a construção de sujeitos e coletivos organizados” (CAMPOS, 2000, p.185), podendo, assim, conduzir o apoiador para uma melhor forma de lidar com as diversas situações no cotidiano do trabalho. No entanto, para que isso aconteça, é necessário que sejam primeiramente definidas e entendidas as diferenças, já que fazer com que os gestores conheçam e aceitem outras lógicas é possivelmente um dos maiores desafios da PNH.

A análise da categoria que explora as dificuldades vivenciadas pelos apoiadores nos leva a refletir sobre como os modos de fazer na PNH demandam um aumento da capacidade de se relacionar com pessoas que possuem diferentes poderes, diferentes personalidades, diferentes modos de agir, diferentes formas de lidar com as diferenças, o que

consideramos primordial para construir saudáveis relações em equipe. Considera-se que as dificuldades que foram apontadas dialogam com a motivação ou desmotivação dos apoiadores, como veremos a seguir.

### 6.1.3 Categoria operatória 3: Motivação

A categoria motivação intenciona compreender a percepção dos apoiadores da MESM sobre o que os impulsiona a exercerem essa função. Precisamos, a princípio, reconhecer que a presença da PNH na MESM ainda acontece basicamente por meio de atitudes isoladas, porém não menos relevantes. Ressaltamos que essas iniciativas motivacionais necessitariam de maior apoio, para que se impulsionasse de fato a implementação da humanização de forma precisa, perene, estável e em harmonia com sua característica transversal.

As narrativas dos apoiadores nos levam a crer que a sua motivação é diretamente proporcional a sua indignação, ao seu inconformismo e ao espírito de luta de cada um. Eles acreditam que mudanças podem acontecer a partir de transformações individuais e coletivas, partindo dos seus ideais de trabalho, de relações, de valores e de vida. O desejo aqui "refere-se ao inconsciente, e a sua manifestação ocorre independente da existência de meios necessários a sua realização" (CAMPOS, 2000, p.75). Um apoiador coloca-se a esse respeito na fala a seguir:

A motivação que eu tenho, é proporcional a necessidade que eu vejo dos trabalhadores serem mais valorizados, mais apoiados, eu sinto essa necessidade! (...) Tive a oportunidade de ouvir muitas queixas, muitos sofrimentos, e eu acho que nós podemos ajudar e podemos apoiar de alguma forma na tentativa de modificar o cenário, nem que seja um pouco impossível. A gente se sente impotente diante das condições, das situações, mas temos esperança, pois sem esperança a gente não vive e assim vamos driblando o sentimento de impotência (A2).

Os apoiadores compreendem que discussões em Roda proporcionam um espaço favorável de reflexões, com base na necessidade de cada um e do coletivo em sua singularidade. No entanto, as reflexões se perdem por não contarem sempre com os principais atores nesse contexto decisório, que são os gestores. Nas palavras de A4 "existem aí as diretrizes e muita coisa pode ser feita, mas o trabalho, ele realmente não representa a PNH se não for feito em conjunto, é fazer uma roda e verdadeiramente estar em roda". Os apoiadores se referem aqui à efetivação da Tríplice Inclusão nos processos de trabalho, garantindo a participação dos atores envolvidos (gestores, trabalhadores e usuários), reconhecendo o apoio como ferramenta de transformação e de troca de saberes e práticas.



Motivação, nas palavras de Azzi e Bardagi (2009, p.46), surge como “um estado interior que induz a pessoa a assumir determinados tipos de comportamento”. Percebe-se que esse ‘estado interior’ no grupo entrevistado foi espelhado pelo ‘acreditar’ (palavra muito presente nas entrevistas). Os apoiadores se sentem motivados ao acreditar na potência do coletivo e de que são capazes de sensibilizar, de fomentar e de construir um modo diferente de fazer saúde, mesmo em circunstâncias desfavoráveis ou adversas.

Hoje a minha principal motivação é porque ainda acredito na micropolítica, transformando os processos e mudando a rotina. Mudando o modo como enxergamos e nos posicionamos na realidade, acredito na capacidade que temos de influenciar os processos e influenciar as pessoas (A5).

Eu me motivo por acreditar que as coisas podem melhorar contribuir para mudanças de pensamento, de atitude, de tratamento como melhoria na qualidade da assistência, tanto do usuário quanto do servidor. Uma esperança... (A7).

Compreendemos que essa motivação “persegue uma articulação que propicie a participação ativa de todos os atores e instâncias que compõem o sistema” (SANTOS FILHO, 2007, p. 75) na esperança de superação das fragmentações e das dicotomias tão evidentes nos processos de trabalho. Persegue também a perspectiva de incluir as ações e as demandas no planejamento, de alcançar uma infraestrutura adequada na maternidade através de uma efetiva reforma, da capacitação de pessoal e da admissão de recursos humanos em número suficiente.

Estamos falando da motivação a partir da participação do apoio coletivamente. No entanto, não pudemos ficar indiferentes quando no decorrer da pesquisa presenciamos demonstrações de alegria e de esperança a cada ação disparada, ainda que isoladamente. Cabe destacar a ação na MESM que, como parte do acolhimento, levou uma apresentação musical aos alojamentos no dia das mães.

De maneira geral, foi possível observar um estado de motivação na fala dos entrevistados, mas o contrário também ocorreu. Conforme relatou A7, “perdemos a motivação de ir às rodas, porque a essência da Política não está sendo cumprida... é só pró-forma”. A principal crítica na percepção de A7, é que é uma Política de muito discurso e pouca eficácia, afinal, “**o que ela muda concretamente?**” E foi a partir desse questionamento, que prosseguimos adentrando na percepção dos apoiadores em busca de respostas, de atalhos e de objetivos comuns que possam fortalecê-los enquanto coletivo.

Consideramos que falar sobre os modos de fazer, que intitula o eixo 1 da nossa análise, reúne alguns nós críticos que revelam uma necessidade de reavaliar os diversos processos que envolvem a produção do cuidado. Isso inclui novos caminhos para uma gestão mais inclusiva, mais flexível e mais democrática. O papel do apoiador é permeado por

potencialidades, mas também por fragilidades que só serão superadas com a adesão de novos atores dispostos a interferir e transformar a si e ao contexto.

## 6.2 EIXO DE ANÁLISE 2: EXPECTATIVAS QUANTO AOS PROCESSOS DE DEMOCRATIZAÇÃO PARA CONSTRUÇÃO DE OBJETIVOS COMUNS

### 6.2.1 Categoria operatória 1: planejamento

Em um primeiro momento, abordaremos o planejamento como uma alternativa para a construção de objetivos comuns, pois, nas narrativas, as expectativas dos apoiadores versam sobre as adversidades vivenciadas no caminho do construir junto. Esse caminho tem sido considerado árduo, já que na MESM “o *modus operandi* não está condizente com a política” (A4). Como veremos a seguir, esse percurso, apesar de estar teoricamente bem estruturado, ainda não valoriza as relações de horizontalidade conforme previsto na PNH.

Consta no Planejamento Estratégico (PE) da UNCISAL 2014-2024: “estruturar uma gestão de pessoas voltada ao desenvolvimento institucional, através do fomento e execução de ações com foco nos servidores visando à humanização”. No entanto, os caminhos percorridos até agora apontam para uma evidente necessidade de reestruturação da função apoio, com a finalidade de impulsionar essas e outras mudanças.

Vale ressaltar que Pereira Junior (2013. P.110), ao analisar documentos da Política, observou algumas particularidades dos apoios institucional e matricial. Para o autor, está clara a ideia de que os “coletivos de apoiadores atuem de forma generalista e territorializada, por um lado, e com uma abordagem mais específica e técnica, por outro”. O que os diferenciaria seria a função gerencial com cargo de hierarquia designada ao apoio institucional. Também, “os apoiadores “temáticos” são vistos, por algumas áreas, como apoiadores matriciais e não como apoiadores institucionais para um território específico.”

Uma tentativa nesse sentido vem se delineando a partir da implantação do que vem sendo chamado na MESM de **apoio matricial**<sup>11</sup>. Portanto, uma nova configuração do apoio institucional encontra-se em construção na UNCISAL e nas unidades assistenciais, incluindo a MESM nosso campo de pesquisa.

As atividades deste apoiador matricial na instituição pesquisada são: participar de eventos relacionados à PNH/ interinstitucional; representar a UNCISAL na CTH e na

---

<sup>11</sup>A nomenclatura utilizada na UNCISAL/MESM não corresponde à definida pelo MS sobre os tipos de apoio. No caso em tela, a maternidade provavelmente adotou a terminologia “apoio matricial” para diferenciar hierarquicamente os apoiadores atuantes naquela instituição.

Comissão para construção do Plano Estadual de Humanização; representar a UNCISAL na agenda de visitas às unidades assistenciais; participa e fomenta agendas integradas com os Núcleos de Educação Permanente (NEP); participa de ações/agendas integradas com o NAISST/SESMTs e NQVT.

Ressaltamos que na MESM os chamados apoiadores matriciais normalmente ocupam cargos de gestão. Identificamos uma preocupação em situações nas quais o apoiador precisa exercer dois papéis, ou seja, uma dupla relação formal de gestor e de apoiador-apoiado. Para Oliveira, “há uma forte tendência à fixidez dos papéis de apoiador e de apoiado, correndo-se o risco de se tornar um processo unilateral e burocratizado” (OLIVEIRA, 2012, p.227).

Deparamo-nos em um relato com esse conflito em relação à dupla função:

(...) ao mesmo tempo, a gente tinha que gerir um processo macroinstitucional, mas também tinha que funcionar para dentro da Universidade como instituinte. Éramos gestão, mas ao mesmo tempo, como apoiador, precisávamos estar sinalizando as contradições, as carências, até mesmo as inflexões que a gestão precisava ter, principalmente no sentido da assistência (A5).

A predisposição nessa configuração do apoio não é horizontal, é uma orientação descendente, sempre partindo do macro e ganhando, portanto, uma grande abrangência. Nesses casos, o enfrentamento a essa força antidemocrática e autoritária quase sempre está delegado a mediadores, ou seja, “atores que operam esses papéis e a força crítica dos sistemas de cogestão – em geral frágeis e parcialmente implementados” (OLIVEIRA, 2012, p. 227). Uma das características de tais fragilidades é algo próprio das instituições públicas brasileiras que é a falta de registros históricos e validade das práticas cotidianas. No relato a seguir, o entrevistado chama a atenção para a necessidade da permanência do processo mesmo com a mudança da gestão.

Hoje, existe essa função ‘Apoio institucional’ legitimada, matricial, macro. (...) amanhã, mudam as pessoas e corremos um grande risco, que é de se isolar na gestão de pessoas e ficar lá isolado. (...) Precisamos escrever, criar normas e fluxos de rotinas. Porque se a gestão mudar, o que se tem de concreto como institucionalizado na Política da UNCISAL/MESM? (A5).

Em nossa análise documental, observamos que o planejamento das ações do apoio encontra-se mais consistente em nível macro institucional. Identificamos que a nova composição para a maternidade está sendo elaborada pelo assim chamado ‘apoio matricial’, com base na orientação do MS para a Rede Cegonha. No modelo operativo eleito pelo referido apoio, constam como funções: contribuir para a gestão e organização dos processos de trabalho, mediar a construção de objetivos comuns, fomentar espaços coletivos, elaborar projetos de intervenção, ampliar a capacidade institucional nos processos de planejar, analisar

e definir tarefas.

O quadro a seguir apresenta detalhadamente as competências a serem exercidas pelos apoiadores na instituição, configurando-os como “agentes que contribuem para problematização das realidades institucionais, construindo com as equipes de saúde, mudanças em suas percepções e formas de lidar com os conflitos existentes” (PASCHE e PASSOS, 2010, p.9). O MS afirma o apoio institucional como uma função que se exerce entre sujeitos com diferentes graus de saber e de poder e que perseguem novas formas de agir mais democráticas, comunicativas e integradoras.

Quadro 3 - Configuração do Apoio na UNCISAL e na MESM

|                            | UNCISAL<br>APOIO MATRICIAL   | MESM<br>APOIO DE SERVIÇO  |
|----------------------------|--|---|
| <b>APOIO INSTITUCIONAL</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atua em âmbito estadual em articulação com a SESAU, SMSM, e Núcleos de Apoio a PNH, atrelados a outras instituições, para o desenvolvimento de ações de implementação da Política no estado;</li> <li>• Oferta conhecimentos clínico-político-metodológicos, evidenciando projetos focados na formação, ensino e pesquisa, atenção e gestão (unidades acadêmicas, unidades de apoio assistencial, unidades assistenciais);</li> <li>• Faz articulação com apoiadores institucionais e coletivos; Auxilia na construção do plano de trabalho do(a) apoiador(a) de serviço, ofertando espaços de supervisão deste plano.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atua diretamente nas unidades/serviços, na perspectiva de produzir diagnóstico e alinhar conceitos teóricos e metodológicos para a construção de um Plano de Ação Local;</li> <li>• Implementa ações integradas com as Coordenadorias de Gestão de Pessoas, SESMTs e Coordenadorias Setoriais;</li> <li>• Fomenta a constituição de grupos/coletivos estratégicos para implementação de ações de humanização no âmbito da unidade;</li> <li>• Avalia e monitora a implementação das ações de humanização, considerando as diretrizes pactuadas, analisa e propõe projetos de intervenção.</li> </ul> |

Fonte: Elaboração do autor com base no Fomento e Articulação das Ações de VTT (NAHUM, 2016).

Diante dessa configuração na maternidade, percebe-se que entre a edificação do grupo de apoiadores, a produção de projetos de humanização e a sua aplicação na realidade institucional ainda existe um longo caminho a ser percorrido.

Os apoiadores entrevistados expressaram que para ser efetivo, todo e qualquer caminho que leve a um planejamento deveria ser realizado em conjunto, para que os trabalhadores pudessem expor seus anseios e suas ideias com base nas suas necessidades. Essa realidade ainda não acontece na prática e resulta em inadequações que poderiam ser contornadas caso algumas pessoas estratégicas tivessem a oportunidade de se posicionar e contribuir com sugestões. Consideramos aqui que os depoimentos a seguir demonstram certa indignação. O primeiro, por não ter sido levado em conta a opinião de alguns trabalhadores sobre as necessidades de um setor durante intervenções estruturais e o segundo, mais uma vez,

pelo distanciamento do apoio institucional no planejamento:

Em relação à reforma, eu estava indo por uma determinada enfermaria e presenciei um grande desabafo... “Na UTI Neo tem dezenas de leitos, tem muitos leitos, foi ampliada assim... de uma maneira enorme. Mas, e as mães? E a mãe acompanhante? Não tem lugar para a mãe. Ela vai ficar em pé... tá entendendo?” Ela dizendo lá, um monte de detalhes, que eles não foram ouvidos... (...) então quem está na gestão, deveria sei lá, pelo menos uma vez a cada bimestre fazer essa primeira inclusão, depois a segunda e depois a terceira. E dar voz a esse trabalhador (A4).

(...) e vamos também falar da falta de condições de trabalho. Não existem materiais, insumos, ambiência... e qual foi a intervenção que a PNH ou o apoio tiveram na ambiência, nessa reforma? Nenhuma. Nenhuma porque não foi chamado para reuniões, não teve oportunidade de opinar... (A2).

As principais queixas dos apoiadores denotam uma fragilidade do apoio pela ausência de escuta, ou seja, falta a participação desses nos espaços de planejamento e de decisão. Por outro lado, percebe-se que por diversos motivos nem sempre é possível reunir os apoiadores quando solicitados, como por exemplo, os fatores tempo e disponibilidade. Na percepção de A3, “é difícil você participar de uma reunião e voltar para o trabalho, dividir o horário do trabalho com as reuniões”.

Essa categoria de análise está muito interligada com a valorização que se dá a esse trabalhador, à luz do que preconiza a PNH que se propõe a incentivar e garantir as inclusões. Santos Filho (2007), afirma que as oportunidades de encontros e reuniões devem ser aproveitadas para se retirar o máximo possível das experiências que os apoiadores têm, conseguidas através das vivências e da convivência. Argumenta ainda o autor que todos devem estar abertos no sentido de quebrar paradigmas e transformar o máximo possível essas práticas em momentos flexíveis e que cativem todos os atores a participar, trazendo contribuições “pertinentes e necessárias para nortear seu trabalho” (p.261).

Nesse sentido, são muitas as expectativas dos apoiadores já que eles quase sempre se sentem preteridos. Colocam em seus relatos que ainda há uma grande distância no que se refere a sua participação em reuniões para planejamento, pois, em geral, esse espaço estaria limitado aos apoiadores que ocupam cargos de gestão. Na percepção de Santos Filho, (2007, p. 89), as equipes deveriam ser moldadas como “equipes colegiadas, planejando, avaliando e tomando decisões coletivamente”. Vários depoimentos transmitem um sentimento de exclusão e de frustração pela falta de compartilhamento no momento de planejar e de construir, identificando assim quão distante estão de atuar com a autonomia e o protagonismo prescritos pela PNH.

Na categoria sobre planejamento, fica claro que os profissionais possuem crescentes expectativas em relação ao processo de democratização como principal caminho para que

sejam trilhados objetivos comuns. Na realidade, o grande desejo do coletivo de apoiadores é que eles possam participar ativamente do planejamento dos projetos institucionais e que esses alcancem transformações relevantes no interior da maternidade em termos de humanização.

### 6.2.2 Categoria operatória 2: Formação

Desde o lançamento da Política de humanização em 2003, tem ocorrido um investimento na formação de trabalhadores da saúde que se identifiquem com a proposta e se disponham a participar como vetores no fortalecimento e disseminação dos princípios e diretrizes da Política. A proposta de formação em PNH tem sido considerada um terreno relevante e propício para estimular as mudanças de práticas, pela reflexão das experiências cotidianas no ambiente de trabalho e vem sendo feita pelos polos de educação permanente<sup>12</sup> em saúde. Os objetivos maiores da formação seriam: fortalecer os princípios, as diretrizes e o método da PNH e disseminar a Política através de sujeitos motivados e engajados no “movimento pela humanização” (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, o apoiador institucional se vê como uma peça estratégica na composição e estruturação de espaços de problematização dos processos de trabalho, para que sejam alcançadas transformações nos complexos modos de conviver, de gerir e de cuidar. Dentre os seus propósitos, estaria o de alcançar mudanças nos cenários de práticas e de gestão.

No entanto, não cabe aqui uma análise acerca dos processos formativos, mas nos chama a atenção as considerações tecidas por autores e as colocações de alguns apoiadores quanto ao processo formativo contribuir para a sua atuação. Na fala de A1, “apesar da importância da formação, é na experiência que o apoiador se constitui, mas para que isso efetivamente ocorra, é necessária a validação da gestão”.

O protagonismo e a autonomia dos trabalhadores estão diretamente relacionados com a formação, sendo, portanto, imprescindível que ela ocupe um lugar de destaque nas Políticas de Saúde. Ceccim (2005, p.165) considera que “a Educação Permanente em Saúde pode ser orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde.” Ele afirma ainda que a partir do momento que se

---

<sup>12</sup>A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino (CECCIM, 2005, p.162).

problematizam as adversidades no cotidiano do trabalho, as transformações desejadas ocorrem naturalmente e são firmadas em bases concretas.

Por outro lado, Campos et al. (2013) questionam até que ponto o ensino “problematizador” é suficientemente forte para preparar e empoderar os sujeitos na difícil tarefa de enfrentar e promover mudanças na realidade dos serviços, uma vez que as práticas relacionadas à gestão verticalizada, à fragmentação das equipes, às relações interpessoais conflitantes e precariedade na atenção, entre outros problemas, foram fortemente estabilizadas e enraizadas ao longo do tempo. Nesse contexto, os autores acreditam que “a proposta de Educação Permanente acaba por subestimar a força dos saberes, instituições e práticas hegemônicas, consolidadas historicamente por interesses e atores sociais poderosos” (p.142).

Existiram alguns embates no decorrer do curso de apoiadores quanto à necessidade do apoio conquistar um maior protagonismo e isso não seria possível para A3 sem uma postura de maior enfrentamento.

Entendo que a PNH não pode ser apenas para agradar, mas de confronto e de questionamentos também. Não observei isso no curso. Não se pode só dar, temos que dar, mas temos que cobrar também... e vamos cobrar de quem? Humanização passa também por cobrar seus direitos. (...) É difícil você aceitar o desmantelamento do serviço público humanizado. No grupo, já deixei bem claro que a minha política será de humanizar, mas, também de cobrar. Senão, não estaremos humanizando nem a nós mesmos (A3).

Em linhas gerais, a maioria dos apoiadores considerou como positivo, especificamente, o processo de formação em PNH no momento da sua implantação, por favorecer a criação de um coletivo de apoiadores que atuaria posteriormente como multiplicadores em outros cursos e na implantação de projetos de intervenção.

No primeiro momento, a gente apostava muito na questão dos cursos formais. Tirava-se as pessoas do serviço, íamos para cursos que duravam seis meses, um ano. Mas no final, o impacto disso na realidade do serviço era muito pequena. (...) Nós já temos um chão, uma estrada no estado... e hoje eu aposto mais nos processos formativos menores, dentro do serviço. Educação Permanente, com o coletivo de humanização exercendo o papel formativo em pequenas oficinas vinculadas aos projetos (A5).

Na percepção de Heckert (2007) para a PNH, a questão da formação extrapola de certa forma os modelos formais de cursos, pois ela entende que os processos vivenciados no cotidiano do serviço resultam na formação pela aprendizagem significativa, a partir da realidade. Essa colocação é refirmada por Ceccim (2005, p.165) ao asseverar que “as capacitações tradicionais não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas (...) por trabalharem de maneira

descontextualizada e se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos”. Para o autor, em qualquer área ou setor a construção do conhecimento através da problematização pode contribuir inicialmente com mudanças no próprio sujeito e depois no espaço em que está inserido.

Os apoiadores apontam para uma necessidade de multiplicação dos conhecimentos como caminho metodológico para transformações nas diversas dimensões do desenvolvimento humano, ou seja, “ao se discutir a ação, as mudanças começam a acontecer naturalmente” (A3). Para alguns apoiadores, existe a compreensão de que ao transformar a si mesmo as mudanças acontecem por contágio, “(...) para mim, eu soube pegar todo aquele conteúdo teórico e transformar isso em ação e em mudança no meu setor de trabalho” (A4). Eles também defendem a necessidade de realização de cursos e seminários para o fortalecimento do grupo.

Para fortalecer essa política, o servidor precisa ter o conhecimento. Sinto a necessidade de mergulhar mais fundo na política para socializar e depois ver qual foi o resultado... como as pessoas estão se comportando a partir do conhecimento. É necessário fazer entender que tudo faz parte de uma cadeia e a PNH, é um elo de ligação (A3).

Eu acho que os cursos trazem uma grande contribuição, mas é importante que continuem para que outras pessoas possam ser preparadas e deem continuidade ao processo. Deveriam existir oficinas menores para que os servidores de um modo geral se apropriassem dos conteúdos sobre a Política. Entendo que as mudanças só surgem a partir do conhecimento, se não se educa não se conseguem mudanças (A7).

Ceccim (2005, p.165) acredita que podemos apostar em diferentes práticas educativas como alternativa “para desfazer as dicotomias persistentes e sobre as quais foram construídas as iniciativas anteriores de mudança (individual X coletivo, clínica X saúde pública, especialidade X generalidade, sofisticação tecnológica X abordagens simplificadas)”.

Tradicionalmente, o que ocorre é que se imputa ao processo formativo a responsabilidade pelas mudanças que possam vir a ocorrer na qualidade dos serviços, sem considerar que os atores possuem singularidades e “a vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos” (CECCIM, 2005, p.165).

Diante do exposto, percebe-se que as falas do grupo entrevistado apontam para a formação como sendo um caminho importante no processo do construir junto, “que transcorre durante toda a vida profissional, dentro e fora do ambiente de trabalho, seja por meio de propostas formais de educação, das próprias relações cotidianas de trabalho, ou mesmo da inserção do sujeito no mundo sociocultural” (CAMPOS et al., 2013, p.126). Conforme relato



de um entrevistado o processo de formação também significa humanização pois “quando se humaniza, se compõe uma rede de atendimento, de acolhimento, de democracia” (A3).

### 6.2.3 Categoria operatória 3: Valorização do trabalho e do trabalhador.

No âmbito da saúde, o trabalho possui uma notória grandeza e uma enorme complexidade por seus distintos movimentos em lidar com uma combinação de sentimentos avessos e ao mesmo tempo tão próximos, relacionados à doença, a cura, a dor, a morte, a vida, os perigos, as exposições que abalam tanto o bem-estar quanto as relações no dia a dia do trabalho. Para Dejours (2004, p. 29), “o trabalho é aquilo que implica do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, saber fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar.”

A saúde do trabalhador se coloca como uma das diretrizes da PNH que propõe disparar mudanças nos espaços de produção de saúde. Contudo, nos perguntamos: Como um trabalhador pode ser feliz e produzir em espaços pouco inclusivos, onde não é escutado e nem respeitado? Como ele pode ter saúde frequentando um espaço que não reconhece as causas dos seus adoecimentos? Que valores estão sendo afirmados e priorizados como investimento na saúde desse trabalhador?

Permitimo-nos prosseguir problematizando algumas questões. No entanto, estas assim como tantas outras não serão respondidas nesse trabalho.

O núcleo de humanização da UNCISAL, inicialmente chamado de NAISST, hoje é composto pela SASBEM e pelo Núcleo de Apoio às Ações de Humanização da Atenção e Gestão à Saúde (NAHUM). Ambos os setores são responsáveis pelo fomento e articulação das ações de valorização do trabalho e do trabalhador que serão instituídas nas unidades assistenciais. Para um melhor entendimento, a estruturação encontra-se detalhada na figura a seguir:



Figura 5 - Estrutura da Humanização a Nível Central (Macroinstitucional).  
Fonte: PROGESP, 2016

Nessa configuração, conforme o documento analisado, a tecnologia adotada para a implementação das ações é o apoio institucional; a diretriz prioritária é a valorização do trabalho e do trabalhador e os dispositivos são os projetos e intervenções cogерidos e coproduzidos. Nesse tópicو do segundo eixo/categoria, questionamos sobre o fomento e o desenvolvimento das práticas da PNH, enfatizando essa diretriz na MESM.

O entendimento dos apoiadores apresentou diferentes ângulos acerca da Valorização do Trabalho e do Trabalhador (VTT) como prioridade na instituição. A maioria dos relatos evidenciou um desgaste quanto às diversas conotações e nuances que permeiam o termo valorização no cenário em questão. Desse modo, as falas de A2, A3, A4, A6 indicam que precisamos ir além do que se tem implantado em termos de valorização do trabalhador na instituição e que estamos muito atrasados em relação à implementação da PNH. Nos relatos, os apoiadores se reportaram a algumas questões já discutidas anteriormente, tais como: a gestão verticalizada, a não participação em espaços decisórios e as comemorações festivas com encontros pontuais.

Identifica-se, nas entrelinhas, que boa parte das suas frustrações é reflexo das rígidas, inflexíveis e centralizadoras relações de trabalho. Em nossa percepção, dever-se-ia compreender que “se, por um lado, necessitamos do trabalho humano e reconhecemos seu potencial emancipador, devemos também recusar o trabalho que explora, aliena e infelicita o ser social” (ANTUNES, 2005, p.14).

Uma entrevista trouxe à tona impasses relacionados ao “sofrimento e ao abandono dos servidores, eles se sentem cuidadores descuidados” (A5). O sofrimento é citado por Dejours

(2004, p. 28), como um ponto de partida “enquanto afetividade absoluta, é a origem da inteligência que parte em busca do mundo para se colocar à prova, se transformar e se engrandecer.”

O entrevistado afirma que essa diretriz (VTT) foi amplamente discutida antes de ser considerada prioritária. Sua percepção é que seria uma incoerência discutir mudanças nos processos do fazer, sem que as pessoas fossem valorizadas e respeitadas. Isso estaria evidentemente condicionado a escutar suas dores e reconhecer os seus potenciais, e só assim poder-se-ia ofertar alguma coisa.

Esse fomento, para A5, vem sendo aplicado inicialmente na sede da UNCISAL para que os setores identifiquem possíveis causas de adoecimentos, através de exames periódicos. Paralelamente, está em planejamento o projeto “evidenciando boas práticas”. Esse projeto está relacionado às ações de humanização e qualidade de vida, tendo como objetivo realizar alguns eventos na semana do servidor, com uma proposta de integração entre as unidades assistenciais, de modo que o próprio servidor possa eleger práticas diferenciadas em seu setor. Essas práticas serão reconhecidas e divulgadas através de alguns dispositivos de mídia como painéis, vídeos, dentre outros.

Aliado a isso, associa-se discutir clínica ampliada, espaços de gestão colegiada, discutir a participação do usuário que ainda é muito incipiente, então esperamos que por essa via de aproximação do servidor consigamos ir além. Escutei uma vez de uma consultora a expressão "encantamento a partir do concreto", estamos tentando encantar as pessoas e nos encantar a partir do concreto, mesmo que ele seja tão pequeno! (A5).

Devemos sempre estar atentos para que os processos e ações que visem melhorar as condições de trabalho através de controle de fatores de risco, adequação de estrutura física e promoção de saúde dentre outros, não sejam reduzidos ao acompanhamento de indicadores tradicionalmente usados na “saúde ocupacional e epidemiologia”, ou seja, que esse campo não se restrinja apenas ao sentido “biomédico-individual”. O autor ainda ressalta a importância do olhar crítico sobre o cardápio organizacional com ofertas que incluam em sua agenda “lazer, técnicas diversas de relaxamento, socialização e práticas similares, quase sempre isoladas da discussão de sua inserção no trabalho” (SANTOS FILHO, 2007, p. 148).

A questão salarial, o plano de cargos, a aquisição de equipamentos e insumos e ambiência inadequada (mesmo após várias reformas) estiveram presentes em algumas falas. No entanto, existe a compreensão de que essas e outras questões extrapolam a competência da gestão da maternidade, já que “a insuficiência de recursos é comum a todas as políticas

sociais e as remunerações do setor público encontram-se condicionadas à situação fiscal dos entes federativos” (DEDECA e TROVÃO, 2013, p.1565).

Por outro lado, a não valorização, ou melhor, a desvalorização foi ressaltada em uma narrativa pela falta de critérios no momento de se instituir uma gratificação, já que nesse caso houve valores divergentes e com grande disparidade. Também é comum que em um mesmo setor alguns trabalhadores recebam gratificações e outros não. Para o apoiador é desgastante conviver com tamanha desigualdade:

Existe muito a valorização de uns e de outros não! Não vejo a valorização apenas pelo dinheiro, acho que a VTT é ter o reconhecimento de que você representa algo para a instituição. Infelizmente o que vemos na prática, é aquele que menos contribui ser o mais valorizado. Se as pessoas fossem valorizadas pelo seu potencial, só acrescentaria a gestão, valorizar o servidor porque realmente ele merece ser valorizado, então essa bola de neve vai crescendo para o lado bom e vai agregando pessoas com diferentes valores e potenciais (A6).

Os relatos apontam na direção da valorização profissional como condição ‘*sine qua non*’ para disparar movimentos de transformação em qualquer processo de trabalho. Infelizmente, em alguns cenários pouco democráticos, “o contexto de individualismo e baixa responsabilidade com o outro representa obstáculo à construção de projetos coletivos que se voltem para a valorização da vida e representem a possibilidade de aumentar o nível de responsabilidade das organizações com sua missão pública e social” (AZEVEDO, 2013, p. 55).

Encontramos nas palavras de Cecílio (2007) sobre o “Trabalhador moral” na saúde, um pouco da essência do trabalhador/apoiador institucional. Longe de apresentá-lo como modelo de perfeição, o autor o reconhece como aquele ator que irá engajar-se em toda e qualquer proposta emancipatória que reverbere em solidariedade e em responsabilidade na construção de objetivos comuns nos coletivos. Seria, portanto, “um ator que pensa, formula e joga nos espaços que os dirigentes definem, sempre dentro de uma moldura definida pelos objetivos organizacionais” (p.346). Beth Barros, em uma conferência realizada no ano de 2009 no 2º Seminário Estadual de Humanização – Natal/RN, inclui os trabalhadores na categoria de trabalhadores éticos, como sendo aqueles que se recusam a ter uma vida que vegeta, pois não se afirmam de forma mecânica e são contrários à rotina e ao comodismo.

Faz-se necessário destacar que existe uma desarmonia entre os protocolos engessados e a prática cotidiana que foge do convencionalmente prescrito, já que o inesperado é constante em situações que envolvam as tecnologias e as relações humanas. Desse modo, “mesmo que o trabalho seja bem concebido, a organização do trabalho seja rigorosa, as instruções e os procedimentos sejam claros, é impossível atingir a qualidade se as prescrições forem respeitadas” (DEJOURS, 2004, p.28).

Essa afirmação pressupõe que por mais que a realidade organizacional do serviço imponha uma rotina com padronização de condutas e com protocolos rígidos, (compreendemos que são muitas vezes essenciais para um bom e resolutivo atendimento), não consegue mudar a essência da vida e o modo humano de operar desse trabalhador.

Eu sempre faço um ótimo acolhimento, e na verdade, eu já fazia antes de conhecer a Política. Eu sempre valorizo o trabalhador. Tem pessoas que me esperam no plantão, porque eu valorizo o que a pessoa fala e eu não preciso de nenhum título para isso. Eu me identifico com a Política, mas, mesmo que ela não existisse, o meu ser e o meu curso ele já trata disso tudo. De valorização ao outro, de acolher, então, independente desse título eu não vou mudar. Eu faço isso porque é uma atuação que eu acredito (A4).

O meu interesse é que a pessoa que está do outro lado saia satisfeita, isso é o mais importante para mim. Se o outro não está satisfeito, eu também não estarei. Talvez eu já traga isso antes mesmo da política. Hoje eu tenho 30 anos de serviço público, vejo esse comportamento como uma questão minha! (A3).

Essa categoria do Eixo democratização e construção de objetivos comuns nos leva a refletir sobre a quebra de paradigmas no sentido de valorizar o trabalho. Constatamos que esse percurso é bastante preocupante e inquietante, já que intenciona transformar visões intrínsecas a processos envolvendo diversos entraves, tais como: supostas hierarquias entre profissões; falta de análise das etapas dos projetos; relações de trabalho fragilizadas; fragmentação de setores, cultura da produtividade sem considerar a qualidade.

Os apoiadores almejam um novo modo de pensar, uma evolução na liberdade, na autonomia e no protagonismo, para que possam contribuir com o fomento do combate à alienação e às pressões das organizações, entre outros. Diante desse quadro, os trabalhadores da saúde ainda têm que enfrentar desafios diários, visando, assim, não só a valorização da categoria, mas também atingindo o ideal do respeito humano, ou seja, uma verdadeira afirmação de outro modo de existir num sistema de saúde mais digno e democrático.

Compreendemos que são necessários outros estudos com diferentes técnicas de pesquisa para que possamos alcançar resultados mais profundos e mais elucidativos sobre todos os eixos e categorias que fizeram parte da nossa análise. No entanto, essa é uma limitação própria de uma dissertação.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário afirmar que a humanização, como eixo norteador das práticas em saúde, supõe uma indissociabilidade com o próprio método de sua construção. Para a política ser transversal, é necessário que seu modo de operar também o seja, (BRASIL, 2004).

Tomamos por base em nossas considerações alguns comentários tecidos por Conceição (2009) sobre as contradições presentes na PNH. Segundo a autora, vários documentos referentes à Política passam a ideia de que os diálogos, a corresponsabilização e o sentido de grupo serão suficientes para contornar problemas tão sérios, como os relacionados à estrutura, a financiamento e a insumos. Ao mencionarem mudanças no modelo de gestão e de atenção, os documentos em geral não expõem a real condição política e social do país, ao contrário, afirmam a implementação de (...) “políticas comprometidas com a melhoria das condições de vida da população (...) em sintonia com o combate à fome, à miséria social e na luta pela garantia dos princípios éticos no trato com a vida humana” (BRASIL, 2004. p. 09).

Entre suas diversas colocações, essa autora também questiona sobre a relação entre trabalhadores e usuários, que surge como capaz de exercer uma influência tão potente a ponto de contribuir com mudanças no modelo de atenção vigente (hospitalocêntrico e biomédico). Diante dessas e de outras contradições, entristece-nos admitir que o cotidiano permeado por dificuldades e por falta de estrutura, muitas vezes transforma rapidamente os gestores e os trabalhadores de heróis a vilões. Em sua luta diária, os profissionais quase sempre se afastam do cooperativismo e da parceria, tornando-se individualistas e avessos à produção coletiva. Esse fato torna-os cada vez mais isolados, distanciando-se da busca por uma saúde pautada em apoio mútuo.

Algumas vezes, tanto as relações de trabalho quanto a gestão adotam posturas duras, rigorosas e monopolizadoras, evidenciando a necessidade da implantação de métodos de cogestão. Tais métodos teriam o intuito de transformar as relações no trabalho e com o usuário, predominantemente endurecidas, em relações flexíveis, moldáveis e construídas em espaços de diálogo abertos à participação de todos os atores. Nesse sentido, a “palavra”, tanto de usuários quanto de profissionais, precisaria ter lugar mais relevante no cotidiano institucional (DESLANDES, 2004).

Portanto, entendemos que a cogestão perpassa pela implementação de medidas para proteção da vida que sejam realmente efetivas e que reflitam um sentido próprio de lutas para que o SUS alcance seus objetivos institucionais, envolvendo concretamente as experiências dos

trabalhadores, a inclusão de usuários como atores corresponsáveis no seu processo saúde-doença e abrindo canais de comunicação com os gestores, pautados em bases democráticas. No entanto, precisamos estar atentos quanto ao sentido que impomos à humanização, já que corremos o risco de configurá-la “muito mais como uma mudança de postura profissional do que um debate aprofundado sobre os modelos de atenção e de gestão” (CONCEIÇÃO, 2009, p.218).

Entre os desafios dos apoiadores está a inclusão de usuários e familiares como protagonistas dos seus projetos de vida, respeitando-se e mantendo-se a inclusão social no decorrer de tratamentos ou internações.

Ferreira (2015) investigou os sentidos do acolhimento atribuídos pelas mulheres que vivenciaram o dispositivo acolhimento (ACR) na MESM. Os seus achados indicam que as usuárias percebem o parto como um evento especial e diferenciado, que envolve toda família, devendo, portanto, ser respeitado em sua plenitude por toda equipe que as assiste. A autora identifica nas falas o desejo de um modelo de atendimento mais humano no momento do parto, que respeite o protagonismo e a capacidade de parir da mulher e que inclua os “sujeitos a partir das suas necessidades de saúde” (p.67).

Podemos considerar o término desse trabalho não como um fim, mas como o início de uma nova etapa para o grupo de apoiadores da MESM. Seria um recomeço (no sentido real da palavra), já que as atividades estão sendo retomadas após um longo período inativas por circunstâncias diversas e já relatadas. Digamos que renascemos! A princípio, percebe-se um entusiasmo (natural após tanto tempo). No entanto, na prática, as desejadas mudanças propostas pelos princípios e diretrizes da PNH seguem caminhos diversos e nem sempre alcançam os resultados esperados.

Os relatos foram mais do que simplesmente palavras, pois retrataram histórias de vida repletas de sentimentos e de esperança. Desse modo, ao expor suas percepções, os apoiadores ampliaram nosso olhar sobre os diversos eixos propostos inicialmente em nossa pesquisa, permitindo-nos vislumbrar nuances até então encobertas. Posso afirmar que saio desse processo diferente, pois mesmo que não consiga transformar sujeitos e coletivos, consigo transformar e ressignificar o meu fazer.

No que concerne ao nosso objetivo geral, que propõe compreender a função apoio sob o olhar do apoiador, percebemos que ainda existe um descompasso entre o que é prescrito e o que é proposto como inovações da Política na maternidade, já que a análise dos documentos não indica uma influência do Método da Roda e nem considera o dispositivo do Apoio Institucional na estrutura organizacional da Maternidade. A maior parte dos textos não cita e nem inclui os conceitos de cogestão e de apoio institucional.

A desarmonia na percepção dos entrevistados está relacionada, inicialmente, à falta de planejamento de processos emancipatórios, autônomos e protagonistas que só ganhariam espaço com a legitimação da função apoio perante a gestão. Algumas limitações dos apoiadores passam também pela visão que os trabalhadores têm sobre PNH, com certa tendência à acomodação e à submissão, afastando-se de qualquer movimentação contestatória.

Em geral, os trabalhadores ainda não percebem a Roda como fundamental, já que em sua lógica nada se constrói para as pessoas, mas sim com elas. Dessa forma, as análises indicaram que a percepção do apoiador sobre o seu trabalho deveria girar em torno de criar oportunidades e envolver as pessoas em um caminho diferente e de construção coletiva, no qual reconheçam e se reconheçam no processo de humanizar.

Em relação ao nosso primeiro objetivo específico, que analisa a relação entre o apoiador e a gestão, notamos, como um ponto comum entre os entrevistados, a percepção de que os apoiadores não veem a cogestão inserida no seu processo de trabalho, já que não existe a sua participação nos espaços de planejamento e de decisão. Esse ponto caracteriza que a gestão da maternidade é pautada em uma configuração vertical ou decrescente, e que apesar do esforço constante, ainda não é permitido ao apoiador pensar o apoio como método de gestão democrática, limitando, portanto, o caminhar transversal da PNH nos diversos setores que compõem a maternidade.

Outro ponto destacado pelos apoiadores está relacionado à necessidade de implementação de um colegiado gestor devidamente preparado para exercer essa função. Isto, na percepção dos apoiadores, seria um sinal de democracia. Fica evidente que a cogestão de coletivos organizados “depende de vontade Política e de condições objetivas, e o método da Roda se propõe a construí-las com a máxima racionalidade possível. Trabalhar os sujeitos e as instituições. Um movimento interferindo e modificando o outro. O tempo todo” (CAMPOS, 2000, p.44).

Existe uma cultura instituída que não identifica as ações da PNH, quando essa não tem uma conotação festiva. No entanto, os apoiadores entendem que precisam vencer a herança dessa cultura ao nomear e divulgar as práticas realizadas, fazendo um elo com a humanização. Ficou evidente a dificuldade em desvincular a humanização de eventos.

Nosso segundo objetivo específico, que convida os apoiadores a refletir sobre o fomento de suas práticas em relação a alguns princípios e diretrizes da Política, evidenciou a presença da Rede Cegonha como um ponto favorável para a disseminação de alguns direcionamentos da PNH, sendo o acolhimento com classificação de risco na porta de entrada um deles. Mesmo considerando que esses dispositivos são propostos pelo MS, tem sido



positivo perceber alguns avanços, tais como: visita aberta na UTI Neo, estímulo ao parto humanizado e direito ao acompanhante masculino, que apesar de ser uma Lei ainda não era permitido. Os entrevistados têm a consciência de que essas mudanças não foram intervenções do apoiador em si, mas consideram que está havendo uma reeducação das pessoas através de princípios comuns à Rede Cegonha e à PNH.

Consideramos que as dificuldades dos apoiadores os acompanham desde a formação, pois se sentem isolados quando não conseguem lidar com as fragilidades do coletivo no cotidiano dos serviços, afinal, eles dependem do coletivo. Por outro ângulo, o olhar dos apoiadores nesse trabalho nos reafirma as palavras de Oliveira (2011, p. 160), quando diz que “formar um apoiador é um ato próprio da função apoio. Não no sentido de que só alguém com um “título” de apoiador institucional pode fazê-lo. (...) É a relação de apoio que forma o apoiador.”

Não percebemos em nossos achados que os apoiadores/trabalhadores se sentem valorizados, pelo contrário. Para eles, o grande desafio é fazer compreender a valorização atrelada às “várias estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas, dos trabalhadores” (SANTOS FILHO, 2007, p.151), pois isso envolveria, a princípio, condições de trabalho e remuneração dignas. Uma das formas de valorização que na perspectiva dos apoiadores demonstra o reconhecimento de sua atuação passa por investimentos em educação permanente, por evidenciar o seu conhecimento, a sua capacidade de análise, de integração e de reinvenção do seu modo de trabalho. Desta forma, os sujeitos se sentiriam inseridos no coletivo, participando das decisões e responsáveis pela gestão e pela qualidade do seu fazer.

Através dos depoimentos nas entrevistas, pudemos perceber que os apoiadores não se sentem valorizados por não serem parte integrante dos espaços decisórios, reafirmando um modelo de gestão distante de uma orientação horizontal, não se configurando um espaço para a coparticipação e para a tríplice inclusão.

Concluimos que mesmo sendo detentores de um grande potencial de intervenção, os apoiadores não conseguem ainda fomentar e consolidar na maternidade novos olhares acerca da humanização como proposta diferenciada de promoção de saúde e de vida. No entanto, há uma motivação e um desejo comum que a ideia de humanização possa implicar, principalmente, em um reconhecimento da valorização humana nas relações, caminhando para a concretização da igualdade material e não apenas da igualdade formal. Acredita-se que é possível construir, desconstruir, aprender, desaprender, questionar, afirmar, elaborar e reelaborar várias questões importantes sobre a PNH e sobre os modelos de gestão.

Espera-se que mesmo em um panorama permeado por dúvidas e indefinições como

Política de governo, ocorram avanços no coletivo de apoiadores da MESM. Para isso, é necessário que se aproxime cada vez mais o planejamento às necessidades dos trabalhadores e usuários, gerando assim um movimento constante. Isso passa pelo habitual, pelo imprevisto, pelo ocasional, humanizando e transformando o ambiente de trabalho, também, em uma coletividade de busca, de indagação, de observação, de pesquisa e de estudo, sempre girando... em RODA!

## REFERÊNCIAS

- ALVES, W. F. Crítica à razão gestonária na educação: o ponto de vista do trabalho. **Revista Brasileira de Educação**, v. 19, n. 56 jan./mar., 2014.
- ANTUNES, R. **O caracol e sua concha**: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005. 136p.
- AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde**: abordagens da psicologia. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2013. 423 p.
- AZZI, A.; BARDAGI, M. P. Avaliação do perfil motivacional de funcionários de uma empresa de serviços assistenciais em saúde. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n. 30, jan./jul., 2009.
- BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W.; LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 2. São Paulo, jun. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342006000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200010)>. Acesso em: 10 maio 2016.
- BAPTISTA, T. W. F. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: **Políticas de Saúde**: a organização do Sistema Único de Saúde. MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Orgs.). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 284 p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, M. E. B.; BARROS, R. B. Da dor ao prazer no trabalho. In: BARROS, M. E. B.; SANTOS FILHO, S. B. (Orgs.). **Trabalhador da saúde**: muito prazer – protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Porto Alegre: Unijuí, 2007. p.61-72.
- BARROS, M. E. B. Conferência: **A valorização do trabalhador da saúde**: como encarar esse desafio. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/93939-conferencia-de-beth-barros-a-valorizacao-do-trabalho-e-do-trabalhador-da-saude-como-encarar-esse-desafio/>>. Acesso em: 14 maio 2016.
- BARROS, M. E. B.; GUEDES, C. R; ROZA, M. M. R. **O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde**: a experiência em um hospital geral. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4803-4814, 2011.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **Humanização na saúde**: um novo modismo? **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.389-406, 2005. ISSN 1807-5762.
- \_\_\_\_\_. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005a.
- BRASIL. **Dicionário da educação profissional em saúde** / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2ª ed. revisada e ampliada. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.
- \_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à

Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 60p: il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20).

\_\_\_\_\_. **Portaria Ministerial MS/SAS nº 89**, de 19 de março de 1999.

\_\_\_\_\_. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde. Pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 68 p.

\_\_\_\_\_. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O Humaniza SUS na atenção básica** / Ministério da Saúde– Brasília, 2009. 40 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Trabalho e redes de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1. ed. 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. **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 a. 242 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos HumanizaSUS ; v. 1).

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. :il. – (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) : manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 62 p.

\_\_\_\_\_. **Cartilha Humaniza SUS**. Ministério da Saúde, 1ª ed. Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Rede Humaniza SUS, **Política Nacional de Humanização compõe novo arranjo de apoio do Ministério da Saúde às regiões de saúde**. Disponível em:

<<http://www.redehumanizausus.net/91684>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

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

\_\_\_\_\_. **O apoio institucional e análise de demanda em saúde ou Apoio Paidéia**.

Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/59928-o-apoio-institucional-e-analise-de-demanda-em-saude-ou-apoio-paideia-gastao-wagner-sousa-campos-novembro2001>>. Acesso em: 15 jan. 2016 .

CAMPOS, R. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JÚNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz. 2006. p. 669-688.

CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e Formação Paidéia: apoio e co-gestão em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. 420p.

CARRERA, M. B. M.; MALIK, A. M. **Gestão Pública da Saúde no Brasil: Perspectivas e Desafios das Organizações Social e Parceria Público-Privada**. Disponível em: <[http://www.jperera.pro.br/documentos/gestaopublicadasaudenobrasil\\_perspectivasedesafiosdasorganizacaosocialeparceriapublica88557.pdf](http://www.jperera.pro.br/documentos/gestaopublicadasaudenobrasil_perspectivasedesafiosdasorganizacaosocialeparceriapublica88557.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2015.

CECILIO, L. C. O. **O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito**. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n. 22, 345-363, maio/ago., 2007. ISSN 1807-5762.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005. ISSN 1807-5762.

CHINELLI, F.; VIEIRA, M.; DELUIZ, N. **Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. MOROSINI, M. V. C.; LOPES, M. C. R.; CHAGAS, D. C. C.; CHINELLI, F.; VIEIRA, M. (Orgs.). Rio de Janeiro. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2013. 447 p.

CONCEIÇÃO, T. S. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. **Revista SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 194-220, jul./dez., 2009.

CRUZ NETO, O. O trabalho de Campo como descoberta e criação. In: **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. Coleção Temas Sociais. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

DEDECCA, C. S.; TROVÃO, C. J. B. M. **A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios**. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1555-1567, 2013.

DESLANDES, S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez., 2004.

DIAS, M.A.B.; DOMINGUES, R.M.S.M. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3):669-705, 2005.

FAUST, S.; VERDI, M. Potencialidades e limitações das práticas de saúde desenvolvidas por apoiadores institucionais da Política Nacional de Humanização. **Revista Saúde & Transformação Social**, v. 5, n. 2, p. 117-119. Florianópolis, 2014. ISSN 2178-7085.

FERREIRA, P. B. Sentidos atribuídos ao acolhimento nas narrativas das mulheres atendidas em uma maternidade apoiada pela Rede Cegonha / Petrucia Barbosa Ferreira. - Rio de Janeiro, 2015. ix; 76 f.: il. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, 2015.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Orgs.). Coordenado pela UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p. ISBN 978-85-386-0071-8.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GUEDES, C. R.; ROZA, M. M. R.; BARROS, M. E. B. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. **Caderno Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 93-101. Rio de Janeiro, 2012.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1245-1265. Rio de Janeiro, 2010.

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. (Org). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC- ABRASCO. 1ª ed. 2007.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. **Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate**. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, supl.1, p.493-502, 2009. ISSN 1807-5762.

KONDER, L. **O que é dialética?** São Paulo: Brasiliense, 2008. — (Coleção Primeiros Passos: 23) 6ª reimpr. da 28ª ed. de 1981. ISBN 978-85-11 -01023-7.

LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica** - 5. ed. - São Paulo : Atlas 2003.

LOPES, M. C. R.; MATTA, G. C. **SUS, Gestão Participativa e Equidade**. In: Políticas de Participação e Saúde/GUIZARDI, F. L.; NESPOLI, G.; CUNHA, M. L. S.; MACHADO, F.;

LOPES, M. (Orgs.). Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária - UFPE, 2014. 376 p.

MACHADO, M.H. Gestão do trabalho em saúde. In: **Pereira, Isabel Brasil. Dicionário da educação profissional em saúde** / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MACHADO, F. R. S.; GUIZARDI, F. L.; LACERDA, A. **Trajetos, trajetórias e caminhos para a garantia de direitos na saúde no município de Rio Branco, Acre.** In: PINHEIRO, R.; SILVEIRA, R.; LOFEGO, J.; LEAL, O.; GUIZARDI, F. L. (Orgs.). **Apoiando a gestão do SUS em Rio Branco - Acre: a estratégia da incubadora de integralidade no desenvolvimento institucional local.** Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2013, v.1. p.338.

MARTINS, C. P. **A política nacional de humanização na produção de Inflexões no modelo hegemônico de cuidar e gerir no sus: Habitar um paradoxo.** 2015. 192 f. Tese (Doutorado em Psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2015.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p.1667-1676, 2013.

MATERNIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA. Palavra da casa. Disponível em: <<http://mesm.uncisal.edu.br/?pagename=palavra-da-casa>>. Acesso em: 19 out. 2015.

\_\_\_\_\_. **Plano Operativo Anual para contratualização rede cegonha**, 2013.

\_\_\_\_\_. **Minuta do Projeto de Humanização da Maternidade Escola Santa Mônica**, 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria Interna GG nº. 01, de 14 de janeiro de 2015**, Reestrutura as funções administrativas da Maternidade Escola Santa Mônica e determina outras providências.

MERHY, E. E. **SAÚDE: A Cartografia do Trabalho Vivo.** 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. (Saúde em Debate, 145). ISBN: 85-271-0580-2.

\_\_\_\_\_. **O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde.** In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 23ª ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MORI, M. E.; OLIVEIRA, M. V. O. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, supl.1, p.627-640, 2009. ISSN 1807-5762.

NAVARRO, L. M.; PENA, R. S. A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 12, n. 1, 2013.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio.** Tese (Doutorado).

Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas/SP, 2011.

\_\_\_\_\_. O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2012.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; A importância da humanização a partir do sistema único de saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 1, n. 1, jan./jun. Florianópolis, 2008.

\_\_\_\_\_. Apresentação. In: 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.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, supl.1, p.701-708, 2009. ISSN 1807-5762.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011.

PACHECO, R. S. V. **Novas formas de gestão pública**. In: Avanços e perspectivas da Gestão Pública nos Estados. CONSAD e FUNDAP, 2006.

PAULON, S. M.; PASCHE, D. F.; RIGHI, L. B. **Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança**. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, supl. 1, p. 809-820, 2014. ISSN 1807-5762.

PENA, R. S. **O apoio institucional como estratégia de gestão em coletivos na saúde mental**. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas/SP, 2012.

PEREIRA JUNIOR, N. **O apoio institucional no SUS: os dilemas da integração interfederativa e da cogestão**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas/SP, 2013.

PEREIRA JUNIOR, N.; CAMPOS, G. W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, supl. 1, p. 895-908, 2014.

PINHEIRO, R. et al. (Orgs.) **Apoiando a gestão do SUS em Rio Branco - Acre: a estratégia da incubadora de integralidade no desenvolvimento institucional local**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, v.1. p.338, 2013.

PINTO, H. A. Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e qualidade. 2014, 266f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde coletiva.

PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS (PROGESP). **A Política Nacional de Humanização na UNCISAL**. Apresentação em PPT da PROGEST da UNCISAL, 2014.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde.



**Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set./out. Rio de Janeiro, 2004.

RIBEIRO, E.M.V.; ZANELLA, A.K.B.B; NOGUEIRA, M.S.L. **Desafios e perspectivas sobre o processo de implementação da Política de Humanização na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, em Fortaleza, Ceará.** *Saúde em Debate* • Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 251-260, abr./jun. 2013.

SANTOS FILHO, S. B. **Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSUS:** o contexto do cotidiano dos serviços de saúde. In: **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007. 272 p.

\_\_\_\_\_. Análise do trabalho em saúde nos referenciais da humanização e do trabalho como relação de serviço. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, abr. 2011. ISSN 1982-8829.

\_\_\_\_\_. **Avaliação e humanização em saúde:** aproximações metodológicas. 2ª ed. Ijuí: Unijuí, 2010. 272 p.

SCHWELLER, M. **O ensino de empatia no curso de graduação em medicina.** Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas. Campinas: São Paulo, 2014.

SILVA, F. H.; BARROS, M. E. B.; MARTINS, C. P. Experimentações e reflexões sobre o apoio institucional em saúde: trabalho a partir do HumanizaSUS. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 55, p. 1157-1168, 2015. ISSN 1807-5762.

SILVA, T. D. **Gestão da Transversalidade em Políticas Públicas.** XXXV Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro/ RJ- 4 a 7 de Setembro de 2011.

SOUZA, W. S. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.12, n°25, p.327-338, abr./jun., 2008. ISSN 1807-5762.

TEIXEIRA, R. **PNH como política de governo: fim ou mudança?** Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/91722-pnh-como-politica-de-governo-fim-ou-mudanca>>. Acesso em: 18 dez. 2015.

VASCONCELOS, M. F. F.; MORSCHEL, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, supl.1, p.729-738, 2009. ISSN 1807-5762.

VIEIRA, M. CHINELLI, F. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n.6, jun. Rio de Janeiro, 2013.

## ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Para Apoiadores da Política Nacional de Humanização da Maternidade Escola Santa Mônica.

Você está sendo convidado (a) para participar em uma pesquisa como voluntário (a), por meio de uma entrevista. Após apresentação dos objetivos e métodos do projeto, no caso de aceitar a fazer parte deste estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável.

### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

A pesquisa intitulada "APOIO INSTITUCIONAL: a percepção dos apoiadores em uma Maternidade Pública de Alagoas" será realizada pela pesquisadora Nélida Aleixo Cassella, Mestranda em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ) sob a orientação do Prof. Felipe Machado. A pesquisa está inserida no Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades na Saúde (NEDSS) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

O objetivo da pesquisa é compreender a Função Apoio da Política Nacional de Humanização na Maternidade, a partir da percepção dos apoiadores institucionais. Quanto às técnicas, além da revisão bibliográfica, serão realizadas entrevistas com a participação de cerca de 12 pessoas, que serão convidadas porque atuam como apoiadores institucionais da política na instituição. A entrevista semiestruturada é uma técnica de pesquisa que visa obter informações de interesse a uma investigação, em que o pesquisador formula questões orientadas por um roteiro, com um objetivo definido, dentro de uma interação social com o respondente.

As entrevistas terão duração estimada de uma hora, serão gravadas em meio digital e em seguida transcritas. As informações obtidas são confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a participação. Os dados serão divulgados de forma a não possibilitar identificação. Todos os dados coletados nas entrevistas serão armazenados em banco de dados eletrônicos acessível exclusivamente à pesquisadora. Os documentos em mídia papel serão igualmente arquivados e mantidos sob sigilo também sob a guarda da pesquisadora.

A colaboração não é obrigatória, e que a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento quanto a sua participação. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – FIOCRUZ, instituição responsável pelo projeto.

Os possíveis incômodos ou riscos que por ventura venham a ocorrer serão de ordem subjetiva, no que diz respeito a **algum constrangimento, estes, poderão ser reduzidos pelo anonimato do participante garantido pelo TCLE**. Não há benefício direto para o participante deste estudo. **Supõe-se que** os resultados alcançados com esta pesquisa possam contribuir com um maior conhecimento acerca do Apoio Institucional como Metodologia para transformação de práticas.

Fui devidamente informado, esclarecido pelo pesquisador (a) **Nélida Aleixo Cassella** sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do sujeito ou responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_

## **CONTATOS**

Nélida Aleixo Cassella  
Mestranda em Educação Profissional em Saúde  
Telefone nº (82) 3374-2189, (82) 98888-7367.  
e-mail:

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ)  
Av. Brasil, 4365- Manguinhos, Rio de Janeiro-RJ, 21045-900  
Telefone : (21) 3865-9797  
Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz – Avenida Brasil, 4365 – Manguinhos  
EPSJV, sala 316 / Tel.: (21) 3865-9710 – email: [cep@epsjv.fiocruz.br](mailto:cep@epsjv.fiocruz.br)).

## ANEXO B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista N° \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_  
 Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

### Identificação

Nome:

Função:

Formação profissional:

Tempo de trabalho na função apoio:

Fui capacitado por:

Curso de Formação de Apoiadores

Oficina de Humanização

Curso de Apoiadores da PNH.

### **Eixo 1 - Experiências vivenciadas pelo apoiador quanto ao incentivo por parte da gestão no processo de implementação da Política;**

1. Fala-me um pouco sobre como você chegou até a PNH.
2. Para você o que é a PNH?
  - 2.1. Qual o significado dessa Política?
3. Quais negociações foram necessárias para implantação da PNH na maternidade?
  - 3.1. Você participou delas?
4. Aconteceram mudanças ou inovações na gestão / administração da maternidade nos últimos anos que identifiquem a proposta da PNH?
  - 4.1. Quais dessas mudanças foram implantadas na sua unidade de saúde e quais foram objeto de intervenção do Apoio Institucional?
5. Conte-me sobre a relação do apoio institucional no processo de gestão.
  - 5.1. Como as práticas dos apoiadores têm colaborado para reformular os modelos de gestão vigentes?
  - 5.2. Existe algum espaço para que o apoiador fomente a cogestão?

### **Eixo 2 - Fomento de dispositivos, mecanismos e rodas de discussão para construção de novos processos de trabalho, considerando a importância da autonomia e do trabalho em equipe na atenção;**

6. Comente sobre as estratégias utilizadas para divulgação, disseminação, sensibilização e mobilização da PNH na maternidade.
7. Na sua percepção, como os trabalhadores que estão na ponta do serviço veem a PNH e o apoiador?

**Eixo 3 - Processos de formação e educação permanente visando à competência técnica e humana dos trabalhadores e gestores;**

8. Qual a sua percepção em relação aos cursos e oficinas para formação de apoiadores?

9. Em sua opinião, como os processos de formação têm contribuído para o fortalecimento de práticas de intervenção dos trabalhadores, no cotidiano do trabalho em saúde na maternidade ?

**Eixo 4 - Pontos divergentes e/ou desarmônicos entre o proposto pela Política da Maternidade e o previsto na PNH;**

10. Conte-me a sua percepção sobre a função apoio institucional e sobre como é ser apoiador na sua unidade assistencial?

11. Na sua experiência o que você identifica como avanço na maternidade em relação à PNH?

11.1. O que você identifica que deveria ter avançado mais?

**Eixo 5 - Motivação pessoal e profissional para atuar na função apoio;**

12. Na sua percepção os apoiadores têm dado conta do desafio de fomentar movimentos de transformação na gestão e na atenção?

12.1. O que você acha que deveria avançar mais? Quais são os entraves?

**Eixo 6 - Fomento e desenvolvimento das práticas da PNH com ênfase na diretriz valorização do trabalho e do trabalhador.**

13. A diretriz valorização do trabalho e do trabalhador é tida como meta prioritária no planejamento da instituição. Como você percebe essa diretriz?

13.1 Em sua opinião essa diretriz têm contribuído para modificar os processos de trabalho? Como?

## ANEXO C – QUADROS DE ANÁLISE

Quadro 4 – Consolidado das entrevistas por EIXO x ENTREVISTADO

|   |
|---|
| <b>Eixo 1 – AI Experiências vivenciadas pelo apoiador quanto ao incentivo por parte da gestão no processo de implementação da Política;</b>   |
| 1. Fala-me um pouco sobre como você chegou até a PNH.   |
| 2. Para você o que é a PNH?   |
| 2.1. Qual o significado dessa Política?   |
| 3. Quais negociações foram necessárias para implantação da PNH na Maternidade?  |
| 3.1. Você participou delas?   |
| 4. Aconteceram mudanças ou inovações na gestão / administração da Maternidade nos últimos anos que identifiquem a proposta da PNH?  |
| 4.1. Quais dessas mudanças foram implantadas na sua unidade de saúde e quais foram objeto de intervenção do Apoio Institucional?  |
| 5. Conte-me sobre a relação do apoio institucional no processo de gestão.   |
| 5.1. Como as práticas dos apoiadores têm colaborado para reformular os modelos de gestão vigentes?  |
| 5.2. Existe algum espaço para que o apoiador fomente a cogestão?  |
| <b>Eixo 2 – AI Fomento de dispositivos, mecanismos e rodas de discussão para construção de novos processos de trabalho, considerando a importância da autonomia e do trabalho em equipe na atenção;</b> |
| 6. Comente sobre as estratégias utilizadas para divulgação, disseminação, sensibilização e mobilização da PNH na Maternidade.   |
| 7. Na sua percepção, como os trabalhadores que estão na ponta do serviço veem a PNH e o apoiador?   |

|   |
|---|
| <b>Eixo 3 – AI Processos de formação e educação permanente visando à competência técnica e humana dos trabalhadores e gestores;</b>   |
| 8. Qual a sua percepção em relação aos cursos e oficinas para formação de apoiadores?   |
| 9. Em sua opinião, como os processos de formação têm contribuído para o fortalecimento de práticas de intervenção dos trabalhadores, no cotidiano do trabalho em saúde na Maternidade ? |

|  |
|--|
| <b>Eixo 4 – AI Pontos divergentes e/ou desarmonicos entre o proposto pela Política da Maternidade e o previsto na PNH;</b> |
| 10. Conte-me a sua percepção sobre a função apoio institucional e sobre como é ser apoiador na sua unidade assistencial?   |
| 11. Na sua experiência o que você identifica como avanço na Maternidade em relação à PNH?                                  |
| 11.1. O que você identifica que deveria ter avançado mais?   |

|  |
|--|
| <b>Eixo 5 – AI Motivação pessoal e profissional para atuar na função apoio;</b>  |
| 12. Na sua percepção os apoiadores têm dado conta do desafio de fomentar movimentos de transformação na gestão e na atenção? |
| 12.1. O que você acha que deveria avançar mais? Quais são os entraves?   |

|   |
|---|
| <b>Eixo 6 – AI Fomento e desenvolvimento das práticas da PNH com ênfase na diretriz valorização do trabalho e do trabalhador.</b>                     |
| 13. A diretriz valorização do trabalho e do trabalhador é tida como meta prioritária no planejamento da instituição. Como você percebe essa diretriz? |
| 13.1 Em sua opinião essa diretriz têm contribuído para modificar os processos de trabalho? Como?  |

\*\* Foi elaborado um quadro para cada apoiador.

\*\* Outros quadros seguindo essa mesma formatação foram elaborados para comparação das respostas ENTREVISTADO X ENTREVISTADO

**Quadro 5 – Consolidado das respostas nos EIXOS X CATEGORIAS****EIXO 1- REFLEXÕES SOBRE OS MODOS DE FAZER****Categoria 1- Implementação da Política (Corresponde as questões do Eixo norteador 1)**

|     |    |    |    |    |    |    |
|-----|----|----|----|----|----|----|
| A1- | A2 | A3 | A4 | A5 | A6 | A7 |
|-----|----|----|----|----|----|----|

**Categoria 2- Dificuldades (Corresponde as questões dos Eixos norteadores 4 e 5)**

|     |    |    |    |    |    |    |
|-----|----|----|----|----|----|----|
| A1- | A2 | A3 | A4 | A5 | A6 | A7 |
|-----|----|----|----|----|----|----|

**Categoria 3- Motivação (Corresponde as questões do Eixo norteadores 4 e 5)**

|     |    |    |    |    |    |    |
|-----|----|----|----|----|----|----|
| A1- | A2 | A3 | A4 | A5 | A6 | A7 |
|-----|----|----|----|----|----|----|

**EIXO 2 – EXPECTATIVAS QUANTO AOS PROCESSOS DE DEMOCRATIZAÇÃO PARA A CONSTRUÇÃO DE OBJETIVOS COMUNS****Categoria 1- Planejamento (Corresponde as questões do Eixo norteador 2)**

|     |    |    |    |    |    |    |
|-----|----|----|----|----|----|----|
| A1- | A2 | A3 | A4 | A5 | A6 | A7 |
|-----|----|----|----|----|----|----|

**Categoria 2- Formação (Corresponde as questões do Eixo norteador 3)**

|     |    |    |    |    |    |    |
|-----|----|----|----|----|----|----|
| A1- | A2 | A3 | A4 | A5 | A6 | A7 |
|-----|----|----|----|----|----|----|

**Categoria 3- Valorização do Trabalho e do Trabalhador (Corresponde as questões do Eixo norteador 6)**

|     |    |    |    |    |    |    |
|-----|----|----|----|----|----|----|
| A1- | A2 | A3 | A4 | A5 | A6 | A7 |
|-----|----|----|----|----|----|----|