

O QUE DÁ CERTO NO SUS QUE DÁ CERTO?

Histórias de Inovação na Produção da Saúde na
Atenção Básica Presentes na Rede HumanizaSUS



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ERICA LIMA COSTA DE MENEZES

O QUE DÁ CERTO NO SUS QUE DÁ CERTO?
Histórias de Inovação na Produção da Saúde na Atenção
Básica Presentes na Rede HumanizaSUS

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Helena Eri Shimizu

BRASÍLIA

2013

ERICA LIMA COSTA DE MENEZES

O QUE DÁ CERTO NO SUS QUE DÁ CERTO?

Histórias de Inovação na Produção da Saúde na Atenção Básica Presentes na Rede HumanizaSUS

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 01 de julho de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Helena Eri Shimizu - (presidente)
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Edna Maria Goulart Joazeiro – (membro externo)
Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Prof. Dr. Gustavo Nunes de Oliveira – (membro interno)
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer – (membro suplente)
Universidade de Brasília



Dedico este trabalho

Aquela que faz meus dias mais iluminados,
Aquela que provoca revoluções na minha vida,
Aquela que me faz sentir um amor sem medida...

À Lua

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Nilza e Raul, pelo apoio constante e incondicional. Aos meus irmãos, cunhadas e sobrinhas, por fazerem parte desta família que a cada dia fica mais especial.

Ao Hêider, por ter topado a deliciosa aventura de ser mãe e pai de Lua.

À minha orientadora, Helena Eri Shimizu, pela liberdade na produção.

Aos professores doutores Edna, Gustavo e Magda, pela disponibilidade em participar da minha banca, pelo cuidado e carinho com que leram a dissertação e pelas ricas contribuições.

À RHS, que neste momento de dedicação a uma parte outra da vida deu-me a possibilidade de dar visibilidade ao que segue acontecendo no coproduzir saúde e que segue fazendo, acreditando, apostando que outro mundo é possível.

À Galera e à Galerinha Esperta, por serem parte inseparável da minha vida, mesmo longe, sempre no coração.

Ao Rodrigo, pelas conversas essenciais nesta reta final e fase da vida e pelos serviços de consultoria.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho em Saúde, em especial à Magda, Eliane, Andhressa, Wagner, Zaira, Rayane, Stela, por terem me acolhido e por terem sido mais do que colegas de pesquisa, amigos.

Ao pessoal da SAPS/SES/DF, em especial a Lauda, Sabrina, Luciana, Cléo, Berardo, Fernanda, Amanda e Daniela, pelo carinho logo na minha chegada em Brasília e pela coragem de trabalhar por uma atenção básica de qualidade no DF.

À Loucorregião do DF, Clélia, Beth, Antônia, Gustavo, Raimunda, Joaquim, Maira, Giuvanna e Florentino, pelos momentos especiais de troca. À Beth, Antônia e Clélia, pelo carinho nestes últimos dias.

À Bel, Paty, Vivi, Nane, Liu, Binha, Lua, Nanda, Mille e Joe (mais do que na memória, no coração), primeiras companheiras e amigas que o mundo do trabalho me proporcionou.

Ao meu amigo Red, Regisnaldo, Régis, de quem eu sinto falta mesmo morando na mesma cidade.

Ao Cláudio Menezes, pelo carinho desde antes da minha chegada à Brasília.

Ao Márcio Bernardes e à Júlia Barreto, amigos queridos presentes em momentos essenciais da minha vida.

Ao Departamento de Atenção Básica, em especial à Aguinê, Aline, Victor, Amanda, Zezé e Ieda, pelas conversas, vivências e *apostas* que mexeram no modo como eu sou e vejo o trabalho em saúde.

À Beca, Lia, Grace e Jamile, pelos deliciosos momentos de conversas e produções.

Às meninas de Aracaju, Lupe, Dani e Mille, pelos ouvidos, olhos e carinho sempre.

À Zaira pela ajuda nas traduções, na revisão do texto e pelos momentos de conversa.

À CAPES, pelo apoio financeiro concedido na forma de bolsa de mestrado.

A todos que não coloquei aqui, mas que sabem que são parte importante da minha história.

Ao início da vida que continua!



“Que ninguém se engane, só se consegue a simplicidade através de muito
trabalho.”

Clarice Lispector

RESUMO

A Atenção Básica é hoje desenvolvida no Brasil independente do modelo de organização, em todo território nacional. Invenções, reinvenções e inovações são desenvolvidas nos quatro cantos do país. Novas formas de produzir o cuidado são experimentadas, legitimadas e descartadas a todo o momento. Uma rica produção de conhecimento existe e coexiste com todo o quadro de tentativa de qualificação das ações de saúde. Esta dissertação tem como objetivo discutir a inovação nas formas de produzir saúde na atenção básica a partir das experiências relatadas por trabalhadores, gestores e apoiadores integrantes da Rede HumanizaSUS, uma rede colaborativo-social *online*, parte das estratégias da Política Nacional de Humanização. Em outras palavras, seria perguntar o que dá certo no SUS que dá certo? Considerou-se inovação toda prática que se proponha a produzir novas formas de fazer saúde comprometidas com a defesa da vida e ampliação da autonomia dos sujeitos individuais e coletivos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa mediada por computador que utiliza o software ALCESTE para análise dos dados coletados. O material coletado foi dividido em dois *corpus*: experiências e comentários. Os resultados demonstraram na primeira etapa de análise, no *corpus* das experiências, a existência de 2 eixos temáticos. O primeiro eixo, “Inovações na organização do processo de trabalho”, é composto por três classes temáticas: Classe 1 – As tecnologias de apoio e valorização do trabalhador: apoio institucional, apoio matricial e o método da roda, Classe 2 – Práticas integrativas e complementares em saúde e protagonismo popular e classe 4: Acolhimento. O segundo eixo, “Inovações na produção do cuidado”, é composto pela Classe 3 – Clínica ampliada, Classe 5 – Ambiência: os “territórios” de encontros do SUS – um lugar para chamar de meu e a Classe 6 – A gente não quer só comida...arte e ludicidade nas ações de saúde. As Classes 1 e 2 foram as que apresentaram maior especificidade, significando maior peso na construção das RHS. No *corpus* dos comentários foram criadas 3 classes de segmentos de texto diferentes entre si Classe 1 – Refazendo, refazenda: redes de produção da saúde: As redes rizomáticas, as ECRP e a trama e a urdidura; Classe 2 – Rodas de conversas e Classe 3 - A Tenda do Conto e seus encantos. Surgiram como aspectos inovadores presentes nos relatos dos integrantes da rede: (1) as estratégias que valorizam e apoiam trabalhadores, abrindo espaços de fala, escuta, troca, apoio e produção

coletiva; (2) a constituição das unidades de saúde como espaços acolhedores e que convoquem e permitam que trabalhadores e usuários sejam protagonistas na produção da saúde; (3) o uso das práticas integrativas e complementares e de elementos lúdicos da arte, da música como formas de produzir debate e produção de conhecimentos a partir dos saberes populares e saberes científicos, bem como a vinculação com a equipe/ unidade de saúde e desmedicalização da vida e (4) a criação de redes de produção da saúde, afirmando o trabalho em saúde como um trabalho coletivo, sendo apenas possível produzir cuidado produzindo redes.

Palavras chave: atenção primária à saúde, humanização da assistência, pesquisa qualitativa, *Internet*, difusão de inovações.

ABSTRACT

Primary Care is now developed in Brazil, regardless of the organizational model, nationwide. Inventions, reinventions and innovations are developed in the four corners of the country, new ways of producing care are experienced, legitimated and discarded all the time, a rich knowledge production exists and coexists with all the traditional qualification framework of health services. It is then needed to think strategies that allow workers to discuss their practices, resignify their actions and, based on them, produce knowledge and technologies besides media to publicize what is being produced in these places as a strategy to support individuals to provide care. The aim of this paper is to discuss innovation in ways to produce health in primary care based on the experiences reported by workers, managers and supporters members of the Rede HumanizaSUS, an online collaborative-social network part of the strategies of the National Health Humanization Policy. In other words, we ask what works in the Unified Health System that works? Innovation was considered as any practice that intends to produce new ways of producing health care committed to the defense of life and building subjects and groups' autonomy. This is a qualitative computer-mediated research that used ALCESTE software for data analysis. The following innovative aspects emerged from the reports: (1) The strategies that value and support workers, opening speaking, listening, exchange, support and collective production spaces, (2) the constitution of health facilities as cozy spaces that evoke and allow workers and users to be protagonists in the health production, (3) the use of complementary and integrative practices and playful elements from art, music and forms of debate and knowledge production based on popular and scientific knowledge, as well as linking with the team/ health unit and unmedicalization of life and (4) the creation of health production networks. Health work being a collective work, it can not be produced without networks .

Keywords: primary health care, humanization of assistance, qualitative research, *Internet*, diffusion of innovation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Número de visitas, visitantes únicos e visualizações de página na Rede HumanizaSUS de 22/02/2008 a 22/02/2013.	44
Figura 2 - Número de visita diárias de 01/06/2008 a 19/08/2009.	45
Figura 3 - Dendograma com a classificação hierárquica descendente das classes estáveis – experiências na Atenção Básica à Saúde presentes na Rede HumanizaSUS.	55
Figura 4 - Dendograma com a classificação hierárquica descendente das classes estáveis – comentários às experiências na atenção básica à saúde presentes na Rede HumanizaSUS.	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de trabalhadores em Unidades Básicas de Saúde, por ocupação - Brasil, dezembro de 2012.	18
Tabela 2 - Número de experiências selecionadas na RHS por região e por estado do Brasil.	60
Tabela 3 - Número de integrantes da RHS que realizaram comentários às experiências por região e por estado do Brasil	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica à Saúde
AM	Apoio Matricial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DAB	Diretoria de Atenção Básica
EAD	Educação à Distância
ECRP	Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPS	Educação Popular em Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PICS	Práticas Integrativas e complementares
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
RHS	Rede HumanizaSUS
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCE	Unidade de contexto elementar
UCI	Unidade de contexto inicial
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	13
1- INTRODUÇÃO	16
2- REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1. A Política Nacional de Humanização e a aposta no SUS que dá certo.	24
2.2 Primeiras aproximações com a “ <i>démarche</i> ergológica”	29
2.3 Mas de que inovação estamos falando?	36
3- OBJETIVOS	40
3.1 Objetivo Geral	40
3.2 Objetivos Específicos	40
4- MÉTODO	41
4.1 O campo online de pesquisa: a Rede HumanizaSUS e seus integrantes	47
4.2. Caminhos percorridos: da entrada no campo <i>online</i> a coleta de dados e	45
validação do estudo	
4.2.1. Entrada e coleta de dados.....	47
4.2.3. A análise dos dados	50
4.2.4. <i>Corpus</i> das experiências:.....	53
4.2.5. <i>Corpus</i> dos comentários.....	56
4.2.6. A pesquisa na <i>Internet</i> e algumas questões éticas	58
5- RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
5.1. A Rede HumanizaSUS, o seu caráter coletivo, formador de redes e conexões	60
altamente pertinente	
5.2. <i>Corpus</i> das Experiências	66

5.2.1. Inovações na organização do processo de trabalho	64
5.2.1.1. A dor e a delícia de ser trabalhador – as tecnologias de apoio e valorização do trabalhador: apoio institucional, apoio matricial e o método da roda	69
5.2.1.2. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e protagonismo popular	82
5.2.1.3. Acolhimento	88
5.2.2. Inovações na produção do cuidado	93
5.2.2.1. Clínica ampliada	95
5.2.2.2. Ambiência: os “territórios” de encontros do SUS – um lugar para chamar de meu.	100
5.2.2.3. A gente não quer só comida... arte e ludicidade nas ações de saúde	104
5.3. <i>Corpus</i> dos Comentários	110
5.3.1. Refazendo, refazenda: redes de produção da saúde: as redes rizomáticas, as ECRP e a trama e urdidura	110
5.3.2. A Tenda do Conto e seus encantos	115
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
7- REFERÊNCIAS.....	122

APRESENTAÇÃO

O desejo em me aprofundar na discussão do trabalho em saúde surge logo após a minha graduação em odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. Atuando como cirurgiã-dentista, trabalhando em consultórios particulares e em uma clínica que ofertava serviço terceirizado à população de um município do interior da Bahia e a trabalhadores de uma indústria petrolífera, percebia que os usuários retornavam ao consultório sempre com as mesmas queixas e sintomas de algo que julgava já ter tratado. A insatisfação com a clínica que vinha realizando e com a saúde que acreditava promover fez com que procurasse a Residência Multiprofissional no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, onde tive oportunidade de acompanhar e participar, por um ano, da implantação de uma equipe de saúde da família em um bairro da periferia de Salvador; acompanhar a gestão municipal em um interior de referência para saúde pela qualidade dos serviços no Estado e; as ações da Secretária de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) (participando de um processo de certificação de qualidade das equipes de saúde da família). Na Residência, em contato com a produção teórica no campo da saúde coletiva, percebia que, a despeito do avanço da produção teórica acerca do trabalho em saúde e de dispositivos e ferramentas para apoiar e qualificar a produção do cuidado, ainda existia uma distância importante e visível entre o que era visto e vivido nas práticas nos serviços de saúde.

A inquietação resultante dess processo acompanhou-me quando, em 2007, passei a integrar o quadro da Secretária de Saúde do Estado da Bahia como Sanitarista da Vigilância Epidemiológica e, após seis meses, transfiro minha lotação para a Diretoria de Atenção Básica (DAB) da SESAB. Apoiada pela nova gestão, a Diretoria dava início a uma experiência de gestão colegiada que *apostava* no apoio institucional e na educação permanente como eixos estruturantes da sua política. Naquele momento, agora não mais como estudante e retirada as lentes do olhar externo do trabalho do outro, percebia que a distância entre o que era prescrito e o

que acontecia no cotidiano do trabalho dos sujeitos passava realmente por um debate entre o que era desejado, necessário e possível de ser realizado.

Ainda na Gestão Estadual da Atenção Básica na Bahia, pensando em como diminuir o distanciamento e estranhamento teoria-prática que nos inquietava e buscando apoiar trabalhadores e gestores no fazer diário, bem como dar visibilidade ao que era produzido e inventado por esses, ofertamos cursos de especialização semipresenciais, que utilizavam abordagens que valorizavam e priorizavam a discussão a partir da realidade dos sujeitos participantes do curso. Tínhamos como tutores do curso os apoiadores institucionais da DAB, estratégia que pretendia uma maior aproximação da atividade em si.

Mas ainda parecia haver uma distância entre o que era colocado na roda para debate, o que era priorizado pelo grupo e a capacidade de transformar os fazeres cotidianos. Ainda parecia haver uma distância, mesmo que reduzida, entre o que os integrantes traziam como necessidades e as reais necessidades vivenciadas por eles no seu trabalho. Talvez por uma necessidade de elaboração maior do fazer, talvez porque, ao se distanciar da atividade e refletir sobre ela, outro debate de valores estaria em jogo e, por ser um espaço acadêmico, os valores sabidamente mais aceitos eram colocados na roda e outros não.

Foi nessa época tive, pela primeira vez, contato com a Educação à Distância (EAD) como ferramenta capaz de produzir qualificação dos trabalhadores (utilizando-se das tecnologias de informação e comunicação e da *Internet*) e ampliação do acesso a qualificação para trabalhadores que estavam em locais distantes, com menor capacidade de oferta de cursos e educação permanente. Desde então, fui aluna, tutora e formuladora de cursos EAD para atenção básica. A oferta de especializações na atenção básica e, principalmente, na saúde da família vem crescendo no decorrer dos anos, impulsionadas por estratégias como a UNASUS (Universidade Aberta do SUS). Entretanto, as especializações se configuram como espaços mais formais de ensino-aprendizado. Para dar conta da agilidade, necessidade de qualificação e apoio aos profissionais de saúde, frente ao imprevisível que é trabalhar na saúde e na atenção básica, são necessários também outros espaços capazes de produzir compartilhamento de experiências, de produção

e reflexão, onde a experiência não só seja matéria prima da discussão, mas quem dispara, organiza e define os caminhos os processos de formação e educação permanente.

A minha atuação como profissional, estudante, gestora, apoiadora e pesquisadora na/da atenção básica à saúde promoveu uma aproximação com distintas formas de produção da saúde nesse nível de atenção e a necessidade constante, colocada aos trabalhadores, de pensar formas de atingir as finalidades do trabalho na atenção básica, considerando as realidades e possibilidades locais e o que era exigido pelas normas e portarias.

Esta dissertação é resultado da busca de respostas a algumas das inquietações apresentadas acima e está dividida em 4 (quatro) capítulos.

No primeiro capítulo, o da introdução, faço uma apresentação ao tema da pesquisa e uma contextualização da atenção básica à saúde no Brasil, focando nas principais questões desse nível de atenção, com as quais este estudo pretende dialogar. Apresento, ainda, a minha questão de pesquisa e os objetivos da mesma.

No segundo capítulo, discorro sobre os referenciais teóricos de escolha e a definição do conceito de inovação utilizado na pesquisa. No terceiro capítulo, descrevo o método de pesquisa utilizado e apresento o campo *online* de pesquisa: a Rede HumanizaSUS.

No quarto capítulo, apresento os principais resultados e a discussão desses à luz dos referenciais teóricos apresentados no capítulo anterior, bem como de estudos de referência no campo da saúde coletiva relacionados com o tema, normas e portarias. As considerações finais aparecem no quinto e último capítulo.

1. INTRODUÇÃO

Os centros de saúde, no início do século passado e até a sua expansão na década de 80 do mesmo século, eram organizados para ofertar cuidado a partir de programas preventivos e de controles de doença como puericultura, pré-natal e tuberculose, com enfoque para a prevenção e não para o exercício da clínica. Esse modelo fora influenciado por uma “concepção norte-americana de Saúde Pública” composta por “dois grandes sistemas: um de assistência clínica – hospitais, serviços de urgência, consultórios, etc. – e outro de Saúde Pública (vigilância)” (TESSER, NETO E CAMPOS, 2010, p.3618). Influência essa reforçada, posteriormente, quando do surgimento da Saúde Coletiva no Brasil e da Promoção da Saúde no Canadá, que teve forte influência na elaboração da proposta do Programa Saúde da Família em 1994.

Surgem, a partir da década de 1970, diversas iniciativas visando ampliar as práticas dos centros de saúde, tradicionalmente ligados à prestação de serviços de saúde pública para populações pobres; com um modelo de organização das práticas voltadas à assistência médica individual ou ‘modelo médico’, centrado no saber biomédico, no qual as demais áreas realizam seu trabalho a partir dessa racionalidade e de forma periférica ao trabalho médico (PEDUZZI, 1998).

No modelo tecnoassistencial biomédico, baseado numa perspectiva mecanicista, a doença se configura como um desvio de variáveis biológicas em relação à norma. O corpo é visto como uma máquina complexa e imperfeita, que exige constante monitoramento e cujos problemas só especialistas podem constatar e resolver. Trata-se, assim, por meio de uma leitura simplificada, problemas que são complexos, numa relação de causa e efeito, não valorizando aspectos sociais, culturais, psicológicos e comportamentais, resultando em uma fragmentação dos corpos e também dos modos de atenção (CARDOSO E HENNINGTON, 2011).

Configura-se como um modelo com características do modelo flexneriano, com forma não singularizada de ver a doença. A relação profissional-paciente é

autoritária e verticalizada, na qual o detentor do conhecimento é sempre o profissional de saúde, transformando toda queixa em “síndrome, transtorno ou doença de caráter biológico, desligando-a da vida vivida pelo doente” (TESSER, NETO E CAMPOS, 2010, p. 3617).

O modelo técnico assistencial pode ser entendido como a organização de arranjos de saberes, dos projetos de ações sociais específicos, das estratégias políticas de determinado agrupamento social para a produção de serviços e para a produção da saúde. Portanto, apresenta tanto uma dimensão assistencial quanto tecnológica, que se expressa como projeto de política articulado a determinadas forças e disputas sociais (MERHY, 1991).

No Brasil, a criação, pelo Movimento da Reforma Sanitária, do Sistema Único de Saúde (SUS), apontou a atenção básica à saúde como um dos pontos essenciais à mudança do modelo de atenção até então vigente, como meio para atingir a universalidade das ações (SILVA, CASOTTI, CHAVES, 2013).

O Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2011), caracteriza esse nível de atenção como um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Essas ações devem ser desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, e devem ser dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente nos lugares em que elas vivem.

A Atenção Básica (AB) é hoje desenvolvida em todo território nacional independente do modelo de organização. De acordo com pesquisas recentes da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado da UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais), são 720 mil trabalhadores neste nível de atenção (Tabela 1), que vem aumentando com o passar dos anos devido, entre outros fatores, ao aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Tabela 1 - Número de trabalhadores em Unidades Básicas de Saúde, por ocupação - Brasil, dezembro de 2012.

Ocupação	N	%
Médicos	77.426	10,5
Enfermeiros	58.096	7,8
Cirurgiões-dentistas	41.608	5,6
Técnicos de Enfermagem	51.978	7,0
Auxiliares de Enfermagem	80.946	10,9
Agentes Comunitários de Saúde	280.090	37,8
Técnicos em Saúde Bucal	3.843	0,5
Auxiliares de Saúde Bucal	32.452	4,4
Outras	114.138	15,4
Total	740.577	100,0

Fonte: Estação de Pesquisas de Sinais de Mercado a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Para Paim et al. (2011), o desenvolvimento da atenção básica tem recebido muito destaque no SUS, impulsionado pelo processo de descentralização e apoiado por programas inovadores. Para esses autores, uma das características de inovação presente na AB é a ênfase da ESF “na reorganização de unidades básicas de saúde (UBS) para que se concentrem nas famílias e comunidades e integrem a assistência médica com a promoção de saúde e as ações preventivas” (PAIM et al., 2011, p. 22).

Entretanto, a implementação da ESF aconteceu em contextos diversos e também com intensidades e características bem diferentes. Diferenças que estavam presentes tanto em relação ao ritmo quanto à proporção dentre as regiões brasileiras e dentre os grupos de municípios com maior ou menor renda per capita (SILVA, CASOTTI, CHAVES, 2013).

A despeito da ampliação da cobertura das ações na atenção básica, ainda existem muitos desafios a serem superados para que a população tenha acesso a um serviço de saúde de qualidade e universal (BRASIL, 2011a). São exemplos: estruturas físicas inadequadas das unidades de saúde, a falta de material, insumos

e organização incipiente da rede de serviços, pouca condição de trabalho para os profissionais (reduzindo a resolutividade e aumentando a insatisfação dos profissionais), processos de trabalho das equipes inadequados (reduzindo acesso e capacidade de resolução dos problemas), insatisfação dos profissionais associada ao grande número de vínculos precários (ampliando a rotatividade dos mesmos), gestão ainda distante dos profissionais e que não apoia as equipes, número de pessoas acompanhadas superior ao preconizado e financiamento ainda insuficiente para dar conta de resolver alguns dos problemas citados acima (BRASIL, 2011a).

Para autores como Franco e Merhy (2000), existe um alto grau de normatividade na implementação do ESF, sendo o seu grau de prescrição exacerbado (tá dizendo a mesma coisa que a frase anterior), desde as funções de cada profissional, ao cadastro das famílias passando pelo levantamento de problemas existentes no território. Esse fenômeno não é distinto do que vem acontecendo no mundo do trabalho e destacado pela ergologia, no qual existe um paradoxo, pois se exige cada vez mais iniciativas de trabalhadores, entretanto ao mesmo tempo um aumento no número de procedimentos a serem obedecidos (DURRIVE, 2007).

A relação cotidiana dos trabalhadores com os usuários e a comunidade coloca a todo tempo em questão o modelo biomédico tradicional, exigindo de todos uma busca constante por novas formas de produzir saúde (VASCONCELOS, 2004). Os trabalhadores da atenção básica, assim, devem estar preparados para dar respostas a uma grande variedade de necessidades de saúde, fazendo uso de tecnologias de cuidado que sejam capazes de produzir vínculo, ampliação da consciência sanitária e da autonomia das pessoas e comunidades. Eles devem atuar nos determinantes e condicionantes da saúde de forma a enfrentar os principais problemas de saúde. Isso os coloca frente a situações distintas e inesperadas, exigindo práticas de escuta qualificada, espaços de acolhimento às necessidades dos usuários e autonomia para que possam criar e produzir cuidado para além das normas estabelecidas. Situações no dia a dia do trabalho que podem promover um alto grau de satisfação pessoal ou insegurança e sofrimento no trabalho, a depender

do grau de implicação, protagonismo, liberdade, qualificação e do apoio que possuem esses trabalhadores.

A diversidade de situações *exposta* acima exige, ainda, uma atuação articulada com os movimentos sociais e outras políticas públicas, potencializando a capacidade de *respostas* para além das práticas usualmente desenvolvidas pelos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

As equipes de saúde da família (e de toda AB) “transitam num ideário permeado de contradições, um espaço de luta no qual os vários projetos dos atores sociais em situação divergem e convergem” (Bertoncini, 2000, p.67). Sendo assim é desafiadora a tarefa de qualificação das ações da AB em todas as suas formas de organização, inclusive na ESF, pois “requer rompimento, enfrentamentos, criação, opção, ação nas macro, intermediárias e microdimensões” (RIBEIRO, PIRES E BLANK, 2004, p. 445).

Parte dos problemas que os usuários relatam aos trabalhadores da AB não se encaixam num diagnóstico biomédico, apresentam “sintomas vagos e difusos”, “sintomas físicos e/ou psíquicos múltiplos, que geram sofrimento nas pessoas e sobrecarregam os serviços de saúde, sem um diagnóstico anatomopatológico correspondente” (BRASIL, 2009, p. 32), não respondendo, assim, à terapia medicamentosa exclusiva.

Cunha (2005) aponta que é preciso superar a percepção de que a AB é um serviço mais simples que qualquer pessoa pode fazer. Percepção que decorre, em parte, da formação hospitalocêntrica dos profissionais de saúde.

Para Mendonça (2010), a expansão da ESF, além de colocar em debate as formas tradicionais de educação, também reforça a exigência de garantir competências e habilidades chave dos profissionais para cumprir os objetivos definidos do novo modelo de atenção básica – promoção da saúde, integralidade da atenção e do cuidado, garantia do direito à saúde.

Para Schwartz (2001), o conhecimento dos formadores apresenta uma defasagem em relação à experiência, fazendo com que muitas vezes os trabalhadores não se reconheçam nas atividades de ensino mais formais. Para conceber a formação/ qualificação profissional, é preciso se questionar sobre o que

os trabalhadores já construíram como saber no seu trabalho e como esse trabalho insere-se em seus projetos de vida. A preocupação com o processo de formação deve ir além da possibilidade de aplicação dos saberes transmitidos e da produção dos próprios saberes pelos trabalhadores. Ela deve considerar a forma como os trabalhadores enfrentam a situação de trabalho, “como inventam para conseguirem manterem-se firmes, apesar das inúmeras restrições que lhes são impostas” (NEVES, 2010, p. 219).

Na atenção básica à saúde, milhares de experiências são produzidas pelos trabalhadores, gestores e usuários. As práticas de saúde são desenvolvidas de formas distintas e singulares. Invenções, reinvenções e inovações são desenvolvidas nos quatro cantos do país. Novas formas de produzir o cuidado são experimentadas, legitimadas e descartadas a todo o momento. Uma rica produção de conhecimento existe e coexiste com todo o quadro de tentativa de qualificação das ações de saúde.

Ao trabalhar, os trabalhadores não estão apenas executando as normas. O trabalho exige “uma mobilização de inteligência, de invenção, de habilidade, de tomada de decisão, tanto para fazer com que as regras pré-estabelecidas sejam aplicáveis nas singularidades das situações, quanto para lidar com a carência ou inadequação das normas anteriores” (NEVES, 2010, p. 219).

Silva (2008) aponta que a reinvenção das formas de realização da atividade no trabalho ocorre considerando fatores como características pessoais dos indivíduos (ritmo, movimento, porte físico, raciocínio, disciplina) como o que aparece de imprevistos na tarefa e em cada momento distinto. Para a autora, “a reapropriação pelo indivíduo do jeito de fazer sua tarefa é uma estratégia para evitar a vivência do sofrimento e experimentar o prazer no ato de trabalhar” (SILVA, 2008, p.114). Essa complexidade exige a (re)criação de “novas produções teóricas, políticas, culturais, técnicas e subjetivas (...) papéis profissionais queratinizados em núcleos de saberes estanques, com ofertas assistenciais já previamente delimitadas, muito possivelmente não darão conta de produzir cuidados integrais”(PASHE, 2009, p. 16).

Tudo isso coloca o desafio de pensar estratégias que permitam que trabalhadores espalhados em todo o Brasil discutam suas práticas, resignifiquem suas ações e, a partir delas, produzam conhecimento e novas tecnologias. Importante também pensar formas de divulgar o que vem sendo produzido em todo o país como forma de apoio aos trabalhadores da saúde.

A Política Nacional de Humanização *aposta* no SUS que dá certo e, a partir da verificação, escuta, análise e síntese das experiências existentes em lugares distintos do país que demonstram avanços nos modos de gerir e de cuidar, produziu seus princípios, métodos, diretrizes e os instrumentos de ação e dispositivos. Para a Política Nacional de Humanização (PNH), “alguns modos de organizar os processos de trabalho em saúde – alguns “arranjos” facilitam o enfrentamento dos problemas e potencializam a produção de saídas criativas e singulares em cada contexto (BRASIL, 2009, p. 15).”

A *aposta* no SUS que dá certo deve considerar o que a ergologia destaca sobre a atividade. A partir da noção de atividade, se reconhece que não “há nenhuma situação de trabalho que já não seja, mais ou menos, transformadora ou tentativa de transformação” (SCHWARTZ, DUC, DURRIVE, 2007, p.35). Para a ergologia, não existe, a priori, a melhor maneira de fazer uma atividade e sim maneiras diferentes de fazer uma mesma atividade (SILVA, 2008). Assim, é fundamental ver de perto como cada trabalhador vive e recria a sua situação de trabalho, pois, caso contrário, estaríamos fazendo julgamento do lugar do outro (DUC, DURAFFOURG, DURRIVE, 2007).

Conhecendo a *aposta* da PNH e conhecendo a Rede HumanizaSUS (RHS) e o seu potencial de difusão das experiências realizadas pelos trabalhadores, surgiu o desejo de entender e estudar as características das experiências *postadas* pelos integrantes dessa rede, em outras palavras, seria perguntar: O que dá certo no SUS que dá certo? Quais são as principais inovações produzidas no fazer cotidiano na atenção básica? Quais são as possibilidades de renormatização do processo de trabalho na AB? Em que medidas as inovações contribuem para produzir cuidado humanizado na atenção básica?

Desta forma, o presente estudo tem por objetivo discutir a inovação nas formas de produzir saúde na atenção básica à saúde a partir das experiências relatadas por trabalhadores, gestores e apoiadores integrantes da RHS. Considerou-se inovação como toda prática que busque superar a prática em saúde medicalizante, fragmentado, com foco na especialização, no consumo de procedimentos e exames, centrada na figura do profissional médico. Além disso, toda prática que se proponha a produzir novas formas de fazer saúde comprometidas com a defesa da vida e ampliação da autonomia dos sujeitos individuais e coletivos.

Usuários, trabalhadores e gestores juntos, seja com maior ou menor protagonismo, com maior ou menor governabilidade, com maior ou menor acesso aos espaços de decisão, constroem o Sistema Único de Saúde, a atenção básica, as práticas de saúde e a situação de saúde que vivenciamos nos dias de hoje. Destaco isso para demarcar a importância desses três atores nesse processo, apesar de delimitar o meu campo de análise da inovação à luz do trabalho como atividade e partindo do ponto de vista do trabalhador/gestor por ser esse(s) o ator mais presente na Rede.

A escolha em usar o termo "produção da saúde", na questão de pesquisa, no título e no objetivo geral se deu por não ser possível determinar antes da coleta e análise dos dados o que apareceria como inovação na atenção básica e também pela intencionalidade de que os resultados e a discussão fossem a partir da produção que aparece na Rede.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E A APOSTA NO SUS QUE DÁ CERTO

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma estratégia de fortalecimento do sistema público de saúde e tem por objetivo colocar em prática os princípios do SUS, produzindo, assim, mudanças nos modos de gerir e cuidar (BRASIL, 2009).

O conceito de humanização ganhou destaque crescente, a partir do ano 2000, “vinculado a áreas da atenção, como à saúde da mulher e da criança, à assistência hospitalar, identificada a certas profissões, como a do psicólogo, exercida por mulheres, bem como focada na perspectiva da qualidade total nos serviços” (PEDROSO E VIEIRA, 2009, p. 695).

Foi inicialmente implantado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, sob a Portaria GM/MS nº. 881, de 19 de junho de 2001, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esse programa, a partir de 2003, com a mudança de gestão no Ministério da Saúde, sofreu mudanças e foi nomeado Política Nacional de Humanização (PNH) ou Política de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no Sistema Único de Saúde: HumanizaSUS, que visa atingir todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

Essa política foi criada em resposta às situações de fragmentação e verticalização dos serviços, ao despreparo de equipes para lidar com as dimensões sociais e subjetivas nas práticas de trabalho, ao baixo investimento em qualificação e constituiu-se como uma busca de resposta à crise do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008).

Trata-se de uma proposta transversal que quer romper com as barreiras de saber/poder e capilarizar-se “em micropolíticas no cotidiano dos serviços” (WEBER, 2012, p.27) e concretiza-se nas “tecnologias relacionais” com ênfase na corresponsabilização, cogestão e grupalização (BENEVIDES E PASSOS, 2005).

Considera que os sujeitos sociais são capazes de transformar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo (BRASIL, 2004), por meio da construção de uma “zona de comunidade”, um “comum” entre os interesses dos gestores, trabalhadores e usuários (TEIXEIRA, 2005), com a criação de espaços coletivos, que podem ser um atendimento no serviço de saúde, uma visita à casa de uma determinada família ou uma reunião do Conselho Local de Saúde (BRASIL, 2004).

A PNH é uma opção metodológica que trabalha com “efeito de positivação sobre o SUS”, que considera os problemas e os desafios do SUS, mas que dá destaque às formas existentes de superar os desafios, tomando os problemas para enfrentá-los e “para propor modos de fazer e direção aos processos de mudança na saúde”. É uma *aposta* na “ação de contágio e afecção pelo SUS que dá certo como modo de fazer e como direção ético-política” (PASHE, 2009, p. 704).

Para Pedroso e Mendes (2009, p.696), é necessário enfrentar os modos de produção de saúde contrários à defesa da vida e que produzem “a normalização rígida dos processos de organização de serviços e de definição do acesso, os modos de cuidar centrados na doença, na queixa, os modos de trabalhar que destituem a capacidade de decidir e possibilidades de participar, demarcando sua especificidade de se voltar para os processos e para os sujeitos que produzem saúde”.

Em suma, a humanização não se limita à emergência de novas *propostas*. Trata-se, na verdade, de uma estratégia de valorização das práticas de gestão e de atenção que já ocorrem no dia a dia dos serviços, buscando romper o abismo entre a tradicional normatização e prescrição do aparato burocrático do Estado e o agir concreto na experiência cotidiana de produzir saúde. Ao fomentar movimentos de lateralidade e transversalidade entre sujeitos, espera-se fazer circular saberes e poderes, alterando o padrão organizacional e de gestão verticalizados e hierarquizados, visando a melhorar os processos comunicacionais. Para a PNH, a produção de saúde se dá por meio de encontros, a partir das relações entre sujeitos na construção de contratos terapêuticos que possam servir à qualificação da vida, bem como na ampliação dos sentidos do trabalho em saúde que produzam sujeitos mais livres e autônomos”(Cardoso e Hennington, 2011, p.91).

A Política nasce como radicalização da *aposta* na humanização (BRASIL, 2008). Humanizar, para a PNH, é ofertar atendimento de qualidade, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais, operando

transversalmente em toda a rede SUS. Uma política transversal, “entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva” (BRASIL, 2004, p.7). Essa transversalidade exige uma transposição dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde.

Para Souza e Mendes (2009, p. 683), é “compreender o trabalho em saúde como, fundamentalmente, trabalho afetivo, de produção de afetos e de modos de afetar e ser afetado pelo outro na criação de redes sociais, de formas de vida (biopoder), de novas subjetividades e sociabilidades (...) é entender a saúde como valor de uso é tanto ampliar vínculo com usuários e colocá-los como protagonistas no sistema de saúde quanto garantir que trabalhadores tenham melhores condições de trabalho para que este seja realizado “de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como cogestores de seu processo de trabalho.”

O estabelecimento da PNH pelo Ministério da Saúde procura confrontar tendências tecnocráticas e iatrogênicas arraigadas em políticas e serviços de saúde”, buscando resolver problemas como: “a desvalorização dos trabalhadores da saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em processos de educação permanente em saúde [...], a pouca participação na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários (BRASIL, 2008, p.8).

A PNH, por meio da oferta de princípios, diretrizes e dispositivos, busca fomentar o:

(...) trabalho em equipe multiprofissional, a transversalidade e a grupalidade, o apoio à construção de redes cooperativas solidárias e comprometidas com a produção de saúde e de sujeitos e coletivos implicados na rede SUS, na construção de autonomia e protagonismo desses sujeitos” (Brasil, 2004, p.15).

Estabelece-se como construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas.

Segundo Santos Filho (2009):

Ética porque implica uma atitude comprometida e corresponsável entre usuários, gestores e trabalhadores da saúde. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção de saúde e de subjetividade autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede SUS (Santos Filho, 2009, p. 55).

Os conceitos estruturantes da PNH articulam-se com o objetivo de reorganizar os processos de trabalho em saúde, pelas mudanças nas formas de

produzir e prestar serviços, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana (SANTOS FILHO, 2009).

O documento base para gestores e trabalhadores do SUS (BRASIL, 2008) apresenta as diretrizes, o método, os princípios e dispositivos da PNH, conforme os fragmentos abaixo. São princípios da PNH (BRASIL, p. 23), ou seja, aquilo que dispara movimento no plano das políticas públicas:

(1) A transversalidade, pelo aumento do grau de transformação dos modos de comunicação entre os grupos e no próprio grupo, entre os sujeitos que produzem à saúde, na busca de uma desestabilização dos saberes e territórios de poder;

(2) A indissociabilidade entre atenção e gestão, pela mudança dos modos de cuidar que é inseparável da alteração dos modos de gerir o trabalho; a inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos e a integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho;

(3) Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos: trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais; as mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

Como forma de caminhar, a PNH utiliza do “método de tríplice inclusão”: inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários), inclusão dos analisadores sociais e inclusão do coletivo, promovendo espaços para troca de ideias, análise de conflitos, exposição de interesses, formação de redes. As suas orientações gerais, diretrizes, são: clínica ampliada, cogestão, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos do usuário, fomento das grupalidades, coletivos e redes e construção da memória do SUS que dá certo.

Por fim, apresenta alguns dispositivos como: o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), a Câmara Técnica de Humanização (CTH), o colegiado gestor, o contrato de gestão, os sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde, a visita aberta e direito à acompanhante, o Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST), Comunidade Ampliada de Pesquisa

(CAP), a equipe transdisciplinar de referência e de apoio matricial, os projetos cogeridos de ambiência, o acolhimento com classificação de riscos, o Projeto Terapêutico Singular, o Projeto de Saúde Coletiva e o Projeto Memória do SUS que dá certo.

As *propostas* da PNH a partir dos princípios, métodos, diretrizes e dispositivos expostos ganham forma no cotidiano das ações de saúde pela construção de espaços de encontro entre sujeitos, construção e troca de saberes, valorização do diálogo e da busca pelas demandas singulares dos sujeitos individuais e coletivos (WEBER, 2012).

As ações em Humanização na AB se constroem a partir de princípios já citados acima, como a afirmação e ampliação da autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos e a corresponsabilidade nos processos de atenção e gestão em saúde, que promovem a saúde no trabalho nesse nível de atenção por meio do aprimoramento da capacidade de compreender e analisar o trabalho, fazendo circular a palavra e criando espaços de debates coletivos nas equipes (BRASIL, 2012).

PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES COM A “*DÉMARCHE* ERGOLÓGICA”

A abordagem ergológica surge na década de 1980 na França, a partir das discussões de um grupo pequeno de pessoas, tendo como mentor principal o filósofo Yves Schwartz (BRITO, 2011). Contudo, a expressão 'ergologia' só começa a ser usada entre 1995 e 1997, em um contexto de mudança do trabalho e da sociedade com os questionamentos ao Taylorismo, com o surgimento de novas técnicas e tecnologias e com a redução do tamanho das empresas e fábricas (SCHWARTZ, 2006).

Para este grupo, era importante saber o que estava mudando no mundo econômico, do trabalho e social naquela época e definir o que é trabalho. Acreditavam que, para avaliar, nas palavras do próprio Yves Schwartz (2006), o que estava mudando, era necessário fazer uma aproximação do trabalho de uma maneira simples, diferente da forma como o mundo acadêmico costumava se aproximar.

Assim, no início da década de 80 do século passado, pela criação do dispositivo Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho (APTS), o grupo inicia um estágio com trabalhadores da Região de Provenç-Côte d'Azur, em uma troca entre os elementos teóricos levados pelos pesquisadores e a experiência dos trabalhadores, analisando a situação de trabalho em grupo (SCHWARTZ, 2006). “Essa iniciativa impôs a necessidade da construção de referenciais teóricos capazes de promover a interação entre os campos disciplinares, de modo a envolvê-los numa lógica transdisciplinar de produção de conhecimentos” (BRITO, 2012, p.1).

A ergologia considera toda a complexidade da vida humana e não se constitui em uma nova disciplina, não se trata de um novo domínio de saber:

é uma disciplina de pensamento, própria às atividades humanas, que tem como objetivo construir conceitos rigorosos e indicar nestes conceitos como e onde se situa o espaço das (re)singularizações parciais, inerentes às atividades de trabalho (SCHWARTZ, 2000, p. 45).

Para a ergologia, o trabalho está em constante mutação, pretende-se conhecer melhor a atividade para pensar como melhor intervir sobre o que acontece no trabalho e assim produzir transformações (SCHWARTZ, DUC E DURRIVE,

2007). Utiliza-se da integração de disciplinas, como: a Ergonomia, a Linguística, a Antropologia, a Psicologia, a Economia e a Engenharia.

Segundo Schwartz (2006, p. 458):

As referências, de início, foram muitas e, sem dúvida, entre elas, contamos com os aportes fundamentais da ergonomia de língua francesa, na herança de Alain Wisner, do Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) [Conservatório Nacional de Artes e Ofícios]. Jacques Duraffourg foi o ergonomista que fez a ponte com o laboratório de Wisner no CNAM, em Paris. Duas grandes referências: por um lado, o aporte dessa ergonomia e o de Odonne (mais conhecido no Brasil do que na França) nos deram referenciais teóricos e metodológicos essenciais; e por outro, e cada vez mais, referências filosóficas da filosofia da vida, conforme George Canguilhem. O primeiro aporte tem uma longa tradição, já que esses ergonomistas se apropriaram do conceito de 'atividade' que vinha da psicologia soviética, em que Vigotski e Leontiev são as referências. Esta [atividade], por sua vez, vinha de Marx, que também retrabalhou a herança de Hegel e Kant, toda uma tradição envolvendo o conceito de atividade. A ergologia conseguiu juntar a história do conceito de atividade, de um lado, com os ergonomistas e, de outro, com a herança da filosofia da vida de Georges Canguilhem.

A ergologia pretende:

discutir o trabalho e produzir conhecimento sobre ele considerando: o conhecimento e a experiência dos trabalhadores, o geral e o específico da atividade, suas normas e variabilidades, e a exigência da conversa entre as várias disciplinas, além do constante questionamento a respeito de seus saberes (SANT'ANNA E HENNINGTON, 2010,p. 209).

Para Schwartz (2007a), a atividade é marcada por quatro proposições: a primeira e a segunda se referem à distância entre o prescrito e o realizado, que é sempre ressingularizada. Na terceira proposição essa distância remete à atividade do corpo-si, "entidade que conduz e que arbitra esta distância", e que "é simultaneamente alma e corpo" (SCHWARTZ, 2007a, p. 44) E, na quarta e última, a distância remete a um debate sobre os valores. Vamos trabalhar um pouco mais cada uma delas a seguir.

A atividade é sempre enigmática e não passível de padronização, sendo "o retrabalho das normas antecedentes incessante e contínuo" (NEVES, 2010, p.222). A atividade se configura como um conjunto de histórias e de normas antecedentes que sofrem sempre renormalização, ou seja, existe um caráter sempre parcial das normas, pois essas seriam incapazes de antecipar o que acontecerá em determinada situação, exigindo do trabalhador uma constante convocação e reconvocação dos saberes e experiências que possuem (BRITO, 2005). Assim, é

preciso considerar a inteligência produzida no momento de realização das atividades (NEVES, 2010). A ergologia afirma que as prescrições e normatizações são necessárias, mas que os saberes teóricos guardam limites em relação ao que é solicitado no momento da atividade de trabalho (SCHWARTZ, 2007a).

A norma antecedente, originária do conceito da ergonomia de trabalho prescrito, remete a tudo aquilo que o trabalhador traz de conhecimento. Ela é anterior ao momento de realização da atividade (protocolos, normas e saberes científicos) e é resultante de uma construção histórica que agrega também valores de bem comum de uma sociedade (NEVES, 2010).

De acordo com a ergologia, como o trabalho sempre se constitui como uma experiência, é preciso perceber como essa marca estes sujeitos no seu corpo. Forja então, o conceito corpo-si, espaço onde acontece grande parte das escolhas dos trabalhadores no momento de realização da atividade e se constitui a partir de uma relação entre o biológico, o cultural e o psíquico (SCHWARTZ, 2003).

O trabalhador é convocado, a todo momento, a usar das suas próprias capacidades, recursos, conhecimentos, experiências, a fazer, segundo Schwartz, “uso de si” para a realização do trabalho, “pois toda situação de trabalho é lugar de uma 'dramática' subjetiva, um destino a ser vivido, onde se negociam circunstâncias pessoais, históricas por meio do “corpo-si” do trabalhador” (HENNINGTON, 2010, p. 210). Ele é “convocado a fazer escolhas para fazer valer suas próprias normas de vida, produzindo formas de “desanonimar” o meio” (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2007, p.197).

A prescrição à qual o trabalho tem que responder é produzida pela sociedade, assim, a finalidade do trabalho é exterior ao homem, ou seja, é social, permite ao trabalhador se produzir como ser social e contém questões que são da sociedade (DUC; DURAFFOURG; DURRIVE, 2007). Cada trabalhador assume, no momento da realização de uma atividade do trabalho, uma posição nos debates macro colocados pela sociedade e os recompõem no ambiente micro, sendo toda a atividade humana um debate constante de normas e também um encontro de valores (DURRIVE; SCHWARTZ; DUC, 2007).

Schwartz (2007) aponta que, no trabalho, o uso de si envolve o 'uso de si pelos outros' e o 'uso de si por si mesmo' e "quando não se observa essa tensão paradoxal entre os dois usos, acredita-se que os trabalhadores resumem-se a seres passivos e reprodutores, que apenas sofrem impactos dos determinismos históricos e socioeconômicos"(NEVES, 2010, p. 218).

Nesta discussão, os ergologistas tomam emprestado dois conceitos da ergonomia: a trama e a urdidura. A trama seria "um conjunto de procedimentos e meios frutos de experiências capitalizadas nos níveis econômico, técnico, procedural, jurídico, organizacional, que remetem ao patrimônio da humanidade" e a urdidura seria "o investimento dos indivíduos que são únicos e singulares, com suas histórias e experiências, seus corpos e subjetividade, seus desejos e expectativas" (DUC; DURAFFOURG; DURRIVE, 2007, p. 62). A interação entre ambos os conceitos produz formas diferentes de trabalhar.

[...] em sua atividade, os homens e as mulheres, no trabalho, tecem. Do lado trama, os fios que os ligam a um processo técnico, às propriedades da matéria, das ferramentas ou dos clientes, a políticas econômicas – eventualmente elaboradas em outro continente –, a regras formais, ao controle de outras pessoas... Do lado urdidura, ei-los ligados à sua própria história, ao seu corpo que aprende e envelhece, a uma enorme quantidade de experiências de trabalho e de vida, a diversos grupos sociais que lhes proporcionaram saberes, valores, regras, com as quais eles compõem dia após dia; ligados também aos seus próximos, pois são fonte de energia e preocupações; ligados a projetos, desejos, angústias, sonhos... (DANIELLOU apud SCHWARTZ, 2007b, p.105).

Para mobilizar o "corpo-si" numa situação de trabalho, é necessário mobilizar competências tendo em vista um objetivo comum (SANT'ANNA; HENNINGTON, 2010). Para Durrive, Schwartz e Duc (2007), as competências retratam o que se modificou no que é pedido às pessoas no trabalho. Eles chamam a atenção para a complexidade de se definir o que seriam as competências da atividade considerada a imprevisibilidade das situações de trabalho e apontam três elementos presentes na noção de competência: (1) apropriação de certo número de normas antecedentes, (2) a presença de algo que é distinto e novo frente às normas antecedentes e (3) a exposição ao inédito, "quando as pessoas devem remeter-se a si próprias para gerir o inédito, articulando uma série de experiências heterogêneas, fazendo escolhas para 'agir em competência'" (SANT'ANNA; HENNINGTON, 2010, p. 210).

SCHERER; PIRES; JEAN (2012, p. 2) afirmam que:

No contexto de complexidade da atenção primária de saúde, onde vários saberes e práticas são requeridos para enfrentar problemas nem sempre “tipicamente de saúde”, as dramáticas se intensificam e torna-se um desafio agir com competência. Agir com competência implica em uma combinação dialética de diversos ingredientes integrando o saber agir (ter domínio das normas antecedentes), o querer agir (estar motivado ou aderir a um projeto coletivo) e o poder agir (capacidade de enfrentar os constrangimentos do meio).

Para a abordagem ergológica, a aprendizagem constante dos debates de normas e valores promovem o desconforto intelectual e a renovação permanente da atividade (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2007). O trabalhador consciente ou inconscientemente faz escolhas no trabalho e essas escolhas são feitas a partir de critérios e valores, fazendo com que exista debate de valores para a realização da atividade, debate do trabalhador com o próprio trabalhador (suas expectativas, valores, necessidades e possibilidades) e debate da ordem social (respeito ao outro, respeito ao direito do outro) (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2007). Pensando no caso da saúde, tanto o respeito a outro trabalhador quanto respeito ao usuário fazem parte do debate.

Neste estudo, utilizamos a concepção do trabalho como processo em constate reinvenção e transformação que integra a abordagem ergológica. Alguns conceitos-ferramentas dessa abordagem já foram trabalhados até aqui e há outros que serão apresentados apresentaremos a seguir: a dupla antecipação da norma, o Dispositivo Dinâmico de 3 Polos (DD3P) e Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP).

Para ergologia, a primeira antecipação se dá na formação profissional, no ensino acadêmico dos saberes formalizáveis de uma atividade, sendo essa antecipação somente uma parte da antecipação. A segunda antecipação, ocorre na constatação de que o ensino acadêmico não contempla toda a atividade e cada situação é singular. Dessa forma, a primeira antecipação é sempre renormalizada (NEVES, 2010).

A proposição do DD3P surge do aprofundamento do conceito de 'Comunidade Científica Ampliada' (CCA), desenvolvido por Ivar Oddone por volta da década de

1970 (SCHWARTZ, 2006). O DD3P tem por objetivo resgatar um polo que se encontrava pouco valorizado na proposta inicial e que :

articula certo modelo de humanidade, que faz com que o protagonista da atividade olhe o seu semelhante como alguém que está em atividade, ou seja, atravessado por dramáticas (focos de debates, debates de normas, resingularizando uma situação) – tanto quanto ele (HENNINGTON, 2010, p. 211).

O primeiro polo é dos saberes disciplinares. Nele não existe o conhecimento sobre aquilo que a atividade trará de novos saberes, valores e histórias dos trabalhadores. O segundo polo é o dos saberes da experiência do trabalhadores a partir das forças de convocação e reconvocação presentes no momento da atividade. E o terceiro polo é o das exigências éticas, que implica em ver o outro como seu semelhante, “isto quer dizer que vemos o outro como alguém com quem vamos aprender algo sobre o que ele faz, como alguém de quem não pressupomos saber o que faz e por que faz, quais são seus valores e como eles têm sido ‘(re) tratados” (JOAZEIRO, 2002, 2008; NEVES, 2010).

Por fim, o conceito de Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes da ergologia.

Entidades no sentido de que existem fronteiras invisíveis que englobam as pessoas pertencentes a serviços diferentes, pessoas que se conhecem. Coletivas tendo em vista que aí transitam informações fundamentais para compreender a qualidade de realização de certo número de tarefas solicitadas e relativamente pertinentes na medida em que são pertinentes para a compreensão de como as coisas andam, ao mesmo tempo são relativamente pertinentes, no sentido de que as fronteiras são variáveis: elas podem mudar em função das pessoas (SCHWARTZ, 2007c, p.152).

Uma ECRP não se restringe ao que está no organograma, a um coletivo, a uma equipe ou a grupo pré-definido, normatizado. Ela se configura singularmente, a partir e no momento de realização da atividade (SCHWARTZ, 2007c).

Para Scherer, Pires e Jean (2012, p.2), "existe sempre na atividade a busca de outras formas de se realizar o trabalho a partir do encontro com o inesperado no momento de realização da mesma, sendo o trabalho sempre uma dramática do uso de si no sentido de um drama, individual ou coletivo”.

“O trabalho em saúde é percebido então como atividades vivas *postas* em ação pelos trabalhadores, sujeitos que, em situação de trabalho, são capazes de inventar e reinventar modos de fazer também se transformando – a si próprios e aos

coletivos” (SANTOS-FILHO, 2007, p.11). Os trabalhadores estão, assim, a todo o momento , recriando, inventando e inovando para dar conta das situações que se apresentam no cotidiano do trabalho em saúde e do trabalho na AB.

MAS DE QUE INOVAÇÃO ESTAMOS FALANDO?

Devido à polissemia do termo inovação, torna-se importante delimitar o conceito de inovação a ser trabalhado no texto a partir de estudos que apontam o seu uso de forma mais próxima ao que se pretende este trabalho.

Pensar a saúde em seu conceito ampliado e a mudança da prática centrada em procedimentos e consumo de exames e equipamentos tecnológicos para uma prática voltada às necessidades dos cidadãos e ao aumento da sua autonomia perante a vida exige uma demarcação da utilização do conceito de inovação para esse fim. Essa demarcação busca fornecer mais elementos para a discussão e o uso do conceito como categoria analítica no campo da saúde coletiva.

A palavra 'inovação' vem do latim 'innovatio e novus', que significa “renovar, mudar”, o prefixo 'in' refere-se a'em', e soma-se ao radical 'novus', “novo, recente” (ORIGEM DA PALAVRA, 2011). Inovação é a introdução de alguma novidade, de algo novo, é fazer mudanças, inventar.

A saúde é hoje uma das principais fontes de expansão econômica do país, “mobilizando em 2011, 8,4% do PIB e 30% de investimento em pesquisa e desenvolvimento tecnológico, além de configurar o campo de maior crescimento do esforço de inovação no mundo” (BRASIL, 2011b, p. 5). Contudo, “os estudos sobre inovação em serviços de saúde ainda encontram-se em fase embrionária, quando comparados a formulações já consagradas na área da manufatura”(NETO, 2011,p. 41).

Segundo Lorenzetti et. al. (2012) o setor saúde tem sido fortemente influenciado pelas inovações tecnológicas, no Brasil, mais fortemente a partir da década de 90 do século passado. Contudo, o número de estudos sobre o tema ainda é pequeno. Os autores dão um maior destaque às tecnologias do tipo material, como novos equipamentos, instrumentos de trabalho, novos materiais, avanços no campo da genética e da reprodução humana, além de alteração na estrutura das instituições assistenciais e nas formas de contratação da força de trabalho.

Nas áreas administrativas e organizacionais, onde este termo é mais utilizado, a inovação é considerada como um fator condicionante para o desenvolvimento social e da economia de determinado país (CONDE; ARAÚJO-JORGE, 2003), tornando as organizações mais produtivas e, assim, mais competitivas (BOSI et al., 2011). O conceito de inovação tradicionalmente empregado em estudos sobre tecnologias e no campo da administração “recebe significados restritos e bastante específicos, distantes do campo da saúde” (BOSI et al. 2011, p. 1232).

Em seu texto que trata da inovação curricular na formação dos profissionais de saúde, Ribeiro (2003) apresenta uma discussão sobre o conceito de inovação utilizando-se da produção de Saviani (1980, p.18), afirmando que “inovador é o que se opõe a tradicional” e inovar significaria a introdução de “algo novo que altera, de alguma forma, o antigo, abalando sua composição original, sem, contudo, alterá-lo estruturalmente” (RIBEIRO, 2005, p. 96).

De acordo com Cunha (2003, p. 149):

As inovações que adivinhamos próximas se materializam pelo reconhecimento de formas alternativas de saberes e experiências, nas quais imbricam objetividade e subjetividade, senso comum e ciência, teoria e prática, cultura e natureza, anulando dicotomias e procurando gerar novos conhecimentos mediante novas práticas. Essas inovações, entendidas como ruptura paradigmática, exigem dos professores reconfiguração de saberes e favorecem o reconhecimento da necessidade de trabalhar no sentido de transformar, como refere Santos, a ‘inquietude’ em energia emancipatória. Envolve o reconhecimento da diferença e implicam, em grande medida, um trabalho que consiste, especialmente, em gerir relações sociais com seus alunos. Incentivar o processo de inovações é agir contra um modelo político que impõe, não raras vezes, a homogeneização como paradigma.

A inovação dependerá do contexto em que é utilizada, não havendo critérios fixos e pré-determinados para analisá-la. A inovação está no desenvolvimento de algo novo, mesmo que esse algo novo seja para aquela situação específica, localizada em espaço e contexto singulares. Esta inovação pode se tornar o “embrião de transformações importantes” nas práticas de cuidado vigentes (RIBEIRO, 2005, p. 99).

Discutiremos a inovação tecnológica, entendendo a tecnologia como “conjunto de ferramentas, entre elas as ações de trabalho, que põem em movimento uma ação transformadora da natureza” (SCHRAIBER; HILLEGONDA; NOVAES,

2008, p.1). Sendo assim, além dos equipamentos, devem ser incluídos os conhecimentos e ações necessárias para operá-los: o saber e seus procedimentos..

A partir do momento em que se considera a variabilidade, a realidade do “aqui e agora”, é preciso admitir que a técnica não é mais unicamente a instalação, o dispositivo, o procedimento, tudo o que preexiste ao ato de trabalho. A técnica é também composta pelas micro decisões que se tomam na confrontação com o real, isto é, diante do que efetivamente vai acontecer (DURRIVE; DOLLÉ; JEAN, 2007, p.115).

O Laboratório de Inovação sobre o Papel da Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde, uma parceria entre o DAB/MS e a Organização Pan-Americana da Saúde, em seu documento do ano de 2011, destaca a importância do valor social da inovação, afirmando que o que interessa é o benefício que essa produz para os indivíduos e coletividades e não o fato de ser novo ou de se tratar de uma sofisticação tecnológica. O mesmo documento apresenta uma distinção entre inovação incremental e inovação radical, sendo a inovação incremental uma melhora das tecnologias já existentes e do impacto/efetividade produzido por elas e a radical a substituição de uma prática antiga por uma nova prática (OPAS, 2011).

Ceccim (2011, p.20) afirma que, ao contrário do que se imaginava até pouco tempo, a inovação não é consequência de um acúmulo teórico de um “percurso linear”, mas emerge de “conversas colaborativas, da ativação de processos de pensamento e reflexão analítica e das conexões de saberes”. Como demonstram “os estudos de rede, círculos de cultura, círculos sociais de produção do conhecimento, comunidades de aprendizagem, círculos e redes de pesquisa e produção de saberes”.

Diante do *exposto* e consoante um dos objetivos deste artigo, inovação é demarcada como um processo, um movimento de mudança, potencializador do surgimento de novos modos de interação, saberes e práticas, cujo caráter é de superação da lógica anterior, a qual passa a ser considerada tradicional em relação ao que irrompe. Enquanto movimento, sua marca é de experimentação, no sentido de criação, construção de passagens e contínuo desenvolvimento. Assim, inovação é aqui concebida como fluxo, tanto no seu caráter de desconstrução, quanto de produção; e também como capacidade inventiva de desalojamentos, reconfigurações, transformações, gerando necessários tensionamentos, tendo em vista as contradições e distintos interesses em jogo (BOSI et. al., 2011, p. 1238).

A inovação no campo da saúde pode se configurar como um processo participativo e desafiador que envolve gestores, profissionais de saúde e usuários e busca promover alterações no saber e prática desses atores e mudança no modelo

hegemônico hospitalocêntrico, médico-centrado, de fragmentação e especialização do corpo.

Falar de inovação é colocar também em debate a ideia de que existe uma resistência à mudança e à introdução do novo no cotidiano das práticas de saúde; é refletir em cada experiência o que é possível fazer, evidenciando as potências locais, partindo do que já existe no fazer diário das equipes de saúde em detrimento a uma discussão da busca de algo nunca antes visto. Essa inovação teria o poder de mudar o fazer hoje hegemônico pela simples aplicação de novas normas, novos saberes, novos equipamentos e instrumentos. Inovação (não vista como sinônimo de ineditismo) passa a ser uma função do cotidiano das práticas de saúde, pois gestores, trabalhadores e usuários seriam provocados constantemente a utilizarem da criatividade, a buscarem coisas novas para enfrentar as necessidades e dificuldades que surgem rotineiramente. A inovação estaria presente no processo. Cada ator envolvido, trabalhadores, usuários e gestores busca coisas distintas na inovação. O trabalhador busca a melhor forma de produzir o cuidado e se satisfazer no trabalho; o gestor, a melhor forma de organizar o serviço e de conseguir a aplicação e validação das políticas propostas; e o usuário, um serviço de saúde que acolha e atenda às suas necessidades, sendo essencial a interação entre estes diferentes atores (BRASIL, 2010).

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Compreender de que maneira as inovações na forma de produzir saúde na atenção básica se expressa na Rede HumanizaSUS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a Rede HumanizaSUS e descrever o cenário de produção de experiências;
- Identificar e analisar as inovações desenvolvidas no âmbito da gestão do processo de trabalho;
- Identificar e analisar as inovações desenvolvidas no processo de cuidar.

3. MÉTODO

Para o desenvolvimento da pesquisa, foi utilizada a abordagem qualitativa mediada por computador (JOHNSON, 2010). Com a evolução das tecnologias de comunicação e o advento da *Internet*, surgem, por volta dos anos 1980, as comunidades virtuais. O uso da comunicação assíncrona permite agrupar pessoas em torno de interesses comuns na rede, abrindo-se caminho para um novo campo para pesquisas e produção de conhecimentos (ILLERA, 2007).

Mazzoti e Campos (2011) caracterizam o ciberespaço, espaço da comunicação *online*, como resultante da difusão da *Internet*, do uso dos computadores e da sofisticação técnica dos meios de comunicação. Esses autores ainda destacam que as tecnologias de informação e comunicação “são mecanismos estruturantes de novas formas de pensar, fazendo convergir linguagens e mídias que potencializam os processos comunicacionais e promovem redes de colaboração”, o que possibilita espaços de livre expressão via *web* (MAZZOTI; CAMPOS, 2011, p. 461). Todo este movimento faz surgir também uma nova gama de documentos possíveis de serem explorados e analisados em pesquisas científicas como os *posts* em *blogs*, fóruns, páginas pessoais.

A abordagem qualitativa permite compreender a realidade constituída por ciberespaços, que pode ser vista como uma construção social da qual o investigador participa. Os fenômenos só podem ser compreendidos levando em consideração os sujeitos e seus contextos em interações recíprocas (MINAYO, 2006). Ademais, a abordagem qualitativa, segundo Minayo (2006), permite trabalhar com os significados, crenças, motivações, valores e atitudes, tendo em vista uma aproximação com o objeto de estudo.

O CAMPO ONLINE DE PESQUISA: A REDE HUMANIZASUS E SEUS INTEGRANTES

No dia 23 de fevereiro de 2013, o Coordenador da Rede HumanizaSUS escreveu, na Rede, em comemoração ao aniversário de cinco anos da RHS. Foi esse *post* que serviu de documento base para apresentação do campo de pesquisa escolhido para o presente estudo. Além dele, foi utilizado dados dos demais *posts* referentes à RHS e parte dos achados apresentados na tese de doutorado intitulada "PRODUZIR(- NOS) ponto COM: a constituição do coletivo 'Rede HumanizaSUS' e a produção cooperativa", produzida por Weber em 2012.

Na mesma data (um dia antes para ter maior precisão), no ano de 2008, a RHS foi lançada em um evento que reuniu, em Brasília, o Coletivo Nacional de consultores e técnicos da Política Nacional de Humanização . Tratava-se da oferta de um dispositivo da PNH que, segundo Teixeira (2013), “não vinha para alterar os princípios, diretrizes e métodos da PNH, ela vinha para radicalizá-los ainda mais!”.

A RHS, parte das estratégias dessa Política, foi criada com o objetivo de se configurar como um espaço capaz de produzir e compartilhar informações, um apoio virtual aos serviços de saúde (WEBER, 2012), uma rede colaborativa, uma rede social que conta com a participação de trabalhadores, apoiadores e gestores do SUS com maior concentração no Sul e Sudeste (TEIXEIRA, 2011). Trata-se de um portal colaborativo, desenvolvido em Drupal, um software livre que estimula a construção colaborativa do conhecimento e a inteligência coletiva, endereçado em www.redehumanizasus.net (REDE HUMANIZASUS, 2013). É uma "comunidade de blogs" inteiramente aberta que articula uma rede social de pessoas “interessadas e/ou já envolvidas em processos de humanização da gestão e do cuidado no SUS”, oferecendo-se como um espaço favorecedor da livre expressão e da conversação qualificada (REDE HUMANIZASUS, 2013). Possui conteúdo inteiramente aberto na *web*, planejado por técnicos, consultores e colaboradores da Política Nacional de Humanização. O conteúdo, as ferramentas e o *design* do portal resultam de uma prática colaborativa (WEBER, 2012).

A necessidade de cadastro no portal se restringe aos usuários que desejam publicar *posts* ou comentários, seu perfil na lista de participantes da comunidade RHS ou utilizar seus serviços, como envio de mensagens para outros participantes da RHS, recebimento de notificação por e-mail sempre que for publicado novo conteúdo sobre tema, lugar ou autor de interesse (REDE HUMANIZASUS, 2013c). Qualquer pessoa pode se cadastrar e para isso, basta ter uma conta de *e-mail*.

Para o conteúdo publicado em um *blog* pessoal ir para a página principal, são necessários dez votos dos membros do coletivo que possuem permissão para votar. A depender da produção de novos conteúdos e da votação do coletivo, o conteúdo permanece na página principal por cerca de 24 (vinte e quatro) horas, (REDE HUMANIZASUS, 2013c). Ficam na fila de votação as últimas blogadas que foram publicadas, para serem votadas e comentadas e, caso não obtenha os dez votos para ir para página inicial, o *post* ficará disponível apenas no *site* de seu autor (REDE HUMANIZASUS, 2013c).

A comunidade Rede HumanizaSUS é composta por quatro tipos de usuários diferenciados, segundo os níveis de permissões que dispõem no uso das ferramentas de colaboração: usuários, editores, administradores e coletivo HumanizaSUS. O último é formado por técnicos e consultores da PNH, apoiadores participantes dos cursos de formação promovidos pela PNH/Ministério da Saúde, realizados em todo o Brasil, membros indicados por outros membros desse coletivo, além dos autores que já tiveram seus *posts* na página principal. Alguns dos membros do coletivo possuem funções e permissões especiais e são responsáveis por manter a rede em funcionamento, ou seja, realizam desde suporte técnico para o bom funcionamento da ferramenta a incentivo e apoio aos participantes. São eles também que administram o sistema em seus aspectos tecnológicos, desenvolvendo ferramentas e corrigindo seus problemas técnicos (WEBER, 2012).

Como espaço complementar da Rede, existe a lista de e-mail do Google Groups, a redehumanizasus@googlegroups.com, intitulada “Lista do Coletivo Ampliado da RHS”. Ela foi criada à época do planejamento da RHS como espaço de comunicação entre os editores-cuidadores para troca de informação e, com o tempo,

pela sua “dinâmica afetiva e comunicativa”, alcançou outros membros (WEBER, 2012)



Figura 1 - Número de visitas, visitantes únicos e visualizações de página na Rede HumanizaSUS de 22/02/2008 a 22/02/2013.

São mais de 1 milhão de visitantes, que realizaram quase 1 milhão e meio de visitas, com a visualização de mais de 3 milhões de páginas. Desses visitantes, 12.112 abriram uma conta na Rede e mais de 700 possuem um blog na RHS, isto é, publicaram pelo menos um *post* dos 4.500 já publicados, que receberam 14.800 comentários (TEIXEIRA, 2013).

Por não exigir o preenchimento do perfil completo, dados sobre quem são os membros são imprecisos. Contudo, Weber (2012) traz que, em relação aos trabalhadores, é possível afirmar que são de diversas áreas de formação (enfermagem, medicina, nutrição, psicologia, fonoaudióloga, fisioterapia, serviço social), além de agregar professores - doutores e pesquisadores renomados na área da saúde; profissionais com escolaridade superior, nível médio e técnico, que atuam nos diversos serviços de saúde.

A Rede apresenta um comportamento sazonal seguindo os ritmos do trabalho, ou seja, apresenta queda no número de visitas nos finais de semana e nos períodos de férias e feriados (Figura 2). Apresenta uma tendência de aumento de visitas no segundo semestre e teve um crescimento progressivo até 2010 e um estacionamento no mesmo patamar de visitas em 2010 e 2011, retornando a crescer no período *posterior*. Além disso, cresce após eventos realizados pela PNH, pois eles são utilizados como meio de divulgação da Rede e como oportunidade para capacitar apoiadores a usá-la, o que também favorece a ampliação do acesso (WEBER, 2012).



Figura 2 - Número de visita diárias de 01/06/2008 a 19/08/2009.

O número de pessoas que frequenta intensamente as páginas da RHS segue o padrão de outras redes sociais e é bastante restrito. Essas pessoas realizam mais de 15 visitas por mês, algumas chegando a mais de 200 visitas por mês. Estima-se que a comunidade mais ativa na Rede é formada por cerca de 80 a 100 pessoas. A Rede segue um ritmo de conversação parecido com o da rede social Facebook, com uma rotatividade intensa dos *posts* na página principal (TEIXEIRA, 2012). A duração das visitas varia entre 3 minutos a meia hora e, segundo Teixeira (2012, p.), “podemos inferir que há uma considerável relevância de nossos conteúdos para aqueles que acessam nossa Rede.”

Os dados da sociometria (estudos realizados na rede), conforme a análise no referido *post*, permitem considerar que existe um alto nível de conexão entre os diversos grupos da Rede o que indica a existência de um caminho curto de ligação entre os extremos da Rede, ou seja, é relativamente fácil conseguir se conectar de um ponto a qualquer outro. Esta coesão é característica de uma rede articulada com baixa tendência à formação de “grupinhos”, conforme mencionado no *post*. A função dos editores-cuidadores é considerada essencial neste processo por estabelecer pontes entre os membros, colocando todos a conversar com todos (WEBER, 2012).

Os temas centrais que aparecem em relatos de experiências, comunicações sobre eventos, divulgações de publicações, reflexões e análises na Rede HumanizaSUS é a humanização da atenção e gestão da saúde e “SUS que dá certo” (WEBER, 2012).

A aposta é que a RHS se torne cada vez mais um dispositivo capaz “de promover a formação de redes de colaboração para a produção de saúde”. A RHS, como dispositivo da PNH, propõe-se a dar visibilidade ao SUS que dá certo e, apostando nisso, apontar possibilidades de mudança e consolidação dos princípios

do SUS, superando os desafios por meio de um processo colaborativo que impacta na forma como se realiza o trabalho em saúde e na produção do cuidado (WEBER, 2012).

CAMINHOS PERCORRIDOS: DA ENTRADA NO CAMPO *ONLINE* À COLETA DE DADOS E VALIDAÇÃO DO ESTUDO

4.2.1 Entrada e coleta de dados

Em outubro de 2012, fiz a imersão inicial na Rede com olhares de pesquisadora. Nesta primeira etapa, não reativa ou obstrutiva, pois não havia ainda me identificado ao grupo (JOHNSON, 2010), foi uma etapa de delineamento da minha pergunta de pesquisa, identificando o funcionamento da Rede, o tipo de linguagem utilizada por seus integrantes, os conteúdos *postados*, analisando e adequando os instrumentos de estudo à realidade daquele espaço.

No dia 11 de outubro de 2012, já com ajustes e adequações ao projeto inicial, fiz o primeiro contato com o Coordenador da Rede HumanizaSUS com o objetivo de apresentar o meu estudo e entender o percurso necessário para realizar a pesquisa na RHS. Angrossino (2009) traz que, apesar do campo da pesquisa *online* não apresentar ainda regras abrangentes aplicáveis a esta metodologia, existem certos princípios que parecem estar sendo estabelecidos por consenso. Um deles é o respeito às normas estabelecidas pelo grupo, de entrada e participação no espaço.

Por sugestão do Coordenador da Rede e por uma prática de cogestão comum ao coletivo da RHS (de fácil identificação para quem conhece o espaço), apontada na Tese de Weber (2012), em 31/10/2012 ingresso na lista de discussão do Coletivo HumanizaSUS. No início do mês de novembro de 2012, apresento-me à lista do coletivo moderador e *posto* minha apresentação na RHS. No mesmo dia da *postagem*, recebo nove e-mails do grupo dando as boas vindas e abrindo o espaço para a pesquisa. Logo no segundo dia, o *post* recebeu dez votos, indo para a página principal da RHS, o que demonstrou um apoio do coletivo à pesquisa.

Em paralelo a esse movimento, realizei uma revisão documental sobre o tema, principalmente sobre a Rede, com o objetivo de conhecer um pouco mais sobre o espaço *online* onde aconteceria a pesquisa. Faço aqui a opção de utilizar os

termos "espaço *online*" e "campo *online*", propostos por Johnson (2010, p.59) para designar "ambientes vivos em permanente construção por cidadãos ativos" e "campo desterritorializado, onde novas formas sociais de ser e estar com o outro estão acontecendo", respectivamente. Assim, o espaço *online*, como é o caso da RHS, torna-se campo *online* de escolha para este estudo.

Foram utilizados, para esta etapa, *posts* dos integrantes da própria Rede que traziam informações, dados e comentários sobre a RHS, documentos oficiais da Política Nacional de Humanização e a tese de doutorado intitulada "PRODUZIR(-NOS) ponto COM: a constituição do coletivo 'Rede HumanizaSUS' e a produção cooperativa", produzida por Weber em 2012.

Para a busca das experiências que compuseram o material de análise, foi utilizada a ferramenta disponível na própria Rede e foram encontrados, entre os dias 05 e 06 de fevereiro, 538 *posts* escritos entre os anos de 2008 e 2012, em resultado à busca com a palavra-chave "atenção básica". O termo foi escolhido por ser o mais utilizado pelo Ministério da Saúde e pelos documentos da Política Nacional de Humanização.

Os *posts* foram então copiados em formato PDF para *posterior* leitura, evitando, assim, a necessidade de um retorno constante ao *campo online* de inserção de novas experiências a cada nova busca. Essa é uma das dificuldades encontradas em pesquisas mediadas por computador devido à velocidade e quantidade de produção que acontece a todo o momento.

Em seguida, foi realizada um pré-análise dos 538 *posts* para sistematização das ideias iniciais, leitura flutuante para escolha daqueles que mais se relacionavam com a questão de pesquisa e uma primeira categorização e seleção feita no programa de planilha eletrônica Excel. Os achados foram registrados em um Diário de Campo digital, utilizando o processador de texto Word e o aplicativo Notas do tablet.

Os *posts* foram separados em planilhas e organizando os conteúdos em título do *post*, autor, data da *postagem*, comentários recebidos no *posts*, comentários da pesquisadora e link do *post* na rede. Neste etapa, utilizou-se a técnica de pesquisa documental que tem por objetivo a coleta, compreensão e análise de documentos

(SÁ-SILVA, DOMINGOS DE ALMEIDA, GUINDANI, 2009) considerados primários ou matérias primas, ou seja, aqueles documentos que não passaram por um processo de tratamento analítico (SEVERINO, 2007), sejam eles escritos, numéricos, em imagem ou som (SILVA et al. 2009). Para este autor todas as realizações que são produzidas pelo homem e que podem explicitar meios de viver, de agir e pensar são consideradas documentos.

Para Silva et. al (2009, p. 4556):

como produto de uma sociedade, o documento manifesta o jogo de forças que detêm o poder. Não são, portanto, produções isentas, ingênuas; traduzem leituras e modos de interpretação do vivido por um determinado grupo de pessoas em um dado tempo e espaço.

A pesquisa documental como método de pesquisa exige, do pesquisador, cuidados e rigor metodológico na medida em que se está analisando determinada realidade a partir da leitura do pesquisador sobre o ponto de vista de quem produziu o documento (SILVA et al., 2009).

Foram selecionadas 37 experiências e 111 comentários integrantes às mesmas, configurando o material a ser analisado no estudo. O critério utilizado para inclusão das experiências foi: experiências na atenção básica à saúde desenvolvidas por trabalhadores de saúde. Foram excluídos *posts* referentes a apresentações pessoais, divulgação de eventos, divulgações de publicações, os puramente de reflexão sobre algum tema, os de homenagem, questionamentos e pedidos de ajuda, bem como as experiências em outros níveis de atenção e aquelas desenvolvidas por residentes e estagiários nas unidades de saúde.

Foram incluídos os comentários que, de acordo com a classificação proposta por Weber (2012), inseriam-se nas categorias "efeito do *post*" – são as mensagens que falam de sensações e sentimentos que surgiram a partir da leitura e que impacto este *post* tinha para os sujeitos e o seu trabalho, além daqueles da categoria "continuidade à reflexão", que se proponham à analisar, questionar, relacionar a sua história/vivência à experiência relatada. Foram excluídos os comentários de incentivo e parabenização pela experiência.

Neste estágio da pesquisa, corroborando com o que aponta Johnson (2010) em seus estudos em espaços *online*, mas que a mesma autora aponta como atitude

importante do pesquisador qualitativo de flexibilidade até o que ela chama de estágios mais avançados de coleta e análise dados, houve uma mudança na questão de pesquisa que passa de: “De que modo o trabalho na atenção básica se expressa na Rede HumanizaSUS?” para “De que modo a inovação na produção de saúde na atenção básica se expressa na Rede HumanizaSUS?”.

O que pareceu surgir dos escritos dos participantes foi o destaque para aquilo que, na prática deles, era apontado como contra hegemônico, como práticas que buscavam superar o modelo fragmentado, especializado e centrado na doença. Considerando que os integrantes dessa rede, que é parte da PNH e em um espaço de fomento a Política de Humanização, poderiam construir seus textos a partir do que é preconizado pela política de humanização como boas práticas, mas reafirmando que as experiências são únicas e acontecem em um dado momento histórico, em um espaço e com indivíduos envoltos em um debate de normas e de valores, e que este debate de valores acontece novamente no momento da escrita, fazendo surgir o interesse em saber o que aparece nos textos como inovação, o que dá certo neste “SUS que dá certo”?.

4.2.2 A análise dos dados

Para análise textual do presente estudo, foi utilizada a análise lexical mecanizada pelo software Analyse Lexicale par Context d'un Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE) ou Análise Lexical de Co-ocorrências em Enunciados Simples de um Texto.

O ALCESTE “permite quantificar o texto para extrair estruturas que apresentem significados mais representativos e acessar a informação essencial presente no texto. Isso permite descrever, classificar, assimilar, sintetizar e identificar a organização tópica de um texto, acessando as relações existentes entre os léxicos” (EMBRAPA, 2009, p.13).

Para Camargo (2005), não se desconsidera a qualidade dos fenômenos estudados ao se realizar uma análise quantitativa de dados textuais, ao contrário é possível fornecer “critérios provenientes do próprio material para consideração do mesmo como indicador de um fenômeno de interesse científico” (CAMARGO, 2005, p.511). São feitas análises estatísticas para a organização dos dados, que fornecem “o número de classes, as relações existentes entre as mesmas, as divisões realizadas no texto até a formação das classes, as formas radicais e palavras associadas com seus respectivos valores de Qui-Quadrado (χ^2), além do contexto semântico de cada classe” (FONSECA, 2010, p.30).

No ALCESTE, o material a ser analisado é denominado *corpus* de análise e é formado por um conjunto de Unidades de Contexto Inicial (UCI) definidas pelo pesquisador. A UCI é a unidade a partir da qual o programa efetuará a fragmentação inicial, no caso deste estudo, os *posts* das experiências selecionadas.

O processamento do material inicia com o processo de divisão do *corpus* em Unidades de Contexto Elementares (UCE). Essas são fragmentos do texto com tamanhos iguais (cerca de dez palavras) e cada uma delas é identificada com a UCI correspondente (POMBO-DE-BARROS, 2009). “É a partir da pertença das palavras de um texto a uma UCE, que o programa vai estabelecer as matrizes para a classificação” (REINERT, 1986 apud EMBRAPA, 2009, p.32).

O programa executa, para a análise do conteúdo, quatro etapas: de A a D. Cada uma delas contém três operações (com exceção da D que possui cinco) (CAMARGO, 2005). Segue descrição:

- Etapa A: reformatação e divisão do texto em segmentos (UCE), pesquisa do vocabulário, redução das palavras com base em suas raízes (forma reduzida) e criação do dicionário de formas reduzidas (classificadas de acordo com sua frequência de aparecimento no *corpus*. São analisados os substantivos, verbos (exceto os auxiliares ser, ter e modais), adjetivos, advérbios e formas não reconhecidas (desde que com frequência de aparecimento de, no mínimo, quatro vezes).
- Etapa B: seleção das UCE a serem consideradas e cálculo da matriz: formas reduzidas x UCE; cálculo das matrizes de dados para classificação

hierárquica descendente (CHD) e classificação hierárquica descendente propriamente dita, com o objetivo de reunir classes de UCE com vocabulários semelhantes entre si e distintas das demais UCE das outras classes.

- Etapa C: definição das classes escolhidas; descrição das classes e análise fatorial por correspondência. As classes representam um tema extraído do texto.
- Etapa D: seleção das UCE mais características de cada classe; pesquisa dos segmentos repetidos por classe; classificação hierárquica ascendente (focada no léxico) e seleção de palavras mais características de cada classe.

O programa fornece ainda, para cada uma das classes de segmentos geradas, em forma de tabela, o vocabulário que aparece por ordem de frequência de ocorrência, a indicação da significação da sua ligação com a classe, além de trechos do *corpus* contendo a lista de UCE características de cada classe, classificados em ordem de importância associada a sua UCI (as formas mais características da classe são apresentadas entre parênteses).

O material para análise no presente estudo foi dividido em dois *corpus*: um relativo aos *posts* referentes às experiências selecionadas na Rede HumanizaSUS sobre o trabalho na atenção básica, e um segundo contendo os comentários a essas experiências. Optou-se pela divisão para que o material não ficasse extremamente extenso, o que poderia comprometer a análise realizada pelo *software*. Os materiais textuais de cada um dos *corpus* foram salvos em arquivos distintos do Word.

As UCI foram formadas a partir da reunião de todos os *posts* de experiências ou comentários de um mesmo sujeito. As variáveis usadas foram formação profissional (graduação) do sujeito e local da experiência. As UCI foram separadas por linhas de comando, “linhas com asteriscos”, e cada uma das variáveis recebeu um código, como o exemplo a seguir: **** *Suj_01 *form_est *est_rn.

Foram selecionadas 37 experiências que se configuraram em 21 UCI, o que significa que os mesmos sujeitos *postaram* mais de uma experiência dentre as escolhidas. Essas experiências geraram 111 comentários selecionados, que compuseram 44 UCI.

De acordo com Camargo (2005), as operações que produzem os resultados mais importantes para a interpretação de um *corpus* são: C1, que produz o dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD); C 2, que dá a descrição das palavras; D1, que seleciona as UCE mais características de cada classe; e D3, que produz a Classificação Hierárquica Ascendente (CHA) das palavras por classe. O *corpus* relacionado às experiências foi dividido em 502 segmentos (UCE), que continham 4.482 palavras diferentes. Foram consideradas 78% dessas UCE e encontradas 642 formas analisáveis com frequência superior a quatro. Após esses procedimentos, chegou-se a 6 classes de segmentos de texto diferentes entre si, como demonstra a Figura 3. O programa realiza duas classificações hierárquicas descendentes, com tamanhos de UCE distintas, para garantir a estabilidade das classes finais e para que haja um máximo de classes selecionadas.

4.2.3 Corpus das experiências

As classes representam as ideias e os temas dominantes de cada *corpus*. Os resultados demonstraram, na primeira etapa de análise, a existência de 2 eixos temáticos. O primeiro eixo, “Inovações na organização do processo de trabalho” é composto por três classes temáticas: Classe 1 – As tecnologias de apoio e valorização do trabalhador: apoio institucional, apoio matricial e o método da roda; Classe 2 – Práticas integrativas e complementares em saúde e protagonismo popular; e Classe 4: Acolhimento. O segundo eixo, “Inovações na produção do cuidado”, é composto pela Classe 3 – Clínica ampliada, Classe 5 – Ambiência: os “territórios de encontros do SUS” – um lugar para chamar de meu e a Classe 6 – A gente não quer só comida... arte e ludicidade nas ações de saúde. As Classes 1 e 2 foram as que apresentaram maior especificidade, significando maior peso na construção das RHS. A denominação dada aos eixos é puramente didática e

destaca os elementos que mais aparecem nas classes, uma tarefa bastante complexa pela transversalidade dos temas nas diversas experiências.

A Figura 3 apresenta o dendograma com as relações entre as classes e suas relações de complementaridade entre si. Demonstra, ainda, uma divisão em dois eixos temáticos: o primeiro contendo as Classes 1, 2 e 4, com uma relação direta entre as Classes 1 e 4 e destas com a Classe 2, e o segundo composto pelas Classes 3, 5 e 6 e uma relação entre as Classes 5 e 6 e dessas com a Classe 3. Isso significa dizer que existe uma menor relação entre o primeiro eixo temático e o segundo.

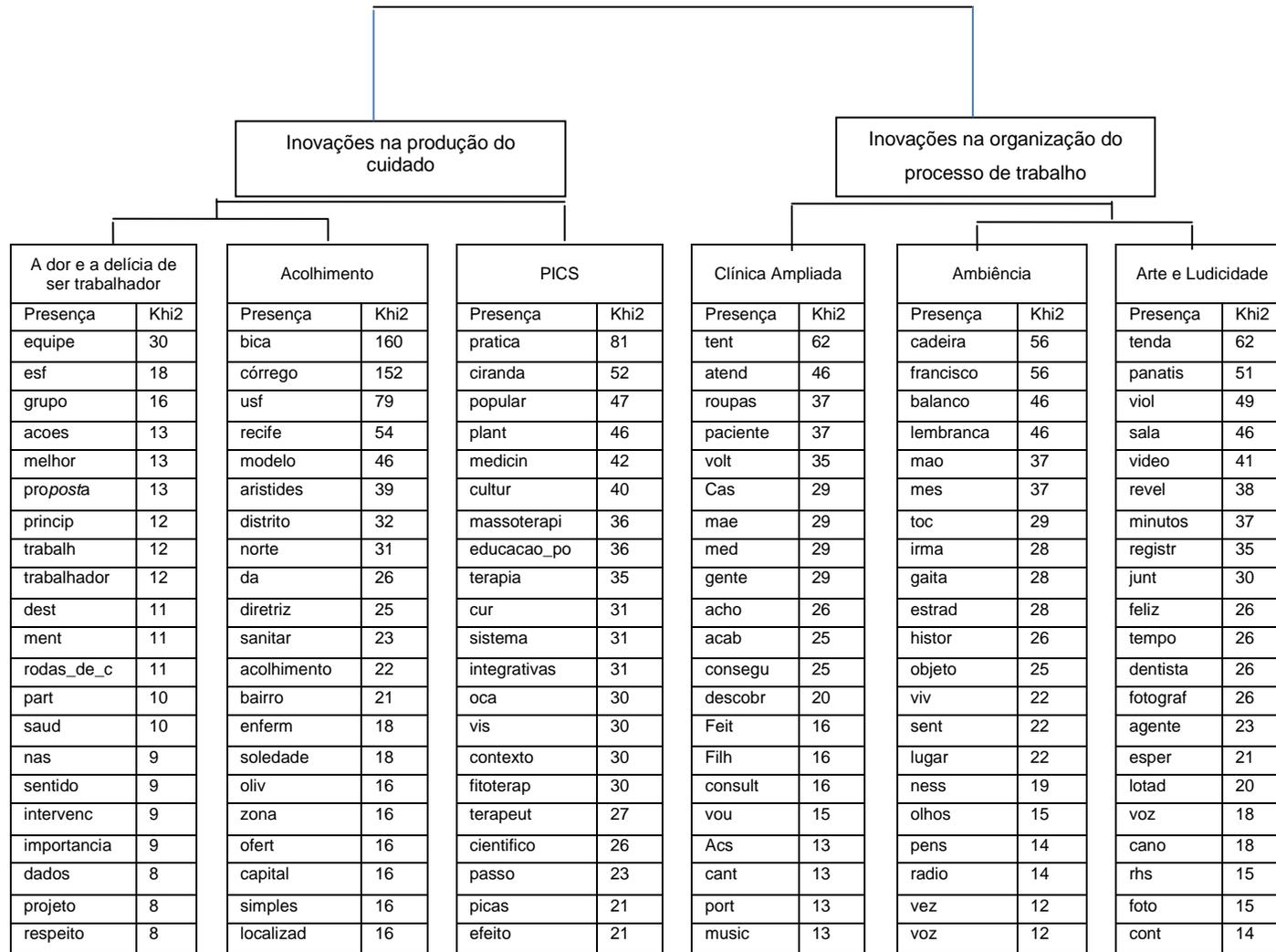


Figura 3 - Dendrograma com a classificação hierárquica descendente das classes estáveis – experiências na Atenção Básica à Saúde presentes na Rede HumanizaSUS.

4.2.4 *Corpus* dos comentários

Considera-se importante analisar o que os comentários às experiências traziam, pois são partes essenciais da construção coletiva a que se propõe a Rede. Como destaca Weber (2012) acerca da dinâmica existente entre o *post* e o comentário que dá uma característica rizomática à Rede e de inteligência coletiva. O *corpus* relacionado aos comentários foi dividido em 303 segmentos (UCE), com 2.991 palavras diferentes. Foram consideradas 58% dessas UCE e encontradas 367 formas analisáveis. Criou-se três classes de segmentos de texto diferentes entre si.

A Figura 4 mostra uma relação entre as Classes 2 e 3 e dessas com a Classe 1, além de trazer a lista das formas reduzidas. A tendência é uma repetição de muitas formas reduzidas e relações presentes no *corpus* experiência, por se tratarem de comentários às experiências selecionadas presentes na Rede. Por isso fez-se a opção de discutir apenas o que aparece em destaque e diferente do *corpus* anterior.

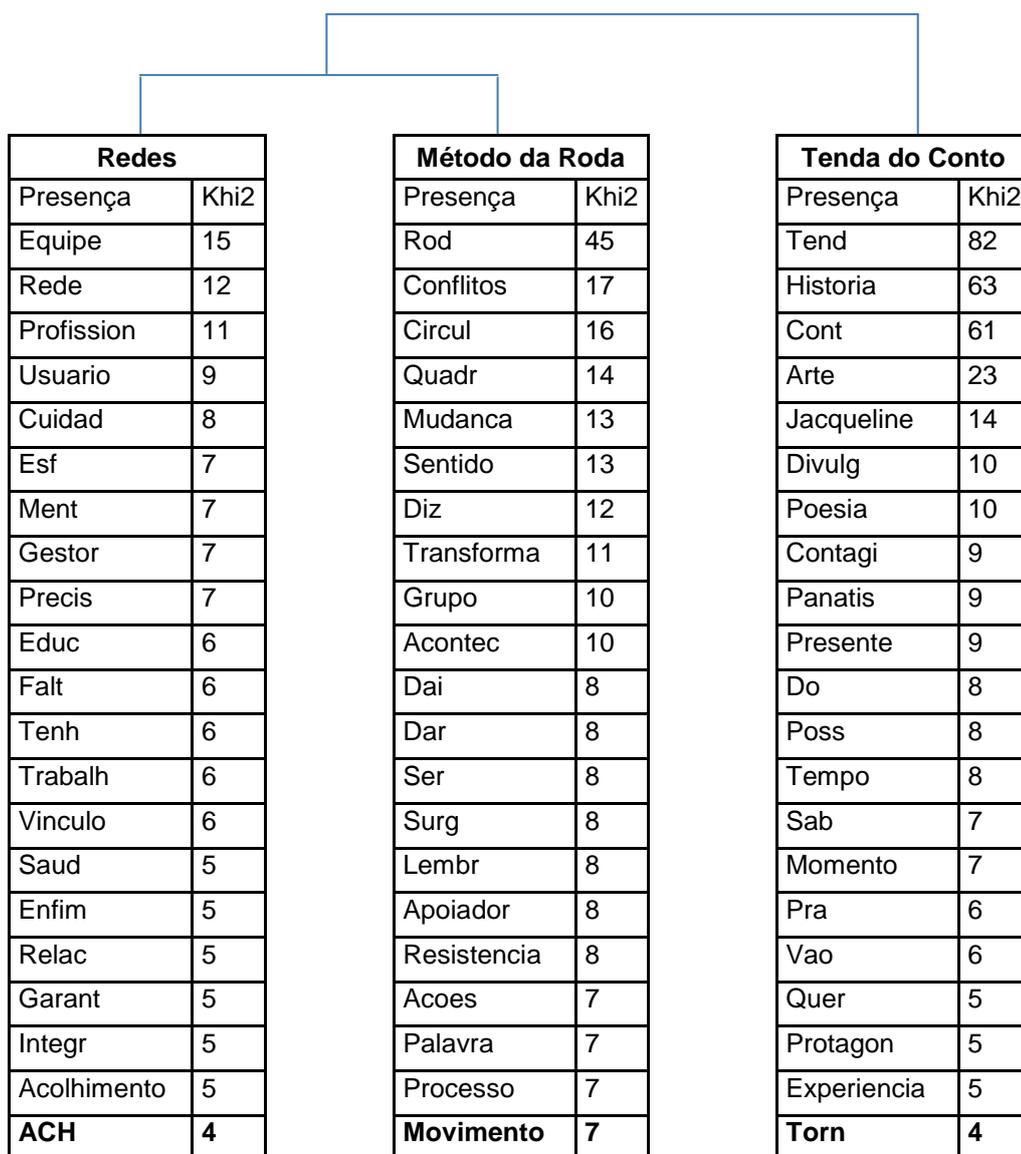


Figura 4 - Dendograma com a classificação hierárquica descendente das classes estáveis – comentários às experiências na atenção básica à saúde presentes na Rede HumanizaSUS.

4.2.5 A pesquisa na *Internet* e algumas questões éticas

A despeito da *Internet* já ser pauta de legislação no que se refere a jurisdição, propriedade intelectual e segurança (MENDES 2009), o campo da pesquisa *online* não apresenta ainda regras abrangentes aplicáveis a metodologia aqui utilizada. Entretanto, Angrosino (2009) chama a atenção para o fato de certos princípios parecem estar se estabelecendo por consenso. Para o autor, desde que as pessoas não possam ser identificadas, não há um problema ético e é aceitável a citação de mensagens, textos *postados* em espaços de acesso público. O pesquisador deve informar aos participantes da comunidade que eles estarão sendo observados para fins de pesquisa. O pesquisador deve garantir que, em qualquer publicação, não utilizará nomes reais, endereços de e-mail ou qualquer outra informação que identifique os integrantes da comunidade virtual. Além disso, as normas estabelecidas pelo grupo de entrada e as de participação devem ser respeitadas pelo pesquisador (ANGROSSINO, 2009).

A pesquisa *online* pode se desenvolver em diferentes espaços (*e-mail*, salas de *chat*, páginas *web*), com públicos diversos e distintas expectativas acerca da sua privacidade. É importante questionar qual privacidade os envolvidos no ambiente pesquisado esperam, como destaca Weber (2012) a partir da leitura do documento sistematizado por ESS, 2002, da Association of *Internet* Researches (AoIR). A autora sinaliza ainda que, de acordo com Bruckman (2002), pode não ser necessário solicitar o consentimento para pesquisas em: *sites* oficiais, ambientes que não solicitem senha de acesso a seu conteúdo, que não proíbam o uso de suas informações para pesquisas e cujo conteúdo não promova a susceptibilidade (ESS, 2002). Reafirma a autora que a inexistência de regras rígidas no que se refere a ética na pesquisa *online* associada à ausência de algum dos itens descritos anteriormente pode significar necessidade de consentimento (WEBER, 2002).

Para além do consentimento para realização da pesquisa, outro fator permeia a discussão na pesquisa *online* que é a autoria das mensagens, dos textos

produzidos. Para Bruckman (2002), em muitos casos, as pessoas merecem crédito por seu trabalho criativo.

O conteúdo da RHS “é licenciado através de uma licença Creative Commons (www.creativecommons.org.br), que permite e autoriza o compartilhamento de todo o seu conteúdo, respeitados os critérios definidos pela própria licença”. O autor ou titular de direitos daquilo que envia para o *site* continua sendo o detentor dos direitos sobre as obras que enviar, apenas autorizando a sociedade e a RHS, em caráter não-exclusivo, com relação ao exercício de alguns direitos, desde que para uso não-comercial (REDE HUMANIZASUS, 2013).

Este estudo optou por colocar como autores dos trechos os sujeito produtores dos *posts* analisados e dos comentários utilizados, seguindo aquilo discutido pelo comitê da AoIR (2002), bem como por Bruckman (2002) e por Weber (2012). Aponta-se a existência na Rede de diversas manifestações de liberação dos autores para o uso de seus textos, aludindo aos princípios de *copyleft*.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília sob o Parecer N° 013/12.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A REDE HUMANIZASUS, O SEU CARÁTER COLETIVO, FORMADOR DE REDE E CONEXÕES ALTAMENTE PERTINENTE

A Rede HumanizaSUS possui uma concentração de integrantes na Região Sul e Sudeste do país. Entretanto, do total de 37 *posts* analisados, 23 são de experiências na atenção básica da Região Nordeste, sendo 14 delas no Estado do Rio Grande do Norte, 3 em Alagoas, 4 no Ceará e 2 em Pernambuco. A segunda região com maior número de experiências é a Região Sul, com 10 do total. Há ainda 2 no Estado do Rio Grande do Sul, 1 no Paraná e 7 em Santa Catarina (**Erro! Fonte de referência não encontrada.**).

Tabela 2 - Número de experiências selecionadas na RHS por região e por estado do Brasil.

Região Nordeste	Alagoas	3
	Ceará	4
	Rio Grande do Norte	14
	Pernambuco	2
Sub-total	4	23
Região Sul	Rio Grande do Sul	2
	Santa Catarina	7
	Paraná	1
Sub-total	3	10
Região Sudeste	Minas Gerais	1
	São Paulo	2
Sub-total	2	3
Região Centro-Oeste	0	0
Região Norte	Roráima	1
TOTAL	10	37

Também é da Região Nordeste o maior número de integrantes que realizaram comentários selecionados às experiências analisadas (**Erro! Fonte de referência não encontrada.**). Dos 44 sujeitos que fizeram algum tipo de comentário, 22 são da

Histórias de Inovação na Atenção Básica à Saúde presentes na Rede HumanizaSUS

Região Nordeste, o que se deve, em parte, ao fato de muitos colegas de trabalho comentarem a experiência como forma de contribuir na discussão e estimular a divulgação da experiência. Vinte e seis experiências, 70% do total, receberam algum tipo de comentário selecionado para análise, com uma variação de 0 a 12 comentários.

Tabela 3 - Número de integrantes da RHS que realizaram comentários às experiências por região e por estado do Brasil

Região Nordeste	Alagoas	1
	Ceará	1
	Rio Grande do Norte	18
	Piauí	2
Sub-total	4	22
Região Sul	Rio Grande do Sul	13
	Santa Catarina	2
	Paraná	1
Sub-total	2	16
Região Sudeste	Minas Gerais	1
	São Paulo	3
	Rio de Janeiro	1
Sub-total	2	5
Região Centro-Oeste	0	0
Região Norte	0	0
Sem localização	1	1
TOTAL	10	44

Essa predominância de experiência na Região Nordeste aponta para duas dimensões extremamente relevantes. A primeira delas é a forte influência cultural nas formas de produzir saúde, o uso da música, da contação de histórias, dos objetos, das cores e sabores, muito presentes no ser nordestino e que fica evidente nas *postagens*, dando à produção do cuidado contornos singulares. A segunda, a possibilidade que a Rede fornece de abrir espaço em um circuito de produção de conhecimento de experiências que acontecem no Nordeste, apesar da maior visibilidade existente no Sul e Sudeste,. A Rede aponta para essa característica, que é, sem dúvida, fundamental para a qualificação das práticas em regiões com maior dificuldade de acesso aos meios formais de ensino/aprendizagem.

Dos 21 sujeitos que *postaram* relatos, 1 (um) é de nível médio (Agente Comunitário de Saúde), 3 (três) são *blogs* institucionais (vinculados à Secretaria de Saúde ou a coletivos da PNH locais) e os demais são profissionais de nível superior (médico, enfermeiro, psicólogo, dentista, nutricionista, terapeuta ocupacional, psicanalista, jornalista e educador popular), com uma maior participação de enfermeiros (6 do total). Trata-se de uma amostra com o olhar de diferentes núcleos profissionais. Quanto ao gênero, foram 11 mulheres e 7 homens. Do total de sujeitos, 6 (seis) são apoiadores da Política Nacional de Humanização e 3 do coletivo de apoiadores da RHS.

Importante destacar duas questões. Johnson (2010) aponta como um problema da pesquisa social a presença do pesquisador, que pode afetar o comportamento e o discurso dos sujeitos. Por outro lado, no caso da pesquisa mediada por computador, o fato dos sujeitos estarem tornando públicas práticas e pensamentos, em forma de registro que pode ser acessado a todo o momento, influencia a produção final do seu texto, independente da presença do pesquisador. Pode ainda influenciar o fato de ser um espaço de pessoas envolvidas em processos de humanização na saúde, algumas delas envolvidas diretamente/institucionalmente com esta função. Remete-se aos estudos de Goffman (1985) “sobre a ordem das interações sociais e como as pessoas tendem a apresentar e sustentar imagens de si, selecionando e representando papéis [...] na tentativa de projetar uma boa imagem diante dos outros” (JOHNSON, 2010, p. 64).

Contudo, apesar de ser importante evidenciar essas características dos sujeitos, não se trata de fator preocupante para o presente estudo uma vez que, como citado anteriormente, a questão que se colocou ao final pretende evidenciar, a despeito de todas estas influências e singularidades, o que se constitui para os sujeitos como inovação em suas práticas. Pressupõe-se que, segundo Campos (2006, p. 3), “ao realizar um estudo ou uma intervenção (ou produzir um texto para um blog), as pessoas recortam pedaços da realidade, esses fragmentos revelam o compromisso desses sujeitos”. Acrescenta-se o apontamento de Joazeiro (2008, p. 25), no qual “o depoimento do 'sujeito', o 'corpo-si' testemunha, pela palavra, as experiências já vividas, pois, é ao mesmo tempo, um “trabalho de organização da

memória pela atividade de linguagem” a dizer deste 'si' de sua história vivida e a viver”. Assim, expõe-seos seus modos de andar a vida e realizar a produção do cuidado e o dos coletivos que integram.

Um debate que se fez presente em dois momentos durante a elaboração deste trabalho foi em que medida a RHS se aproxima do conceito de Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes. Apesar de não querer trazer neste tópico uma resposta a essa questão, tampouco tentar encaixar a RHS nesse conceito, torna-se fundamental identificar a importância que este espaço vem apresentando para a realização das atividades dos sujeitos nos seus fazeres cotidianos.

Schwartz (2007, p. 152) afirma no livro “Conversas sobre a atividade humana” que a principal característica das ECRP “é a de serem profundamente distintas de tudo aquilo que se poderia chamar, de forma geral, de organogramas, ou predefinições de lugares, de *postos*, de responsabilidades.” A segunda característica que destaca é a de ser esse um conceito muito específico à atividade humana e que essas entidades existem em todas as organizações humanas que buscam transformação do seu ambiente, qualquer que ele seja, podendo ser utilizado para conhecer, compreender e transformar qualquer situação de trabalho. A RHS, como dispositivo da PNH, propõe-se, como citado anteriormente, se configurar como um espaço de relações e conexões, que exterior ao organograma fixo dos editores da RHS e dos apoiadores e gestores da PNH, busca a consolidação dos princípios e diretrizes da Política de Humanização.

A Rede mostra-se, então, como alternativa a estes cenários burocratizados e alienantes, permitindo o encontro e o reconhecimento dos desejos e necessidades, legitimando e construindo saberes e sujeitos (WEBER, 2012, p. 110).

Conexões flexíveis, móveis, invisíveis e muitas vezes inesperadas (nunca se sabe que conexões se formarão a partir de um *post*) criam redes e promovem agenciamentos capazes de provocar mudanças nas formas de produzir saúde dos sujeitos de alguma forma conectados a ela (WEBER, 2012).

A primeira roda foi de desabafo e de exposição dos conflitos e problemas que eram sempre os mesmos. Avaliando essa repetitividade, procuramos encontrar respostas e visualizamos a necessidade de buscar alternativas que fortalecessem o grupo, daí surgiu a ideia das leituras, reflexões e

articulação com novos atores. A RHS tem sido nossa grande parceira e faz parte dessa história que contarei com detalhes *posteriormente* (GADELHA, 2009).

A RHS assume também um papel de difusão da inovação, como se pode perceber nos trechos abaixo, e configura-se como espaço colaborativo de produção e reflexão sobre as inov(ações) que são produzidas a todo o momento e em todo o território nacional. Partindo de um conceito de inovação que se aproxima do trabalhado neste estudo, uma inovação é inerente ao trabalho e produzida na e a partir da experiência de forma colaborativa.

Mais uma ideia que será copiada! Ai esse pessoal de Natal, inventa cada coisa boa que eu só fico copiando aqui em São Paulo. Essa dos Cinco minutos para o SUS eu vou lançar para as colegas da rede. (NICOLAU, 2011).

Simples iniciativas que são complexas em sua essência... Estou imediatamente repassando esta experiência aos meus alunos de estágio em saúde porque espero jogar a sementinha de como fazer brotar lindas flores nos mais árduos solos[...] (GARCIA, 2011).

A Rede, então, vem ao encontro da necessidade dos trabalhadores de estabelecer contatos que os apoiem a realizar a sua atividade de forma mais qualificada, que os ajudem a superar as dificuldades existentes no seu trabalho, que permitam dar visibilidade a parte do trabalho invisível realizado pelos sujeitos. Quando pensa-se em números, em produção e em resultados de mudança de modelo de gestão e de atenção, grande parte das vezes por meio de discursos generalistas, fala-se do quanto as práticas continuam as mesmas e fala-se de trabalhadores que seguem repetindo um fazer fragmentado, especializado e produtor de doença. Os integrantes da Rede, por vezes, parecem querer mostrar o que os números e as estatísticas ainda não traduzem em informação, como pode-se perceber na fala abaixo:

Mesmo alguns projetos, muitas vezes engavetados e não colocados em prática, pois, muitos são os que tem ideias e que até mesmo as colocam em prática e não sentem a coragem de mostrar em público, creio que esta equipe está dando a essas pessoas a chance de não se envergonharem das coisas boas que fazem, pois tudo que é feito a favor do SUS seja um pequeno texto ou um grande projeto só vem a somar e este espaço destinado a este fim, com certeza vai fazer com que muitos deixem a inibição de lado e divulguem suas ações, pois seja como for é uma construção e se é uma construção é usada a criatividade , junto com a inteligência , ideias inovadoras e o que é mais importante muito amor no que produz (MONTEIRO, 2011).

Esse aspecto é também destacado por Weber (2012, p. 111), em sua tese de doutorado:

Neste contexto a RHS funciona como uma possibilidade de mostrar um lado do sistema de saúde que a *mass media*, em geral, não tem mostrado. Esta possibilidade de produzir saúde e capilarizar a proposta da PNH rompe com a lógica de organização estruturada e permite a formação de opiniões visto que amplia o leque de pessoas que podem consumir, produzir e distribuir informação, em os membros da RHS lançam luzes sobre histórias que têm sido marcadas pela invisibilidade e dão publicidade ao que há de bom no SUS sem deixar de sinalizar as fragilidades e discutir os desafios ainda a serem enfrentados, (re)afirmando o direito à saúde pública.

Então, falar do invisível do trabalho é falar daquilo que não é do interesse de alguns mostrar. Mas é também falar de todo acúmulo de experiência, história, conhecimento, horas de estudo, de reflexão e de discussão, que envolvem o trabalho e que não é possível visualizar no momento da atividade.

Por fim, é importante destacar o fato de não se exigir um rigor metodológico na construção do relato das experiências, por não ser esta a finalidade e o propósito do espaço (a RHS). Existe uma variedade enorme de formas de apresentação das vivências pelos autores dos *posts*. Foi possível perceber uma prática comum na reflexão sobre o trabalho, apontada em estudos da ergologia: a dificuldade em se falar da atividade em si e das dificuldades e potencialidades do seu próprio fazer. Os sujeitos deram destaque às sensações, finalidades e objetivos das estratégias, aos resultados obtidos com as ações, às dificuldades existentes na unidade de saúde e no sistema de saúde. Alguns citam o local onde realizam as atividades, as pessoas envolvidas, mas poucos se concentram no como fazer a atividade. Um destaque também é dado, em muitos *posts*, a uma reflexão teórica sobre o tema, reflexão presente no estudo de Weber e também na fala dos integrantes da Rede.

A proposta que circula na RHS é de fortalecer os membros para o enfrentamento dos desafios locais e, para tanto, é preciso ir além da descrição e colocar em análise. Isto representa, sobretudo, incluir nos *posts* de Relato de Experiências as dificuldades, as negociações, as estratégias, expondo o processo, as micro lutas (WEBER, 2012, p. 135).

[...] importante para a RHS é podermos compartilhar a experiência em seus detalhes metodológicos (quem incluiu? como incluiu? que dificuldades enfrentou? que estratégias foram inventadas?). A experiência que cada grupo de humanização estiver vivendo, se compartilhada analítica e criticamente, ganha um enorme potencial multiplicador (PASSOS, 2009).

5.2. CORPUS DAS EXPERIÊNCIAS

5.2.1. Inovações na organização do processo de trabalho

O trabalho em saúde coloca o trabalhador frente ao imprevisível e a um conjunto de situações complexas que um profissional sozinho, muitas vezes, não é capaz de responder. A sensação de solidão é frequentemente relatada pelos profissionais de saúde que, tantas vezes, reproduzem uma lógica isolada e fragmentada de produzir saúde, centrada na produção de procedimentos e que pouco valoriza a criação de redes e conexões para produção do cuidado.

Este eixo reúne as linhas de força apresentadas pelos integrantes da Rede na busca de pensar formas de organizar o processo de trabalho que sejam mais horizontais, democráticas e participativas para a produção da saúde, ou seja, espaços de inclusão e aprendizado nos quais o desconforto intelectual é permitido e legitimado, onde é possível assumir que o saber é incompleto e que são necessários momentos dentro da agenda de trabalho para apoio, diálogo e troca. Fomenta-se, assim, a inclusão dos diversos atores envolvidos na produção da saúde, a construção coletiva, o protagonismo e a corresponsabilização.

Além disso, apresentam-se estratégias que buscam ampliar a autonomia dos sujeitos, sejam eles os usuários na produção da sua própria saúde ou os trabalhadores na ampliação de seus conhecimentos e na busca de novas formas de fazer o cuidado, tirando trabalhadores e usuários do lugar de agentes passivos e construindo serviços de saúde mais resolutivos e humanizados. E, por último, reúne formas de organizar o serviço e tecnologias que permitem a troca de saberes entre usuários e trabalhadores, entre o saber tradicional e o saber acadêmico, abrindo, dessa forma, espaço para outras explicações e abordagens que rompam com a ideia de que só quem entende de saúde é o profissional de saúde (uma nova relação profissional/usuário).

Esta organização do serviço e do processo de trabalho, com espaços de fala, escuta e troca, com momentos de apoio, inclusão e corresponsabilização permitem uma maior produção de vínculo, satisfação e credibilidade frente à população,

aproximando o real e o prescrito e colocando a UBS como efetiva porta de entrada do sistema de saúde.

E Vamos à Luta

Gonzaguinha*

Eu acredito é na rapaziada
Que segue em frente e segura o rojão
Eu ponho fé é na fé da moçada
Que não foge da fera e enfrenta o leão

Eu vou à luta é com essa juventude
Que não corre da raia a troco de nada
Eu vou no bloco dessa mocidade
Que não tá na saudade e constrói a manhã desejada

Aquele sabe que é mesmo o coro da gente
E segura a batida da vida, o ano inteiro
Aquele que sabe o sufoco de um jogo tão duro
E apesar dos pesares ainda se orgulha de ser, brasileiro

Aquele que sai da batalha entra no botequim
Desce uma cervela gelada
E agita na mesa uma batucada
Aquele que manda um pagode
E sacode a poeira suada da luta
E faz a brincadeira pois o resto é besteira
E nós estamos por aí



Figura 3**- Roda de Samba Disponível em: <http://letras.mus.br/gonzaguinha/259335/>. Acesso em: 1 de maio 2013.

**Disponível em: <http://www.vh2rodadesamba.xpg.com.br/>. Acesso em: 1 de maio 2013.

5.2.1.1. A DOR E A DELÍCIA DE SER TRABALHADOR: AS TECNOLOGIAS DE APOIO E VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR: APOIO INSTITUCIONAL, APOIO MATRICIAL E O MÉTODO DA RODA

Os espaços de diálogo e circulação das palavras, troca de experiências e conhecimentos, aparecem de forma constante e transversal nas experiências relatadas, como consequência na análise realizada no estudo. Para guardar coerência com a discussão produzida no espaço *online*, neste tópico será discutida a análise feita do material, tanto de uma das categorias presentes no conjunto das experiências (Classe 1), quanto de uma categoria presente no *corpus* dos comentários (Classe 3), pois ambas apresentam como tema principal ferramentas de apoio e valorização do trabalhador deste nível de atenção, com destaque para as rodas de conversa.

A Classe 1 do *corpus* da experiência reuniu 186 UCE, o que equivale a 48% do total das classificadas, e teve 131 palavras analisadas. O ALCESTE forneceu uma tabela contendo o vocabulário característico para essa classe, sendo algumas das palavras mais importantes (maior Qui-Quadrado): equipe, ESF, grupo, ações, melhor, proposta, princíp(io), trabalh, trabalhador, rodas de conversa, sentido, intervenção, projeto e respeito.

Esta classe apresentou associação significativa com as experiências que discutiam estratégias de apoio e valorização dos trabalhadores. Do total de experiências analisadas, 14 abordaram esses temas (2 apoio institucional, 6 rodas de conversa e 6 apoio matricial).

A Classe 3 do *corpus* dos comentários, com 27% das UCE selecionadas (total de 48 UCE e 52 palavras), aponta elementos negativos presentes no trabalho na atenção básica e traz o método da roda como possibilidade de mudança desse quadro de insatisfação, com palavras como resistência à mudança, conflito, choro, sofrimento, teimosia e mesmice, transformação, movimento, processo.

A) Rodas de conversa e o apoio institucional

As rodas de conversa, nas experiências estudadas, aparecem como espaço de diálogo, tanto entre trabalhadores, quanto entre trabalhadores, equipes e usuários de uma mesma UBS e de UBS distintas. Contam, ainda, com a participação dos gestores, professores e estudantes universitários, convidados para qualificar, ampliar e diversificar a discussão do grupo. A presença de outro profissional nas rodas pode promover o que a ergologia denomina desconforto intelectual, sempre colocando as práticas em discussão, afirmando que não se sabe tudo e que não existe apenas uma única forma de fazer as coisas (TRINQUET, 2010).

A cada roda, profissionais de outros serviços são convidados para apoio e troca de experiências...a UFRN, por meio do departamento de enfermagem, disponibilizou-se para contribuir com recursos didáticos e com a participação de professores nas rodas de conversa (GADELHA, 2009).

As rodas acontecem no espaço físico da unidade, nas ruas, praças e igrejas da comunidade. A escolha por locais na comunidade varia em decorrência da precariedade da estrutura física das unidades básicas de saúde e da busca por uma maior aproximação das necessidades da localidade assistida, uma maior vinculação com a população e discussão da saúde na sua forma mais ampliada e abrangente.

Diante da falta de espaço físico, os trabalhos coletivos com os grupos organizados da localidade vêm sendo realizados na igreja local ou no conselho comunitário segundo a disponibilidade destes...As rodas de conversa acontecem quinzenalmente na igreja, espaço que foi disponibilizado por meio dos usuários da unidade (FREITAS, 2009).

Há uma diversidade de oportunidades de produção de saúde e fortalecimento dos vínculos fora dos muros das unidades de saúde que apontam para alternativas de construção coletiva de uma concepção ampliada do processo saúde-doença. Temos que lançar o desafio de fazer rodas de conversa nas calçadas, praças, ruas... nesses espaços de passeios, festas e rodas de conversa, recriam-se as oportunidades de conversar sobre transporte, limpeza urbana, moradia, lazer, saúde mental, meio ambiente, além das ricas trocas de experiências que acontecem no convívio, no sentir-se perto, afetado, tocado pelo outro (GADELHA, 2009).

Utilizadas para momentos de reflexão sobre o processo de trabalho dos profissionais de saúde, as rodas propiciam avaliação dos serviços que estão sendo

realizados, bem como planejamento das ações a serem ofertadas pela equipe/UBS, além de ser espaço capaz de promover e fomentar ações de apoio matricial, no qual os diferentes saberes dialogam.

Na última sexta feira ocorreu uma Roda de Conversa de extrema importância no Município de Assis, onde a equipe de Saúde Mental se encontrou com a equipe da Atenção Básica para juntos pensarmos ações e estratégias de melhoria no acolhimento de usuários da saúde mental e também de inserção da equipe de saúde mental nas ações integradas aos usuários atendidos no território (GARCIA, 2009).

Alguns *posts* trazem relatos de trabalhadores que apontam os momentos em roda como importantes para o apoio coletivo frente às dificuldades cotidianas do trabalho na atenção básica, como um espaço capaz de promover a inclusão, a participação, o aprendizado e a vontade e motivação para seguir atuando nesse nível de atenção.

[...] não sou de falar muito, mas aqui me sinto bem quando falo, é importante participar para não me sentir figurante, estou nesta roda para não esquecer o que vim fazer na unidade; estamos aprendendo juntos; estou aqui para não desistir (GADELHA, 2009).

Muitas vezes ouvi-se de gestores e até dos próprios trabalhadores relatos sobre a resistência à mudança de colegas. Há indignação de muitos frente à indisponibilidade de outros em aceitar ferramentas, tecnologias, cursos e apoio para uma produção de saúde diferente daquela que vem sendo realizada. Duraffourg (2007) aponta atores econômicos concluíram que alguns trabalhadores são resistentes à mudança por apresentarem dificuldade em relação às inovações. Questiona-se, então, “A quem o discurso da mobilidade, flexibilidade, responsabilidade, iniciativa diz respeito? Deduzir que as mudanças no contexto trazem sempre consequências positivas ou negativas é problemático”, questionamentos que parecem pertinentes ao trabalho em saúde (DURAFFOURG, 2007, p. 48). Mudanças, provavelmente, não terão o mesmo significado para pessoas diferentes, mesmo quando esta é social e politicamente percebida como uma mudança positiva. A mudança tem uma trajetória, um curso e não acontece da mesma forma para todas as pessoas (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2007).

Um dos comentários parece se situar na discussão das duas dimensões expostas: a primeira da afirmação da resistência à mudança e a segunda da necessidade de existência de espaços que reflitam os motivos pelos quais esta

resistência existe, se é que esta seria a palavra a ser usada, impede a inserção de alguns trabalhadores em determinadas ações. A Roda aparece, então, como o espaço onde as diferenças são *expostas* para a produção de um comum.

[...] e entender que os conflitos tem que ser *expostos*, falados, compreendidos; e enfrentar as resistências às mudanças com a força coletiva construída na roda. E ter paciência com aqueles que acreditam que não precisam ler ouvir, participar. A (roda) (gira). (O) (processo) de construção (coletiva) dispara (movimentos) surpreendentes (GADELHA, 2009).

Um espaço contra hegemônico, a Roda, segundo Merhy (2009), agrega, em certa medida, um componente anticapitalista importante, presente nas práticas sociais dos vários coletivos em ação, criando novas subjetividades, disputas e formas de trabalhar e de produzir saúde. O ter paciência pode traduzir-se em não se render à produtividade, em um agir mais atento a outras questões importantes para o trabalhador e para os usuários. As palavras "teimosia" e "mesmice" também parecem se relacionar a um fazer pouco resolutivo e gerador de insatisfação para os trabalhadores, manifesta a vontade de ser, o trabalhador, o próprio portador da mudança (DURRIVE, 2007).

[...] estou aqui com o grupo e registrarei nas palavras de cada um. estamos construindo a roda porque temos muita teimosia, (diz) Evanilde, ACS por vontade de sair da mesmice e aprender (aponta) Almir (ACS). (GADELHA, 2009).

Uma das experiências encontradas na RHS coloca em discussão o uso indiscriminado do conceito "Método da Roda", chamando a atenção para o fato da tecnologia não ser método puro e simples que provoca mudança.

Óbvio dizer que a roda não se resume a uma reunião informal ou formal, muito menos é um local aonde a gente chega para se jogar conversa fora... Mas a roda pode se transformar no seu inverso na medida em que seja manejada de maneira inadequada ou, então, percebida como o método único de mudança. Estaríamos assim vivenciando o fetiche da roda. Talvez estejamos produzindo em alguns locais o fetiche da roda, como se o método *proposto* fosse uma panaceia que por si só apresentasse diante de nós todas as possibilidades de mudarmos a realidade (RUIZ, 2010).

A provocação gerada por esse comentário fica *exposta* nos vários comentários de integrantes da Rede, que deram continuidade à reflexão do método como tecnologia inovadora e capaz de provocar transformações nas formas de gerir, produzir e ofertar o cuidado em saúde.

O método da roda surge da reflexão e reformulação de conjuntos de conceitos oriundos da Política (disputas e recomposição dos sistemas de poder), do planejamento (capacidade de pensar e agir em função de objetivos, visando o futuro mediante a elaboração de projetos), da análise institucional (um ramo da psicologia aplicada a coletivos) e da educação continuada (pedagogia) (CAMPOS, 2000). Entretanto, o método pode chegar aos trabalhadores apenas como uma norma que deve ser seguida e implantada. Poderão acontecer, assim, invariavelmente no momento da atividade propriamente dita, renormalizações que partem da forma como cada trabalhador traduz esses conceitos, considerando suas experiências de vida, conhecimentos teóricos, desejos, valores e possibilidades. A singularização da teoria frente ao que surge no momento da atividade está marcada no trecho abaixo, quando o autor do *post* utiliza o termo “de verdade” para buscar a aplicação do conceito como concebido originariamente.

[...] nessa roda, foram *expostos* os conflitos, as inquietações, as vontades e desânimos. sentindo a necessidade de mantermos este espaço de forma que ele resultasse, de verdade, em mudanças no processo de trabalho, foi lançada a ideia de um grupo de estudos e reflexões (GADELHA, 2009).

O uso do método pode surgir apenas para mascarar um processo ainda centralizador na tomada de decisões: a lógica taylorista de produção, que reduz o trabalhador a executor de atividades, sem direito a voz.

Importante estarmos atentos ao risco de burocratização, fazendo o formato da roda, sem que haja circulação de palavras, sem que aconteça a inclusão dos sujeitos e dos conflitos de fato (Trajano, 2010).

Para os integrantes da Rede, a inexistência anterior desses espaços onde trabalhadores podem emitir opiniões carrega o risco de transformar esses momentos (os das rodas) em momentos para dar vazão às insatisfações presentes na atividade e nada mais, enquanto que esses momentos podem ser usados e transformados em potência de ação e de mudança.

Por que muitas vezes transforma-se a roda neste espaço de fala sem ação? Acho que por anos e anos de imperiosa inexistência deste espaço de fala. Lembro-me então da fala recolhida da Emília do Sítio do Pica Pau Amarelo. As pessoas querem falar na roda tudo que não podem dizer em ofício, em casa, na rua, querem tomar se de um protagonismo comunicativo como algo que haverá de esvaziar suas angústias, até se darem conta que só a externalizaram (SILVA, 2010).

Alguns comentários apontam para a inovação do método, mesmo quando não usado em todas as suas potencialidades, mas que permite sua apropriação pelos sujeitos participantes, fazendo emergir modos mais democráticos de se produzir e cogерir a saúde.

[...] não dá para dizer da roda como um fetiche, mas que procuremos experimentar esses movimentos de abertura do diálogo e reflexões sobre o processo de trabalho, abrindo oportunidades de fala e escuta, de transformações no cotidiano de trabalho do SUS (TRAJANO, 2010).

Vamos chover no molhado, repetir, não acredito num estado perfeito, ou em um "agora somos democráticos", só penso cada vez mais que o segredo possa estar nesses movimentos, nessas conquistas diárias, micropolíticas, afetivas, que mudam a todo instante, repaginam a vida e dão toda a graça! (RÉGIO, 2010).

O Método da Roda foi elaborado por Campos com o objetivo de apoiar a cogestão e, ao mesmo tempo, a elaboração e implementação de projetos, a construção de sujeitos e de coletivos organizados. Propõe-se a ser um espaço de troca de ideias, conhecimentos e afetos, com a presença ou não de um agente externo, com ofertas teóricas e construção de um ambiente protegido, buscando, assim, o aumento da capacidade de análise e intervenção do grupo (CAMPOS, 2010). O Método é um dispositivo de cogestão, de implicação, co-responsabilização entre gestores e trabalhadores.

Para Schwartz (2007), a medida que coloca em trabalho as experiências e os conceitos uns pelos outros, o Método faz surgir o debate de normas ou valores. É preciso criar lugares em que os debates emergjam para que, em seguida, possam-se conduzir políticas acerca de bens comuns que estejam no nível microscópico em relação à dialética com o nível mais político, o mais macroscópico. Por entender que os saberes disciplinares são importantes, mas é apenas no contato direto com o trabalhador, com quem realiza a atividade que é possível refletir sobre ela, a ergologia acredita que é necessário reunir, em um coletivo, o maior número de representantes de pessoas envolvidas a fim de que se consiga responder ao conjunto de problemas, necessidades e potencialidades do espaço de trabalho (SCHWARTZ, 2007).

As Rodas de Conversa aparecem nos documentos da PNH como uma diretriz da cogestão, como espaços capazes de “colocar a diferença em contato para que se

produzam movimentos de desestabilização nos acúmulos até então obtidos (sempre insatisfatórios) e produzir mudanças nas práticas de gestão e de atenção” (BRASIL, 2009, p. 30). Os *posts* parecem trazer, com a denominação de Roda, espaços coletivos de inclusão que têm sido capazes de promover produção de saúde e formas de trabalhar mais horizontais, de partilhamento de poder, de corresponsabilização e de troca de saberes.

O trabalho em saúde possui como finalidades: produzir e ofertar saúde para a população, garantir a realização profissional e pessoal dos trabalhadores e reproduzir o SUS como política democrática e solidária (BRASIL, 2010). Dentro desse conjunto complexo de objetivos, algumas ações exigem articulações entre os níveis de gestão. Os entraves nessas articulações podem dar a sensação de paralisia e insucesso.

O que ocorre, é que às vezes, as propostas/ações pactuadas nas rodas de discussões, estão fora da governabilidade do grupo e ou da unidade/instituição, e aí fica o sentimento de que as rodas não são resolutivas. Isso tem acontecido na nossa realidade institucional (SOUZA, 2010).

Outros comentários sugerem para os casos em que a Roda perde o seu potencial de auto-análise, a figura de uma agente externo como apoiador institucional para fazer a roda girar. “Este opera o apoio disparando processos e propiciando suporte ao movimento de mudança deflagrado pelos coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processo de mudança” (OLIVEIRA, 2012, p. 224).

Talvez tenha faltado em nós a clareza de que não basta reunir em roda. Que é preciso acompanhar os fluxos com maturidade e recorrer a apoios, quando as questões *postas* em evidência extrapolam nossa competência (GUEDES, 2010).

O apoio institucional aparece também como estratégia para superar a lógica da supervisão e como avanço de uma atitude de construção conjunta, capaz de promover maior diálogo e interlocução entre equipes e gestão.

A partir desta lógica do apoio institucional, o município mobilizou-se para proporcionar às equipes inscritas no PMAQ, que a fase de desenvolvimento fosse realizada de maneira participativa e com decisões tomadas de forma ascendente para as mudanças necessárias nas equipes (GARCIA, 2013).

O apoiador pode ser visto não como detentor do saber, mas como alguém capaz de potencializar as ações já realizadas pela equipe, capaz de maximizar as

qualidades das equipes e minimizar as fragilidades em busca de ações de saúde de maior qualidade; como disparador de reflexão sobre as ações que vem sendo realizadas pelas equipes e produtor de mudança das práticas e de outras formas de se relacionar com o trabalho.

Na tentativa de potencializar processos avaliativos já realizados pela equipe, os apoiadores se dividiram entre as equipes cadastradas e participaram das reuniões de equipe para refletirem e organizarem planos de ações para mudanças nas práticas que desencadeassem alterações nos processos e indicadores, que a equipe teve apontada como fragilidade (GARCIA, 2013).

Neste movimento o processo de apoio institucional às equipes tem fundamental importância, pois a presença do apoiador externo ao cotidiano das equipes faz com que os trabalhadores possam refletir sobre aspectos que, muitas vezes não são tidos como importantes ou fundamentais para a mudança de práticas... A leitura mais contundente que tivemos diz respeito à importância do apoio institucional às equipes da Atenção Básica como um instrumento que a gestão pode dispor para melhorias na Atenção e Gestão no município, promovendo outras formas de relação com o trabalho (GARCIA, 2013).

O apoio institucional, como estratégia de ação para implantação da PNH para processos de cogestão e de suporte às equipes, tem como objetivo “articular a produção da tarefa com o exercício analítico de pertencer a uma grupalidade que produz tarefas” (BRASIL, 2009, p. 53). O que os *posts* apontam dialoga com o que é proposto por esta Política a medida que assumem a importância, muitas vezes, de um ator externo para potencializar as ações de um coletivo.

O apoio institucional deve estar atento aos 3 (três) polos (DD3P): (1) dos conceitos, competências e conhecimentos disciplinares acadêmicos e/ou profissionais; (2) da experiência prática e, permanentemente, recriadora de saberes por meio dos debates de normas e (3) das exigências ergológicas: ética, conceitos e meios (TRINQUET, 2010). A partir da criação de um lugar onde todos os sujeitos (trabalhadores, usuários, gestores, apoiador institucional) possam definir e elaborar as disposições e os meios para que a busca de soluções seja possível, o apoio institucional pode se configurar como disparador de reflexão sobre as ações que vem sendo realizadas pelas equipes, mudança das suas práticas e outras formas de se relacionar com o trabalho.

B) Apoio matricial

O Apoio Matricial (AM) tem como objetivo a oferta de retaguarda especializada (retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico) a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, estimulando e facilitando o contato direto entre referência e especialista de apoio e o estabelecimento de relações horizontais entre estes dois atores (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Proposto por Campos na década de 80 do século passado, esse conceito teve como uma das suas experimentações iniciais, na década de 1990, os serviços de saúde mental tanto da AB quanto da área hospitalar do SUS de Campinas (BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012). Posteriormente, vários estudos apresentaram discussões do uso do AM na qualificação das ações de saúde mental (NASCIMENTO, 2007; DIMENSTEIN et al., 2009; VASCONCELOS et al., 2012).

Das 6 (seis) experiências que discutiram o apoio matricial na Rede, 4 (quatro) estão relacionadas à saúde mental. Dentre essas, 2 (duas) apresentam como modo de operacionalização a relação entre os Centros de Atenção psicossocial (CAPS) e as equipes de saúde da família.

Por intermédio dos CAPS, o matriciamento, sendo um método de trabalho cujo objetivo é viabilizar a interconexão entre os serviços primário, secundário e terciário em saúde, ou seja, proporcionar a articulação da rede de cuidados em saúde mental, possibilitar maior apoio e supervisão e ou intervenção em parceria com as UBS e com os ESF (GENEROSI, 2010).

Nas experiências citadas, o apoiador aparece como alguém a quem recorrer para coproduzir ações de saúde, alguém para diminuir a ansiedade produzida frente às diversas e distintas necessidades de saúde colocadas aos trabalhadores no momento da atividade, que, muitas vezes, não possuem ferramentas capazes de dar as respostas necessárias.

A partir dessa vivência, buscamos a construção do apoio matricial junto ao CAPS e assim, vamos percorrendo novos caminhos menos doídos, repartindo os anseios, aprendendo, discutindo (GADELHA, 2008).

As experiências apontam para a relação entre CAPS e UBS, como capaz de ampliar a autonomia dos usuários e criar possibilidades de reinserção social desses.

Deparamo-nos com um abismo promovendo saúde, porém sem articulação necessária para promover autonomia e a reinserção social dos usuários dos serviços. A partir disso perguntamos como podemos estreitar esse abismo para assim promover a alta do usuário à Atenção Básica. Por intermédio dos CAPS, o matriciamento (GENEROSI, 2010).

Outra forma de operacionalização do AM que surge nos *posts* são os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou equipes de apoio matricial, consideradas ferramentas de incentivo à construção coletiva, protagonismo e corresponsabilização. Na medida em que criam formas mais democráticas de produzir saúde, elas promovem satisfação e qualidade no e do trabalho.

Para enfrentar a questão, a USF deu um passo além do trabalho costumeiro de uma UBS ampliou sua equipe, acionando assistentes sociais e psicólogos oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Matelândia como apoiadores matriciais modelo que oferece ainda profissionais como pediatras, ginecologistas e fisioterapeutas... (ARAGÃO, 2010).

Conectados neste novo fazer, NASF e equipes de ESF vão desfazendo os nos críticos e trocando por ligações vivas, que buscam a produção de saúde, sem esquecer do cuidado da doença e do favorecimento do acesso à população (SILVA, 2012).

O apoio matricial se propõe a complementar as formas verticais de gestão do trabalho e a produção do cuidado, rompendo com a ideia de que o especialista é aquele que sabe mais. Ele é aquele que possui núcleo de conhecimento e perfil distinto e, por isso, é capaz de complementar, ampliar e potencializar as ações produzidas pela equipe responsável pelo caso primariamente (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Contudo, as formas tradicionais, biomédicas, verticais, fragmentadas convivem com a busca pelos modos de produzir saúde mais democráticos. A ideia do apoiador como “mestre”, aquele que sabe mais e aponta caminhos, convive com a perspectiva de produções mais coletivas e horizontais.

Nem sempre foi assim, no princípio cada mestre veio sozinho, com sua mala de conhecimentos e experiências individuais, mas aos poucos, ao se sentirem apoiados, soltaram suas individualidades e passaram ao protagonismo numa construção coletiva [...] Cheios de medos, mas confiando nos mestres, seguem na ousadia de horizontalizar as relações e promover saúde, dar conta do cuidado sem adoecer no processo e se abrir para a escuta qualificada, rever a agenda, mudar processo de trabalho, escrever novos fluxos (SILVA, 2012).

As rodas de conversa, os estudos de caso, as interconsultas e os atendimentos coletivos aparecem como dispositivos utilizados pelos apoiadores matriciais nas experiências estudadas para concretização do apoio matricial, de forma a ofertar um cuidado mais integral e resolutivo ao usuário. Campos e Domitti

(2007) e Ballarin, Blanes e Ferigato (2012) apontam a possibilidade do matriciamento ocorrer a partir de intervenções conjuntas entre apoiador e profissionais das equipes de referência, pela atuação mais direta do apoiador (sem perder contato com a equipe) e por meio de algumas intervenções que objetivem a troca de conhecimento (o caso fica sob cuidado da equipe da UBS).

Hoje já é uma realidade o grupo de receitas no ESF do Prado, onde se torna possível a ação não só dos médicos como do farmacêutico na orientação e análise do uso das medicações de uso contínuo e controlado, dando possibilidade ao usuário esclarecer dúvidas, fazer uso responsável destas drogas, sem precisar agendar consulta médica para isso. Já é realidade a doce surpresa de um grupo que atende as mães e seus filhos divididos por faixa etária também no ESF do Prado, ação onde toda a equipe e os profissionais do NASF estão envolvidos (SILVA, 2012).

Figueiredo, Onocko Campos (2008) e Campos (1999) discutem a necessidade de mudanças na estrutura gerencial e assistencial dos serviços de saúde para que ocorra uma reorganização dos processos de trabalho com base na metodologia do Apoio Matricial e das equipes de referência. Dessa maneira, é possível ofertar ações de saúde mais singularizadas e interdisciplinares, inverter a estrutura tradicional dos serviços de saúde e fortalecer o funcionamento da atenção em rede. Como consequência, constrói-se um sistema de saúde que se preocupa com os sujeitos, corresponsabiliza-se com sua saúde e supera a forma fragmentada de oferta de cuidado; assume-se que nenhum profissional de forma isolada é capaz de ofertar um cuidado integral e criam-se possibilidades para ampliar o trabalho clínico e sanitário (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A principal conquista desta iniciativa está em uniformizar ações com melhoria na qualidade dos atendimentos e criar um espaço de interlocução entre as equipes que passam a trabalhar como uma única equipe em benefício dos usuários do SUS (GARCIA, 2009).

O AM ajuda a estabelecer a coordenação do cuidado e dá ao usuário um caminho mais seguro e definido dentro do sistema de saúde, diminuindo a sensação de isolamento dos profissionais de saúde. Apoio matricial como estratégia capaz de articular e formar rede dentro da rede de serviços de saúde.

Por intermédio dos CAPS, o matriciamento, sendo um método de trabalho cujo objetivo é viabilizar a interconexão entre os serviços primário, secundário e terciário em saúde, ou seja, proporcionar a articulação da rede de cuidados em saúde mental, possibilitar maior apoio e supervisão e ou intervenção em parceria com as UBS e com as ESF (GENEROSI, 2010).

Ao complementar e “personalizar” (CAMPOS; DOMITTI, 2007), estratégias de referência e contra referência, diminuem as idas e vindas dos usuários entre diferentes serviços, coloca as ações de saúde ainda mais próximas da população e amplia o vínculo dos usuários com a unidade de saúde, criando ainda outras possibilidades de atenção e aumentando o leque de ofertas de respostas às necessidades dos usuários, que vão além dos encaminhamentos para as especialidades (BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012).

Porém, inicialmente temos a árdua tarefa de propor a desconstrução de um modelo estabelecido, instituído, que prevê a lógica da referência e contra referência; a lógica de que saúde mental só pode ser atendida em serviço especializado; além da centralização médica, no que se refere ao cuidar da doença (FARINO, 2010).

O apoio matricial é um dos dispositivos da PNH e surge como uma forma de se produzir, no trabalho, um profissional que oferece apoio em sua especialidade a outro profissional e a unidades de produção e equipes (BRASIL, 2009). Ele estimula a comunicação, o diálogo, discussão das práticas nas unidades de saúde, superando o modo de trabalhar fragmentando, alienante e trazendo novos sentidos e jeitos de se produzir e de se fazer a gestão do cuidado.

Árvore para um passarinho

Manoel de Barros*

Um passarinho pediu a meu irmão para ser sua árvore.

Meu irmão aceitou de ser a árvore daquele passarinho.

No estágio de ser essa árvore, meu irmão aprendeu de
sol, de céu e de lua mais do que na escola.

No estágio de ser árvore meu irmão aprendeu para santo
mais do que os padres lhes ensinavam no internato.

Aprendeu com a natureza o perfume de Deus
seu olho no estágio de ser árvore aprendeu melhor o azul

E descobriu que uma casa vazia de cigarra esquecida
no tronco das árvores só serve pra poesia.

No estágio de ser árvore meu irmão descobriu que as árvores são vaidosas.

Que justamente aquela árvore na qual meu irmão se transformara,
envaidecia-se quando era nomeada para o entardecer dos pássaros
e tinha ciúmes da brancura que os lírios deixavam nos brejos.

Meu irmão agradecia a Deus aquela permanência em árvore
porque fez amizade com muitas borboletas."



Figura 4** – Menino Árvore

*Disponível em: <http://pensador.uol.com.br/frase/NjU2NjQ4/>. Acesso em: 1 de maio 2013.

**Disponível em: <http://luccacosta.blogspot.com.br/2010/10/personagem-menino-arvore.html>. Acesso em: 1 de maio 2013.

5.2.1.2 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE E PROTAGONISMO POPULAR

Com 16% das UCE selecionadas e 116 palavras analisáveis, o grupo de formas reduzidas/palavras desta classe (fitoterapia, massoterapia, PICS) traz como inovação as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) como ferramenta potente de fomento ao protagonismo e valorização do saber popular. Cinco, entre os 37 *posts* selecionados, abordaram este tema. Entre as práticas citadas estão a massoterapia, argiloterapia, homeopatia, fitoterapia, acupuntura, terapia comunitária, reiki, vivência de biodança, banho de ofurô, argiloterapia, rezadeiras e raizeiras, shantala e outras.

Na atenção básica, parte do que compõem as necessidades de saúde dos usuários é composta por problemas de saúde medicalizados e construídos em consequência da mídia, da cultura do consumismo, do medo e da insegurança, o que Illich (1975) apresenta como medicalização da vida. Para esse autor, as pessoas têm sido ensinadas ao longo dos anos a desejarem terapias, medicamentos, consumo de exames e, aos poucos, vêm tornado-se impotente no seu cuidado e no cuidado a outras pessoas. Ele demonstra, no seu livro, o controle social que é realizado por meio desta medicalização desde o nascimento à morte. Tira-se das pessoas a possibilidade de escolha; transfere-se para os profissionais de saúde a responsabilidade e a detenção do conhecimento; cria-se, na sociedade, uma atmosfera de dependência e medo. A medicalização acentua a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos desnecessários e, muitas vezes, até danosos aos usuários (ILLICH, 1975).

Tesser, Neto e Campos (2010) apontam que a medicalização social é um processo sociocultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras no próprio ambiente familiar e comunitário e que envolviam interpretações e técnicas de cuidado autóctones. Há ainda uma redução da perspectiva terapêutica, com desvalorização da abordagem do modo de vida, dos fatores subjetivos e sociais

relacionados ao processo saúde-doença. Os integrantes da Rede apontam as práticas integrativas como tecnologias capazes de reverter este quadro.

Saúde, Doença, e cuidados relacionados a aspectos da saúde são articulados na sociedade como sistemas culturais, ou seja, são ideias cujo significado encontra-se em constante transformação, sendo negociado social e culturalmente. Compreende-se que a cura, desse modo, precisa ser compreendida em diferentes níveis analíticos fisiológicos, psicológicos, sociais, e culturais (SANTA CATARINA, 2012).

Muitas pessoas procuram o serviço de saúde e a patologia não é resolvida de forma medicamentosa. Elas precisam, às vezes, de diálogo, atenção, cuidado, carinho. A relação das terapias integrativas com a cura está comprovada. As práticas conduzem para o fortalecimento dessa humanização que a saúde precisa (CIRANDAS DE VIDA, 2010).

Os integrantes da Rede concordam quando apontam que a atenção básica, seus princípios, diretrizes e formas de organização podem apoiar o processo de desmedicalização pela proximidade com a comunidade, a qual permite um maior contato com a cultura popular e técnicas baseadas em saberes não científicos. Isso pode gerar um cuidado culturalmente mais adequado, mais acessível e eficaz (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

Assim, a sensibilização da população e profissionais da Atenção Básica em Saúde para a humanização por meio do Programa Uso Racional de Plantas Mediciniais, ocorre para implantação da Fitoterapia como opção terapêutica no sus, considerando a valorização do contexto local no que se refere à utilização popular da fitoterapia, aliada ao conhecimento científico do Uso Racional de Plantas Mediciniais; Utilização do Programa Uso Racional de Plantas Mediciniais como ferramenta social de aproximação com a população, gerando valorização e empoderamento do usuário sus para a melhor utilização do serviço (SANTA CATARINA, 2012).

Ampliam-se, assim, os coeficientes de saúde, uma vez que a capacidade das pessoas de agirem sobre a sua própria vida, seu ambiente, sua saúde, sobre os sofrimentos e acontecimentos cotidianos também é ampliada.

Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde (SANTA CATARINA, 2012).

Além disso, lhe insere num contexto social. Tem ainda o efeito da pessoa se reconhecer na sua potência, não só na fragilidade. Ela pode ser mais no seu processo de conviver em comunidade (CIRANDAS DA VIDA, 2012).

As profissões, quando oficiais, definem os objetos de seu trabalho, permitindo que interesses da corporação ganhem força na disputa de valores. A inserção de PICS pode criar espaços para que outras ocupações e outras formas de produzir

saúde se autorizem a experimentar, errar e acertar, realizar o que os autores chamam de exposição empírica (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

As Cirandas da Vida são uma estratégia de educação em saúde centrada na educação popular. Em três anos de existência acumula experiência e condições de ofertar ao Sistema Municipal Saúde Escola reflexões, vivências e formação em torno de temas que vão desde processos pedagógicos vivenciais a facilitação de práticas integrativas, de formação de grupos, de construção de vínculos entre os saberes popular e científico, entre práticas populares de cultura e processos de produção de saúde em diversos territórios nas seis regionais, partindo da educação popular e das linguagens da arte (LIMA, 2008).

Essas práticas inovam, no relato dos integrantes, na medida em que colocam em prática o princípio da transversalidade proposto pela PNH, reconhecendo que é possível o diálogo entre as diferentes especialidades, as práticas de saúde e o saber popular. Juntos eles podem ser capazes de produzir um cuidado com corresponsabilidade.

Em alguns relatos, as PICS aparecem associadas às práticas de Educação Popular em Saúde (EPS), com movimentos de fomento à inclusão social e ampliação da cidadania. A EPS representa uma quebra com as formas tradicionais de se fazer educação em saúde (forma normatizadora com papel passivo de “quem aprende”), buscando ampliar a aprendizagem coletiva a partir dos conhecimentos dos sujeitos já existentes, do aumento da capacidade de análise crítica das situações, com o incentivo à participação popular e mudanças na sociedade (VASCONCELOS, 2004).

A planta medicinal sai do campo técnico para entrar no campo antropológico, sendo uma ferramenta de inclusão social no nosso contexto local de saúde, gerando desdobramentos e demandas inesperadas, como por exemplo, oficinas de Direitos e Deveres do Usuário do sus, Saúde para Todos, Como o sus funciona, Saúde na Educação, entre outros (SANTA CATARINA, 2012).

Inovação, apontada nos *posts*, está presente na disputa de valores no momento da atividade. Esses valores presentes no sujeito são compostos também pelos valores dos coletivos com os quais ele se relaciona, destacando a importância que as mudanças se deem tanto nas micropolíticas do trabalho em saúde quando nos espaços macro de decisão.

Outro aspecto interessante é de como construir perspectivas, utopias, horizontes que animem os trabalhadores para empreendimentos dessa natureza. Como fazer com que o projeto de saúde a ser implementado seja

ao mesmo tempo da gestão macro micro, do desejo transformado em práticas dos trabalhadores e da população em geral (LIMA, 2008).

Destacou-se, ainda, que a atividade se constrói a partir das normas antecedentes e do que é reconvocado no momento da ação em si, apontando para necessidade de serviços capazes de permitir, reconhecer e legitimar a renormalização existente em toda atividade, abrindo espaços para que seja possível produzir cuidados mais próximos da necessidade de saúde dos usuários.

No caso das Cirandas da Vida, as preocupações, o foco vai estar na educação, nos processos de cuidado, na ação cultural, na relação saber popular, saber científico, cultura popular, produção de saúde, doença, no contexto e no lugar em que as coisas acontecem para ver o que e em que podemos contribuir com possíveis intervenções para prováveis mudanças. Sabemos que bons arranjos a partir da reorientação e reorganização dos serviços regados a muito diálogo e paciência histórica melhoram os processos de gestão e produzem resultados satisfatórios (LIMA, 2008).

As experiências apontam para a necessidade de produzir diálogo entre conhecimentos científicos e não científicos, compreendendo que:

a saúde não é apenas assunto dos profissionais de saúde, mas também daqueles que vivem a experiência de conquista da saúde em determinado contexto histórico-social, permeado por pressupostos éticos e epistemológicos que têm como horizonte o bem comum (HENNINGTON, 2010, p. 211).

As PICS podem ganhar caráter inovador desde que não se configurem como introduções apenas de novas tecnologias, mas que se proponham a uma redefinição e ampliação das relações entre:

as diversas profissões, especialidades, serviços, doentes, familiares, vizinhos e organizações sociais locais envolvidos num problema específico de saúde, fortalecendo e reorientando suas práticas, saberes e lutas [...] articulando diferentes e até contraditórias iniciativas presentes em cada problema de saúde (VASCONCELOS, 2004, p. 74).

Luz (2005), ao refletir sobre as PICS, corrobora o que trazem os autores da RHS ao afirmar que essas práticas podem promover uma mudança no paradigma médico, pois buscam uma centralidade no sujeito doente e na saúde (não na doença); uma mudança da relação entre usuário e profissional. Além disso, elas são desenvolvidas com meios terapêuticos mais simples, baratos e também eficazes, reduzindo a lógica de solicitação de exames para realizar diagnósticos, ampliando a autonomia dos sujeitos.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS confirma os aspectos inovadores encontrados nas experiências ao endossar que as

PICS contribuem para: uma atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, fortalecimento dos princípios do SUS e ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela produção da saúde e do exercício da cidadania (BRASIL, 2006).

O dia que o SUS visitou o cidadão*



Figura 5

<u>Esta é uma boa história</u>	<u>E se estiver na fila</u>
<u>Digna de um cordel</u>	<u>Uma outra novidade</u>
<u>Trata de quando o SUS</u>	<u>No atendimento do SUS</u>
<u>E um usuário fiel</u>	<u>Vale a solidariedade</u>
<u>Resolveram discutir:</u>	<u>E quem estiver mais doente</u>
<u>Cada um o seu papel</u>	<u>Tem a prioridade</u>
<u>João sempre reclamou</u>	<u>João então respondeu</u>
<u>Da fila e do atendimento</u>	<u>Eu tô gostando de ver</u>
<u>Sempre que precisou</u>	<u>E o SUS lhe disse: tem mais</u>
<u>Sentia um ressentimento</u>	<u>Melhor ainda vai ser</u>
<u>De nunca ser recebido</u>	<u>Se equipes e usuários</u>
<u>Conforme o merecimento</u>	<u>Tentarem se conhecer</u>
<u>Mas..você precisa saber</u>	<u>Pra findar essa conversa</u>
<u>São vários os seus direitos</u>	<u>Agora preste atenção</u>
<u>Você deve apreender</u>	<u>Todas essas mudanças</u>
<u>Se alguém não respeitar</u>	<u>E as outras que virão</u>
<u>Você vai se defender</u>	<u>Tem um nome bem bonito</u>
	<u>É a humanização.</u>

*Disponível em:
<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cordel2.pdf>
 Acesso em: 1 de maio 2013.

5.2.1.3. ACOLHIMENTO

Esta classe parece se relacionar com a Classe 1 por também destacar formas de organização do serviço, trazendo palavras como: Unidade de Saúde da Família (USF) , modelo, diretriz, acolhimento e oferta. Apresentou 46 UCE selecionadas, o que corresponde a 12% do total e 67 palavras/formas reduzidas analisáveis. Dos 37 posts analisados, 8 abordam o acolhimento.

A ferramenta acolhimento surge na década de 90 do século passado, em meio a uma nova crise no setor saúde causada pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde e pela baixa qualidade de assistência prestada à população. O debate se intensifica com a discussão em torno da humanização da saúde, anunciada na XI Conferência Nacional de Saúde. Em 2003, já a época da XII CNS, ano do lançamento da PNH, o acolhimento se configura como uma das principais diretrizes desta política e é introduzida no discurso oficial do Ministério da Saúde (MITRE, ANDRADE E COTTA, 2012).

Experiências pioneiras do acolhimento na atenção básica à saúde são as de Betim e Belo Horizonte/MG, em 1999. No texto no qual é relatada a experiência de Betim, Franco, Bueno e Merhy (1999) apresentam o acolhimento como processo intercessor, existente em todo encontro entre trabalhador e usuário que visa a produção de relações de escuta e responsabilização. Para os autores, trata-se de dispositivo que, ao fazer parte do conjunto do processo de trabalho das unidades de saúde, pode identificar problemas de acessibilidade às reais necessidades dos usuários. O acolhimento como diretriz operacional tem a finalidade de promover mudanças na organização e funcionamento do serviço de saúde ao: atender a todas as pessoas que procuram pelo serviço, dar resposta positiva aos problemas de saúde da população, organizar o processo de trabalho, retirar do médico o eixo central e transferi-lo para a equipe, e qualificar a relação entre o trabalhador e o usuário (que se tornará mais solidária, cidadã e humana) (FRANCO, BUENO E MERHY, 1999).

Um dos *posts* analisados questiona a quem caberia o acolhimento e sinaliza a realização do mesmo pelo profissional médico. Porém, aponta a necessidade de uma equipe responsável por realizá-lo:

Gostaria, no entanto, que no médio ou no curto prazo, pudesse ter na minha UBS, uma equipe de recepção, de funcionários ou de voluntários, que pudesse exercer o papel que ora venho fazendo, na verdade, com muito prazer (HOULY, 2009).

Este fragmento se aproxima do que é apontado nos primeiros estudos sobre o acolhimento, nos quais ele aparece como uma triagem humanizada (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012), com repasse de encaminhamentos para serviços dentro da própria unidade ou serviços especializados. A atribuição da função a apenas a uma equipe causa sobrecarga e baixa adesão dos demais profissionais (TAKEMOTO; SILVA, 2007), bem como distorce e reduz o potencial deste dispositivo, muitas vezes confundido apenas com uma “atitude voluntarista, de bondade e favor por parte de alguns profissionais” (NEVES; HECKERT, 2010, p.152). Entretanto, nas demais experiências, foi possível identificar alguns sinais de inovação presentes na prática do acolhimento. **1º)** Identificou-se o caráter inovador apontado por Tesser, Neto e Campos (2010), do acolhimento como estratégia capaz de ofertar formas de atenção à demanda por meio de outras explicações para as demandas, para além da biomédica, outras possibilidades de cuidado que não apenas a consulta médica, ampliando a clínica, quebrando, assim, a verticalidade da organização do trabalho a partir do profissional médico. A palavra "peso", no trecho abaixo, parece refletir tanto uma sobrecarga de trabalho para o profissional quanto (e como causa) a centralidade dada ao seu papel na produção do cuidado.

A gente tirou o peso do médico. Agora, ao fazer uma consulta comum, ele sabe que não tem gente esperando na fila, porque o acolhimento dá suporte. E nenhum paciente é mandado de volta para casa sem ser atendido, explica a ACS Edna Guerra (ARAGÃO, 2010).

O acolhimento, assim, modifica a organização do processo de trabalho, amplia o campo de atuação e o “arsenal tecnológico” dos demais profissionais. Ele exige compartilhamento de saberes, angústias, responsabilização e invenções, reduzindo a medicalização da vida (ILLICH, 1975).

2º) Outro sinal foi o fomento do trabalho em equipe e o fortalecimento da grupalidade. Destaca-se a necessidade de que o acolhimento seja uma estratégia

participativa, com espaços tanto na equipe que realiza o acolhimento como espaços que promovam o diálogo entre gestão e equipes, “pois a mudança no processo de trabalho pressupõe a adesão dos trabalhadores à nova diretriz” (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p. 351). O dispositivo se configura, então, como espaço também de acolhimento para as angústias e dúvidas dos profissionais de saúde.

O fortalecimento da grupalidade, segundo relatos dos profissionais, parece mesmo ser um segundo aspecto para o qual o Acolhimento tem colaborado de forma decisiva. Essa experiência nos tornou uma equipe de fato, relata à médica Ivonete Wanderley. Prova disso são as reuniões semanais que a equipe da unidade realiza todas as sextas-feiras, destinadas à avaliação do trabalho realizado pela unidade e o planejamento de ações futuras (ARAGÃO, 2010).

A expressão “de fato” parece, à semelhança da “de verdade”, como uma tentativa de aproximação com a norma. As equipes multiprofissionais prescritas e existentes nas unidades de saúde muitas vezes reproduzem um fazer fragmentado e isolado, restringindo a comunicação aos encaminhamentos de acordo com as especialidades de cada um dos profissionais que a compõe. O trecho acima aponta o potencial presente no acolhimento para promover arranjos na organização do trabalho que colocam trabalhadores em uma relação mais dialógica, desconstruindo, dessa forma, uma ação centrada no saber nuclear e no procedimento.

Os espaços de discussão e reflexão sobre o dispositivo aparecem como fundamentais para o bom desenvolvimento desta ação em estudos como o de Franco, Bueno e Merhy (1999) e Mitre, Andrade e Cotta, (2012). Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999) o acolhimento só será possível se a gestão for participativa e democrática; somente se existir interação da equipe e governabilidade para decidir sobre a organização da unidade onde atuam. Nesses momentos e durante a própria atividade do acolhimento, o fazer da equipe é posto em análise, como verifica-se na fala deste autor:

A equipe não tinha um objetivo comum para discutir. O acolhimento coloca em análise, é um dispositivo de gestão potente (ARAGÃO, 2010).

3º) O uso de dois dispositivos que associados ao acolhimento são capazes de qualificar a atenção prestada ao usuário: o "Posso Ajudar" e a avaliação e classificação de risco. O "Posso Ajudar" promove um primeiro contato com o usuário e oferta informações sobre quais serviços são realizados e qual fluxo o usuário deve

seguir de acordo com a sua necessidade. Ele qualifica o processo de trabalho das equipes de saúde e reduz conflitos.

[...] temos percebido que este trabalho tem reduzido o tempo de espera e intermediado alguns conflitos no arquivo, na sala de vacinas e na marcação de consultas referenciadas (RODRIGUES, 2011).

Como resultados da implantação do "Posso Ajudar", os integrantes da Rede listam, também, a qualificação nos processos de humanização das ações de saúde e a ativação de reflexões sobre o processo de trabalho e de redes para a produção do cuidado. Além disso, ele se configura como espaço potente de educação permanente para quem realiza a atividade, como foi o caso dos ACS e estudantes universitários, nos *posts* analisados. Ao colocá-los (ACS e estudantes) em contato com os usuários, com as necessidades de saúde dos mesmos e com as dificuldades e entraves dos fluxos de atendimento nas unidades, reafirma-se que a atividade, a experiência é momento de produção de conhecimento.

Este trabalho tem proporcionado também um maior conhecimento por parte dos agentes de saúde dos serviços oferecidos e suas dificuldades (RODRIGUES, 2010).

[...] e para a formação destes estudantes a contribuição tem sido significativa eles passam a ter outra visão do sus, tenho falado que com o programa temos trazido novos aliados, sem contar à importância que eles percebem em um atendimento baseado na humanização, no respeito pelas singularidades, pela troca de saberes e experiências (PITCHON, 2010).

O acolhimento com a avaliação e classificação de risco tem por objetivo superar a lógica cruel de atendimento por fila, senha ou ordem de chegada, solução encontrada por muitas unidades frente ao alto número de usuários para atendimento (BRASIL, 2004). Distancia-se da triagem à medida que atende a todos e identifica a prioridade para atendimento por meio de avaliação do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2004).

Todas as unidades de saúde acolhem a livre demanda utilizando se da ferramenta classificação de risco e considerando as vulnerabilidades e direitos sociais dos usuários favorecendo o direcionamento de fluxo correto, buscando dar maior resolutividade as demandas e atendendo as necessidades da população (SILVA, 2011).

O estudo de Mitre, Andrade e Cotta (2012) aponta que o uso de protocolos e critérios de prioridade é um avanço na medida em que não apóia a decisão apenas em critérios burocráticos e administrativos. Entretanto, destaca que é preciso ter cuidado para que a rigidez na utilização dos protocolos não centre a decisão do

profissional apenas na queixa-conduta e nos aspectos clínicos dos problemas de saúde que o usuário apresenta, limitando-se à realização de uma clínica mais ampliada. É preciso atentar para não gerar uma associação pelo usuário de que só será atendido aquele com maior gravidade, o que pode acarretar exagero da sua queixa. uma sensação de quem decide sobre o atendimento ou não, é o profissional de saúde limitando a autonomia do usuário e gerando insatisfação.

Outro ponto importante é o fato do acolhimento colocar o trabalhador em contato constante com a imprevisibilidade do trabalho em saúde. Isso promove, muitas vezes, a sensação de impotência frente a tantas necessidades colocadas pela população. Protocolos, normas de conduta e priorização podem servir de ferramentas para reduzir o desconforto de não ter respostas a todas as singularidades apresentadas no momento da atividade. A necessidade de apoio e educação permanente para realizar esta ação apareceu em muitas experiências.

4º) Quando associado a uma real resposta às demandas da população, escuta qualificada e valorização do saber popular, o acolhimento é capaz de produzir vínculo, satisfação e credibilidade frente à população, como foi destacado nos *posts*:

A unidade tem outra cara, tanto para a população quanto para a equipe. O acolhimento trouxe organização do serviço, empoderamento do grupo e credibilidade da população (ARAGÃO, 2010).

Para a PNH, o acolhimento é ato ou efeito de acolher, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão (uma das suas principais diretrizes). O acolhimento assim tem o compromisso de acolher as diferenças, dores, alegrias, modos de viver, sentir e estar na vida; compromisso de protagonismo nos diversos encontros e de inventar meios de dignificação da vida e do viver (BRASIL, 2006). Se realizado, viabiliza a configuração de serviços de atenção básica como porta de entrada para o sistema, atende o direito de acesso aos serviços de saúde dos cidadãos, garantido constitucionalmente (SANTOS; SANTOS, 2011).

5.2.2. Inovações na produção do cuidado

Neste eixo, a busca cotidiana dos trabalhadores e as invenções/ inovações que surgem a partir do que é solicitado no momento da atividade se direcionam para uma transformação das relações e das formas de produzir cuidado por meio de uma transformação da clínica, da mudança do foco da doença para o sujeito.

Neste modo de se coproduzir saúde, permite-se um aprendizado com as maneiras que os usuários e as comunidades utilizam para superação das dificuldades, alterando o modo distante e mecanizado de produzir cuidado. Apresentam-se estratégias que atuam no campo simbólico dos usuários e forjam unidade de saúde que convidam os sujeitos a sentirem-se em casa. Ou seja, o ambiente fica mais agradável para usuários e trabalhadores e cria-se um sentimento de pertencimento à unidade, com aumento do vínculo, participação e corresponsabilização.

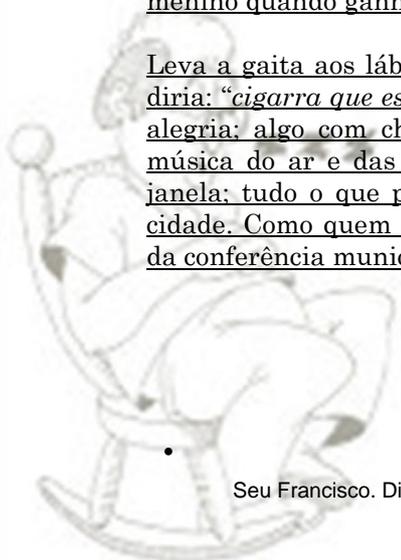
Reencontrando a canção: uma visita a Seu Francisco*

Encontrava seu Francisco sentado na cadeira de balanço de frente à janela que dá para a cancela. Cancela que dá para a estrada. Estrada que leva à cidade para onde há muito seu Francisco não vai.

Com esforço, de olhos sempre fechados, os ouvidos puxam as lembranças das imagens que se desentendem nesse tempo de quase nove décadas vividas. Assim pode ver os passarinhos cantando lá fora, o frescor vindo do mato, o chão molhado da serra, a água corrente entre as pedras e o ronco do carro que passa distante a cada três horas. Sua irmã sentada ao seu lado, o acompanha na apreciação da paisagem. Na visita usual, artrite reumatóide, deficiência visual e auditiva, dificuldade de deambulação são palavras re-escritas registradas no prontuário. Algum tempo depois da verificação da TA, ausculta, exame físico e prescrições, alguém da equipe conta que, quando criança, muitos saíam de casa para ouvi-lo tocar sua gaita. A irmã relatou que após sangramento nasal que o levou a consultar um otorrino, seguiu rigorosamente a recomendação do especialista: há catorze anos não tocava a sua gaita e até desfez-se dela presenteando um parente. Alguém pergunta em tom alto para que ele possa escutar: sente saudade, seu Chico? Ele direciona o rosto à voz e responde com os olhos fechados: SIM! Muita, muita saudade! Aprendera a tirar sons sozinho, devagar, mas quando gostava de uma canção, não sossegava enquanto não a tocava "todinha". Lembrava o poeta Fernando Pessoa: *E a melodia que não havia se agora a lembro faz-me chorar.*

No dia seguinte, a equipe encontra Seu Francisco e a irmã diante da janela. A mesma cena e uma sensação de que nada acontecia por ali. Ao entrar, a médica ansiosamente põe um objeto em suas mãos: "Trouxe uma coisa pro senhor!" Ele o apalpa de uma ponta a outra; reconhecendo a velha parceira, a agarra com os olhos marejados e canta alto, com cara feliz de menino quando ganha um brinquedo novo: "Eu vou pra lua, eu vou morar lá"...

Leva a gaita aos lábios; continua a canção tocando-a inteirinha. Acho que Manoel de Barros diria: "cigarra que estoura o crepúsculo que a contém". Mas era também uma manifestação de alegria; algo com cheiro de aurora. Abstrações ganhando formas. Seu Francisco pegara a música do ar e das coisas lá de fora; inseria na música tudo o que havia colhido naquela janela; tudo o que precisava para expressar o seu mundo. Seu Francisco arrumou-se, foi à cidade. Como quem sai para exibir a antiga namorada reencontrada, foi brilhar na abertura da conferência municipal de saúde do local.



*Gadelha, J.A. 30/07/2011. Reencontrando a canção: uma visita a Seu Francisco. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/11995-reencontrando-a-cancao-uma-visita-a-seu-francisco>. Acessado em: 30/05/2013

Figura 6** – Idoso na cadeira de balanço

**Disponível em: <http://lazer.hsw.uol.com.br/como-desenhar-cartoons21.htm>. Acessado em: 30/05 de 2013.

A Classe 3 reuniu 7% das UCE selecionadas (30 UCE) e 65 formas reduzidas. As formas reduzidas que associam as UCE e formam esta classe são: atendimento, paciente, cas-a, gente.

A leitura dos resultados demonstrou um destaque nesta classe para as estratégias que têm como foco o atendimento integral aos usuários e a escuta cuidadosa às necessidades de saúde dos usuários na busca por uma clínica capaz de articular os enfoques biomédico, social e psicológico para a produção de um cuidado mais resolutivo, responsável e coproduzido (BRASIL, 2010).

Campos (1997), Cunha (2004) e Merhy (2007) apontam para a necessidade de uma transformação da clínica capaz de ampliar o foco, o objeto da doença para o sujeito portador de alguma necessidade de saúde, incluindo seus sofrimentos, doenças e risco de morte. Campos (1997) destaca um trecho de um texto de Amarante (1996) em que ele sinaliza a necessidade de uma ênfase não mais na doença e no "processo de cura" e sim no processo de "invenção da saúde" e de "reprodução social do paciente" (CAMPOS, 1997, p. 2).

Colocando o sujeito no centro, abre-se também para uma série de outras causalidades e necessidades, não mais restritas ao corpo biológico e a alguma disfuncionalidade desse corpo. No trecho abaixo, as palavras “amplo” e “todo” parecem querer contradizer tanto a clínica fragmentada e especializada quanto a centralidade na enfermidade. A intervenção direcionada ao que Mehry (2007) chama de “corpo de órgãos” permite intervenções corretivas a partir de sinais e sintomas e em busca de uma normalidade perdida, desconsiderando inclusive as características culturais e sociais do processo saúde-doença. Também presente neste trecho, a expressão “quando volta para casa” sinaliza a preocupação em entender e conhecer este usuário para além dos sinais, sintomas e queixas que apresenta e aquilo que é dito e abordado no momento da consulta.

O que tem se buscado é resgatar o atendimento ao usuário como um conceito mais amplo [...] Aqui o paciente é visto como um todo. Não basta que a gente atenda bem ao paciente na unidade, é preciso descobrir o que

o levou a desenvolver uma determinada patologia e saber o que acontece quando ele volta pra casa (ARAGÃO, 2010).

O objeto de intervenção centrada no corpo doente, na patologia traz uma série de consequências para clínica que se refletem na forma de organização do processo de trabalho das equipes e da organização da agenda (CUNHA, 2004). Se a abordagem está voltada para o processo patológico ou para alguma fase do ciclo de vida dos usuários, se a atenção está centrada no que estaria dentro ou fora de um processo biológico dito normal, a organização da agenda por programas parece ser uma boa solução para potencializar o uso de tecnologias e equipamentos dentro da unidade.

A gestante adolescente, ainda no primeiro trimestre, que esconde a gravidez dos pais e que precisa ser atendida no horário destinado ao programa do pré-natal nas unidades, é um bom exemplo. A quem esta organização parece favorecer? Outro exemplo seria ao da mãe com dois filhos, um de um ano, outro já com 20 anos que necessita do acompanhamento dela para as consultas. Uma organização por programas faria essa mesma usuária ter que ir à UBS três vezes distintas, mesmo que o profissional que os atendesse fosse o mesmo. Uma das experiências colocadas na Rede caminha para reversão desta lógica com o uso de estratégias que valorizam o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, entendendo que o trabalho em saúde é um fazer coletivo e que trabalhar de forma compartilhada é mais potente. Assim, amplia-se o leque de possibilidades de intervenção da equipe e considera-se que, em alguns momentos da vida dos usuários, seus problemas ou estado de saúde não são suas principais preocupações.

Já é realidade a doce surpresa de um grupo que atende as mães e seus filhos divididos por faixa etária também no ESF do Prado, ação onde toda a equipe e os profissionais do NASF estão envolvidos. Mães tiram dúvidas sobre os cuidados com seus filhos sem precisar marcar consulta para isso, esclarecimentos que as tranquilizam, reforçam a sequência da amamentação e produzem um olhar sobre a saúde delas próprias num momento que parece tudo estar voltado para os filhos. Enquanto isso as crianças em outro espaço também são olhadas pela equipe durante o tempo da brincadeira observam crescimento, peso e medidas, veem seu desenvolvimento e como estão sendo estimuladas (SILVA, 2012).

A PNH (2009) aponta a necessidade de saber o que o paciente apresenta de singular no processo saúde-doença, realizando uma escuta detalhada das necessidades do usuário e entendendo de que forma ele compreende o que está

vivendo. O acolhimento e as PICS voltam a se apresentar como estratégias inovadoras. O primeiro por se configurar como espaço propício para esta escuta, por permitir que o encontro entre usuário e profissional seja norteador da conduta terapêutica, por colocar em questão os saberes fixos e disciplinares e por entender que usuários distintos, mesmo com diagnósticos de patologias semelhantes, vivenciam-nas de maneiras distintas (CUNHA, 2004). As PICS por trazerem consigo outras formas de perceber e intervir no processo saúde-doença, valorizando o saber popular. Ambos negam a medicalização da vida e exercitam a clínica ampliada.

[...] por isso, os pacientes são orientados a participarem das outras terapias. Na oca, tem terapia comunitária, fitoterapia, argiloterapia, banho de ofurô, conversa individual e até rezadeiras. A religiosidade também é levada em conta. O local tem representante católico, evangélico e mãe de santo. Eu acho que, dessa forma, os pacientes se sentem mais amados, mais acolhidos e assim se descobrem, percebem que tem de se amar, elevam a autoestima (Cirandas da Vida, 2010).

Profissionais “híbridos”, aqueles que incorporam outras racionalidades, saberes e verdades para além da médica hegemônica, teriam maior facilidade em realizar um clínica ampliada, pois superam os limites dos filtros teóricos que podem cristalizar e enrijecer a prática clínica (CUNHA, 2004). Parece muitas vezes mais confortável para o trabalhador prender-se à norma “ao invés de se interrogar constantemente sobre as dramáticas de usos de si mesmo que não cessam de alimentar nossos semelhantes, seus usuários, nos encontros que esses realizam na vida” (SCHWARTZ, 2011, p. 33). Para Schwartz (2011), existirá uma perda de qualidade caso os profissionais de saúde se prendam aos saberes acadêmicos e organizacionais e não aprendam com as vulnerabilidades e formas de superação que os usuários lhes apresentam nos momentos de encontro que são “indefinidamente renovados”.

O *post* copiado no início deste tópico traduz o poder que a clínica e, em consequência/causa, os profissionais da saúde (com mais nitidez o profissional médico) possuem de influenciar o imaginário das pessoas e determinar condutas e formas de viver. Campos (1997) tenta explicar essa influência que a clínica mesmo a degrada) como ele denomina, por ser pouco resolutive e acompanhada de alienação, desinteresse, pouca escuta, dificuldade de comunicação e fixada em procedimentos técnicos) tem com os usuários, por meio da relação forte com o

complexo médico-industrial, cumpre papel de luta contra a morte e o sofrimento ou, até mesmo, possui capacidade de resolver uma séria de problemas de saúde e de aliviar muitos sofrimentos.

Cunha (2004) destaca que o sujeito doente, muitas vezes, está com certa disponibilidade e abertura à transformação e que pequenos gestos e palavras (muitas vezes desatentos) dos profissionais podem ser repetidos por anos pelos pacientes: “este remédio é para sempre” ou quem sabe: “você não poderá tocar essa gaita por um bom tempo” e sinaliza que o profissional precisa se perceber e perceber o outro (CUNHA, 2004, p. 122).

O que à primeira vista parece uma atitude simples do médico e da equipe de dar de volta uma gaita ao Sr. Francisco representa, na verdade, um reposicionamento e enfrentamento a uma forma distante e mecanizada de se produzir saúde. Trata-se de entender que Sr. Francisco, sua história, prazeres, gostos e desgostos devem fazer parte do que se odeve ser considerado no seu projeto terapêutico e que não são apenas detalhes. Reconhecer que “mais do que discutirmos como obter os melhores resultados, ou como resolver os principais problemas, estamos também lidando com elementos que muitas vezes concentram enorme quantidade de energia afetiva dos sujeitos e das instituições” (CUNHA, 2004, p. 99).

Por entender que os sujeitos depositam na clínica e nos profissionais de saúde afetos e esperanças, é preciso não se deixar “substituí(r) completamente o ser realmente existente e perde(r)-se a capacidade de se operar com a singularidade de cada caso, reconhecendo os limites, os valores (subjetivos, portanto) e os poderes associados aos saberes” (CAMPOS, 1997, p. 10).

Por fim, como exemplos de transformação da clínica aparecem nos demais tópicos desta dissertação, traz-se mais um trecho de um *post* da Rede para abordar um elemento importante a ser percebido para realização da clínica ampliada.

Entre outros tantos usuários em busca de atendimento, um senhor magro, cabelos grisalhos, roupas gastas, aproxima-se da sala de curativos. Não se deixa anunciar. Olhar sério, bate à porta com a bengala, insistentemente. Há um mês, comparece à unidade para o curativo de uma úlcera no membro inferior. Enquanto carrega pesadamente a perna enfaixada, sua expressão agressiva e o forte odor espalhado pela ferida afastam as pessoas do seu caminho. Como nos dias anteriores, o pessoal da

enfermagem apresenta as justificativas mais diversas com o intento de se eximir da realização do procedimento até que uma delas, de repente, decide enfrentar o “tormento.” Naquele dia, ao convidá-lo a entrar na sala, ela insiste no “bom dia”. O velho, mais uma vez, finge não ouvir; apressa-se em ganhar tempo e manter a distância ocupando-se em subir uma das pernas da calça. A moça se aproxima e inicia o procedimento. À medida que a atadura é retirada, a enorme úlcera vai se revelando maior. O forte odor invade a sala. Tudo parecia escorrer do falso silêncio daquela ferida. Era um momento em que, qualquer palavra precisava ser pronunciada; qualquer coisa rogava por ser dita; algo que anunciasse um pouco de vida que fosse. A moça arrisca: gosta de música? Ele sem responder. Ela insiste: vou cantar uma música de Lulu Santos, conhece? Ele a ignora; permanece calado. Enquanto o soro fisiológico é derramado seguindo seu fluxo generoso e carregando com ele as secreções, ela dispara: “nada do que foi será de novo do jeito que já foi um dia...” canta ritmando mãos e voz com cada passo do procedimento técnico até envolver novamente a ferida; continua cantando até o momento em que retira as luvas – “há tanta vida lá fora” - até trazer de volta a velha calça que, sob o calor proporcionado pelo passar das mãos no amassado das bainhas, parecia acordar do lugar de antes. Enfim, olha-o nos olhos e sinaliza: pronto, acabou. Ele se retira em silêncio, sem se despedir. No dia seguinte, volta no mesmo horário. Dessa vez, chega devagar e para a enfermeira no corredor: “quero que aquela moça que canta a música de Sílvio Santos faça o meu curativo de novo” (GADELHA, 2012).

Obviamente, desse recorte do *post*, poderíamos extrair uma série de reflexões sobre escuta, responsabilização, preconceito, atenção, cuidado no cuidado, entre outros. Mas, chamam a atenção dois pontos. O primeiro é a capacidade da profissional em trabalhar com a subjetividade. Ao cantar, transforma esta ação em ação do seu cotidiano, coloca o agravo do usuário como algo que não lhe causa medo ou repulsa e, ao mesmo tempo, trata o usuário como alguém especial que merece atenção e respeito. Além disso, uma inferência (como tantas outras) da autora do *post* pode ter provocado nesse sujeito uma transferência positiva e uma lembrança de algo e alguém agradável em sua história de vida. Importante estar atento às transferências que podem existir na clínica, pois elas podem vincular-se não só a pessoas, mas a instituições e não apenas a boas relações, mas relações de humilhação, repressão e dominação. Por exemplo, a igreja frente a alguns comportamentos sexuais causa interferência na conduta dos usuários frente aos profissionais de saúde (CUNHA, 2004).

5.2.2.2. AMBIÊNCIA: OS “TERRITÓRIOS” DE ENCONTROS DO SUS – UM LUGAR PARA CHAMAR DE MEU

Esta classe, com palavras como lembrança, história, lugar, faz referência à aproximação das práticas de saúde/equipe/ambiência da unidade, da história e do cotidiano dos usuários, do território e da cultura. Foram apresentadas 68 palavras analisáveis, 39 UCE entre as selecionadas (10% do total). Em cinco *posts*, questões referentes à ambiência aparecem como estratégias de inovação na produção do cuidado.

Entre os problemas existentes ainda hoje na atenção básica à saúde, a infraestrutura é sem dúvida um dos principais e mais presentes em todo o território nacional. Casas que são adaptadas para acolher UBS, com dimensões aquém do necessário, são apenas um dos desafios a serem enfrentados, como podemos ler nos fragmentos dos *posts* a seguir.

É uma unidade de pequeno porte estrutural com estrutura física inadequada por ser uma casa de conjunto habitacional adaptada para uma unidade de saúde (FREITAS, 2009).

O que não dizer da infraestrutura física das nossas unidades de saúde, muitas delas verdadeiras casas de pombo, inadequadas em suas recepções e em suas salas de espera (HOULY, 2009).

Coloca-se, então, como desafio à prática diária dos profissionais de saúde da AB, pensar estratégias que tornem os espaços das UBS mais agradáveis e acolhedores. O compromisso com a ambiência é uma das características do processo de trabalho das equipes de atenção básica, destacadas na Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011). Esse compromisso aparece na Rede HumanizaSUS como uma das preocupações e inovações no fazer das equipes de saúde.

Uma das estratégias apresentadas é a composição de cenários que trazem elementos e objetos da cultura da comunidade presentes no cotidiano das pessoas.

A toalha rendada é aberta sobre a mesa e os objetos vão aos poucos se pondo a várias mãos uma velha lamparina a querosene, um ferro de passar a carvão, uma chaleira, um rádio, um portaretratos. Na parede, um estandarte de retalhos coloridos exibe versos, mensagens, fragmentos afixados de antigas conversas. Completando a cena, uma cadeira de

balanço coberta por uma manta de algodão espera pelo próximo que irá sentar e contar sua história. Pode parecer estranho à primeira vista, mas o panorama descrito não faz parte da encenação de uma peça de teatro ou de alguma exposição de antiguidades os artefatos mencionados e a composição do cenário estão ali para produzir saúde (ARAGÃO, 2010).

Muitas vezes, objetos trazidos pelos próprios usuários produzem a sensação de pertencimento à unidade. É um pouco de cada um e da história de todos na composição de serviços de saúde mais próximos da comunidade e mais agradáveis para usuários e trabalhadores. Atua-se no campo simbólico, dos saberes, cultura, valores, história, artes, linguagem, que acessados pelos sujeitos tornam-se um “primeiro vetor de organização da ação do mesmo para a produção do cuidado” (FRANCO, 2006, p. 8).

Assim também são os objetos sobre a mesa. A caneca florida tem, para Rosa, o sabor do leite de vaca ordenhado e consumido na hora no sítio do avô. Para Margarida, outra lembrança, usava a caneca para comprar manteiga a granel na mercearia perto de casa. Fascinada por aviões, quando os avistava, acenava com a caneca esquecendo que, com o movimento, a manteiga derretia derramando-se pela areia da praia. O velho rádio toca Luiz Gonzaga, conta Seu Geraldo; mas para Dona Severina ele toca uma valsa. O lampião guiava os caminhos de Adélia, mas também iluminava Seu Olívio ao escrever seus versos. Lampiões, lamparinas, velas. Chamas acesas. Sopros de vida (GADELHA, 2012).

Entende-se que os usuários, ao “sentirem-se em casa”, serão mais capazes de expor suas necessidades, dúvidas, dificuldades e anseios.

O bom dia caloroso das muitas vozes e os objetos dispostos na mesa, inspirados no cenário vivo encontrado nos domicílios de tantos outros moradores da vizinhança, ajudam a se sentir em casa. Dona Cleide respira fundo e começa a compartilhar sua história (ARAGÃO, 2010).

Os equipamentos de saúde, por vezes, são associados pelos usuários a espaços onde prevalecem a doença, o sofrimento e a dor. A preocupação presente em alguns dos *posts* é a de possibilitar que as unidades de saúde sejam também vistas pela população como um espaço acolhedor e produtor de vínculo. É um cuidado presente tanto nos momentos reservados para os grupos, rodas e atividades coletivas, como uma estratégia para tornar o atendimento clínico um momento mais agradável. Um ambiente agradável “pode interferir na saúde do usuário, que muitas vezes procura a unidade de saúde em busca de reduzir o estresse presente em seu ambiente familiar ou meio social” (COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2009, p. 446).

a criação de um ambiente mais agradável às crianças, que se tornaram menos susceptíveis a chorar ou adquirir uma postura desconfortável diante da execução dos procedimentos de consulta; aos acompanhantes, que tiveram a oportunidade de interagir e discutir suas dúvidas e conhecimentos uns com os outros, além de poderem aguardar sua vez num ambiente mais calmo (RAQUEL, 2011).

Retratam-se ambientes que sejam também espaços onde os trabalhadores queiram estar e trabalhar, que acolham não só usuários como os profissionais de saúde. Ao compor o corpo-si desses trabalhadores, ao mobilizar e trazer parte da história daqueles que trabalham no serviço, os ambientes tornam-se capazes de tornar a atividade mais prazerosa e produtora de potência. Fatores relacionados ao ambiente contribuem para uma melhor satisfação de trabalhadores de saúde e, como consequência, para melhor atendimento aos usuários (MARTINEZ; PARAGUAY; LATORRE, 2004).

A ambiência para a PNH “se refere ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” [...]. Esse conceito se coloca atento à saúde. A ambiência é construída e reconstruída em “determinados espaços e num determinado tempo, e vivenciadas por uma grupalidade, um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais” (BRASIL, 2010, p.5). Falar de ambiência, então, não se limita à discussão da quantidade e dimensões de cômodos na unidade, mas de que forma e com que finalidade o ambiente das UBS estão organizados para receber os usuários.

Tocando Em FrenteAlmir Sater e Renato Teixeira*

Ando devagar porque já tive pressa
E levo esse sorriso porque já chorei demais..

Hoje me sinto mais forte
Mais feliz quem sabe?
Eu só levo a certeza do que muito pouco sei..
Ou nada sei..

Conhecer as manhãs e as manhãs...
O sabor das massas e das maçãs...
É preciso amor pra poder pulsar..
É preciso paz pra poder sorrir..
É preciso a chuva para florir..

Penso que cumprir a vida seja simplesmente
Compreender a marcha e ir tocando em frente..
Como um velho boiadeiro levando a boiada
Eu vou tocando os dias pela longa estrada
Eu vou...estrada eu sou...

Conhecer as manhãs e as manhãs...
O sabor das massas e das maçãs...
É preciso amor pra poder pulsar..
É preciso paz pra poder sorrir..
É preciso a chuva para florir..

Todo o mundo ama um dia..todo o mundo chora..
Um dia agente chega..o outro vai embora..
Cada um de nos compõe a sua historia..
E cada ser em si carrega o dom de ser capaz de ser feliz....

Conhecer as manhas e as manhãs...
O sabor das massas e das maçãs...
É preciso amor pra poder pulsar..
É preciso paz pra poder sorrir..
É preciso a chuva para florir..

Ando devagar porque já tive pressa
E levo esse sorriso porque já chorei demais..
Cada um de nos compõe a sua historia..
E cada ser em si carrega o dom de ser capaz...de ser feliz..



Figura 7** -

Máscaras

*Disponível em:<http://letras.mus.br/almir-sater/44082/>. Acesso em: 01 de março

** Disponível em:<http://2.bp.blogspot.com/-9n-LAOhIVIE/TqilRwWHAWI/AAAAAAAAAOo/MGamiPnysWo/s1600/curso-gratuito-de-teatro-em-sp.gif>.
 Acesso em: 01 de março

5.2.2.2.**A GENTE NÃO QUER SÓ
COMIDA... ARTE E LUDICIDADE NAS AÇÕES DE SAÚDE**

Esta classe é composta por 30 UCE selecionadas, o que corresponde a 7% do total e 74 palavras analisáveis. As UCE fazem referência à ludicidade, arte, música, com as palavras voz, violão, foto, fotografia, vídeo, tenda do conto como estratégias capazes de qualificar o cuidado e ampliar o vínculo. O tema aparece em quatro experiências selecionadas.

Matraca, Wimmer e Araujo-Jorge (2011, p. 4128) apontam o universo lúdico como tecnologia inovadora para a promoção da saúde ao contraporem “a ideia de saúde como simples ausência de doença ou um completo bem-estar, tese defendida inicialmente como conceito universal da saúde pela OMS desde 1946”. Entende-se “a saúde como um recurso para a vida e não como um objetivo de viver”, superando o que se constrói socialmente. É apontado por Illich (1975, p. 134) que se trata de um modo de ver a vida não como “uma sucessão de diferentes formas de saúde, e sim uma seqüência de períodos cada qual exigindo uma forma particular de consumo terapêutico”.

Sempre presente no cotidiano infantil, o brincar teve sua importância afirmada no Artigo 16, Capítulo II do Estatuto da Criança e do Adolescente, que trata do direito à liberdade, respeito e dignidade, no qual a liberdade é definida como, entre outras coisas, o direito de brincar, praticar esportes e divertir-se (BRASIL, 1990).

Uma das estratégias relatadas pelos profissionais integrantes da Rede utiliza a ludicidade para realização da consulta de avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança em um espaço singularizado dentro da UBS. No espaço de convivência da unidade, colocaram um edredom no chão, brinquedos, caixa de som...

A caixa de som reproduzia belas melodias, músicas clássicas e vozes suaves, conferindo uma atmosfera tranquila e aconchegante ao espaço de convivência que acabara de se tornar um castelinho de sonhos. Usamos uma mesa disponível no local para posicionar o colchão utilizado na consulta e os outros instrumentos necessários à avaliação da saúde da criança (estetoscópio, fita métrica etc.). Frente ao ambiente preparado à recepção dos usuários, sorrimos uma para outra, confiando que aquela

iniciativa daria certo. Assim, fui buscar os prontuários e direcionar as crianças e seus familiares ao novo espaço de atendimento do CD. Qual era a surpresa das mães e das crianças ao se depararem com aquela novidade! As crianças logo queriam sentar no edredom e mexer nos brinquedos. A música contribuía para relaxar os pequeninos e seus familiares, que ficavam mais a vontade para esperar sua vez (RACHEL, 2011).

A autora do *post* aponta como vantagem dessa metodologia:

[...] a criação de um ambiente mais agradável para as crianças, que se tornaram menos susceptíveis a chorar ou adquirir uma postura desconfortável diante da execução dos procedimentos de consulta [...] além da socialização entre as crianças, associada à contribuição para os desenvolvimentos afetivo, cognitivo e social infantil” (RAQUEL, 2011). Percebemos que elas achavam-se a vontade naquele micromundo, emitindo sons, se movimentando, sorrindo; enfim, brincando (RAQUEL, 2011).

Corroboram com a autora Alcântara e Brito (2012) ao afirmarem que brincando as crianças imitam as atividades sociais a partir da observação dos adultos, estimulando os seus sistemas cognitivo e social e testando formas de estar no mundo, de superar dificuldades e compartilhar experiências.

Entretanto, segundo Mendes e Melo (2010), o lúdico não se reduz às brincadeiras das crianças e pode estar presente em qualquer manifestação em que haja alegria, divertimento e prazer, podendo ser percebida por pessoas de diferentes faixas etárias. Para Gomes (2004), a não associação do lúdico a pessoas de outras idades se deve ao fato do imaginário de que essas estariam preocupadas com questões “mais sérias” e produtivas.

O lúdico é resultado de uma construção cultural e pode se configurar como forma de resistência e contestação. Tem relação direta com as normas da sociedade, sejam elas políticas, morais, educacionais e com a forma como a atividade lúdica se organiza se compromete com um projeto de sociedade específico (GOMES, 2004).

A Tenda do Conto, experiência presente na Rede e que será apresentada ainda neste estudo, usa da contação de histórias para promover ampliação do vínculo, o compartilhamento de informações e o incentivo à participação popular. Além disso, é tecnologia capaz de produzir satisfação no trabalho e ampliação do protagonismo e corresponsabilização dos trabalhadores.

Em Natal, a equipe de uma USF enfrentou a desmotivação e fragmentação do trabalho com escuta, discussão e arte, incluindo na produção de saúde as histórias de vida de trabalhadores e usuários[...] experiência que utiliza a

Histórias de Inovação na Atenção Básica à Saúde presentes na Rede HumanizaSUS

contação de histórias para promover o protagonismo e co-responsabilização de usuários e trabalhadores do SUS em Natal (ARAGÃO, 2010).

A transmissão oral era uma das soluções usadas nas sociedades antigas para passar de geração em geração informações sobre seus saberes, valores e crenças. Camponeses e navegantes reuniam-se em comunidades de ouvintes, sentados em volta da fogueira, para ouvir e trocar conhecimentos por meio de histórias que “geravam nos ouvintes a curiosidade, e, por vezes, o conforto, a reflexão e a transformação” (RAMOS, 2011, p. 30).

Ramos (2011) aponta que:

Os contadores eram figuras de destaque na comunidade por serem os que sabiam apresentar conselhos, fundamentados em fatos, histórias e mitos, mantendo viva, enfim, a herança cultural pela memória do grupo. Os contadores retiravam de suas vivências e dos saberes delas obtidos o que contar. Em assim sendo, narrar dependia de eles colherem os saberes da experiência, e de produzi-los em objetos (visuais, auditivos, etc.) para serem apresentados a outros (RAMOS, 2011, p. 30).

A prática de contação de histórias, que por muito tempo foi doméstica, feminina e presente no meio rural, foi esquecida por um grande período e retomada em meados do século XX. Entretanto, os novos contadores contam agora suas vivências, mas também histórias impressas de outros autores (RAMOS, 2010).

A experiência analisada resgata a tradição dos antigos contadores de história e agrega à ferramenta não só elementos que falam da cultura de um povo, de uma comunidade, mas elementos dos sujeitos que compõem e contam as histórias. Personagens centrais das suas próprias histórias, ao contar, eles compartilham, refletem, resignificam a vida, o sofrer e as alegrias. Cria-se, assim, a partir da identidade com o outro, novas formas de produzir saúde de forma mais autônoma e compartilhada uma vez que estas não são contraditórias.

É uma possibilidade de descobrir o mundo imenso dos conflitos, das dificuldades, dos impasses, das soluções, que todos atravessamos e vivemos, de um jeito ou de outro, através dos problemas que vão sendo defrontados, enfrentados (ou não) resolvidos (ou não) pelos personagens de cada história (cada um a seu modo...) e assim esclarecer melhor os nossos ou encontrar um caminho possível para a resolução deles. (ABRAMOVICH, 1995, p. 17).

Mas e o profissional de saúde? Por vezes contador, mas muitas vezes, ouvinte destas histórias, tem na sua frente ferramenta potente para construção do projeto terapêutico dos usuários. A escuta das histórias contadas, com cuidado aos

filtros teóricos (CUNHA, 2004), deixará emergir entendimentos sobre as formas como as pessoas vivenciam a saúde, a vida, a doença e o sofrimento.

[...] para escutar o texto [...] é necessário se colocar numa posição particular, a de uma 'disposição', em que afetado pela narrativa do outro, pelo 'texto do outro', eu pudesse me colocar receptivo ao que este me comunica". E colocar se à "disposição" é situar-se em uma posição intersubjetiva, pois a escuta permite (re) editar as marcas da subjetividade do contador e de si próprio enquanto ouve. Por meio da escuta é possível "reeditar experiência criar novos sentidos, reconstruir , histórias, com base na intersubjetividade que se estabelece entre leitor e texto (KANAAN, 2002, p. 133, apud BARROS, 2011).

Esses mesmos profissionais nos apresentam uma outra estratégia que é a utilização da música para promover a aproximação e vinculação com a comunidade.

O violão do dentista Justiniano Homem de Siqueira, que trabalha no Panatis há dois anos, ajuda a aquecer os cerca de quarenta usuários e trabalhadores presentes naquela manhã com canções de outros tempos que já não tocam nas rádios ou na TV. Melodias de Adoniran Barbosa, Humberto Teixeira, Orlando Silva, Pixinguinha e outros correm pelos dedos de Justiniano e ecoam na voz dos participantes (ARAGÃO, 2010).

Joazeiro (2008) aponta a importância do diálogo e a preocupação com a linguagem utilizada para promover a aproximação e não o distanciamento do usuário, estabelecendo pontes e não muros. A autora utiliza Paulo Freire para afirmar que é preciso falar com e não falar aos outros. Os encontros e o diálogo facilitam a construção compartilhada de conhecimentos no trabalho em saúde e são ferramentas que "criam vínculo, fluxos, sentidos e informações necessárias que colaboram nas ações de promoção da saúde" (MATRACA; WIMMER; ARAUJO-JORGE, 2011, p. 4129), A música, neste caso, parece construir esta mesma ponte e deslocar o profissional do lugar de detentor do saber e capaz de decidir sobre a vida e a morte, o sofrimento e alegria, colocando-o como alguém que está ali para construir com e não por.

Moraes (2008) destaca em seu estudo que o uso da música é bastante comum para o despertar de emoções no público e bastante utilizada em vídeos na área da saúde. O uso de vídeos com imagens, músicas e depoimentos de usuários e trabalhadores é também uma das ferramentas apresentadas na Rede. Para esta mesma autora, "a imagem seduz a todos e, sendo uma representação da realidade, ela traz consigo o encantamento dos registros em movimento e cores, envoltos em emoção" (MORAES, 2008, p. 815). A autora aponta a existências de diversos usos

de vídeos na área da saúde e destaca aquelas de campanha e de intervenção social que são utilizados principalmente como veículo de transmissão de informação.

O vídeo foi nosso ponto de partida para recomeçarmos os trabalhos esse ano. As pessoas se sentiram potencializadas ao se reconhecerem nesse registro, e aí flui aquele sentimento de pertencimento ao lugar, a um grupo, a uma história (GADELHA, 2009).

Nos *posts* analisados, o uso do vídeo agrega ainda outras potencialidades além da informacional. Ele aparece como estratégia que promove uma produção de identidade e pertencimento à UBS. As pessoas se reconhecem nas imagens causando uma sensação de prazer e satisfação.

[...] o documentário Sobre anjos, borboletas e beija-flores na aurora do envelhecer, que reúne depoimentos de usuários de terceira idade contando um pouco sobre suas vivências, privações vividas e superadas, momentos felizes, talentos quase nunca mostrados (ARAGÃO, 2010).

Os vídeos aparecem também como meios capazes de colocar os profissionais da saúde em contato com o que a ergologia chama de reserva de alternativas, ou seja, com as formas de superação das dificuldades presentes na vida destes usuários, como se pode perceber no trecho acima.

Campos (2009) afirma que, quando palhaços e cientistas se unem, é possível desmistificar a ciência como algo distante da realidade dos simples mortais e dialogar com algumas estratégias como estabelecer analogias. Pensa-se com o corpo, transformando e brincando; proporciona-se a ampliação do conceito de saúde, englobando questões políticas, culturais, ambientais, sociais e econômicos. O nível de reflexão é redimensionado e dilui-se a distância entre profissionais de saúde e população.

As estratégias apresentadas, mesmo que não usando da palhaçaria, parecem promover esta aproximação entre profissionais e usuários, estabelecendo vínculo e sentimento de pertencimento à UBS, fomentado a inclusão e a participação da população. Atua-se, dessa forma, a partir de um conceito de saúde mais amplo do que a ausência de doenças. Entende-se os usuários como corresponsáveis na produção da sua própria saúde e percebe-os em seu contexto econômico, social e cultural.

Refazenda

Gilberto Gil*

Abacateiro acataremos teu ato
Nós também somos do mato como o pato e o leão
Aguardaremos brincaremos no regato
Até que nos tragam frutos teu amor, teu coração
Abacateiro teu recolhimento é justamente
O significado da palavra temporão
Enquanto o tempo não trazer teu abacate
Amanhecerá tomate e anoitecerá mamão
Abacateiro sabes ao que estou me referindo
Porque todo tamarindo tem o seu agosto azedo
antes que o janeiro doce manga venha ser também
Abacateiro serás meu parceiro solitário
Nesse itinerário da leveza pelo ar
Abacateiro saiba que na refazenda
me ensina a fazer renda que eu te ensino a namorar
Refazendo tudo
Refazenda
Refazenda toda
Guariroba



Figura 8** - Árvore

*Disponível em: <http://letras.mus.br/gilberto-gil/16131/>. Acessado em: 01 de abril de 2013

5.3. CORPUS DOS COMENTÁRIOS

5.3.1 REFAZENDO, REFAZENDA: REDES DE PRODUÇÃO DA SAÚDE - AS REDES RIZOMÁTICAS, AS ECRP E A TRAMA E URDIDURA

Esta classe apresenta 89 UCE, ou seja, 50% do total das selecionadas. Traz novamente o tema do acolhimento e do vínculo. Aponta como inovação o trabalho em equipe, interdisciplinar e a formação de redes entre profissionais e serviços de saúde. A palavra Rede aparece como a segunda forma reduzida com maior qui-quadrado e é nesse conceito que se centra a discussão deste tópico.

A PNH, em um das suas cartilhas, discute as redes de produção de saúde e aponta alguns usos do conceito de Rede na área da saúde. Rede como um conjunto de serviços e equipamentos de saúde em um determinado território, a rede de atenção à saúde; como um conjunto de serviços semelhantes, como a rede de atenção básica; conjunto de elementos causais (biológicos, subjetivos, sociais) relacionados à saúde; como uma produção social e que exige a conformação de um sistema de saúde capaz de ofertar atenção integral à saúde, com políticas que se complementem e dialoguem com ações intersetoriais. Trata do envolvimento dos diversos atores existentes na produção da saúde (usuários, trabalhadores – intra e entre-equipes e gestores) pela produção de espaços de escuta, diálogo, pactuação e reflexão, espaço flexíveis para além dos organogramas e fluxos estabelecidos normativamente (BRASIL, 2009).

Nos comentários, o conceito de Rede aparece principalmente como espaço de aproximação entre trabalhadores e entre esses e usuários. Como espaço de construção de ações, a partir dos diferentes saberes e práticas, produzem-se novos sujeitos e novas práticas (BRASIL, 2009), como percebido no comentário abaixo.

Sinto que as sementes estão germinando nos indivíduos de nossa equipe. Falta agora o húmus e a água para que o jardim volte a brotar. Gosto de pensar na ideia das redes rizomáticas do trabalho em saúde. Neste sentido, as rodas perdem a característica de a panaceia do momento e passam a

ser vistas como o espaço de vez e voz, de olhar, de escutar, de apoiar, de ceder, de divergir e de contribuir (GUEDES, 2010).

Franco (2006) discute o conceito de Redes Rizomáticas baseado no livro "Mil Platôs", de Deleuze e Guattari, que utilizam do rizoma, vegetal de tipo tubérculo, para se referirem "a sistemas abertos de conexão que transitam no meio social através de agenciamento de diversos, isto é produzindo novas formações relacionais sobre as quais vão se construindo o socius, o meio social onde cada um está inserido" (FRANCO, 2006, p. 1). Ele segue afirmando que, pela característica rizomática, os trabalhadores/equipes estabelecem "linhas de fuga" nos serviços de saúde, trazendo conexões e formas singulares de produzir o cuidado, o que fica evidenciado no trecho abaixo.

Onde iremos estabelecer a troca de saberes entre os profissionais de diferentes serviços de atenção, envolvido no cuidado com o usuário, com o objetivo de garantir que as equipes das UBS, ESF e centro especializado vinculem-se aos usuários, e que esta proposta possa reduzir as distâncias estabelecidas entre os profissionais da rede a fim de garantir a atenção integral aos usuários e a satisfação dos profissionais do sistema de saúde... (SCHNEIDER, 2010).

Cuidado produzido para além do que é normalizado, do que está posto como organograma ou horário de funcionamento das unidades, ele assume e utiliza dos graus de liberdade possíveis no trabalho cotidiano da saúde e produz ações a partir da necessidade dos usuários.

A vida vence, sobrevive, revive, como é que pode. Pode até faltar o que falta, é abundante a troca, o amor e a sensibilidade de tocar a vida com o que se tem. Um SUS feito de pessoas, mas que precisa de outras mais, que se comprometam, estejam ali sendo ou não necessário, quando é que não é. Na hora do combinado, topa-se tudo. Se o sus é também saúde, se não tem doença, não trabalho hoje não. Ou é doença de trem certo, chega às 9h e vai às 11h. E nem é de noite pra dizer que a mãe não dorme enquanto. Ou é de terças e quartas à tarde. Ou mesmo uma vez na semana, 1 turno. Doença agendada, só no dia primeiro do mês (RÉGIO, 2011).

A formação de redes surge da necessidade posta pela atividade no momento da sua realização e remete ao conceito de Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes na conformação de um trabalho interdisciplinar, intersetorial. Esse torna-se capaz de dar resposta à complexidade do trabalho em saúde, que produz junto com o usuário e que é parte da equipe na elaboração do seu projeto terapêutico. Uma busca pela produção do bem comum e pela eficácia vai depender de como as pessoas geram as variabilidades e fazem as escolhas em função dos seus valores

(SCHWARTZ, 2007a). Coletivos, como dito anteriormente, se articulam para além dos organogramas, não são estáveis, entendem que os elementos de cooperação não podem ser antecipados ou prescritos (SCHERER, 2006).

Outro aspecto importante é o de envolver a equipe num favorecimento de vínculo com os usuários e entre os trabalhadores da unidade de saúde e NASF e com outras especialidades como a educação física (SANTA CATARINA, 2012).

Refere-se a redes também de troca de saberes, espaços para compartilhamentos de conhecimentos e experiências, para produção de ações com maior qualidade, promotoras de maior satisfação no trabalho. São espaços onde os coletivos disputam e negociam as normas antecedentes, desenvolvendo capacidade para aprender o que está mudando nas situações de trabalho e as mudanças que eles próprios podem influenciar. (SCHWARTZ, 1998).

Na discussão sobre valorização do trabalhador compreendemos que o ato de ler, estudar, refletir é produção de saúde, valorização do trabalho, do usuário e do trabalhador e não poderíamos abrir mão desse espaço de crescimento (GADELHA, 2009).

Por fim, uma Rede capaz de, como aponta Franco (2006), produzir sujeitos desejantes, com potência de mudar a realidade e pautados pela ética do cuidado. Para Scherer (2006, p. 83):

todo membro de um coletivo é impulsionado por algo maior do que o prescrito para ele. São importantes espaços e tempo compartilhados para que as pessoas se conheçam, troquem, tenham prazer e possam se divertir fora do tempo do trabalho. [...] No limite, cuidamos de nós mesmos ao encontrar outras pessoas, precisamos de redes de gentes, que pensem em ato, ajam, digam e façam, perturbem, sensibilizem, porque a vida vai passando a úlcera não cicatrizando, alguns inventando, tocando.

Destaca-se uma face da ECRP, relatada por Schwartz (2007c), a face do viver junto, na qual existe sucesso no viver junto dentro desta entidade. Isso mobiliza luta e defesa pela ECRP e seus valores e objetivos. As inovações se produziram do trabalho realizado pelas ECRP e mais possível seria quanto mais plástica fosse uma instituição. Uma inovação que é “movediça e que é propriamente a criação em si”. Uma criação local dos diferentes protagonistas da situação. Nisso está um modo de “viver”, sua vida no trabalho (SCHWARTZ, 2007c, p. 156).

Parafraseando uma das participantes da roda, eu participo da Rede HumanizaSUS, para não desistir. Quando leio os relatos de experiências postados aqui na rede, me alimento de esperanças e continuo a caminhada (PAIVA, 2009).

É uma rede formada a partir de uma tecelagem proposta pelos ergonomistas e que a ergologia toma emprestado e parece fazer total sentido na discussão de rede. Schwartz (2007b) cita Daniellou quando afirma que, em sua atividade, os homens e mulheres tecem, entrelaçam fios da memória formados por objetos, técnicas, tradições, normas, suas experiências e sua ligação com diversos grupos sociais e com si mesmo na produção de desejos, angústias, sonhos e fazeres.

E A ESCUTA MUDOU O OLHAR

Em Natal, a equipe de uma Unidade de Saúde da Família enfrentou a desmotivação e fragmentação do trabalho com escuta, discussão e arte, incluindo na produção de saúde as histórias de vida de trabalhadores e usuários

A toalha rendada é aberta sobre a mesa e os objetos vão aos poucos se pondo a várias mãos: uma velha lamparina a querosene, um ferro de passar a carvão, uma chaleira, um rádio, um porta-retratos. Na parede, um estandarte de retalhos coloridos exhibe versos, mensagens, fragmentos afixados de antigas conversas. Completando a cena, uma cadeira de balanço coberta por uma manta de algodão espera pelo próximo que irá sentar e contar sua história.

Podem parecer estranho à primeira vista, mas o panorama descrito não faz parte da encenação de uma peça de teatro ou de alguma exposição de antiguidades: os artefatos mencionados e a composição do cenário estão ali para produzir saúde. É a Tenda do Conto, experiência que utiliza a contação de histórias para promover o protagonismo e corresponsabilização de usuários e trabalhadores do SUS em Natal (RN). Em atividade há três anos, o projeto surgiu no bairro de Panatis, localizado na zona norte da capital potiguar, como desdobramento de um trabalho de pesquisa realizado pela enfermeira Jacqueline Abrantes, servidora da Unidade de Saúde da Família do Panatis desde 2002 – ano em que a unidade, que tem uma população adscrita de cerca de 13 mil pessoas, começou a trabalhar sob a Estratégia de Saúde da Família, com quatro equipes.

Com o título “Beirando a vida, driblando os problemas: estratégias de bem viver”, a dissertação de mestrado da enfermeira questionou famílias da região em situação de vulnerabilidade sobre o que elas fazem para enfrentar seus problemas cotidianos. Falta de drenagem e recolhimento adequado do lixo, desemprego e condições precárias de moradia, educação e transporte estão entre as principais dificuldades enfrentadas pela população do bairro.

“Durante as entrevistas que realizamos, tivemos contato com muitas estratégias de enfrentamento da carência e isolamento da região, e percebemos que muitas delas não eram levadas em conta pelo serviço”, conta Jacqueline. “Eram muitas histórias de vida interessantes e começamos a pensar em como trazer essas histórias para dentro da unidade”. Inspirado pela declaração de uma das entrevistadas (“Minha vida dava um filme”) foi gestado o primeiro fruto dessa ideia: o documentário “Sobre anjos, borboletas e beija-flores: na aurora do envelhecer”, que reúne depoimentos de usuários de terceira idade contando um pouco sobre suas vivências, privações vividas e superadas, momentos felizes, talentos quase nunca mostrados. Exibido para usuários e trabalhadores da USF do Panatis no dia 27 de setembro de 2007, Dia do Idoso, o vídeo despertou um movimento irreversível na unidade.

“Percebemos que tínhamos nas mãos algo que, de algum modo, se somava às tantas leituras e reflexões feitas antes, apontando para o início de algumas transformações relacionadas à adoção de práticas voltadas para a inclusão, a autonomia e o protagonismo dos sujeitos”, conta Jacqueline. “Como não dava pra fazer filme com todo mundo, a gente estendeu a ideia fazendo a Tenda do Conto”.

Aragão, B. 30/07/2010. E a escuta mudou o olhar. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/10895-e-a-escuta-mudou-o-olhar>. Acesso em: 28/05/2013

5.3.2. A TENDA DO CONTO E SEUS ENCANTOS

Esta classe destaca a experiência da Tenda do Conto da Unidade de Saúde da Família de Panatis, Rio Grande do Norte. Traz palavras como arte, poesia, experiência e protagonismo. Reúne 41, 23% das UCE selecionadas e 39 das formas reduzidas/palavras analisáveis. Assim, a Tenda do Conto é a experiência que mais recebeu comentários entre as selecionadas.

Em uma pesquisa com a ferramenta de buscas disponível na Rede, utilizando a palavra-chave “Tenda do Conto”, aparecem cerca de 96 *posts* que fazem algum tipo de referência a esta iniciativa, sejam *posts* de relato sobre a experiência que originou esta tecnologia ou de divulgação de outras unidades, congressos e espaços que a utilizaram em algum momento. Na busca no Google®, a Tenda aparece em capítulos de livro e de revistas e em apresentações em congressos.

A ideia da Tenda surge a partir da atividade de campo de uma dissertação de mestrado, da percepção de que a população inventa formas de “enfrentamento da carência e isolamento da região, e [...] que muitas delas não eram levadas em conta pelo serviço” (GADELHA, 2010). Em um primeiro momento, criase um filme para que parte das histórias pudessem ser contadas e, em um segundo momento, como meio de ampliar essa participação, criam a Tenda do Conto, como podemos ler no fragmento: “Como não dava pra fazer filme com todo mundo, a gente estendeu a ideia fazendo a Tenda do Conto” (GADELHA, 2010).

Não se tem o propósito, neste tópico, de discutir esta iniciativa. Como nos demais tópicos, objetiva-se destacar as características de inovação da Tenda que surgem nos comentários dos integrantes da Rede sobre esta experiência. Em uma homenagem à Tenda, aos profissionais que ousam colocá-la em prática, à Rede HumanizaSUS e a sua aposta no SUS que dá certo e na inteligência coletiva, apresenta-se o texto que sinaliza os aspectos inovadores da experiência a partir de trechos dos comentários dos integrantes da Rede, com costuras da pesquisadora.

Para os integrantes da Rede, muitas “teorias se materializam na roda do Panatis” (MEDEIRO, 2009), como a *Educação Permanente* “com todas as suas

características, de nascer de dentro das necessidades dos serviços e incluir novos horizontes não só para os usuários, mas também para os profissionais, na dimensão da subjetividade” (MONTEIRO, 2010).

É Clínica Ampliada à medida que “compreende o sujeito em sua totalidade” (MEDEIROS, 2009) e configura-se como espaço importante de troca. Onde é construída a partir do desconforto intelectual e da desestabilização dos conhecimentos para construção coletiva de novas formas de entender e realizar o trabalho na saúde. Segundo Medeiros (2009), isso porque “oferece capacidade de agregar saberes, de valorizar a história de cada um, de estimular (a) capacidade de ouvir e assim aprender com a experiência do outro além de refletir sobre as [...] próprias experiências”. É acolhimento, pois valoriza uma escuta que, segundo Ferreira (2009), “é rara na área da saúde”. A autora se questiona: “será que as pessoas ainda terão tempo para ouvir ou a escuta se tornará cada vez mais rara e poucos chegarão a tenda?” (FERREIRA, 2009).

Um espaço que, para Matthes (2010), não pode ser considerado [como] um lugar lúdico, pois “cada pedaço dela cabe em algum pedaço de vida e isso faz sentir o que a gente sente quando visita a casa e a história da gente”. Para a autora: “É um resgate do significado da vida [...] onde o trem parou e a gente desembarcou para o descuidado com a vida [...] É um alerta que através da fala a gente reconstrói e onde a gente re-encanta os significados”. Mas ele acontece em um *ambiente* que agrega elementos de *arte*, de ludicidade e de encantamento. E, na medida em que se transforma um pouco na casa e na história das pessoas, convida-as “a falarem de sua experiência, daquilo que aprenderam na escola da vida” (NICOLAU, 2010). E, assim, ao se sentirem em casa, tornam-se protagonistas cada vez mais, não só das suas histórias de vida, mas da produção da sua saúde e da construção de formas de produzir cuidado e sociedade mais participativas.

Cada pessoa tem o seu brilho, sua experiência de vida, sua arte; o espaço da tenda reafirma essa arte e promove a circulação de afetos [...] as histórias vão puxando outras e outras por contemplarem os sentimentos e as lembranças dos expectadores que logo se tornam protagonistas (Gadelha, 2009).

São momentos de escuta, fala e participação disparadores de movimentos de cogestão e gestão participativa. É estratégia que, ao valorizar as histórias e juntar os

diferentes fazeres e saberes, inventa, cria e recria redes para produção da saúde (MEDEIROS, 2009). São redes que promovem valorização e apoio aos trabalhadores e que, segundo Freitas (2010), tem um potencial de fortalecimento dos atores envolvidos para um fazer diferente frente a toda a dificuldade existente em se produzir saúde.

Gadelha (2009), protagonista desta experiência, afirma que “a tenda cresce por ser aberta e por acolher a todos sem distinção”, por ser um “espaço onde qualquer história é sempre ouvida, bem vinda, aplaudida”, pois “cada pessoa tem o seu brilho, sua experiência de vida, sua arte; o espaço da tenda reafirma essa arte e promove a circulação de afetos” (GADELHA, 2009). “Um momento ímpar de compartilhamento de experiências onde há oportunidade de expressar sentimentos vividos de alegria, tristezas, atitudes de coragem, persistência, produções artísticas e criativas” (LILA, 2009).

“Num ambiente envolvente e emocionante pautado no respeito, solidariedade e cuidado com o outro, abrem-se caminhos para o fortalecimento das relações entre usuários e profissionais, como também maior valorização e participação social” (Lila, 2009), “princípio que é vivenciado com tamanha energia e potência, arte, poesia, canto, encontro, a roda rodando” (MENEZES, 2009).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que dá certo no SUS que dá certo? A procura por elementos de inovação nas formas de produzir saúde na atenção básica expressas na Rede HumanizaSUS possibilitou um caminhar de muitas surpresas, encantamentos, indignação e um aprendizado profundo. Os *posts* lidos eram mais que palavras, eram histórias vivas de um cotidiano da atenção básica que revolta, emociona, desanima e ganha fôlego para fazer acontecer diferente, e que mostram novos caminhos, desejos e possibilidades de pesquisa.

O método qualitativo mediado por computador possibilita acesso a um vasto número de produções sobre o trabalho em saúde. A Rede HumanizaSUS já se configura como espaço importante de divulgação desta produção, o que foi possível perceber pela quantidade e qualidade do material disponível e pela diversidade de possibilidades e temas a serem discutidos. Vantagem e desvantagem dos campos *online*, pois coloca o desafio de melhor organização do material produzido. Em momentos da pesquisa, a dúvida em concentrar a discussão apenas em parte dos achados do material analisado surgiu pela possibilidade de aprofundamento teórico em temas específicos. Entretanto, pareceu possível e importante realizar um estudo capaz de apontar e consolidar experiências do cuidado na atenção básica que retratassem a busca por modos diferentes e contra-hegemônicos de se produzir saúde. Estudos específicos para cada um dos temas que surgiram podem ser realizados, aprofundando assim a discussão inicial e um tanto restrita em função do tempo a que este estudo se propôs.

O uso do ALCESTE contribuiu para uma categorização menos parcial da pesquisadora dos dados obtidos. Contudo, importante reafirmar o que vem sendo dito em vários estudos: estes softwares não substituem o papel do pesquisador na análise dos dados. Contribuem de um lado quando existe um número muito grande de dados a serem analisados, mas podem limitar a discussão dos achados por um pesquisador menos experiente.

A aproximação recente da pesquisadora com a "*démarche* ergológica", um dos referenciais teóricos de escolha, pode ter refletido em um uso ainda cuidadoso do mesmo na discussão. Contudo, perceber o trabalho como atividade singular e situada em determinado momento histórico, refletir sobre o que é realizado no ato do trabalho e também o que é posto no papel é fruto e reflexo de um conjunto de experiências, saberes, debate de normas e valores. Sem dúvida foi fundamental para a forma buscada na construção da dissertação.

Analisar o trabalho, a partir do olhar ergológico, permitiu entender que toda atividade é um momento de recriação e reinvenção pelos trabalhadores. Nas atividades em que o componente relacional é componente importante, como no setor saúde, estas reinvenções ganham contornos ainda mais singulares pela necessidade que se coloca de produções a partir dos desejos, valores e cultura, tanto de trabalhadores, quanto dos usuários. Esse componente relacional dá a trabalhadores e usuários a liberdade, no momento da atividade, de construírem as ações de saúde, que podem ser pautadas por um fazer mais fixo em normas ou um fazer pautado pelo diálogo e pela produção de comuns.

O avanço e a rica produção teórica que existe na saúde pública e na saúde coletiva, por si só, não promove mudanças nas formas de produção de saúde. A dicotomia teoria-prática se coloca como algo presente e inerente à atividade, que ganhará maior ou menor visibilidade a depender dos conhecimentos, experiências, recursos, possibilidades, projetos e desejos dos sujeitos individuais e coletivos em cada situação. Os conhecimentos aprendidos na faculdade e nos cursos ofertados compõe o conjunto de elementos a serem acionados no momento da realização da atividade e não a única resposta às necessidades que surgem. Eles dão aos espaços coletivos potência decorrente da possibilidade de acessar elementos não apenas de uma pessoa, mas de diferentes indivíduos com distintas histórias e bagagens. A inovação aparece, assim, não como algo externo, inédito, com o poder de solução dos problemas quando bem aplicada e seguida as normas estabelecidas, mas como algo que surge a partir da necessidade posta e demandada pela atividade em dado momento, criada a partir de uma inteligência coletiva. Reconhece-se assim, a importância do apoio e investimento nas mudanças macro e micropolíticas.

O estudo buscou analisar estratégias utilizadas para romper com o modelo hegemônico, biomédico exclusivo, centrado no doente, verticalizado, alienante de se produzir e gerir o cuidado, independente de seguirem rigorosamente a forma (ou fórmula) de cada um dos conceitos ferramentas discutidos. Tecnologias como o acolhimento, as rodas de conversa, a clínica ampliada, a própria atenção básica à saúde e a estratégia saúde da família aparecem ainda hoje, em 2013, como inovações. Isso porque, a depender da maneira como são utilizadas, podem romper, de distintas formas, com o que ainda existe e é bastante presente: elementos de conservação do modelo que se busca superar. Essas tecnologias ofertam ferramentas que promovem mudanças nas relações estabelecidas entre os profissionais, entre esses e os gestores, entre esses e os usuários.

A presença do desconforto intelectual é constante em todos os apontamentos de inovação estudados. A abertura e disponibilidade para questionar seus saberes, suas verdades e seus modos de fazer são fundamentais na construção de outros meios de se produzir saúde tanto para os profissionais quanto para os usuários e aparecem como pontos aos quais os autores dos *posts* estavam atentos ao realizarem suas atividades. A existência do diálogo entre conhecimento científico e conhecimento produzido pela e na atividade ganha destaque em grande parte das experiências analisadas. Entende-se o conhecimento produzido pela e na atividade como aquele trazido também pelo usuário, que será acessado no momento da atividade e será diferente nos diversos encontros entre trabalhador/ equipe e usuário(s). Os *posts* traziam, a todo o momento, a busca, a oferta e o cuidado com os espaços de escuta e troca entre os atores envolvidos na produção do cuidado.

O maior número de experiências na Região Nordeste dá visibilidade à influência das questões culturais na produção do cuidado, destacando as formas singulares de produção da saúde nos diferentes estados e regiões do país. O diálogo com o saber popular e com as formas tradicionais de cuidado aparece com maior predominância nas experiências selecionadas da Região Nordeste, o que pode estar relacionado à história e forte atuação da educação popular em saúde naquela região.

Outra preocupação dos integrantes da Rede é a desmistificação do profissional de saúde como detentor de saber capaz de decidir entre vida e morte, alegria e sofrimento, bem como das unidades de saúde como locais onde existe a forte representação da doença, da dor e do descuido e pouca valorização dada pelas políticas públicas que a mídia e muitos anos de verdade insistem em reafirmar. Eles utilizam a música, as rodas de conversa, os objetos trazidos pelos usuários, as cores, a cultura popular para promover uma maior aproximação entre profissionais e usuários bem com relações mais horizontais e potentes para a produção do cuidado.

Outra preocupação que aparece nos *posts* e que merece destaque é a preocupação em responsabilizar usuários e trabalhadores tanto com a produção do cuidado quanto com a produção, reprodução e sustentabilidade do SUS, abrindo espaços de diálogos e debates entre esses atores.

A forma como os resultados foram estruturados pretendia uma organização que fosse mais didaticamente entendida, pelo diálogo com as diretrizes, princípios e dispositivos da Política Nacional de Humanização. Buscou-se relacionar o que é produzido e relatado pelos trabalhadores e o que normativamente já está posto. Ao fazer isso, nos momentos de opção entre quais caminhos escolher para a construção da estrutura final da dissertação e nos momentos de discussão e apresentação de resultados parciais da mesma, surgiu o debate considerado de importante destaque, a importância de não realizar uma cristalização dos conceitos da PNH em definições fechadas e conclusas, estimulando um fazer normativo e pouco singularizado, repetindo práticas anteriores com o discurso de novas práticas. Entendem-se os conceitos como algo a ser renormalizado no momento da atividade, algo em permanente construção e reconstrução.

A pesquisadora tem o desejo que esta dissertação, entre todos os objetivos apontados, também se configure como mais uma ferramenta de aposta no SUS que dá certo para que o SUS dê cada vez mais certo pelo compartilhamento do que é produzido no cotidiano da produção da saúde, valorizando assim o fazer de tantos trabalhadores, usuários e gestores que constroem o Sistema Único de Saúde todos os dias em nosso Brasil.

7. REFERÊNCIAS

ABRAMOVICH, F. **Literatura infantil: gostosuras e bobices**. 5.ed. São Paulo: Scipione, 1995.

ALCANTARA, D. B., BROTO, C. M. D. de. Projeto brincar e contar: a terapia ocupacional na atenção básica em saúde. **Cad. Ter. Ocup.** UFSCar, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 455-461, 2012. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/689/403>. Acesso em: 06 fev 2013.

ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre (RS): Artmed, 2009. 138p.

ARAGÃO, B. **Quando o imprevisto enriquece a melodia**. 28/07/2010. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/10881-quando-o-imprevisto-enriquece-a-melodia>. Acesso em: 06 fev 2013.

_____. **Pequena notável**. 29/07/2010. <http://www.redehumanizaus.net/10888-pequena-notavel>. Acesso em: 06 fev 2013.

_____. **E a escuta mudou o olhar**. 29/07/2010. <http://www.redehumanizaus.net/10895-e-a-escuta-mudou-o-olhar>. Acesso em: 06 fev 2013.

BALLARIN, M. L. G. S.; BLANES, L. S., FERIGATO, S. H. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. **Interface (Botucatu) [online]**. 2012, vol.16, n.42, pp. 767-778.

BARBOSA, P. R. **Inovação em serviços de saúde: dimensões analíticas e metodológicas na dinâmica de inovação em hospitais**. Rio de Janeiro: s.n., 2009.155 p.

BENEVIDES, R., PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2005, vol.10, n.3, pp. 561-571.

BERTONCINI, J. H. Da intenção ao gesto – uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau [**Dissertação de Mestrado**]. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

BORGES, M. E. S. Trabalho e gestão de si - para além dos “recursos humanos”. **Cad Psicol Social Trab**. 2004; 7:41-9.

BOSI, M. L. M. Et al. Inovação em Saúde Mentais: subsídios à Construção de Práticas inovadoras e modelos avaliativos multidimensionais. **Physis [online]**. 2011, vol.21, n.4, pp 1231-1252.

BRASIL. **LEI Nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069compilado.htm. Acesso em: 01 mar 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.92 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza/SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.40 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32 p.

_____. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB**,

denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. 2011(a) Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acesso em: 01 mar 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Inovação em temas estratégicos de saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011(b).1 v.: il.

BRAVO, R. S. **Técnicas de investigação social: Teoria e ejercicios**. 7 ed. Ver. Madrid: Paraninfo, 1991

BRITO, J. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: FIGUEIREDO M.; ATHAYDE, M.; BRITO, J., ALVAREZ, D. organizadores. **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: dP&A Editora; 2004. p. 91-114.

_____. Trabalho e saúde coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2005; 10(4):879-90.

_____.O trabalhador como protagonista da produção de saúde.**Tempus. Actas de Saúde Coletiva** / Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília. v. 5, n. 1(2011). – Brasília : NESP, 2011.

BRITO, J. E. **Reflexões epistemológicas sobre a ergologia**. [online]. Disponível em: <http://www.anped.org.br/reunioes/29ra/trabalhos/posteres/GT09-1830--Int.pdf>. Acesso em: 01 fev 2013.

BRUCKMAN, A. **Ethical guidelines for research online**. 2002. Disponível em: <http://www.cc.gatech.edu/%7Easb/ethics/>. Acesso em: 20 fev 2013.

CAMARGO, B. V. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A.S.P. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB. Editora Universitária, 2005. p.511-539.

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

_____. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: _____. (Org.). **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.51-67.

_____. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trab. educ. saúde [online]**. 2006, vol.4, n.1, pp. 19-32.

CAMPOS, G. W. S, DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2007, vol.23, n.2, pp. 399-407.

CAMPOS, M. V. Alegria Para a Saúde: A arte da palhaçaria como proposta de tecnologia social para o Sistema Único de Saúde. **Tese (doutorado)**. Instituto Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro, 2009. 167p.

CARDOSO, C. G.,HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trab. educ. saúde [online]**. 2011, vol.9, suppl.1, pp. 85-112. ISSN 1981-7746.

CECCIM, R. B. Alteridade-mulher: a perspectiva das singularidades para a atenção à gestação na adolescência. **Projeto de pesquisa sobre Saúde da Mulher**. 2011. 113f.

CIRANDAS DA VIDA. **Caderno "ciência e saúde" do jornal o povo (ce) destacou o programa cirandas da vida e as práticas integrativas e populares**. 07/03/2010. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/9549-caderno-ciencia-e-saude-do-jornal-o-povo-ce-destacou-o-programa-cirandas-da-vida-e-as-praticas-integrativas-e-populares>. Acesso em: 06 de fev2013.

COELHO, M. O, JORGE, M. S. B, ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.33, n.3, 2009. P.440-452.

CONDE, M. V. Fernandez; ARAÚJO-JORGE, T. C. **Modelos e concepções de inovação: a transição de paradigmas, a reforma da C&T brasileira e as**

concepções de gestores de uma instituição pública de pesquisa em saúde. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v8n3/17453.pdf>> Acesso em: 09 jun 2012.

CONILL, E., M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2008, vol.24, suppl.1, pp. s7-s16.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica.** São Paulo: Hucitec, 2005.

CUNHA, M. I. Inovações pedagógicas: tempos de silêncios e possibilidades de produção. **Interface (Botucatu)[online]**. 2003, vol.7, n.13, pp. 149-151.

DANIELLOU, F. Anexo ao capítulo 3 - a trama e a urdidura. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.). **Trabalho & ergologia – conversas sobre a atividade humana.** Niterói: EdUFF, 2007.

DIMENSTEIN, M. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc. São Paulo**, v.18, n.1, p.63-74, 2009.

DUC, M. DURAFFOURG, J., DURRIVE, L. O Trabalho e o ponto de vista da atividade. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. **Trabalho e ergologia: conversas sobre atividade humana.** Niterói, Ed. UFF, 2007. Capítulo 2.p. 47-82.

DURRIVE, L., DOLLÉ, F., JEAN, R. As técnicas e as experiências dos humanos. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.). **Trabalho & ergologia – conversas sobre a atividade humana.** Niterói: EdUFF, 2007.

DURRIVE, L. **Formação, trabalho e juventude: uma abordagem ergológica. Proposições.** 2002; 13(3):19-30.

EMBRAPA. **Guia de utilização do software. Alceste: uma ferramenta de análise lexical aplicada à interpretação de discursos de atores na agricultura.** Planaltina, DF: Embrapa Cerrados, 2009.37 p.

ESS, C.; Association of *Internet* Researchers (AoIR). **Ethical decision-making and *Internet* research: recommendations from the Aoir ethics working committee**. 2002. Disponível em: <<http://aoir.org/reports/ethics.pdf>>. Acesso em: 20 fev 2013.

FARIA, H. X., ARAUJO, M. D. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.2, p.429-439, 2010.

FARINON, S. Pensando... 06/09/2010. In: Generosi, M.C. **Mapeando redes: iniciando o apoio matricial**. 06/09/2010. Disponível em: <http://www.redehumanizadas.net/user/6762>. Acesso em: 06 fev 2013.

FERREIRA, S. M. F. Tenda. 07/04/2009. Comentário. In: ARAGÃO, B. **E a escuta mudou o olhar**. Disponível em: <http://www.redehumanizadas.net/10895-e-a-escuta-mudou-o-olhar>. Acesso em: 05 fev 2013.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saude Debate**, v.32, n.78-80, p.143-9, 2008.

FONSECA, L. M. Termos e expressões utilizados por familiares ao relatarem suas experiências nos diferentes momentos do adoecimento mental. **Dissertação (mestrado)**. 2010. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Ribeirão Preto, 77f.

FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. [online]. Disponível na *Internet*. <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm>>. Acesso em: 01 mar 2013.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. in Pinheiro, R. & Matos, R.A. **"Gestão em Redes"**, LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006

FREITAS, M. L. Belo relato. 01/08/2010. Comentário. In: ARAGÃO, B. **E a escuta mudou o olhar**. Disponível em: <http://www.redehumanizadas.net/10895-e-a-escuta-mudou-o-olhar>. Acesso em: 05 fev 2013.

_____. **Unidade de Saúde da Família de Soledade I faz uma “Roda” diferente em Natal.** 24/05/2009. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/6387-unidade-de-saude-da-familia-de-soledade-i-faz-uma-roda-diferente-em-natal>. Acesso em: 05 fev 2013.

GADELHA, J. A. **Histórias que a TV não contou.** 05/11/2008. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/2802-historias-que-a-tv-nao-contou>. Acesso em: 06 fev 2013.

_____. **Estratégia Saúde da Família: Rompendo muros e erguendo pontes com a arte de conviver.** 11/01/2009(a). Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/4394-estrategia-saude-da-familiarompendo-muros-e-erguendo-pontes-com-a-arte-de-conviver>. Acesso em: 05 fev 2013.

_____. **Rodas de conversas sobre a política nacional de humanização disparam movimentos nas unidades de saúde de Natal-RN.** 23/03/2009(b). Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/5287-rodas-de-conversas-sobre-a-politica-nacional-de-humanizacao-disparam-movimentos-nas-unidades-de-saude-de-natal-rn>. Acesso em: 05 fev 2013.

_____. **A imagem de Cleide.** 30/07/2010. Comentário. In: ARAGÃO, B. **E a escuta mudou o olhar.** Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/10895-e-a-escuta-mudou-o-olhar>. Acesso em: 05 fev 2013.

_____. **Aqui dentro, sempre: como na canção.** 03/12/2012(a). Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/59449-aqui-dentro-sempre-como-na-cancao>. Acesso em: 06 fev 2013.

_____. **Tenda do conto: cinco anos (a)colhendo histórias.** 12/10/2012(b). Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/13378-tenda-do-conto-cinco-anos-acolhendo-historias>. Acesso em: 06 fev 2013.

GARCIA, A. **Roda da saúde mental e atenção básica em Assis/SP.** 07/06/2009. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/6600-roda-da-saude-mental-e-atencao-basica-em-assissp>. Acesso em: 05 fev 2013.

_____. Experiências para formação. 11/09/2011. Cometário. In: **Cinco minutos pelo SUS**. 10/09/2011. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/12122-cinco-minutos-pelo-sus>. Acesso em: 06 fev 2013.

_____. **Apoio a equipes da atenção básica: perspectivas de melhorias através do PMAQ**. 21/01/2013. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/59939-apoio-a-equipes-da-atencao-basica-perspectivas-de-melhorias-atraves-do-pmaq>. Acesso em: 06 fev 2013.

GENEROSI, M.C. **Mapeando redes: iniciando o apoio matricial**. 06/09/2010. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/user/6762>. Acesso em: 06 fev 2013.

GUEDES, R. Um texto que me fez lembrar. 15/05/2010. Comentário. In: **O fetiche da roda**. 14/05/2010. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/10193-o-fetiche-da-roda>. Acesso em: 06 fev 2013.

HOULY, C. **Exercitando o acolhimento**. 23/04/2009. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/5822-exercitando-o-acolhimento>. Acesso em: 05 fev 2013.

IALANE, M. V. S.; SANTOS, A. M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Rev. salud pública**. 13 (4): 703-716, 2011.

JOAZEIRO, E. M. G. Serviço social e supervisão de estágio: Saberes, formação, temporalidades. **Tese (Doutorado)** – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, 2008, 233 f.

JOHNSON, T. **Pesquisa social mediada por computador: questões, metodologias e técnicas qualitativas**. Rio de Janeiro: E-papers, 2010.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **Hist. cienc. saude-Manguinhos [online]**. 2001, vol.8, n.1, p. 49-69.

KRONBERGER, N.; WAGNER, W. Palavras -chave em contexto: análise estatística de textos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (orgs). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

LIA, E. Tenda do conto sinônimo de crescimento. 12/04/2009. Comentário. In: GADELHA, J.A. **Tenda do Conto proporciona encontro entre as Unidades de Felipe Camarão, Guarita, Panatis e Soledade I**. 05/04/2009. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/5485-tenda-do-conto-proporciona-encontro-entre-as-unidades-de-felipe-camarao-guarita-panatis-e-soledade-i>. Acesso em: 05 fev 2013.

LIMA, R. **Construindo cirandas com a promoção da vida**. 09/11/2008. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/2852-construindo-cirandas-com-a-promocao-da-vida>. Acesso em: 05 fev 2013.

LORENZETTI, J. et al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Abr-Jun; 21(2): 432-9.

LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 145-176, 2005.

MORAES, A. F. Cultural diversity in health-related videos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.27, p. 811-22, out./dez. 2008.

MARTINEZ, M. C., PARAGUAY, A. I. B. B., LATORRE, M. R. D. O. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Rev Saude Publica**. 2004; 38(1):55-61.

MATRACA, M. V. C.; WIMMER, G.; ARAUJO-JORGE, T. C. de. Dialogia do riso: um novo conceito que introduz alegria para a promoção da saúde apoiando-se no diálogo, no riso, na alegria e na arte da palhaçaria. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2011, vol.16, n.10, pp. 4127-4138.

MATTHES, C. Bruno, contemplar teu *post* é como sentar na cadeira de balanço. 09/08/2010. In: ARAGÃO, B. **E a escuta mudou o olhar**. Disponível em:

<http://www.redehumanizausus.net/10895-e-a-escuta-mudou-o-olhar>. Acesso em: 05 fev 2013.

MAZZOTTI, A. J. A., CAMPOS, P. H. F. Cibercultura: uma nova “era das Representações Sociais”? In: Almeida, A.M.O.A., Santos, M.F.S., Trindade, Z.A. **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011.p.457-488.

MEDEIROS, L. P. Nem acredito... 14/04/2009. Comentário. In: GADELHA, J.A. **Tenda do Conto proporciona encontro entre as Unidades de Felipe Camarão, Guarita, Panatis e Soledade I**. 05/04/2009. Disponível em:<http://www.redehumanizausus.net/5485-tenda-do-conto-proporciona-encontro-entre-as-unidades-de-felipe-camarao-guarita-panatis-e-soledade-i>. Acesso em: 05 fev 2013.

MENDES, I. B. S; MELO, J. P. Notas sobre corpo, saúde e ludicidade. In: MENDES, I.B.S, OLIVEIRA, M.V.F. **Cenários lúdicos em unidades de saúde da família**. Natal: IFRN, 2010. 113 p.

MENDES, C. M. A pesquisa on-line: potencialidades da pesquisa qualitativa no ambiente virtual. **Hipertextus (www.hipertextus.net)**, n.2, Jan.2009.

MENDONCA, M. H. M.; MARTINS, M. I. C., GIOVANELLA, L., ESCOREL, S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2010, vol.15, n.5, pp. 2355-2365.

MENEZES, L. Parabens povo de Natal. 08/04/2009. Comentário. In: GADELHA, J.A. **Tenda do Conto proporciona encontro entre as Unidades de Felipe Camarão, Guarita, Panatis e Soledade I**. 05/04/2009. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/5485-tenda-do-conto-proporciona-encontro-entre-as-unidades-de-felipe-camarao-guarita-panatis-e-soledade-i>. Acesso em: 05 fev 2013.

MERHY, E. E. **A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias.** Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-38.pdf>. Acesso em: 01 mar 2013.

MONTEIRO, T. F. Parabéns. 20/10/2011. Comentário. In: **Agentes comunitários de saúde compartilhando experiências.** 17/10/2011. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/12224-agentes-comunitarios-de-saude-compartilhando-experiencias>. Acesso em: 06 fev 2013.

MONTEIRO, S. 01/08/2010. Tudo de bom!!! In: ARAGÃO, B. **E a escuta mudou o olhar.** Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/10895-e-a-escuta-mudou-o-olhar>. Acesso em: 05 fev 2013.

NASCIMENTO, C. C. do. Apoio matricial em saúde mental: possibilidades e limites no contexto da reforma psiquiátrica. **Dissertação (Mestrado)** - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007. 176 p.

NEVES, C. A. B.; Heckert, A. L. C. Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. **Estudos e pesquisas em psicologia**, UERJ, RJ, ano 10, n.1, p. 151-168, 1º quadrimestre de 2010. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a11.pdf>. Acesso em: 10 mar 2013.

NEVES, T. P. A incorporação da abordagem ergológica na formação dos profissionais de saúde: em busca da integralidade da atenção à saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 217-223, abr./jun. 2010.

NICOLAU, S. Vontade de fazer igual. 30/07/2010. In: ARAGÃO, B. **E a escuta mudou o olhar.** Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/10895-e-a-escuta-mudou-o-olhar>. Acesso em: 05 fev 2013.

NICOLAU, S. Mais uma ideia que será copiada! 10/09/2011. Comentário. In: **Cinco minutos pelo SUS.** 10/09/2011. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/12122-cinco-minutos-pelo-sus>. Acesso em: 06 fev 2013.

OLIVEIRA, G. N. 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).p.223-235.

OPAS. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 137 p.: il.

Origem da palavra. Significado de Inovação. **Site de etimologia**. 2011. Disponível em: <http://origemdapalavra.com.br/palavras/inovacao/>. Acesso em: 01 abr 2013.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. 09/05/2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 01 nov 2012.

PAIVA, J. O contrário do amor. 24/03/2009. In: **Rodas de conversas sobre a política nacional de humanização disparam movimentos nas unidades de saúde de Natal-RN**. 23/03/2009. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/5287-rodas-de-conversas-sobre-a-politica-nacional-de-humanizacao-disparam-movimentos-nas-unidades-de-saude-de-natal-rn>. Acesso em: 05 fev 2013.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface (Botucatu) [online]**. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 701-708. ISSN 1414-3283.

PASSOS, E. No sul aquecemos as rodas. 15 jan. 2009. Comentário. In: **Rodas em 2009**. 12 jan. 2009. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/4403-rodas-em-2009>. Acesso em: 01 fev 2013.

PAYÁ NETO, J. V., Análise das competências para inovar em instituições componentes da Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer. **Dissertação (mestrado)**. Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro. 2011. 138 f.

PEDROSO, R. T., VIEIRA, M. E. M. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **Interface (Botucatu) [online]**. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 695-700.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. **Tese (Doutorado)** – Universidade Estadual de Campinas). Campinas, 1998.

PITCHON, A. **Posso ajudar? Dispositivo associado ao acolhimento vêm contribuindo na humanização dos serviços de saúde do SUS Belo Horizonte**. 02/09/2010. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/11272-posso-ajudar-dispositivo-associado-ao-acolhimento-vem-contribuindo-na-humanizacao-dos-servicos-de-saude-do-sus-belo-horizo>. Acesso em: 06 fev 2013.

POMBO-DE-BARROS, C. F. Análise textual com o Programa ALCEST: uma aplicação em pesquisa de representações sociais no campo da política. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p. 275-278. Online: disponível em www.ims.uerj.br/ccaps. Acesso em: 06 fev 2013.

RAMOS, A. C. Contação de histórias: um caminho para formação de leitores? **Dissertação (mestrado)**. Universidade Estadual de Londrina – Londrina, 2011. 136p.

RAQUEL, A. **Pro dia nascer feliz!** 19/07/2011. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/11947-pro-dia-nascer-feliz>. Acesso em: 06 fev 2013.

REDE HUMANIZASUS. Termo de uso. 2013a. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/7-termos-de-uso>. Acesso em: 01 fev 2013.

_____. **O que é a Rede HumanizaSUS?** 2013b. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/7-termos-de-uso>. Acesso em: 01 fev 2013.

_____. **Ajuda**. 2013c. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/7-termos-de-uso>. Acesso em: 01 fev 2013.

RÉGIO, L. => Erasmo Ruiz!! 19/05/2010. Comentário. In: **O fetiche da roda**. 14/05/2010. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/10193-o-fetiche-da-roda>. Acesso em: 06 fev 2013.

_____. "A gente enverga, mas não quebra!". 22/12/2011. Comentário. In: **Oração de Natal para Natal**. 22/12/2011. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/12424-oracao-de-natal-para-natal>. Acesso em: 06 fev 2013.

RIBEIRO, E. M., PIRES, D., BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2004, vol.20, n.2, pp. 438-446.

RIBEIRO, V. M. B. Discutindo o conceito de inovação curricular na formação dos profissionais de saúde: o longo caminho para as transformações no ensino médico. **Trab. educ. saúde [online]**. 2005, vol.3, n.1, pp. 91-121.

RODRIGUES, L. **Agentes Comunitários de Saúde compartilhando experiências**. 17/10/2011. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/12224-agentes-comunitarios-de-saude-compartilhando-experiencias>. Acesso em: 06 de fev. 2013.

SANTA CATARINA, H. **Contexto local para Humanização no SUS: A contribuição do Programa Uso Racional de Plantas Medicinais no Município de Urussanga**. 21/11/2012. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/59268-contexto-local-para-humanizacao-no-sus-a-contribuicao-do-programa-uso-razional-de-plantas-medicinais-no-municipio-de-uruss>. Acesso em: 06 de fev. 2013.

SANTA CATARINA, H. **Grupo de apoio a pessoas com sobrepeso e obesidade nas Estratégias de Saúde da Família**. 20/11/2012. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/59251-grupo-de-apoio-a-pessoas-com-sobrepeso-e-obesidade-nas-estrategias-de-saude-da-familia>. Acesso em: 06 fev 2013.

SANT'ANNA, S. R., HENNINGTON, E. A. Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia. **Interface (Botucatu) [online]**. 2010, vol.14, n.32, pp. 207-215.

SANTOS-FILHO, S. B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSUS. 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/olhar_sobre_trabalho.pdf. Acesso em: 02 fev 2013.

_____. **Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas**/ Ijuí: Ed. Unijuí, 2009. 272p.

SÁ-SILVA, J. R., DOMINGOS DE ALMEIDA, C., GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. Ano I - Número I - Julho de 2009.

SCHERER, M. D. A. O trabalho da equipe no Programa de Saúde da Família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade. **Tese (Doutorado)** – Universidade Federal de Santa Catarina, Escola de Enfermagem, Florianópolis, 2006, 232 f.

SCHERER, M. D. A., PIRES, D., JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da equipe de saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva [online]**. 2012. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=11316. Acesso em: 01 mar 2013.

SCHNEIDER, M. U. Queremos ver a roda rodar! 13/09/2010. Comentário. In: **Mapeando redes: iniciando o apoio matricial**. 06/09/2010. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/user/6762>. Acesso em: 06 fev 2013.

SCHRAIBER, L. B.; HILLEGONDA, A.; NOVAES, H. M. D. Tecnologias em saúde. In: PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educ Soc**. 1998; 19(65):101-40.

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

_____. **Trabalho e educação**. Presen Pedag. 2001; 7(38):5-17.

_____. **Trabalho e saber**. Trabal Educ. 2003; 12(1):21-34.

_____. **Transmissão e ensino: do mecânico ao pedagógico**. Proposições. 2005; 16(48): 229-44.

_____. Entrevista. **Trab. educ. saúde [online]**. 2006, vol.4, n.2, pp. 457-466. ISSN 1981-7746.

_____. Reflexão em torno de um exemplo operário. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.). **Trabalho & ergologia – conversas sobre a atividade humana**. Niterói: EdUFF, 2007(a).

_____. A trama e a urdidura. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.). **Trabalho & ergologia – conversas sobre a atividade humana**. Niterói: EdUFF, 2007b.

_____. A dimensão coletiva do trabalho e as Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP). In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.). **Trabalho & ergologia – conversas sobre a atividade humana**. Niterói: EdUFF, 2007c.

SCHWARTZ, Y.; DUC, M.; DURRIVE, L. O Trabalho e Ergologia. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e ergologia: conversas sobre atividade humana**. Niterói, Ed. UFF, 2007. Capítulo 1.p. 24-46.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23a ed. São Paulo: Cortez; 2007.

SILVA, C. A. F. A Gestão de si na reinvenção das Normas: Práticas e subjetividade no Trabalho. **Saude soc. [online]**. 2008, vol.17, n.4, p 111-123.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A., CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2013, vol.18, n.1, p. 221-232.

SILVA, L. R. C et al. **Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente**. In: IX Congresso Nacional de Educação, Anais, 2009, Paraná. p. 4554-

4556. Disponível em:
http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/3124_1712.pdf. Acesso em: 01 mar 2013.

SILVA, P. **Ao NASF Biguaçu e seus ESFs com carinho!** 24/03/2012. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/12666-ao-nasf-biguacu-e-seus-esfs-com-carinho>. Acesso em: 06 fev 2013.

SILVA, P. Espaço de tirar a mordada! 17/05/2010. Comentário. In: **O fetiche da roda**. 14/05/2010. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/10193-o-fetiche-da-roda>. Acesso em: 06 fev 2013.

SILVA, P. **Troca de experiências em SC multiplica as potências de humanização!** 06/06/2011. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/11843-troca-de-experiencias-em-sc-multiplica-as-potencias-de-humanizacao>. Acesso em: 06 fev 2013.

SOUSA, E. A. Fetiche da roda. 26/05/2010. Comentário. In: **O fetiche da roda**. 14/05/2010. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/10193-o-fetiche-da-roda>. Acesso em: 06 fev 2013.

SOUZA, L. A. P., MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface (Botucatu) [online]**. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 681-688.

TAKEMOTO, M. L. S., SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2): 331-340, fev, 2007.

TEIXEIRA, R. R. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. In: Research conference on: rethinking "the public" in public health: neoliberalism, structural violence, and epidemics of inequality in latinamerica, [2004], San Diego. **Working-paper... San Diego: Cilas**, 2004. Disponível em: <http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>. Acesso em: 01 abr 2013.

_____. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2005, vol.10, n.3, pp. 585-597.

_____. **Rede HumanizaSUS: há 1 ano aumentando nossa potência coletiva de fazer um SUS que dá certo!** 16/03/2009. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/51111-rede-humanizausus-ha-1-ano-aumentando-nossa-potencia-coletiva-de-fazer-um-sus-que-da-certo>. Acesso em: 01 abr de 2013.

_____. **Rede HumanizaSUS: Uma experiência de rede colaborativa como dispositivo de uma política pública.** 13/04/2011. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/11763-rede-humanizausus-uma-experiencia-de-rede-colaborativa-como-dispositivo-de-uma-politica-publica>. Acesso em: 01 abr 2013.

_____. **Alguns dados sobre a RHS...** 05/05/2012. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/12807-alguns-dados-sobre-a-rhs>. Acesso em: 01 abr 2013.

_____. **Rede Humanizausus: 5 Anos Afirmando a Vida!** 23/02/2013. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/60353-rede-humanizausus-5-anos-afirmando-a-vida>. Acesso em: 25 fev 2013.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P., CAMPOS, GASTÃO, W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2010, vol.15, suppl.3, pp. 3615-3624. ISSN 1413-8123.

TRAJANO, A. R. Método da Roda como um método de Apoio à Cogestão. 20/05/2010. Comentário. In: **O fetiche da roda**. 14/05/2010. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/10193-o-fetiche-da-roda>. Acesso em: 06 fev 2013.

TRINDADE, E. Incorporação e avaliação de novas tecnologias no sistema de serviços de saúde brasileiro: estudo de caso na área de cardiologia. São Paulo, 2006. **Tese (doutorado)** – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

TRINQUET, P. Trabalho e educação: o método ergológico. **Revista HISTEDBR Online**, Campinas, número especial, p. 93-113, ago.2010.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):67- 83, 2004.

VASCONCELOS, M. G. F. Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 166-175, jan./jun. 2012.

WEBER, L. PRODUZIR (NOS) ponto COM: a constituição do coletivo Rede HumanizaSUS e a produção cooperativa. **Tese (Doutorado)** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Porto Alegre, 2012, 213 f.