JOANA SERAFIM KOBEL

**Percepção dos profissionais de saúde sobre a atuação do Apoiador em Saúde
nos processos de trabalho e na articulação com a rede de serviços no
Município de São Bernardo do Campo**

São Paulo

2019

JOANA SERAFIM KOBEL

**Percepção dos profissionais de saúde sobre a atuação do Apoiador em Saúde
nos processos de trabalho e na articulação com a rede de serviços no
Município de São Bernardo do Campo**

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Rosé Colom Toldrá

São Paulo

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Kobel, Joana Serafim.

Percepção dos profissionais de saúde sobre a atuação do Apoiador em Saúde nos processos de trabalho e na articulação com a rede de serviços no Município de São Bernardo do Campo / Joana Serafim Kobel ; orientador Rosé Colom Toldrá. -- São Paulo, 2019.

83 p. : tab. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão original

1. Integralidade em saúde. 2. Centros de Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Equipe de assistência ao paciente. 5. Sistema Único de Saúde. I. Toldrá, Rosé Colom. II. Título.

Kobel JS. Percepção dos profissionais de saúde sobre a atuação do Apoiador em Saúde nos processos de trabalho e na articulação com a rede de serviços no Município de São Bernardo do Campo. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: / /2019

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

À Isabel e João Luiz, meus pais, por todo o cuidado, empenho, amor, perto ou longe, aqui ou em outro plano, e por ajudarem a me tornar a pessoa que sou hoje e fazerem parte das minhas conquistas.

Ao João Luiz, meu sobrinho, por, mesmo sem entender, sempre me motivar a seguir em frente e buscar por um mundo melhor.

Ao Diego, meu companheiro, por todo o incentivo e paciência desde a intenção até a produção final desse trabalho.

À Rosé, minha orientadora, pela dedicação ao meu trabalho e por sempre caminhar junto comigo.

RESUMO

Kobel JS. Percepção dos profissionais de saúde sobre a atuação do Apoiador em Saúde nos processos de trabalho e na articulação com a rede de serviços no Município de São Bernardo do Campo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2019. Versão Original.

O município de São Bernardo do Campo tem, desde 2010, buscado desenvolver o cuidado em rede e a articulação entre os diferentes serviços de saúde. Como uma das estratégias foi criado o cargo de Apoiador em Saúde, o qual tem como funções o apoio matricial, o apoio institucional e promover a articulação de rede, contribuindo para a produção e gestão do cuidado integral. Os objetivos da pesquisa foram conhecer e analisar a percepção dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde acerca da atuação do Apoiador em Saúde nos processos de trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família e como articulador com a rede de serviços de saúde no município. O estudo desenvolvido foi de natureza qualitativa e teve caráter descritivo. A pesquisa foi realizada a partir da aplicação de 13 entrevistas individuais semiestruturadas com questões fechadas e abertas aplicadas aos profissionais de Unidades Básicas de Saúde de 2 territórios, um de menor e outro de maior vulnerabilidade social. Para a análise qualitativa do conteúdo das entrevistas foi adotado o método do Discurso do Sujeito Coletivo. Do total de entrevistados, 8 eram do sexo feminino e 5 do sexo masculino, as idades variavam entre 27 e 52 anos e o tempo de trabalho na Atenção Primária à Saúde de 2 a 18 anos. Os temas identificados nos depoimentos foram classificados em 5 categorias: Visão dos profissionais sobre o Apoiador em Saúde, Novos olhares a partir do saber multiprofissional, Construção compartilhada da prática profissional, Articulação com a rede, Momentos e mudanças das atribuições do Apoiador em Saúde. As categorias originaram, no total, 11 ideias centrais. A partir das categorias e ideias centrais foi possível estudar a visão dos profissionais sobre o trabalho do Apoiador em Saúde nos processos de trabalho e na articulação de rede, além de fornecer subsídios para o aprimoramento da atuação desse profissional com vistas à melhora dos processos de trabalho das equipes de saúde, otimização dos recursos disponíveis, e principalmente, melhoria da qualidade do atendimento à população.

Conclui-se que, pela relevância desse cargo na Saúde Pública e o pouco conhecimento sobre suas funções, é de extrema importância o entendimento sobre o potencial do Apoiador em Saúde em contribuir com os profissionais dos serviços. Sendo assim, com a presente pesquisa foi elaborado um folder como Produto Educacional para favorecer melhor compreensão e articulação do Apoiador em Saúde com os profissionais dos serviços da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Integralidade em saúde. Unidade Básica de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Equipe de assistência ao paciente. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Kobel JS. Perception of health Professionals about the performance of the Health Supporter in the processes of work and in the articulation with the service network in the city of São Bernardo do Campo [dissertation]. São Paulo: University of São Paulo, Dentistry School; 2019. Original Version.

Since 2010 the city of São Bernardo do Campo has searched to develop network care and articulation among the different health services. As one of its strategies the position of Health Supporter was created, which has as functions the matrix support, the institutional support and promotion of the net articulation, contributing to the production and comprehensive care management. The objectives of the research were to know and analyse the perception of the professionals of the Basic Health Units on the performance of the Health Supporter in the work processes of the Family Health Strategy teams and as articulator with health services net in the city. The study was qualitative nature and had a descriptive character. The research was carried out through the application of 13 semistructured individual interviews with closed and opened questions applied to the professionals of the Basic Health Units of 2 territories, one of minor and other with bigger social vulnerability. For the qualitative analysis of the content of the interviews the method of Collective Subject Discourse was adopted. From the total interviewees, 8 were female and 5 male, the ages ranged between 27 and 52 years old and the working time in the Primary Health Attention from 2 to 18 years. The themes identified in the interviews were classified in 5 categories: Vision of the professionals about the Health Supporter, New views from the multiprofessional knowledge, Shared construction of the Professional practice, Net articulation, Moments and changes of the attributions of the Health Supporter. The categories originated, in total, 11 central ideas. From the central categories and ideas it was possible to study the vision of professionals about the work of the Health Supporter in the work processes and in the net articulation, in addition to providing subsidies for improving the work of this professional with a view to improving the work processes of the health teams, optimization of the available resources, and specially the improvement of quality of care to the population. It is concluded that, as for the relevance of this position in Public Health and the little

knowledge about its functions, it is highly important to understand the potential of the Health Supporter in contributing to the professionals of the services. Therefore, with the present research was elaborated an Educational Product to favor better understanding and articulation of the Health Supporter with the professionals of Primary Health Attention services.

Key words: Integrality in Health. Health Centers. Family Health Strategy. Patient Care Team. Unified Health System.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Álcool e outras drogas
AD IJ	Álcool e outras drogas infanto-juvenil
AE	Atenção Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
AS	Apoiador em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CER	Centro Especializado de Reabilitação
DAB	Departamento de Atenção Básica
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EAB	Equipe de Atenção Básica
EC	Expressão-chave
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HÁ	Hospital Anchieta
HC	Hospital Municipal de Clínicas
HMU	Hospital Municipal Universitário
IC	Ideia Central
IJ	Infanto-juvenil
MS	Ministério da Saúde

NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
PASM	Pronto Atendimento de Saúde Mental
PID	Programa de Internação Domiciliar
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
PSC	Pronto Socorro Central
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SBC	São Bernardo do Campo
SMS	Secretária Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	INTEGRALIDADE DO CUIDADONA REDE DE SAÚDE.....	15
1.2	A INTEGRALIDADE COMO MEIO DE ARTICULAÇÃO DA REDE DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO	19
1.3	O APOIADOR EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE ATRAVÉS DA CLÍNICA, GESTÃO E ARTICULAÇÃO DE REDE.	20
2	MATERIAL E MÉTODOS	31
2.1	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	31
2.2	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	33
3	RESULTADO E DISCUSSÃO	35
3.1	VISÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE O APOIADOR EM SAÚDE	38
3.1.1	<i>No começo não sabíamos qual era o papel do Apoiador</i>	<i>38</i>
3.1.2	<i>Descobrir funções e ampliar os horizontes</i>	<i>40</i>
3.1.3	<i>Fazendo um PTS com o AS conseguia mostrar novos caminhos e ficávamos mais satisfeito</i>	<i>42</i>
3.2	NOVOSOLHARES A PARTIR DO SABER MULTIPROFISSIONAL	44
3.2.1	<i>Saber multiprofissional e dimensão ampliada fazem a diferença....</i>	<i>44</i>
3.2.2	<i>Sucesso do trabalho de acordo com o perfil do AS e o seu vínculo com a equipe.....</i>	<i>46</i>
3.3	CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DA PRÁTICA PROFISSIONAL	47
3.3.1	<i>Nosso sofrimento não foi à toa, agora eu me sinto muito mais segura</i>	<i>48</i>
3.3.2	<i>Compor as reuniões de equipe para construirmos caminhos e soluções</i>	<i>50</i>
3.3.3	<i>Sem o AS a minha vida teria sido muito mais difícil na UBS</i>	<i>51</i>
3.4	ARTICULAÇÃO COM A REDE	53
3.4.1	<i>Benefício para a equipe e para o usuário.....</i>	<i>53</i>
3.4.2	<i>Distância e falta de abertura dos serviços</i>	<i>55</i>

3.5	MOMENTOS E MUDANÇAS DAS ATRIBUIÇÕES DO AS	57
3.5.1	Atuação do AS na macro e micro gestão	57
3.5.2	Impactos nos serviços com as mudanças do papel do AS	60
4	CONCLUSÃO	63
	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICES	73
	ANEXO	83

1 INTRODUÇÃO

1.1 INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA REDE DE SAÚDE

A concepção de integralidade do cuidado tem sido cada vez mais discutida na área da saúde, já que se tornou uma das diretrizes do SUS a partir da Reforma Sanitária e está relacionada a compreensão integral do ser humano (Brasil, 2014). A atenção integral é composta por diversas ações de saúde nos diferentes níveis e articulação com outras políticas públicas com o objetivo de atender as necessidades do usuário e melhorar sua qualidade de vida (Brasil, 2019). Para isso, o sistema de saúde deve entender o contexto social do usuário e priorizar as ações preventivas (Brasil, 2014). A integralidade do cuidado envolve o contexto histórico, biológico, familiar, cultural, econômica e a percepção de como os fatores externos influenciam no processo saúde-doença (Campos ; Mishima, 2005; Souza et al., 2012). Assim, valoriza-se o respeito às singularidades, complexidades, momentos, espaços e limites pessoais-interpessoais (Pinho et al., 2007), rompendo com o modelo biologicista, pois considera que a compreensão das necessidades vividas pelo usuário deve ser pautada em sua realidade. Tal compreensão pode ser desenvolvida por meio de um olhar atento do profissional, tornando-o capaz de identificar as ações de saúde necessárias no próprio contexto de cada encontro (Mattos, 2004).

Para atender as necessidades do usuário se faz necessária a construção de uma relação de horizontalidade e a utilização da escuta, por parte do profissional, como ferramenta no processo de trabalho para apoiar o planejamento de ações e serviços de saúde para atender as necessidades do usuário (Ayres, 2009; Silva et al., 2015). A atenção integral é, ao mesmo tempo, individual e coletiva, evidenciando a necessidade de articulação e modificação de todos os níveis de atenção à saúde (Souza et al., 2012), o que indica a necessidade de organização contínua do processo de trabalho nos serviços para a ampliação da compreensão sobre as necessidades de saúde da população (Lopes et al, 2012) e para o desenvolvimento de ações coerentes.

Neste sentido a prática da integralidade se desenvolve através de um efetivo trabalho em equipe, o qual potencializa as capacidades de cada um e favorece a pactuação de alvos e estratégias (Silva; Ramos, 2010). A atuação das equipes multiprofissionais e interdisciplinares permite o compartilhamento de saberes e a renovação das práticas de saúde, buscando uma atenção integral que valorize a o cuidado como dimensão básica de saúde (Pinheiro; Mattos, 2007). Cecílio (2001) chama de “integralidade focalizada” essa confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço singular dos serviços de saúde e de “integralidade ampliada” a articulação em rede e institucional das múltiplas “integralidades focalizadas” de cada serviço de saúde. “A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede” (Cecílio; Merhy, 2003, p. 199). Para tanto, é necessário que essa ocorra não apenas intraserviço, mas também interserviços de saúde. Com isso, formam-se fluxos a partir das necessidades reais das pessoas e a integralidade do “micro” se reflete no “macro” (Cecílio, 2001).

No entanto, o usuário constrói seu próprio fluxo pelos serviços de saúde de acordo com seus encontros e desencontros com os mesmos, suas necessidades e as ofertas feitas a ele (Cecílio et al., 2012). Isto faz com que a Atenção Primária à Saúde (APS) mesmo que prevista como porta de entrada nem sempre seja reconhecida pelo usuário da rede como tal, apesar dos investimentos e melhorias neste âmbito de atenção (Cecílio; Merhy, 2003). A APS é uma estratégia de reorganização do modelo assistencial, a qual visa responder as necessidades de atenção à saúde de determinada população, a partir de um sistema universal e integrado, com ações preventivas e curativas, bem como atenção à indivíduos e comunidades (Fiocruz, 2009). Assim, reafirma-se que a integralidade do cuidado na rede de serviços é fundamental, pois em algum momento o usuário pode vir a ser acompanhado na Unidade Básica de Saúde (UBS), a qual deverá assumir a coordenação desse cuidado e atuar como centro de comunicação com a rede por meio de fluxos e contrafluxos organizados. Deste modo a UBS deve estar conectada com os outros pontos de assistência para possibilitar o acesso dos usuários aos demais serviços de saúde, garantir maior equidade no atendimento e efetiva utilização das demais tecnologias e serviços (Cecílio et al., 2012; Silva et al., 2015).

As UBSs mais resolutivas, possibilitam reduzir a demanda por consultas especializadas e exames, principalmente os de maior complexidade, o que permite o

uso mais adequado dos recursos públicos e garantir procedimentos realmente necessários (Franco; Magalhães Junior, 2004). Na perspectiva de maior resolutividade e do desenvolvimento do cuidado integral, foi criado em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) e, após considerada suas potencialidades e capacidades de organizar os sistemas municipais de saúde, tornou-se, em 1998, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Santos; Miranda, 2016). A ESF visa à reorganização da APS com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e a manutenção da saúde da comunidade por meio de reorientação do processo de trabalho, para ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (Brasil, 2016).

A localização da UBS geograficamente próxima dos usuários permite aos profissionais que compreendam o contexto cultural, social e econômico dos mesmos (Friedrich et al., 2017) e facilite a execução das ações. Assim, a perspectiva da ESF promove o vínculo das equipes com a população, fortalece as ações intersetoriais e a participação da comunidade, o que favorece a relação dos usuários com suas famílias e os serviços de saúde, a compreensão do processo de saúde-doença e a necessidade de intervenções para além das práticas curativas (Lima et al., 2014; Santos; Miranda, 2016). O vínculo com a população, permite a construção de compromisso e corresponsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade e amplia as fronteiras de atuação e solução dos problemas. Isso se desenvolve por meio de atendimentos da equipe multiprofissional a toda a família, a qual transmite para as equipes a visão do domicílio, do território e de outras pessoas que se relacionam com os usuários.

As equipes de ESF são multiprofissionais, compostas por, no mínimo, médico generalista, especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Pode ser acrescido cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (Brasil, 2016). Tais equipes têm como objetivos conhecer a realidade das famílias por meio de cadastramento e diagnóstico do território a partir de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco às quais a população está exposta; e prestar assistência integral, organizando o fluxo

de encaminhamento para os demais níveis de atendimento (Fiocruz, 2016). Estudos apontam a ESF como um forte agente facilitador da construção de um sistema integrado de atenção à saúde (Silva; Ramos, 2010). Assim, é essencial estabelecer um mecanismo de transição do cuidado dos usuários para suas UBSs de referência. Quando a UBS adota a lógica da ESF ampliam-se as possibilidades de que o usuário seja atendido de maneira mais integral, levando em conta não somente as necessidades clínicas, mas também o bem-estar físico, mental e social, como preconizado pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 1946). Assim, a saúde passa a ser considerada como qualidade de vida, não mais como ausência de doenças (Viegas e Penna, 2015) e são valorizadas outras dimensões da vida, tais como: moradia, higiene, suporte familiar e da comunidade. Ademais, a proposta da ESF não se limita ao acesso à rede formal de serviços, pois considera o acompanhamento do percurso do usuário nas diferentes redes de cuidado (Kemper et al., 2015).

Contudo, para que a transição para a APS ocorra, os demais pontos da rede devem estar organizados para desenvolver a coordenação do cuidado do usuário no próprio serviço, principalmente por meio de encontros e trocas de saberes entre os diversos profissionais envolvidos na atenção. Isso possibilita construir estratégias para qualificar o cuidado e favorecer a conexão com outros serviços necessários. Entende-se que para a mudança necessária no processo de funcionamento dos serviços de saúde deve-se considerar o trabalho de forma centrada no usuário e em suas necessidades (Franco; Magalhães Junior, 2004). Nesse sentido, não só o atendimento deve seguir a lógica da integralidade, mas também o processo de alta deve ser pensado como um momento de produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, construindo uma rede de cuidado específica para cada usuário (Cecílio; Merhy, 2003). O contrário, a atenção à saúde fragmentada, que se organiza através de serviços isolados e incomunicáveis uns dos outros, são incapazes de prestar uma atenção contínua e integral à população (Mendes, 2010).

1.2 A INTEGRALIDADE COMO MEIO DE ARTICULAÇÃO DA REDE DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

O município de São Bernardo do Campo (SBC), no qual o estudo está circunscrito, pertence à região do Grande ABC, área metropolitana de São Paulo, com território de 409,532 km² e população estimada em 2018 de 833,240 pessoas (IBGE, 2019). A rede de saúde de SBC é composta, atualmente, por 34 UBSs, 9 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 4 hospitais (Pronto Socorro Central - PSC, Hospital das Clínicas – HC, Hospital Anchieta – HA e Hospital Municipal Universitário - HMU), 1 Centro Especializado de Reabilitação (CER), 2 Policlínicas, 9 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 5 de adulto (4 CAPS III e 1 CAPS II), 1 infanto-juvenil (IJ), 2 álcool e outras drogas (AD) e 1 álcool e outras drogas infanto-juvenil (AD IJ), 8 Residências Terapêuticas (3 femininas e 5 masculinas), 1 República Terapêutica, 1 Pronto Atendimento de Saúde Mental (PASM), 3 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 1 Centro do Idoso, 1 Consultório na Rua e 1 Programa de Internação Domiciliar (PID). As UBSs contam com 139 ESF e 19 equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), as quais são compostas pelo Apoiador em Saúde (AS).

A maioria das UBS de SBC funciona na lógica de ESF ampliada, ou seja, conta 1 Médico de Família, 2 Enfermeiros, 2 a 4 Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, 6 a 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 1 Cirurgião Dentista, 1 Técnico de Saúde Bucal e 1 Auxiliar de Saúde Bucal e 2 médicos matriciadores, os quais podem ser clínico geral, pediatra ou ginecologista. Essa equipe é responsável por atender de seis mil a oito mil habitantes (Santos, 2018), o equivalente a duas equipes de ESF tradicional. O modelo de ESF ampliada passou a fazer parte da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) do Ministério da Saúde (MS) e começou a receber financiamento a partir de 2011 (Santos, 2018). No município o matriciamento visa ações compartilhadas com troca de saberes entre os profissionais envolvidos, elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) a partir da discussão da equipe e oferecimento de intervenções com maior qualidade à população. Essas ações podem ser realizadas na forma de consultas compartilhadas, visitas conjuntas, espaços de discussão de casos e de temas específicos e contato à distância.

O município de SBC vem, desde 2010, buscando desenvolver o cuidado em rede através da articulação entre os diferentes serviços de saúde, para garantir que na alta de um serviço secundário ou terciário, o usuário retorne para o território em que vive para a continuidade do seu cuidado na UBS. Para facilitar a articulação e a organização dos serviços de saúde, a cidade foi dividida inicialmente em 10 territórios e, posteriormente, foi redimensionada para 9 territórios, de acordo com as UPAs existentes. Com isso foi possível descentralizar alguns serviços e ações para cada território, como o cuidado em Saúde Mental, e integrá-los a rede de serviços.

1.3 O APOIADOR EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE ATRAVÉS DA CLÍNICA, GESTÃO E ARTICULAÇÃO DE REDE

O termo Apoio surgiu no contexto da saúde brasileira nos anos 2000 devido à necessidade de se rever os processos de produção de cuidado, valorizar a singularidade dos sujeitos e as formas mais democráticas de se fazer gestão, sendo uma função ou metodologia de trabalho possível de ser desempenhada por um profissional da saúde ou por um grupo de profissionais (Moura; Luzio, 2014; Machado, 2014). A origem do termo surgiu no Método Paidéia, o qual cria a figura do apoiador institucional e afirma que tanto na gestão do trabalho em equipe quanto na clínica, na saúde pública ou nos processos pedagógicos, a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos pode ocorrer de maneira compartilhada entre os profissionais por meio de conhecimentos, experiências e visão de mundo (Campos; Domitti, 2007). Portanto, propõe reformular os tradicionais mecanismos de gestão, alterando, assim, a maneira de realizar coordenação, supervisão e avaliação do trabalho, na medida em que pressupõe um modo interativo, analítico e operacional: o trabalho em cogestão (Fernandes; Figueiredo, 2015; Barros et al., 2014).

O Apoio não é um lugar estrutural específico, pode fazer parte do organograma do serviço como cargo ou pode ser exercido como uma postura metodológica, assumida pelos gestores e pelos próprios profissionais de saúde em suas relações com os usuários ou outros membros da equipe (Fernandes;

Figueiredo, 2015). Pode-se entender o Apoio, também, como uma função de fomentar e acompanhar os processos de mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional para pensar a gestão (Barros et al., 2014). Os recursos metodológicos usados por um Apoiador e sua equipe são: a discussão de casos concretos e o encontro regular nos espaços coletivos, ouvir a demanda dos trabalhadores, construir as sínteses e ofertas (Fernandes; Figueiredo, 2015).

Na mesma vertente, a Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, tem como proposta colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, com o objetivo de produzir mudanças nos modos de gestão desses serviços e de cuidar dos usuários. Para que isso ocorra, a PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários visando a construção de processos coletivos (Brasil, 2013). O método do Apoio foi incorporado nas políticas do SUS, redirecionando as propostas do MS para o Apoio às Redes de Atenção à Saúde (RAS), com foco no fortalecimento da regionalização dos serviços (Brasil, 2015). Sendo assim, a PNH tem investido no Apoio como forma para a implementação de suas diretrizes e dispositivos, para ser capaz de construir planos de ação para promover e disseminar inovações nos modos de fazer saúde de forma compartilhada entre os profissionais e incluir a corresponsabilização dos usuários e familiares em seu cuidado (Brasil, 2013; Brasil, 2015).

Ademais, a PNH visa promover a clínica ampliada (ou clínica do sujeito) e a gestão compartilhada (ou cogestão) com o intuito de melhorar processos e relações de trabalho nas esferas do cuidado, atenção e gestão (Brasil, 2015). A clínica ampliada tem como finalidade abordar o adoecimento e o sofrimento considerando a singularidade do sujeito, a complexidade do processo saúde/doença e, ainda, diminuir a fragmentação do conhecimento e das ações de saúde, o que causa danos e ineficácia (Brasil, 2013). Essa estratégia é realizada a partir do enriquecimento dos diagnósticos, o que inclui, além do enfoque orgânico, a percepção dos afetos produzidos; e a qualificação do diálogo tanto entre os profissionais quanto deles com o usuário, possibilitando decisões compartilhadas e compromissadas com a saúde dos usuários (Brasil, 2013). A gestão compartilhada supõe a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão, além da ampliação, formulação e pactuação das tarefas da gestão e aprendizado coletivo (Brasil, 2013).

Outra estratégia da PNH e do método Paideia é a Educação Permanente (EP), a qual visa a construção de um SUS melhor e qualificação das práticas de gestão e de atenção (Maerschner et al., 2014; Brasil, 2015). Segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) do MS, a EP tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, pois favorece um aprendizado significativo no trabalho, que ocorre no cotidiano dos serviços (Brasil, 2009). A EP possibilita a transformação na maneira de atuar por meio da problematização dos processos de trabalho, do enfrentamento de sua realidade, dos conhecimentos e das experiências que os profissionais já possuem, além de considerar as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores a partir das necessidades de saúde dos usuários (Brasil, 2009).

A proposta do Apoio em SBC surge diante da fragmentação entre os serviços do município como uma estratégia de fortalecer as relações entre os profissionais por meio de tecnologias leves (Paixão; Tavares, 2014). Sendo assim, o cargo de AS foi criado em 2010 no município para desenvolver as funções de apoio matricial na sua área de formação, o apoio institucional para os serviços de saúde e a articulação da rede de saúde. Como ressalta Sundfeld (2016, p. 64), na proposta de SBC “o apoiador atua na produção do cuidado e da gestão, não há distinção entre apoio institucional e matricial”, ou seja, é desenvolvida a gestão dos serviços e sistemas de saúde, e também a gestão da clínica (Pereira Júnior; Campos, 2014). Desta forma são consideradas como atribuições do AS no município:

“1. Participar da produção do cuidado individual e coletivo com perspectiva ampliada, orientado pelos princípios da integralidade, levando em conta a complexidade do processo saúde doença, tendo sempre a promoção da autonomia do usuário como meta; 2. Trabalhar em equipe multiprofissional, facilitando a articulação entre diferentes trabalhadores, respeitando e valorizando os diferentes saberes; 3. Realizar o apoio matricial às equipes de atenção básica, o que inclui a construção compartilhada de projetos terapêuticos e a ampliação das ferramentas das equipes para a produção do cuidado integral e o enfrentamento de casos complexos; 4. Apoiar, em articulação com a gerência das unidades, a reorganização do processo de trabalho das unidades de atenção à saúde, no sentido da responsabilização, vínculo, continuidade da atenção e olhar ampliado, indispensáveis à integralidade; 5. Realizar trabalho na comunidade por meio de ações no domicílio, trabalhos educativos e articulação com outras organizações

necessárias à produção da integralidade na atenção à saúde; 6. Realizar escuta ampliada e ampla interação com os usuários e seus familiares para identificar problemas e construir alternativas de enfrentamento ou encaminhamento no plano da atenção, prevenção e promoção à saúde; 7. Buscar articulação com os segmentos organizados da sociedade e outros equipamentos relevantes para ampliação da qualidade de vida e do cuidado à saúde no território; 8. Contribuir para uma melhor articulação entre os trabalhadores e a comunidade. 9. Trabalhar para produzir articulação e cooperação entre os diferentes equipamentos e estruturas da secretaria de saúde e de outros setores do governo e segmentos da sociedade, promovendo os princípios da intersetorialidade”(Fundação do ABC, 2010, p. 4).

Os AS ofertam diversos mecanismos para constituição e análise da rede, por meio de discussão de casos, elaboração de PTS, análise e problematização dos indicadores epidemiológicos, que podem se desenvolver na forma de matriciamento das equipes para qualificação do cuidado, articulação de rede de acordo com as necessidades levantadas pela população ou pelas equipes nos territórios e com base nas necessidades da gestão, para implantação/implementação de políticas (Paixão; Tavares, 2014).

No que se refere a distribuição dos AS em SBC, cada território contava, inicialmente, com uma equipe composta por 5 profissionais de diferentes formações na área de saúde, totalizando 50 AS. Atualmente, essas equipes são compostas, em média, por 3 profissionais, sendo ao todo 28 profissionais. A atuação dos AS no município presumia a circulação desses nos territórios com o objetivo de articular a rede para o desenvolvimento do cuidado integral. Inicialmente a função dos AS estava mais voltada à APS, pois era o momento em que o município expandia a ESF para praticamente todas as UBS. Ao longo dos anos os AS foram também assumindo a participação em outros serviços da rede de saúde. Com isso, passaram a participar das reuniões de equipe dos CAPS com certa regularidade, dos Kanbans, dos matriciamentos da equipe da Atenção Especializada (AE) e viabilizar reuniões com outros serviços – não só da saúde, mas também da educação e assistência social - para discussões de casos e fluxos de acesso.

O apoiador matricial surge como uma estratégia de qualificação da clínica através da reorientação das práticas de cuidado mediante as ofertas de conhecimento dos diversos núcleos profissionais (Paixão; Tavares, 2014), auxílio na

atuação da equipe de referência, ajuda na promoção de estratégias de intervenção frente aos problemas de saúde da população e para um cuidado integral e centrado nas necessidades dos usuários (Sundfeld, 2016). Ou seja, o apoiador busca construir e ativar espaço para uma comunicação efetiva e o compartilhamento de conhecimento com o objetivo de agregar saberes e contribuir com intervenções que aumentem a resolutividade da equipe (Campos; Domitti, 2007). O apoio matricial pode ocorrer de, pelo menos, duas maneiras: clínico-assistencial, a qual produz sobre a ação clínica direta com os usuários; e técnico-pedagógica, a qual produz ação de apoio educativo com e para as equipes (Brasil, 2014). Utiliza, para isso, a clínica ampliada e o diálogo entre as distintas especialidades como métodos de trabalho para reconhecer a complexidade e variabilidade dos fatores e dos recursos envolvidos em cada caso específico, seja ele um problema individual ou coletivo (Campos; Domitti, 2007).

Já na função de apoiador institucional é responsável pela construção de espaços coletivos para estímulo e facilitação da escuta, do diálogo e da análise reflexiva das necessidades, mediação de conflitos, elaboração de propostas para o processo de trabalho e incentivo à participação dos profissionais na gestão por meio do diálogo e da corresponsabilização (Sundfeld, 2016; Pereira Júnior; Campos, 2014). A atuação como apoiador institucional visa aumentar a capacidade dos profissionais de refletirem e intervirem na realidade enquanto produzem serviços para os outros, maior envolvimento e satisfação profissional bem como aumento da responsabilidade diante das tarefas assumidas (Fernandes; Figueiredo, 2015). Sendo assim, o Apoiador realiza um acompanhamento qualificado do trabalho das equipes, oferta estratégias metodológicas para implementação das diretrizes e dispositivos e análise dos métodos de trabalho instituídos; incentiva o trabalho cooperativo em equipe, de modo democrático, participativo e cogerido; estimula a troca dos saberes; analisa os movimentos institucionais e criação de processos de trabalho que aproximem as atividades da gestão e da atenção (Moura; Luzio, 2014). O apoio institucional tem se apresentado como uma importante estratégia para a reorganização da gestão da APS (Bellini et al., 2016).

As experiências exitosas no método Paidéia e na PNH fizeram com que o MS incorporasse a função de Apoio Institucional em suas propostas oficiais: em 2003 iniciou a implementação do apoio institucional para estados e municípios; em 2008

criou o NASF; e em 2011 formulou o Apoio Institucional Integrado para articular diversas secretarias e departamentos com o intuito de fortalecer a gestão do SUS e a implementação das políticas (Moura; Luzio, 2014; Campos et al., 2014).

O papel de apoiador institucional auxilia na melhoria dos processos de trabalho, na prática cotidiana dos profissionais e na produção e consumo de serviços de saúde. Esses processos podem reproduzir as necessidades de saúde e o modo como os serviços se organizam para atendê-las ou podem criar novas necessidades e modos de organização (Peduzzi; Schraiber, [200-?]). Em SBC esses processos ocorreram através de ações organizacionais (Paixão; Tavares, 2014), como reestruturação de agenda e de fluxos, planejamento de ações, processos de territorialização, participação nas reuniões para favorecer o funcionamento das equipes com ESF, auxílio nas discussões de casos e elaboração de PTS, ajuda no diagnóstico dos problemas do território, suporte para a avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e capacitação para uso de estratégias terapêuticas, como o Lian Gong (prática corporal chinesa) e a papoterapia (grupo com base nos moldes da Terapia Comunitária), entre outros.

A atuação do AS em SBC como articulador da rede visa melhorar a comunicação entre os serviços de acordo com a necessidade e demanda das equipes e dos usuários e, conseqüentemente, serem mais resolutivos. A interação entre os serviços possibilita qualificar o processo de cuidado, garantir a integralidade e efetivação das ações por meio da oferta de atenção contínua e de qualidade, melhora do acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária e econômica (Casanova et al., 2014; Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS, 2010). Nesse processo, o AS favorece a construção de um olhar compartilhado entre profissionais e usuários, auxilia na reflexão sobre os problemas cotidianos, construção de novos olhares e estratégias, ou seja, atua como articulador de encontros e novas formas de comunicação (Casanova et al., 2014). Assim, a prática do AS permitiu uma inovação ao percorrer grande parte da rede de saúde de SBC, favoreceu a articulação e qualificação da atenção, o que tornou o AS um cargo de gestão, dada a sua finalidade de realizar a interlocução entre a gestão central e a gestão local dos serviços.

Porém, dadas as demandas dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de SBC, inicialmente a atuação do AS se concentrou na gestão institucional e nos processos de trabalho das UBSs, embora também fossem realizados matriciamento com as equipes da APS e, em alguns casos pontuais, ações com usuários. Sendo assim, os AS participam no desenvolvimento de diversas estratégias para o favorecimento de ações de articulação com a rede de serviços. O AS se torna referência para as equipes ao longo do tempo, o que possibilita a construção de relações de confiança e o compartilhamento de dificuldades, dúvidas e tensionamentos. Ao mesmo tempo, o AS contribui para a produção de mudanças nos planos da gestão e no modelo de atenção por meio da ampliação da democracia institucional (Sundfeld, 2016). Busca-se através da permanente análise crítica sobre o processo de trabalho, da constante renovação dos pactos entre os trabalhadores assegurar o cuidado, ampliação e renovação das tecnologias, arranjos de apoio, de forma a transformar os modelos de gestão hierarquizados em modelos mais horizontalizados (Bellini et al., 2016).

Neste sentido no município foram construídas algumas estratégias para favorecer a comunicação entre profissionais, usuários e serviços. Em 2012 foram criadas as Reuniões de Território, que ocorriam com frequência mensal e contavam com a participação dos gerentes das UBSs e da UPA e, de acordo com a pauta, participação de funcionários e representantes dos demais serviços de saúde - hospitais, serviços especializados, de reabilitação, vigilância, saúde mental, Departamento de Atenção Básica (DAB), seção de dados. Instituiu-se, também, nesse mesmo ano o matriciamento mensal envolvendo os diversos CAPS do município e profissionais das UBS, geralmente psicólogos e assistentes sociais, além dos AS. Nas situações em que se fazia necessário uma maior articulação, participavam das reuniões outros profissionais da UBS responsáveis pelo acompanhamento do usuário. Nesses encontros discutiam-se as necessidades dos usuários, transição de usuários de um serviço para outro e temas pertinentes à saúde mental.

Em 2013 novos espaços foram instituídos, através da articulação dos AS, para promover encontros entre os profissionais da UBS e UPA com a finalidade de acolher as demandas de ambos os serviços, esclarecer fluxos e melhorar a comunicação entre eles. Muitos usuários acessavam os dois serviços

constantemente ou acessavam a UPA ao invés de serem acompanhados pela UBS, tratando, assim, apenas os sintomas e não as causas da doença. Esses encontros eram feitos com os turnos diurno e noturno e foi possível que os profissionais da UPA entendessem o funcionamento da UBS na lógica de ESF e encaminhassem usuários para este serviço com intermediação dos AS.

Ainda em 2013, instituiu-se a participação dos AS nos Kanbans hospitalares, os quais são considerados ferramentas de monitoramento da ocupação e da permanência dos usuários nos leitos hospitalares (Diniz, 2013) e, em alguns casos, desdobravam-se ações de saúde após a alta. Essa iniciativa foi necessária, pois os serviços especializados e hospitalares pouco se articulavam com o restante da rede, não considerando os princípios e diretrizes do SUS (Moura; Luzio, 2014). A participação do AS tinha o objetivo de favorecer a articulação com a rede de serviços para continuidade do cuidado, por meio de reuniões com as equipes do hospital para identificar as necessidades e as ações de saúde a serem desenvolvidas com cada usuário a serem compartilhadas com as UBS. Os AS eram responsáveis por fazer a passagem dos casos do Kanban para as equipes da APS e, juntamente com a ESF, construir ações de cuidado pós-alta. Essa experiência favoreceu as equipes hospitalares conhecerem o funcionamento de outros serviços de saúde, se aproximarem mais da realidade dos usuários e de suas famílias bem como conhecer o que os outros serviços poderiam oferecer. Em 2016 criou-se um formulário denominado de transição do cuidado, que posteriormente passou a se chamar “continuidade do cuidado”, o qual continha informações dos profissionais da AE sobre o usuário para o prosseguimento do acompanhamento na APS.

Quanto ao matriciamento de usuários para especialidades médicas, as UBS do município, o realizam nas especialidades de dermatologia, endocrinologia, ortopedia, entre outras. Nestas situações os profissionais especialistas se deslocam para a UBS ou disponibilizam um horário para tele-matricamento, dedicado aos médicos e enfermeiros para discussão dos usuários atendidos. Além disso, ocorrem vivências, nas quais alguns profissionais da UBS visitam serviços como CAPS e CER para conhecer a rotina, fluxo, demanda do serviço e trabalho dos profissionais, bem como trocar experiências, tirar dúvidas, identificar maneiras de melhorar o trabalho na APS e qualificar o encaminhamento dos usuários para estes outros serviços.

Em 2018, conforme o atual documento municipal norteador de Apoio, o AS pode atuar em quatro frentes de trabalho: papel institucional, papel matricial, papel assistencial e papel de gestão (São Bernardo do Campo, 2018). Contudo na prática o AS assumiu prioritariamente a função de apoio matricial e com menor ênfase o apoio institucional somente para as UBS e deixou de exercer o apoio para outros serviços e para a gestão. Assim, com as recentes mudanças o AS passou a ser considerado um profissional do DAB e não mais da SMS, deste modo atua nas demandas apenas da APS, como implantação de novos programas, construção de agendas, ações com a comunidade, entre outras. A articulação com outros serviços ocorre somente quando é uma necessidade da UBS e não mais por demanda dos demais pontos da rede de saúde. Enquanto descrição dos papéis, nota-se que as atribuições do AS continuam as mesmas, porém o que atualmente é separado entre papel institucional e papel de gestão anteriormente era denominado como apoio institucional e o que agora é considerado papel matricial e assistencial anteriormente denominado apenas de apoio matricial, no entanto com descrito acima, tais papéis do AS são específicos para a APS.

Em 2017 a gestão decidiu implantar equipes de NASF na APS com o objetivo de qualificar ainda mais a assistência prestada. O NASF foi criado pelo MS em 2008 com o objetivo consolidar a Atenção Básica (AB) no Brasil e aumentar sua resolutividade e qualidade através da ampliação das ofertas de cuidado em saúde e ampliar a abrangência das ações sobre problemas e necessidades da população tanto em âmbito individual quanto coletivo (Brasil, 2014; Brasil, 2019). Os NASF enquanto equipes multiprofissionais devem atuar de maneira integrada para o apoio dos profissionais das equipes de ESF, com compartilhamento de práticas e saberes em saúde, auxílio no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários e de práticas que ampliem as ofertas de atenção (Brasil, 2014). Assim, o NASF realiza retaguarda especializada com profissionais de diferentes núcleos de conhecimento da APS e sua organização do trabalho se desenvolve a partir da integração com as equipes de ESF envolvidas na atenção às situações/problemas comuns do território. A atuação das equipes de NASF permite a discussão de casos clínicos, atendimento compartilhado entre profissionais, visitas domiciliares (VD), construção conjunta de PTS, de modo a ampliar e qualificar as intervenções no território e na saúde da população com prioridade nas ações de prevenção e promoção da saúde (Brasil,

2019). A atuação da equipe NASF é orientada pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial.

As categorias profissionais que podem compor uma equipe de NASF são: assistente social, profissional/professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico acupunturista, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, médico pediatra, médico psiquiatra, médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria (Brasil, 2019). A composição de cada NASF é definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas. (Brasil, 2019). O município de SBC aderiu ao modelo de NASF 1, o qual pode vincular de 5 a 9 equipes de ESF ou Equipe de Atenção Básica (EAB) e ter carga horária mínima de 200 horas semanais, sendo que cada categoria precisa ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas semanais.

Embora no município de SBC as equipes de NASF e AS atuem juntas em grande parte do tempo, existem diferenças entre suas funções. O primeiro grupo se concentra no papel matricial para as equipes de ESF e o segundo grupo, apesar de também ter papel matricial, foca o seu trabalho em ações institucionais, como reuniões técnicas, geral, de equipe, intersetoriais e conselho gestor e, assim, proporcionar a interação entre os profissionais com flexibilidade para a adequação das necessidades do território (São Bernardo do Campo, 2018). Essa atuação do AS amplia a capacidade crítica dos outros profissionais, auxilia na transformação das práticas em saúde, produção do cuidado e melhora a qualidade da gestão no SUS através de ofertas de estratégias metodológicas, diretrizes e EP (São Bernardo do Campo, 2018). O AS, embora tenha papel assistencial não realiza atendimentos individuais, atribuição esta restrita aos profissionais do NASF.

Levando em consideração a perspectiva da atuação do AS no município de SBC, os poucos estudos existentes e a relevância da integralidade na rede de saúde se justifica a necessidade de estudar o papel desenvolvido pelo AS no município. Assim, o presente estudo tem como objetivo conhecer e analisar a percepção dos profissionais da APS acerca da atuação do AS nos processos de trabalho das equipes de ESF e como articulador da rede de serviços de saúde do território.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, de caráter descritivo. A pesquisa qualitativa se propõe a estudar a história, as relações, as representações, as percepções e opiniões de grupos particulares (Minayo, 2007). Já a pesquisa descritiva tem como objetivo descrever as características de determinado fenômeno ou população, levantar as opiniões, atitudes e percepções acerca do tema estudado (Gil, 2008).

Assim, a pesquisa apresenta tais características tendo em vista que se propõe a estudar a percepção dos profissionais de saúde sobre a atuação do Apoiador em Saúde nos processos de trabalho e como articulador com a rede.

2.1 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

As entrevistas foram realizadas com profissionais de saúde de dois territórios do município de São Bernardo do Campo um de maior vulnerabilidade e outro de menor vulnerabilidade. Estas ocorreram no próprio local de trabalho, no período de março a abril de 2018. A pesquisa foi desenvolvida a partir de entrevistas individuais com roteiro semiestruturado de questões fechadas e abertas (Apêndice A), contendo tópicos considerados essenciais para contemplar as informações esperadas e de forma que permitisse absorver novos temas trazidos pelos entrevistados (Minayo, 2007). As questões fechadas estavam voltadas aos dados de formação e tempo de experiência dos profissionais. As questões abertas abordaram temas relacionados a percepção dos profissionais sobre a atuação do AS, contribuições para o trabalho na UBS, articulação de rede e gestão dos processos de trabalho. A seleção dos territórios decorreu das diferenças socioeconômicas dos mesmos, das experiências de trabalho dos profissionais dos serviços com diferentes equipes de Apoiadores em Saúde e da experiência anterior e atual da pesquisadora como AS. Cada território conta com 3 UBS e 1 UPA, além dos serviços de referência, como CAPS, Pronto

Socorro Central, Centro Especializado em Reabilitação, Atenção Especializada, entre outros. As UBS destes territórios têm 5 unidades que trabalham na lógica de Saúde da Família ampliada e 1 na lógica de Saúde da Família tradicional.

Os critérios de inclusão adotados no estudo para os profissionais das UBS foram: a) ser profissional vinculado à UBS e pertencer às categorias referenciadas para planejamento de ações e tomada de decisões; b) ter experiência de trabalho multiprofissional; c) possuir no mínimo 2 anos na rede de saúde do município, não necessariamente na mesma função; e para os AS foram: a) ter no mínimo 2 anos na rede de saúde do município na função. O critério de exclusão adotado no estudo para os profissionais das UBS foi: a) profissionais que atuam de forma ambulatorial.

As entrevistas no território de menor vulnerabilidade envolveram os profissionais das seguintes categorias: médico de família, psiquiatra, enfermeiro, dentista, psicólogo, ACS e gerente. No território de maior vulnerabilidade foram entrevistados: médico de família, matriciador, enfermeiro, dentista, ACS e gerente. Os profissionais convidados para as entrevistas pertencem às categorias que frequentemente são referenciadas para planejamento de ações e tomada de decisões nas UBS. Das 18 entrevistas previstas com profissionais, foram realizadas 13, já que algumas categorias não tinham profissionais que correspondessem aos critérios de inclusão da pesquisa. Houve, pelo menos, 1 trabalhador entrevistado de cada área considerando os dois territórios, com exceção de assistente social, pois em um não contava com o referido profissional no momento e no outro estava há apenas um ano no município, não correspondendo ao critério de inclusão.

Antes da realização das entrevistas foram dadas explicações sobre a pesquisa, seu objetivo e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE– Apêndice B) para leitura e assinatura. As entrevistas foram individuais e gravadas com autorização dos participantes. Após, as gravações das entrevistas foram transcritas para realização da análise de seu conteúdo. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo FMUSP, número do parecer: 2.489.552 (Anexo A).

2.2 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise qualitativa do conteúdo das entrevistas foi adotado o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O DSC é o processo de elaborar depoimentos coletivos através de extratos de diferentes depoimentos individuais, formando os discursos-síntese, ou seja, o discurso da realidade (Lefèvre; Lefèvre, 2003). Para isso, é necessário que a entrevista seja feita com questões abertas, permitindo, assim, que o pensamento dos sujeitos se expressem na forma de discurso (Lefèvre; Lefèvre, 2003).

O DSC é redigido na primeira pessoa do singular, pois reporta as opiniões e representações sociais, ou seja, simboliza um pensamento coletivo (Lefèvre; Lefèvre, 2003). Para isso, as técnicas metodológicas utilizadas são as expressões-chave (EC) e ideias centrais (IC) (Lefèvre; Lefèvre, 2006). As expressões-chave são trechos literais, os quais expressam a essência do discurso. Já as ideias centrais são as descrições, de maneira sucinta e fidedigna do sentido dos discursos (Lefèvre; Lefèvre, 2003). A partir das expressões chaves realiza-se a montagem dos discursos, segundo suas similaridades ou equivalências, bem como organizam-se os discursos que se diferenciam. Os discursos no texto são apresentados em *itálico*, pois representam a fala dos entrevistados.

A estratégia discursiva utilizada no DSC permite tornar “[...] mais clara uma determinada representação social, um conjunto de representações que conforma um dado imaginário sobre um tema” (Lefèvre; Lefèvre, 2003, p.19). Desse modo, o DSC oportuniza retratar o conhecimento presente no senso comum, expresso nas opiniões e manifestações (Lefèvre; Lefèvre, 2003).

3 RESULTADO E DISCUSSÃO

Do total de entrevistados, 8 eram do sexo feminino e 5 do sexo masculino. As idades variavam entre 27 e 52 anos, sendo a média de 37 anos. Já o tempo de trabalho na APS variou de 2 a 18 anos, sendo a média de 7 anos. O tempo de trabalho na atual UBS variou de 1 a 8 anos, sendo a média de 4 anos. Notou-se, ainda, que a atual UBS é o primeiro local de trabalho na APS de 8 dos 13 entrevistados, ou seja, da maioria dos profissionais. Abaixo encontra-se a caracterização dos profissionais entrevistados (Tabela 3.1).

Tabela 3.1 - Perfil dos profissionais que atuam no território de menor e maior vulnerabilidade de acordo com categoria, sexo, idade e tempo de trabalho. São Bernardo do Campo, 2018

Território	Categoria	Sexo	Idade (anos)	TT* na APS (anos)	TT* na UBS (anos)
Menor vulnerabilidade	ACS	F	39	5	5
	Dentista	M	27	2,6 m	2
	Enfermeiro	F	31	8	3
	Gerente	M	39	9	4
	Méd. de Família	M	52	7	7
	Psicólogo	F	31	4	4
	Psiquiatra	M	42	18	8
Maior vulnerabilidade	ACS	F	50	5	5
	Dentista	F	32	3	3
	Enfermeiro	F	29	4	4
	Gerente	M	33	11	1
	Méd. de Família	F	42	6	6
	Méd. Matriciador	F	35	10	5

*TT: Tempo de Trabalho

O estudo foi realizado em dois territórios de vulnerabilidades diferentes com o objetivo de avaliar se o trabalho do AS possui diferenças de acordo com as características da área. Dado que a promoção, proteção e recuperação da saúde envolvem os determinantes sociais de saúde (alimentação, trabalho, renda, saneamento básico, acesso a bens, serviços e informação), a vulnerabilidade não se baseia apenas no processo saúde-doença, mas também em seus vínculos afetivo-relacionais e acesso a bens e serviços públicos, o que, consequentemente, amplia as políticas de saúde para os múltiplos fatores que compõem a vida dos sujeitos em seus territórios (Carmo e Guizardi, 2018). Sendo assim, os serviços de saúde têm como uma de suas funções analisar os riscos a que seus usuários estão submetidos e propor ações que busquem garantir qualidade de vida, saúde e cidadania. Os locais com maior vulnerabilidade exigem intervenções intersetoriais (Carmo e Guizardi, 2018).

Percebeu-se nesse estudo que as ações das UBSs de cada território são diferentes para darem conta da demanda e peculiaridades de suas populações, porém a atuação dos AS com as equipes e a gestão não se diferenciou nos territórios. Assim, como não foram identificadas diferenças entre os discursos dos profissionais dos dois territórios estudados, que justificassem análises em separado esses foram categorizados de forma conjunta. Para as entrevistas foram priorizados profissionais com o maior tempo de atuação na APS no município, para possibilitar uma visão mais ampla sobre a percepção deles acerca da atuação do AS nos processos de trabalho das equipes de ESF e como articulador da rede de serviços de saúde do território. Nos discursos dos entrevistados surgiram diversos conteúdos relevantes a respeito do trabalho do AS no município de São Bernardo do Campo. O fato das entrevistas serem realizadas com questões abertas facilitou para que os participantes expressassem livremente suas opiniões e permitiu identificar em seu conteúdo, conforme o método do DSC, diferentes temas levantados pelos profissionais. Os conteúdos foram classificados em 5 categorias: Visão dos profissionais sobre o AS, Novos olhares a partir do saber multiprofissional, Construção compartilhada da prática profissional; Articulação com a rede, Momentos e mudanças das atribuições do AS. Cada categoria engloba de 2 a 3 ICs, como apresentado na tabela abaixo (Tabela 3.2).

Tabela 3.2 - Categorias e ICs do DSC dos profissionais

Categoria	3.1 Visão dos profissionais sobre o Apoiador em Saúde
ICs	<ul style="list-style-type: none"> - 3.1.1 IC: <i>No começo não sabíamos qual era o papel do Apoiador</i> - 3.1.2 IC: <i>Descobrir funções e ampliar os horizontes</i> - 3.1.3 IC: <i>Fazendo um PTS com o AS conseguia mostrar novos caminhos e ficávamos mais satisfeito</i>
Categoria	3.2 Novos olhares a partir do saber multiprofissional
ICs	<ul style="list-style-type: none"> - 3.2.1 IC: <i>Saber multiprofissional e dimensão ampliada fazem a diferença</i> - 3.2.2 IC: <i>Sucesso do trabalho de acordo com o perfil do AS e o seu vínculo com a equipe</i>
Categoria	3.3 Construção compartilhada da prática profissional
ICs	<ul style="list-style-type: none"> - 3.3.1 IC: <i>Nosso sofrimento não foi à toa, agora eu me sinto muito mais segura</i> - 3.3.2 IC: <i>Compor as reuniões de equipe para construirmos caminhos e soluções</i> - 3.3.3 IC: <i>Sem o AS minha vida teria sido muito mais difícil na UBS</i>
Categoria	3.4 Articulação com a rede
ICs	<ul style="list-style-type: none"> - 3.4.1 IC: <i>Benefício para equipe e para o usuário</i> - 3.4.2 IC: <i>Distância e falta de abertura dos serviços</i>
Categoria	3.5 Momentos e mudanças das atribuições do Apoiador em Saúde
ICs	<ul style="list-style-type: none"> - 3.5.1 IC: <i>Atuação do AS na macro e micro gestão</i> - 3.5.2 IC: <i>Impactos nos serviços com as mudanças do papel do AS</i>

A partir da estruturação das ICs os temas foram divididos em blocos de acordo com a relação de proximidade. Os DSC apresentados a seguir são resultado da elaboração de um discurso coletivo através de trechos de diferentes depoimentos individuais, os quais simbolizam um pensamento coletivo sobre a realidade e expressam uma representação social (Lefèvre; Lefèvre, 2003). Vale ressaltar que nos DSC os entrevistados utilizam o termo AB ao invés de APS.

A partir da análise dos conteúdos dos DSC, foi elaborado um folder como Produto Educacional sobre o que é o trabalho do AS na APS, com a finalidade de auxiliar os profissionais de UBS a compreenderem qual a função, contribuições e formas de trabalho possíveis do AS para os profissionais do serviço de AB (Apêndice C)

3.1 Visão dos profissionais sobre o Apoiador em Saúde

O primeiro bloco denominado visão dos profissionais sobre a função do Apoiador em Saúde está subdividido em três IC: 3.1.1 IC: *No começo não sabíamos qual era o papel do Apoiador*, 3.1.2 IC: *Descobrir funções, ampliar os horizontes e novas formas de atuar* e 3.1.3 IC: *Fazendo um PTS com o AS conseguia mostrar novos caminhos*. Os DSC apontam a percepção dos profissionais das UBS acerca da contribuição do AS para o cotidiano do trabalho, mas também indicam as dificuldades de entendimento de qual era o seu real papel no serviço.

3.1.1 IC: *No começo não sabíamos qual era o papel do Apoiador*

Evidenciou-se nos depoimentos que, muitas vezes, não ficava claro para os profissionais da APS qual era o papel dos AS no cotidiano de trabalho da UBS. Essa falta de entendimento sobre a atuação do AS e suas possíveis contribuições para as equipes de ESF, por vezes, enfraqueceu a potencialidade do trabalho que poderia ser realizado. Bellini et al. (2016) sugerem que para tornar efetiva a atuação do AS é necessário garantir a ampliação de olhares e a renovação de práticas de modo articulado. Embora houvesse dificuldade de entendimento sobre o papel do AS, dado que sua atuação não condizia com sua formação/título profissional, verificou-se que os entrevistados solicitavam o AS para potencializar as atividades diárias e valorizavam os aspectos positivos do trabalho (Machado, 2014), conforme aponta o depoimento abaixo:

No começo não sabíamos qual era o papel do Apoiador, ficávamos com uma imagem distorcida por falta de conhecimento da própria rede e dos seus profissionais. Por exemplo, eu tenho uma psicóloga que não atende como psicóloga, tenho uma fisioterapeuta que não atende como fisioterapeuta. Os Apoiadores vinham, faziam o serviço, realizavam apoio institucional com os gerentes, mas os profissionais de saúde, até mesmo da AB, confundiam muito. Tinham cobranças que não eram adequadas serem feitas e, às vezes, desviava de função. Em alguns momentos, os Apoiadores se perdiam de que forma poderiam

contribuir para o serviço, porque envolviam várias questões: o vínculo com a equipe, o entendimento da equipe e do próprio coordenador da UBS sobre o papel do Apoiador. O trabalho foi se construindo com o tempo. Em alguns momentos isso ficou um pouco fragilizado, mas de uma forma geral, sempre foi uma contribuição positiva. (3.1.1 IC)

O processo de trabalho em saúde se funda em relações interpessoais, pois envolve uma transformação de trabalhadores e usuários (Souza et al., 2010). Sendo assim, o vínculo entre o AS e as equipes da UBS constituiu-se como imprescindível para o fortalecimento das relações na ESF. A construção do vínculo abre a oportunidade de uma atuação mais articulada, de forma a possibilitar ampliação da capacidade de cuidado e de resolução dos problemas de saúde da população, uma vez que conseguem tornar os dispositivos de atenção à saúde mais acessíveis, proporcionar uma atenção mais integral e compartilhar a responsabilidade pela melhoria da qualidade de saúde e de vida da população (Pereira et al., 2013). Assim, não basta que o AS tenha clareza sobre o papel a ser desenvolvido na UBS, pois o fato de ser um profissional externo à equipe, nem tudo o que considera que pode ser melhorado tem o mesmo entendimento para a equipe, por isso é essencial que a análise e o planejamento das ações sejam realizados em conjunto com a ESF (Machado, 2014).

Para que a equipe consiga prestar um cuidado integral à população, o AS pode ter uma contribuição importante para a construção do vínculo entre trabalhadores e usuários, para o sucesso do tratamento, satisfação do usuário com a ESF e, ao mesmo tempo, gerar no profissional de saúde um sentimento de renovação da sua prática profissional (Santos e Miranda, 2016). O vínculo pode ser considerado, segundo esses autores, como uma ferramenta facilitadora na ESF, o que favorece a aproximação do profissional com a realidade do usuário melhor compreensão do contexto do indivíduo e da família, da condição de saúde e emocional, para além dos aspectos clínicos (Santos e Miranda, 2016).

3.1.2 IC: *Descobrir funções e ampliar os horizontes*

Os AS contribuíram para a qualificação de processos de trabalho nas UBSs, conforme percepção dos profissionais entrevistados. Uma das propostas do MS prevista na PNH para a qualificação da atenção à saúde e da gestão é a reorganização dos processos de trabalho com o objetivo de promover mudança na forma de produzir saúde (Maerschner et al., 2014). Nesse sentido, o AS possibilita a reorientação do modelo de atenção e gestão, por meio da problematização das práticas do cotidiano de trabalho, tanto de gestores como de trabalhadores, de maneira compartilhada com toda a equipe (Paixão; Tavares, 2014). Para isso, o AS atua como dispositivo de democratização, pois rompe com a dicotomia entre quem planeja e quem executa e inclui a participação de gestores, trabalhadores e usuários na formulação, execução, avaliação do trabalho em saúde (Moura; Luzio, 2014), o que amplia a capacidade de análise e intervenção dos trabalhadores (Barros et al., 2014). Essa perspectiva implica na transformação dos espaços comuns de trabalho em locais de construção coletiva dos processos, expandindo o foco de atuação e envolvendo a atenção às necessidades de profissionais e usuários (Maerschner et al., 2014). Na rotina das UBS as mudanças podem ocorrer pela oferta de conceitos e tecnologias, busca de novos modos de funcionar, agir e produzir e da valorização e prática dos pressupostos da democracia institucional e de autonomia (Barros et al., 2014). Em consonância com o exposto acima apresenta-se o DSC:

A gente tinha uma grande demanda reprimida de algumas linhas de cuidado, muita falta dos usuários nas consultas e com a chegada dos Apoiadores conseguimos minimizar essa demanda reprimida, pensar sobre o perfil epidemiológico e o mapeamento da área e reestruturar a agenda. Ajudaram, também, nos processos de trabalho, como estruturar e executar grupo, realizar capacitações como Lian Gong e papoterapia e auxiliar a equipe a se preparar para a avaliação do PMAQ. Tudo isso foi inovador para a equipe, descobrimos funções que podemos fazer e ampliamos os nossos horizontes. Às vezes a gente fala que parece que a Atenção Básica é tão básica e, de repente, o Apoiador consegue mostrar que podemos ter um leque maior de oportunidades para oferecer ao usuário.(3.1.2 IC)

Uma organização ineficiente da ESF contribui para um ambiente desfavorável tanto para os usuários quanto para os profissionais, propiciando um maior stress, o que compromete a qualidade do serviço ofertado (Silva et al., 2016). Segundo esses autores, a organização do serviço e, conseqüentemente, das ações de saúde devem ser guiadas pelas especificidades do território através do conhecimento da realidade e dos riscos ao qual a população pode estar exposta. Para isso, faz-se necessário realizar o diagnóstico situacional para conhecer o contexto do serviço e da comunidade, no que se refere à estrutura física, material, humana e administrativa e estabelecer o perfil da população e características da área de abrangência (Silva et al., 2016; Lima et al., 2014). O AS tem como característica central a construção de redes cuidadoras, as quais podem ser entendidas como estruturais (protocolos, políticas, fluxos) e como constituição das relações entre trabalhadores e gestores nos serviços ou entre diferentes serviços (Paixão; Tavares, 2014). O trabalho do AS pressupõe, também, a cogestão através da negociação, mediação de conflitos e auxílio para elaboração e execução de projetos (Campos et al., 2014). Deste modo pode-se implementar estratégias e programas mais focais e efetivos, direcionar as ações da equipe para os territórios mais necessitados sem negligenciar a atenção aos demais, corrigir a desorganização do serviço e contribuir para melhoria das condições de trabalho e de atendimento (Silva et al., 2016; Lima et al., 2014).

Porém, a aproximação com as equipes no contexto de uma avaliação, seja para diagnóstico situacional, PMAQ ou das atividades diárias, nem sempre é fácil, pois gera incômodos pelas diversas representações que cercam a prática de avaliar, já que pode ser entendida como supervisionar a qualidade do trabalho, desmerecer o que está sendo realizado, apontar as falhas e erros dos profissionais e sua incapacidade para contribuir com a qualidade do trabalho produzido (Casanova et al., 2014). Dada essa percepção sobre o processo avaliativo, um dos desafios do AS é a construção de um processo em que se oportunize uma revisão das práticas de trabalho e reformulação das estratégias, com estabelecimento de corresponsabilidades, levando em consideração os problemas enfrentados pela equipe (Casanova et al., 2014). Tais processos de avaliação, organização, reformulação e qualificação da prática de trabalho promovem acompanhamento qualificado das equipes e a oferta de estratégias e metodologias como compreendido pela PNH, em que se associam as funções do AS para de apoio a

reformulação dos modos de fazer e pensar, muitas vezes, cristalizados nos profissionais da equipe (Casanova et al., 2014).

3.1.3 IC: *Fazendo um PTS com o AS conseguia mostrar novos caminhos e ficávamos mais satisfeito*

A atuação dos AS na condução do projeto terapêutico, principalmente nos casos mais complexos, em geral, se desenvolviam nos momentos de discussões sobre os usuários, visitas domiciliares e orientações aos usuários e familiares, conforme identificado nos discursos. A elaboração dos PTS permitia ao AS estabelecer uma nova forma de trabalho centralizada nas necessidades dos usuários dos serviços, implicando em conhecimento e capacitação para novas formas de trabalho, o que envolve mudanças técnicas, ética, política e cultural (Paixão; Tavares, 2014). Outros autores corroboram que é preciso lidar com a singularidade dos sujeitos, favorecer a troca de informações e ampliar o compromisso dos profissionais com a produção de saúde (Moura; Luzio, 2014). Fica explícito no discurso a seguir como os AS contribuem para a constituição da equipe e dos espaços coletivos, o que pode ocorrer por meio da oferta de conceitos, categorias e recursos que servem de subsídio para a formulação de suas reflexões e ações (Fernandes; Figueiredo, 2015):

Os Apoiadores trazem ideias, discutem casos e articulam com outros serviços, às vezes de uma forma até mais rápida que nós. Com eles conseguimos discutir genograma e ecomapa, fizeram apresentações sobre o que é ESF e SUS, visitas domiciliares para usuários, realizaram avaliação do núcleo de formação e matriciamento. Em alguns casos a equipe achou que não tinha mais nada a fazer com o usuário e, de repente, fazendo um PTS com o Apoiador, conseguia mostrar novos caminhos a seguir ou encaminhar para outro serviço e descobrimos que poderíamos trabalhar outras coisas com esse usuário. Quando temos uma resposta, sabemos o que fazer com esse usuário, ficamos muito mais felizes como equipe, porque deixamos de ter esse sentimento de que estamos com as mãos atadas e o usuário também fica muito mais satisfeito com o nosso trabalho como equipe, a vida dele pode mudar completamente e passar a ter uma qualidade de vida que não tinha antes. (3.1.3 IC)

Uma das funções do AS é acolher e facilitar os processos de desconstrução e reconstrução das práticas nos serviços, o que pode se desenvolver de diversas maneiras: discussão de fluxos entre os serviços, desenvolvimento de ações nos territórios e articulação com outros departamentos (Paixão; Tavares, 2014). Outros autores destacam a importância do AS para a identificação e atuação conforme as demandas trazidas pelos profissionais e no desenvolvimento conjunto de estratégias e não agir no lugar do profissional, o que requer ampliação dos espaços de reflexão (Campos et al., 2014). Com vistas a promover as mudanças esperadas pela equipe, é necessário que o AS tenha a capacidade de despertar a autonomia dos profissionais para alavancarem os processos de mudanças, explorando suas potencialidades, a expressão de sentimentos e vontades e rompendo com os preconceitos que possam bloquear a capacidade operativa da equipe, para que a mesma encontre o seu caminho e se sinta protagonista no processo de mudança (Machado, 2014).

Para serem efetivadas as ações do AS com as equipes é preciso conhecimento sobre o serviço e sobre as potencialidades e fragilidades dos profissionais bem como das ferramentas possíveis para as demandas apresentadas (Machado, 2014). Com tais informações caberia ao AS identificar o momento adequado de atuar, principalmente quando a equipe não consegue articular as mudanças e propor a reorganização do trabalho (Machado, 2014). O AS pode contribuir, ainda, com as equipes de ESF para um cuidado longitudinal, integral e próximo ao território superando a perspectiva limitada do paradigma biomédico focado na doença, incluindo nas ações profissionais a escuta qualificada e intervenções criativas, a partir da multidimensionalidade do processo saúde-doença, que engloba os cuidados clínicos, contexto familiar e comunitário e os determinantes sociais da saúde (Casanova et al., 2014).

O sentimento de estar com as mãos atadas diante de algumas situações, como descrito, pode levar os profissionais a se defenderem diante de sua impotência e fragilidade por meio de fantasias de onipotência, no entanto, quando essas defesas falham, a “descompensação” é vista como vergonhosa e costuma ser atribuída a outros fatores e, com isso, o sofrimento é tratado como sem importância e não são tomadas providências para encontrar mecanismos que proporcionem a salubridade no trabalho (Silva, 2009). Ademais, a desmotivação com o trabalho ocorre quando

não há espaço para o diálogo, de se abrir ao outro, pouca escuta e dificuldade de respeitar as diferenças de concepções, personalidades e posturas (Pereira, 2013). O trabalho em saúde deve envolver conforto e satisfação através da possibilidade de aliviar a dor e o sofrimento dos usuários e, até mesmo, de salvar suas vidas, contribuindo para o equilíbrio psíquico dos trabalhadores e melhoria da qualidade da assistência prestada (Souza et al., 2010).

3.2 Novos olhares a partir do saber multiprofissional

Este segundo bloco é constituído por duas IC: 3.2.1 IC: *Saber multiprofissional e dimensão ampliada fazem a diferença* e 3.2.2 IC: *Sucesso do trabalho de acordo com o perfil do AS e o seu vínculo com a equipe*. Pela convivência com os AS, os entrevistados reconheceram os efeitos da experiência multiprofissional, considerada uma inovação para as equipes, no entanto, tal dimensão do trabalho trouxe dificuldades iniciais para os profissionais entenderem o processo de inserção dos AS nos serviços.

3.2.1 IC: *Saber multiprofissional e dimensão ampliada fazem a diferença*

O AS foi considerado pelos entrevistados como um profissional que atua para além da sua de área de formação, demonstrando flexibilidade e visão multiprofissional, o que ampara e diversifica a ação das equipes da APS. O perfil multiprofissional necessário para o AS evidencia a carência de profissionais preparados para atuar nesse cargo, apontando para importância de EP e investimento na formação (Maerschner et al., 2014). Os AS devem atuar na perspectiva da multiprofissionalidade com autonomia técnica, liberdade de julgamento e de tomada de decisão frente às necessidades de saúde dos usuários

(Peduzzi, 2001). A contribuição do perfil multiprofissional do AS no cuidado está retratada no DSC a seguir:

É inevitável que o Apoiador tenha perfil multiprofissional, atuar dentro do núcleo de formação é um desperdício. Esse saber multiprofissional e essa dimensão ampliada fazem a diferença quando você discute um caso ou uma linha de cuidado. Pelo fato de ser uma construção coletiva, as ideias acabavam sendo bem inovadoras, funcionais e extremamente estratégicas. Porém, isso ficava pouco definido para os profissionais da UBS no início da inserção dos AS. (3.2.1 IC)

Para atuação multidisciplinar, o AS necessita utilizar seus conhecimentos sobre saúde coletiva e desenvolver recursos como a escuta qualificada, diálogo aberto e humanização nas ações (Machado, 2014). A abordagem do trabalho a partir de uma equipe multiprofissional é essencial para a reorganização do processo de trabalho na ESF em uma perspectiva integral e resolutiva, o que suscita mudanças na formação e no modo de trabalho dos profissionais de saúde (Ferreira et al., 2009). Tal abordagem demanda alta complexidade de saberes, atuação em conjunto dos profissionais de saúde, para a superação do isolamento das práticas e ampliação da intervenção para além do âmbito individual e clínico, superando o modelo de assistência curativa centrada na resolução imediata e individual de problemas de saúde (Pereira, 2013). É imprescindível, para isso, que ocorra confiança entre os profissionais, comunicação, reconhecimento do trabalho do outro e articulação das ações, chamado pelos autores de democratização das relações de trabalho. A finalidade da atuação do AS é a valorização da contribuição das diversas áreas profissionais, compartilhamento de conhecimentos e informações e análise do trabalho (Ferreira et al., 2009).

A atitude do AS de fomentar na equipe a atuação de modo multiprofissional assemelha-se o que é denominada por Peduzzi (2001) de equipe integração, na qual ocorre a articulação das ações e a interação dos profissionais, que se realiza por meio da complementaridade entre os trabalhos especializados e consenso através da comunicação, questionamento do trabalho cotidiano e construção de um projeto comum pertinente às necessidades de saúde dos usuários. As diferenças técnicas entre os trabalhadores contribuem para o aprimoramento do conhecimento e do desempenho de todos os envolvidos, além de melhorarem os serviços prestados (Peduzzi, 2001).

3.2.2 IC: Sucesso do trabalho de acordo com o perfil do AS e o seu vínculo com a equipe

Para a atuação do AS de modo multiprofissional, é necessário mudar o modo tradicional de fazer gestão, refletir sobre o seu perfil e a influência positiva ou negativa nas equipes da APS. Com a mediação do AS é possível construir, conjuntamente com as equipes, um novo modo de atuar em que se valoriza a atenção humanizada, clínica ampliada, conhecimento do território, empoderamento dos profissionais e construção de espaços de cogestão e convivência harmoniosa (Maerschner et al., 2014). A seguir apresenta-se a visão dos trabalhadores sobre o perfil multiprofissional do AS e sua influência no trabalho:

O sucesso do trabalho vai depender muito do perfil do Apoiador e o tamanho do vínculo que ele cria com a equipe. Tem alguns Apoiadores que realmente vem para contribuir muito, tem outros que eu não sei o que estão fazendo aqui. Mas de modo geral eu acho que é bem positivo o trabalho deles. Teve um momento em que eu me sentia um pouco incompreendida pelo meu Apoiador de referência, me sentia muito cobrada e tendo pouca resposta. Depois, conforme os profissionais foram mudando, eu passei a me sentir realmente apoiada, porque agora eu trago uma demanda, a qual é discutida e algum direcionamento eu tenho, as coisas não ficam sem resposta. (3.2.2 IC)

Para alinhar o modo de atuação dos AS, Bellini et al. (2016) propõem que suas práticas sejam institucionalizadas e reforça o papel da formação e do desenvolvimento profissional. Santos (2018) destaca a importância de refletir sobre os processos de trabalho coletivos e individuais com base no cotidiano do serviço. Sendo assim, os AS atuam a partir de uma realidade dada e constroem, de acordo com as possibilidades, um projeto pertinente às necessidades de saúde conforme percebida pelos usuários e profissionais, articulando as ações multiprofissionais com cooperação, interação e múltiplas intervenções técnicas (Peduzzi, 2001). Para tanto é necessário que o AS adote como estratégia a discussão e a problematização para atuar com as equipes de ESF, o que aponta para a necessidade de considerar a

percepção de cada trabalhador, na medida em que possuem ideias, conceitos, concepções e modos de produção distintos (Bertussi, 2010).

Dentre as estratégias do MS, a PNEPS propõe o estímulo a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, para atuar criticamente, modificar a realidade e fornecer serviços de saúde com mais qualidade à população (Fernandes et al., 2017). A EP, assim como o apoio institucional, surge como estratégia para qualificar a assistência em saúde, garantir a integralidade e os preceitos da APS, potencializar o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado e aumentar as alternativas para enfrentar as dificuldades vivenciadas no cotidiano (Casanova et al., 2014; Souza et al., 2010), com vistas a integrar as dimensões biopsicossociais para o cuidado das pessoas e responder às suas necessidades de saúde (Ferreira et al., 2009). Devido à distância entre a formação tradicional e as exigências do trabalho em saúde, o processo de EP é reconhecido como estratégia de construção coletiva de novos saberes em situações de trabalho, ampliando a capacidade de escuta e de reconhecimento do outro como possuidor e produtor de saberes (Pereira, 2013). Por esse motivo é essencial que as capacitações para os AS e as equipes da ESF não sejam voltadas apenas para as questões técnicas, mas, também, abordem o relacionamento interpessoal e o trabalho em equipe (Pereira et al., 2013). Desse modo, a EP, além ser importante na formação do AS, também faz parte de suas funções aprofundar tal estratégia com as equipes dos serviços de saúde (Machado, 2014).

3.3 Construção compartilhada da prática profissional

O terceiro bloco foi constituído de três IC: 3.3.1 IC: *Nosso sofrimento não foi à toa, agora eu me sinto muito mais segura*; 3.3.2 IC: *Compor as reuniões de equipe para construirmos caminhos e soluções*; 3.3.3 IC: *Sem o AS minha vida teria sido muito mais difícil na UBS*. Neste bloco os profissionais abordaram a facilidade de acesso aos AS e as diferentes formas de contribuição para o trabalho, por meio de matriciamentos, ações conjuntas com os usuários, articulações com outros serviços

e apoio institucional. Destacaram que, para que essas ações fossem possíveis, o principal espaço, mas não exclusivo, foram as reuniões das equipes de ESF, como descrito nos DSC.

3.3.1 IC: *Nosso sofrimento não foi à toa, agora eu me sinto muito mais segura*

Os profissionais relataram que, em algum momento do seu trabalho, solicitaram diferentes tipos de colaboração do AS, o que resultou, de forma geral, na diminuição de suas angústias. A angústia e a sensação de impotência podem ser paralisadoras de possíveis ações para o cuidado, o que aponta para a importância de que o AS acolha e contribua para que a equipe possa transformá-la em potência (Santos, 2018). O acolhimento do AS, conforme citado no DSC abaixo, auxiliou os profissionais de saúde a lidarem com muitas situações que mobilizam aspectos emocionais, os quais podem dificultar o seu trabalho, confundi-lo diante dos aspectos técnicos e levar a um grau considerável de sofrimento pessoal (Silva, 2009). Embora o AS não esteja isento de temores, dúvidas e angústias, pode, por meio da reflexão sobre o trabalho, estabelecer mediações para auxiliar as equipes a exercerem suas atividades de forma mais coerente, menos angustiante e com maior resolutividade (Casanova et al., 2014). Em muitas ocasiões, o trabalho do AS se depara com demandas, problemas e necessidades que ultrapassam seu âmbito de atuação e, embora isso possa gerar dificuldades, também, pode conduzi-lo a repensar coletivamente as situações e a buscar mecanismos de integração (Casanova et al., 2014). Existem diferentes modos de fazer apoio e de ser apoiador, respeitando a singularidade, tempo e entendimento de cada equipe (Santos, 2018), como demonstra o discurso abaixo:

Sempre que precisávamos, o acesso aos Apoiadores era fácil, podiam não resolver o problema, porque eu entendia que não era só um problema da Atenção Básica, mas levavam a nossa angústia para o departamento, para a gerente, o que me ajudava a ter tranquilidade, porque todas as nossas reclamações sempre foram ouvidas tanto pelos Apoiadores como pela gestão e todo nosso sofrimento não foi à toa, agora eu me sinto muito mais segura por tudo que eu passei com as Apoiadoras comigo. (3.3.1^aIC)

Estão representadas nessa IC algumas funções atribuídas aos AS para qualificar o trabalho dos profissionais por meio da produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade e inclusão dos diferentes sujeitos nesse processo, isto é, gestores e trabalhadores (Maerschner et al., 2014). As ferramentas de trabalho do AS não são apenas os destinados à realização de técnicas, mas, também, os de ordem subjetiva, como paciência, sensibilidade, ética, que se caracterizam como habilidades pessoais necessárias para prestar uma assistência em saúde de qualidade, que podem ser habilidades do próprio sujeito ou desenvolvidas no decorrer de sua prática profissional (Souza et al., 2010). Assim, a atuação do AS envolve ideias, afetos, escuta dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que sistematiza e organiza a intervenção necessária à mudança (Maerschner et al., 2014).

Segundo Merhy e Franco (2018), todo profissional possui uma “caixa de ferramentas” para fazer o seu trabalho, na qual tem as ferramentas-máquinas (tecnologias duras), os conhecimentos e saberes tecnológicos (tecnologias leves) e as relações com os outros que participam da produção e consumo do seu trabalho (tecnologias leves). Esses autores denominam a produção na área da saúde de “trabalho vivo em ato”, pois é consumido no mesmo momento em que é produzido, além de afirmarem que a caixa de ferramentas de um profissional é necessária para completar a do outro, havendo, assim, sempre uma troca entre eles, podendo levar a processos mais criativos e centrados nas relações ou processos ligados aos instrumentos duros. Bertussi (2010) corrobora que esta caixa de ferramentas possibilita aos AS lidarem com os contextos que surgem no cotidiano, misturar-se às equipes, ampliar as possibilidades de invenção e encontro com os trabalhadores. Essas ferramentas permitem que os AS desempenhem diversos papéis: parceiros, educadores, negociadores, articuladores e, ao mesmo tempo, possibilitam às equipes desenvolverem suas próprias ferramentas, as quais são capazes de mudar o modo de pensar dos trabalhadores e torná-los indivíduos mais ativos nas produções coletivas. Quanto menos ferramentas o AS tem em sua caixa, mais autoritária é sua relação com as equipes (Merhy; Franco, 2018; Bertussi, 2010). A articulação dos diferentes saberes presentes nessa caixa de ferramentas possibilita diversificar os olhares sobre uma mesma situação e ampliar a intervenção e o cuidado (Pereira, 2013). Para produzir alternativas ao trabalho e realizar

transformações é necessário, muitas vezes, causar desconforto entre os profissionais para que ocorra a reflexão sobre a prática cotidiana (Bertussi, 2010).

3.3.2 IC: *Compor as reuniões de equipe para construirmos caminhos e soluções*

Percebeu-se que os entrevistados se sentem respaldados pelos AS e destacam a importância da participação nas reuniões de equipe. Esses espaços são considerados um dispositivo da ESF, pois fomentam as decisões conjuntas de intervenção de acordo com os recursos disponíveis (Cruz et al., 2008). As demandas eram trazidas, prioritariamente, nas reuniões, o que possibilitou a aproximação do AS com a equipe e o conhecimento de suas possibilidades de atuação. Ademais, os AS ajudaram na organização da reunião e no processo de trabalho da equipe, facilitando a discussão dos casos e otimização do tempo de resposta, além de auxiliar na comunicação com outros serviços da rede de saúde. Os temas destacados pelos profissionais englobam aspectos considerados necessários para a qualificação do cuidado desenvolvido em conjunto pelo AS: ações organizacionais, nas quais ocorrem a oportunidade de qualificação da clínica, identificação de fluxos e processos de territorialização do usuário (Paixão; Tavares, 2014), conforme apresentado no DSC:

Os Apoiadores eram parceiros de trabalho e caminhavam junto comigo nas decisões e discussões sobre o processo de trabalho dentro da UBS, no qual combinávamos o que íamos disparar para as equipes e fazíamos as devidas amarrações. Um dos momentos mais importantes do papel do Apoiador era compor as reuniões de equipe para construirmos caminhos e soluções para as demandas que as equipes traziam durante os encontros. Nas reuniões de equipe discutiam os casos com a equipe e ajudavam na articulação de rede. Alguns casos conseguíamos discutir na hora da reunião, porque já conhecíamos o usuário. Outros não, tínhamos que ir atrás. Era uma oportunidade de trazer esse usuário para continuidade do acompanhamento na UBS e evitar complicações. (3.3.2 IC)

As reuniões fortalecem a equipe e podem transformar o trabalho e seus participantes, além de criar mecanismos de enfrentamento dos desafios (Cruz et al., 2008). O olhar mais atento e ampliado sobre a atenção prestada à população propiciou, muitas vezes, que a equipe de ESF conseguisse criar ou fortalecer o vínculo com o usuário não se limitando a uma atuação restrita à doença, mas envolvendo a família e o contexto. Deste modo atua-se na perspectiva do conceito de clínica ampliada com a finalidade de produzir saúde, aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade, integrar a equipe multiprofissional, construir vínculo e elaborar projeto terapêutico (Bertussi, 2010). As discussões ocorridas nas reuniões de equipe favorecem a corresponsabilização dos trabalhadores com o usuário e sua família, a qual se concretiza através da comunicação, intervenções e atendimentos conjuntos, o que pode resultar na diminuição de encaminhamentos (Fernandes et al., 2017). A comunicação entre os profissionais é o meio que possibilita a conexão entre eles (Pereira, 2013) e que pode ser potencializada pela reunião de equipe, por ser um espaço protegido. Contudo, o AS deve buscar os momentos certos para se colocar diante da equipe de ESF, estando aberto às críticas e pronto para superar a inércia (Machado, 2014).

3.3.3 IC: Sem o AS a minha vida teria sido muito mais difícil na UBS

A disponibilidade e a facilidade de acesso ao AS e suas contribuições para o fortalecimento do trabalho foram consideradas essenciais para o cotidiano na UBS. Porém, o reduzido número de AS para as equipes de ESF foi considerado um problema. A relevância da atuação dos AS no cotidiano dos trabalhadores está retratada no DSC abaixo:

Eu acho que sem o Apoiador a minha vida teria sido muito mais difícil na UBS. Tudo que eu faço eu vejo o dedo dos Apoiadores comigo, parceria dentro da Unidade. Eles foram fundamentais para entrarmos em um processo de reflexão. Às vezes fragiliza pela limitação de RH. A forma como os Apoiadores estavam distribuídos no território era um dos pontos que faziam com que esse projeto, naquele momento, não fosse tão efetivo, pois às vezes demorava para virem na reunião de equipe, já que se dividiam entre as outras unidades, isso quebrava um

pouco o trabalho e eles tinham mais dificuldade de entender ou de fazer um diagnóstico situacional junto com as equipes. Precisa de mais profissionais para conseguirem operar algumas coisas. Se tivessem mais Apoiadores de referência, mais dentro do serviço, um para cada equipe, isso poderia resultar em propostas mais resolutivas, mais funcionais. (3.3.3 IC)

O processo reflexivo citado pelos profissionais é interpretado como um modo eficaz para romper resistências e inseguranças presentes no trabalho (Maerschner et al., 2014). A relação entre o apoiador e apoiado acontece como via de mão dupla, na qual há solidariedade, troca de experiências e de saberes no contexto de trabalho. Isso significa que um é modificado pelo outro, transformando o meio de trabalho, sem desconsiderar as políticas propostas pela gestão (Maerschner et al., 2014). O mapeamento do território pode ser considerado uma das mais importantes ferramentas de gestão usada pelo AS para estabelecer planos de ações mais resolutivos (Silva et al., 2016). Assim, o diagnóstico situacional, resultado de um processo de coleta e análise dos dados do território, serve para conhecimento dos problemas e necessidades locais, compreensão das características e da organização dos serviços de saúde, cuidados que precisam ser ofertados e proposição de mudanças (Silva et al., 2016; Lima et al., 2014).

No entanto, o número reduzido de AS para as equipes ou unidades tornava-se um desafio na organização do processo de trabalho. O grande número de equipes, as quais apresentam configurações, perfis e organizações de agendas diferenciados, exigem do AS distintas habilidades e conhecimentos, além de flexibilidade em sua própria agenda e no seu processo de trabalho com as equipes (Casanova et al., 2014). Assim, por trabalharem com escassez de pessoal e de tempo, os AS acabam se restringindo aos afazeres diários (Fernandes et al., 2017) e emergenciais. Essa forma de organização do trabalho influencia na percepção dos trabalhadores e gestores sobre o processo de trabalho do AS, nas formas de organizá-lo e, conseqüentemente, no próprio cuidado (Souza et al., 2010).

3.4 Articulação com a rede

Este penúltimo bloco está constituído de duas IC: 3.4.1 IC: *Benefício para equipe e para o usuário* e 3.4.2 IC: *Distância e falta de abertura dos serviços*. Destaca-se neste bloco como uma das principais atribuições do AS a articulação com a rede de serviços de saúde e com as secretárias, principalmente da Educação e Assistência Social do município. É abordado como os profissionais identificam essa articulação e quais os benefícios percebidos em seus trabalhos. É destacado, contudo, a necessidade de receptividade dos serviços e de seus gestores locais para que se desenvolva a articulação, já que depende de ações conjuntas que não se esgotam com as articulações realizadas pelo AS.

3.4.1 IC: Benefício para equipe e para o usuário

Com a mudança de gestão municipal, o papel do AS se concentrou na APS e exercendo, prioritariamente, a função matricial, ou seja, participação em grupos terapêuticos e de educação em saúde, atendimentos compartilhados. Assim, no DSC os profissionais se referiram às atribuições que o AS exercia anteriormente, identificaram que muitos casos discutidos entre as equipes da APS e os AS precisavam de articulação com outro serviço da rede de saúde e reconheceram o suporte dado pelo AS para a qualificação do cuidado prestado ao usuário. Apesar dos dentistas e do médico matriciador não apontarem discussões ou demandas específicas, conseguiam contribuir com a equipe por meio de informações ou de matriciamento para os outros profissionais, dado o vínculo criado com o usuário. No que se refere à articulação com os serviços da rede, os entrevistados enfatizaram o serviço mais relacionado com sua área de atuação, como o CAPS para profissionais da saúde mental, enfermaria infantil para o pediatra e hospital geral para médicos de família e enfermeiros. O reconhecimento dos benefícios para as equipes e usuários da articulação com os serviços é relatado no DSC abaixo:

Aquela interlocução entre os serviços que o Apoiador fazia antigamente era muito importante, por mim deveria ter sido mantida. Trouxe várias coisas interessantes para a UBS, por exemplo, informações de outros serviços e articulação com estes para início ou continuidade do tratamento do usuário, casos de usuários que tinham várias internações e a equipe não saberia o que estava acontecendo se não fosse através do Apoiador. Com essa articulação conseguíamos propor uma forma melhor de cuidar e, muitas vezes, isso diminuía a reincidência de internação. Só ter a visão de dentro da UBS não é tão rico como saber o que o usuário está fazendo no CAPS, na UPA, no PSC ou no HC. Nós não temos acesso aos outros serviços e os AS faziam esse contato, iam buscar as informações e traziam para a equipe. Isso trouxe mais confiabilidade do usuário em saber que a rede estava olhando para ele, não só um serviço isolado do outro. Além disso, muitas vezes, os outros serviços trazem uma demanda que não é compatível com o serviço da AB e, através dessa ponte entre os serviços que os AS faziam, facilitava muito os profissionais desses locais entenderem a função de cada serviço. Além disso, me ajudou a entender o processo intersetorial dos departamentos e melhorar meu conhecimento do SUS. (3.4.1 IC)

As RAS organizam as ações e os serviços de saúde com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado por meio de apoio técnico e de gestão (Brasil, 2010). Os sistemas de saúde organizados em rede tornam a APS mais resolutiva e possibilitam a coordenação do cuidado dos usuários, visto que um sistema fragmentado não consegue atender às necessidades da população (Oliveira, 2016). As ações articuladas em rede para solucionar uma necessidade do usuário fazem com que os serviços e profissionais repensem seu papel perante o cuidado prestado e, com isso, podem resignificar sua atuação (Guimarães, 2007), pois esse processo produz conexões, possibilita conversas entre os profissionais de um mesmo ou de diferentes serviços e pode levar a construção de compromissos e arranjos comuns (Paixão; Tavares, 2014; Santos, 2018). Além disso, o trabalho em rede consegue garantir os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade (Oliveira, 2016).

O AS era um profissional potencializador para que ocorresse a conexão necessária entre os diversos serviços de saúde, tornando possível articular com diferentes pontos da rede, facilitar ações que envolviam o cuidado a partir das necessidades encontradas e buscar a integralidade da atenção entre os serviços (Machado, 2014). A articulação das redes pode proporcionar melhor atendimento em

saúde à população através do trabalho coordenado (Fernandes et al., 2017). Embora esses autores reconheçam que existem dificuldades das equipes para prestarem atenção em rede, apontam que os próprios entrevistados apontam como relevante a articulação para a atuação em saúde.

O espaço de atuação do AS para a articulação em SBC variava de acordo com cada serviço. No PSC e HC a discussão de casos ocorria através dos Kanbans, nos quais os AS participavam três vezes por semana nas 3 enfermarias do HC e semanalmente no PSC intercalando as enfermarias pediátrica e adulta, posteriormente abordando os casos e condutas com a ESF nas reuniões de equipe. Na UPA as conversas entre AS e profissionais da urgência/emergência ocorriam mensalmente tanto com o plantão diurno como noturno, sendo o AS o responsável por levar as demandas dos trabalhadores de um serviço para o outro. Com os CAPS ocorriam matriciamentos mensais com cada um separadamente (adulto, AD, Infanto-juvenil e Infanto-juvenil AD), nos quais participavam outros profissionais da UBS, como psicóloga, assistente social, enfermeira, ACS, além dos AS. Com a mudança de gestão e as prioridades de trabalho atribuídas ao AS, as articulações com muitos dos serviços deixaram de acontecer, com exceção dos matriciamentos com os CAPS que se mantiveram.

3.4.2 IC: *Distância e falta de abertura dos serviços*

Fica evidenciado no seguinte discurso que, apesar da atuação do AS facilitar a atenção em rede, era preciso que os serviços estivessem disponíveis para a articulação, sem a dependência direta do AS e da gestão municipal. A dinâmica institucional, muitas vezes, não favorece que as equipes e serviços se integrem, o que exige dos profissionais envolvidos no cuidado a busca de estratégias para desenvolver ações de articulação com a rede (Fernandes et al., 2017). A dificuldade de articulação e a disponibilidade dos serviços para atuação em rede está descrita no DSC abaixo:

Teve um momento que a relação intersetorial estava fluindo muito bem e isso se deu porque os Apoiadores ajudaram a construir isso. Eles contribuíram para sermos mais vistos pela rede, articulavam reuniões. O Apoiador trouxe o retrato dos usuários mais recorrentes que apareciam em serviços nos quais não era para eles estarem, como UPA, PSC ou CAPS. Situações que eram para estar na Atenção Básica e estavam em outros serviços. Se a gente fosse deixar para os gerentes, eles não conseguiriam fazer tudo isso. Os serviços estavam muito distantes e quem ficava fazendo essa ponte sempre era o Apoiador. Eles conseguiram com o CAPS e com a UPA, mas com os Hospitais e as Policlínicas, as especialidades, foi um pouco mais complicado, pois os serviços não estavam abertos e essa aproximação faltou em alguns momentos. Alguns casos que discutimos aqui na UBS, precisavam ir para outro serviço e quando iam, voltavam para cá sem resolução. Nos casos de internação recorrentes, as altas eram mais programadas e a equipe tinha tempo de saber o porquê a pessoa foi internada e qual era a ação e intervenção que ela iria desencadear pós-alta. Mas com a mudança da função do AS pela atual gestão central a articulação intersetorial perdeu muita força, até mesmo dentro da própria Secretaria de Saúde. Eu não vejo mais essa articulação tão forte, a não ser entre UBS e CAPS. Hoje eu não sei se o usuário esteve internado, se ele não me relatar, se ele não tiver um resumo de alta na mão. (3.4.2 IC)

A articulação das ações e serviços de saúde tem como objetivo instituir sistemas capazes de garantir acesso, integralidade e continuidade da atenção (Casanova et al., 2014). A possibilidade dos AS circularem pelos diversos serviços da rede exigiu muitas negociações da SMS com os Departamentos e cautela dos AS na interlocução com esses serviços. Para além da atuação dos AS, considera-se necessário que os próprios serviços compreendam e se comprometam com a articulação entre eles (Santos, 2018), sendo necessário, também, que os profissionais aprimorem sua interação na equipe e tenham responsabilidade sobre o seu papel (Fernandes et al., 2017). A articulação de rede deve ser vista como uma oportunidade de criação de espaços coletivos para a produção de conhecimentos, ampliação da atuação das equipes e compartilhamento das responsabilidades e atribuições, excluindo, assim, a lógica de apenas realizar encaminhamentos dos usuários de um serviço para outro (Fernandes et al., 2017). De acordo com o DSC, os profissionais das UBS de SBC entenderam a importância da articulação em rede tanto para o seu trabalho como para o benefício dos usuários e consideram um ganho para o serviço essa mediação realizada pelo AS, mesmo que ainda houvesse dificuldade com alguns serviços. Sendo assim, avaliaram como prejudicial para a

integralidade do cuidado do usuário a descontinuidade do trabalho do AS, por não terem informações sobre o que acontece com o usuário em outros serviços e se limitarem a desenvolverem o cuidado a partir das informações da APS.

3.5 Momentos e mudanças das atribuições do AS

Este último bloco foi composto de duas IC: 3.5.1 IC: *Atuação do AS no contexto da macro e micro gestão* e 3.5.2 IC: *Impactos nos serviços com as mudanças do papel do AS*. Este bloco aponta as alterações nas funções e atribuições dos AS em virtude das mudanças na gestão municipal, que ocorreram desde a criação desse cargo no município até o presente momento. Visto que as atribuições desse profissional dependem diretamente da orientação da gestão municipal, foram conduzidas mudanças significativas, as quais, segundo os profissionais das UBS, trouxeram impactos tanto positivos como negativos na rotina de trabalho dos serviços.

3.5.1 IC: Atuação do AS na macro e micro gestão

Os entrevistados relataram que, em um primeiro momento, os AS faziam a articulação entre a gestão central e a gestão local das UBS e seus profissionais, exercendo o papel de qualificação do trabalho nas unidades e de articulação com a rede de serviços. Nessa ocasião houve forte aposta da gestão central na criação de espaços coletivos para diálogo e parcerias entre os departamentos, serviços, gestores, trabalhadores e usuários com o objetivo de mudar a estrutura vertical/hierárquica de sua organização (Santos, 2018). Esse movimento ocorreu por meio da mediação realizada pelo AS com as equipes e serviços apoiados, o que possibilitou a organização dos processos de trabalho de forma compartilhada

(Paixão; Tavares, 2014). A articulação entre a micro e a macro gestão realizada pelo AS e seu impacto para os profissionais estão expressos no DSC a seguir:

O Apoiador foi inserido na rede como um grande parceiro com flexibilidade para permear tanto a macro quanto a micro gestão. Isso viabilizou entrarem em espaços que os trabalhadores da unidade, ou até mesmo um gestor local, não conseguiam e legitimá-los. É obvio que a figura do Apoiador sempre vai mudar, porque ela está alinhada com o desejo de uma gestão mais macro. Como antes os Apoiadores estavam mais próximos da gestão, direto em reuniões, eu tinha a impressão que eram como representantes da gestão dentro da Atenção Básica. Muitas vezes o departamento demandava para os Apoiadores, eles traziam para a UBS e pensavam em como articular. Isso balançou e fragilizou um pouco a relação que os Apoiadores tinham com as equipes e, em alguns momentos, eles eram vistos como um demandador. Quando os processos de trabalho se tornavam muito verticais e pouco horizontais, destoavam muito da realidade das equipes e das unidades, eles se fragmentavam e não se consolidavam. E quem se expunha nesse momento sempre era o Apoiador, mas nós sabíamos que por trás disso tinha uma demanda da gestão central.
(3.5.1 IC)

A atuação do AS como apoiador institucional pode ser compreendida como uma função de mediação entre gestão e profissionais com a finalidade de repensar os modos de fazer e o processo de produção da saúde desenvolvido pelas equipes, valorizar o protagonismo e corresponsabilidade de trabalhadores e usuários, além de estabelecer novas formas de relação (Casanova et al., 2014). Essa modalidade de atuação do AS é denominada por Bertussi (2010) como apoio através da análise institucional, a qual reflete sobre a gestão, a produção do cuidado e a autoanálise, visando, com isso, diminuir a fragmentação do processo de trabalho e a distância da gestão com as unidades. É através da análise institucional que o AS amplia os saberes, compreende a demanda como processo produzido através da subjetividade e na medida em que realiza a intervenção conhece a realidade (Barros et al., 2014).

Assim, no município de SBC, os AS eram requisitados tanto pelas equipes e serviços, bem como pela gestão para participação em reuniões, eventos, entre outras ações externas a UBS, essa dupla atribuição, muitas vezes, dificultava o acompanhamento dos processos já disparados ou planejados com as equipes da ESF. Assim, ao mesmo tempo em que o AS estava próximo das equipes para

auxiliar em suas dificuldades, inclusive em relação à gestão central, o profissional também tinha o papel de encaminhar demandas da gestão para serem realizadas com as equipes (Paixão; Tavares, 2014). Em muitas situações estas demandas burocratizavam o trabalho do AS na própria UBS, restringindo-os ao papel de executar tarefas e responder demandas do DAB (Santos, 2018) ou tornando-os mais duros e rígidos, conduzindo a um fazer mecanizado e colocando os demais profissionais como meros expectadores da gestão do seu processo de trabalho (Machado, 2014). Para o apoio ser efetivo é necessário construir parcerias com os trabalhadores e não somente ações fiscalizadoras ou impostas pelo DAB (Santos, 2018). Caso a parceria não ocorra, a ESF pode ter a percepção do AS como uma ameaça em virtude de sua ligação próxima com os gestores (Casanova et al., 2014). Ainda, pode ocorrer que as demandas apresentadas pela gestão não sejam consideradas prioridades das equipes e quando essas não identificam sentido na ação a ser realizada, dificultam ou sabotam os processos (Santos, 2018).

Para transformar o trabalho das equipes em espaços produtivos, o AS passa a ser o agente externo capaz de produzir inquietações nos profissionais a partir da produção de diálogo e da problematização da realidade vivenciada, além de mediar diferentes interesses (Machado, 2014). Podemos interpretar essa mediação como sendo entre os profissionais da própria unidade, os profissionais com a gestão local e da unidade com a gestão central. Para o AS conseguir transitar livremente nesses espaços é necessário que o profissional seja um facilitador dos processos de trabalho, exercendo escuta qualificada e intervenções pertinentes (Machado, 2014). Dessa forma, é fundamental para o AS ter o respaldo da gestão na interlocução desses processos, oportunizando sua autonomia para resolução dos problemas e, assim, descentralizando as decisões. Ou seja, o apoio só pode ser exercido se houver um posicionamento favorável da gestão, o qual é sempre dinâmico e deve ser sustentado permanentemente, ampliando, dessa forma, a democracia institucional (Barros et al., 2014). Ademais, é necessário que o AS tenha flexibilidade e compreensão das dificuldades e do dinamismo presentes nos serviços de saúde (Machado, 2014). A flexibilidade pode ser entendida, também, como a coexistência de ações privativas das áreas profissionais e ações que são executadas, indistintamente, por agentes de diferentes campos de atuação integrando saberes provenientes destes campos (Peduzzi, 2001).

3.5.2 IC: Impactos nos serviços com as mudanças do papel do AS

Na atual gestão, aliado ao foco da atuação do AS na função matricial, apostou-se na implantação de equipes de NASF para aumentar o escopo de ofertas de atendimento para a população nos serviços e amparar melhor as equipes de ESF. Dado que essas equipes são retaguarda assistencial especializada, é possível compor novos arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde complementar a utilizada em sistemas hierarquizados (Campos; Domitti, 2007).

O apoio matricial é uma estratégia para reorientação das práticas de cuidado através das ofertas de conhecimento dos diferentes núcleos profissionais (Santos, 2018), o que permite a ampliação da clínica e a interdisciplinaridade (Campos et al., 2014). Apesar da ampliação do trabalho clínico e sanitário ser necessária, já que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral, é comum o profissional se sentir seguro apenas em seu núcleo de especialidade, o que dificulta a interação em espaços interdisciplinares (Campos; Domitti, 2007). A inserção do apoio matricial nas UBS do município pretendia resolver essa dificuldade por meio do encontro entre diferentes categorias profissionais, compartilhamento de casos, circulação de informações, troca de saberes e condutas, levando os profissionais a repensarem os projetos terapêuticos com outras racionalidades e visões de mundo, realizarem acompanhamento longitudinal e fortalecerem o papel de coordenação do cuidado na rede (Campos; Domitti, 2007; Casanova et al., 2014), além de ampliar as possibilidades de construção de vínculos entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde (Fernandes et al., 2017). Os apoios institucional e matricial são processos que provocam novos modelos de gestão e atenção à saúde integral (Casanova et al., 2014). Segue depoimento que descreve a percepção dos profissionais sobre as mudanças na função do AS:

Hoje não existe mais esse apoio como era antes. Agora os Apoiadores participam mais na UBS. Os AS estão híbridos agora, Apoiador e NASF, e, com isso, diminuiu a potência deles, pois agora está tendo menos a função de Apoiador e está mais para o NASF mesmo. Nesse sentido melhorou para a UBS, eles ajudam muito nos grupos. Eu acho que o fazer assistencial do AS, mesmo que não seja o mesmo assistencial do NASF, mas um pouquinho que seja, ajuda. A gente consegue fazer um trabalho melhor para o usuário dividindo as tarefas, fazer coisas novas, aumentar o escopo de ofertas da UBS e para aprender também, porque há troca de saber. Mas, ao mesmo tempo, não estão conseguindo fazer a articulação da rede, trazerem os casos dos outros serviços, porque a proposta da atual gestão é um pouco diferente. A articulação intersetorial ou até dentro dos próprios departamentos da saúde não é a maior das prioridades, então não sabemos mais tanto da demanda dos outros serviços como sabíamos antes. Isso faz muita falta. Eu acho que a rede funcionava melhor como era antigamente e, para nós, era muito mais fácil. Às vezes, é difícil acessar um outro serviço, porque todo mundo aqui está muito cheio de coisas para fazer. E como os Apoiadores tinham reuniões constantes com outros serviços da rede, sabiam todas as demandas, facilitava muito essa conversa. (3.5.2 IC)

Percebe-se que a opinião dos trabalhadores sobre a nova forma de atuação do AS é ambígua, pois, ao mesmo tempo que acreditam que é melhor esse profissional estar presente mais tempo na UBS, sentem falta da articulação com outros serviços, função esta que, muitas vezes, restringia a atuação do AS na unidade. A operacionalização do apoio matricial não precisa excluir o apoio institucional ou o apoio à gestão (Moura; Luzio, 2014). Ou seja, é possível que o AS organize sua agenda de maneira que consiga atuar tanto no apoio matricial como institucional. O que determina o tipo de apoio que o profissional deve se concentrar em cada momento é a demanda das UBS, da gestão ou, também, pode ocorrer devido a afinidade do AS com uma ou outra função. Um dos principais desafios do trabalho como Apoiador institucional e matricial consiste em combinar um conjunto de habilidades, conhecimentos e atitudes, os quais variam de acordo com as especificidades de cada equipe de referência e envolvem ajudar as equipes a lidarem com a complexidade do trabalho na APS, além das demandas vindas do DAB. Para tanto, deve-se considerar as diferentes realidades, necessidades, vulnerabilidades apresentadas pela população, além de exigir uma abordagem multidisciplinar com diferentes estratégias de intervenção.

Com as atuais mudanças do trabalho do AS observou-se ganho, por um lado, para as equipes da UBS e para os usuários, pois possibilitou maior qualificação da assistência prestada e dos processos de trabalho interno nas unidades. Por outro lado, no novo formato de trabalho determinado pela atual gestão, o AS não atua diretamente na perspectiva da integralidade do cuidado em rede, o que também foi sentido pelos profissionais, dado que fica comprometida a comunicação e a informação do que ocorre com o usuário para além da APS. Para a efetivação da atenção integral são necessários atributos como vínculo longitudinal, coordenação do cuidado e incorporação de diferentes mecanismos institucionais (Casanova et al., 2014), sendo para tanto necessário o apoio institucional e matricial, pois apenas um deles não consegue suprir todos os requisitos necessário para esse cuidado.

4 CONCLUSÃO

Em SBC a proposta do AS surge para favorecer a articulação com a rede de saúde, diante da fragmentação dos serviços do município, e como estratégia para fortalecer as relações entre os profissionais e serviços, qualificar o cuidado e implementar as políticas de saúde. Apesar das diferenças socioeconômicas e de vulnerabilidade dos 2 territórios estudados, não foi possível constatar diferenças na atuação dos AS, visto que, o trabalho desenvolvido com as equipes e a gestão se assemelharam.

Percebeu-se que, muitas vezes, não ficava claro para os profissionais da APS qual era o papel dos AS na UBS, o que enfraqueceu a potencialidade do trabalho que poderia ser realizado. Nesse sentido, alguns autores apontam para a importância de construir um documento norteador sobre o cargo do AS e para contribuir com a gestão e a organização dos processos de trabalho com os profissionais dos serviços. Para fortalecer a relação com as equipes de ESF e entendimento sobre o papel do AS, o vínculo entre ambos se constitui como imprescindível, o que faz, também, com que o AS não seja visto como um profissional externo à equipe, além de garantir que a análise e o planejamento das ações sejam realizados em conjunto com a ESF. Esse processo transforma os espaços comuns em locais de construção coletiva, expandindo o foco de atuação e de atenção às necessidades de profissionais e usuários, através do diagnóstico situacional, reflexões das ações e elaboração de PTS.

A atuação do AS exige flexibilidade, visão multiprofissional, capacidade para promover o compartilhamento de saberes e análise do trabalho. Uma das ferramentas que auxilia é a EP tanto para a capacitação do próprio AS como na sua atuação com os profissionais. Destaca-se no estudo a importância da facilidade de acesso aos AS, principalmente durante as reuniões de equipe da ESF, e as diferentes formas de contribuição para o trabalho na UBS por meio de matriciamentos, ações conjuntas com os usuários, articulações com outros serviços e apoio institucional. Estas abordagens despertaram nas equipes a importância do fortalecimento do vínculo com o usuário, um olhar ampliado sobre a sua saúde e não apenas com foco na doença. O AS foi reconhecido como profissional que

potencializou a articulação entre os diversos serviços de saúde, facilitou as ações de integralidade do cuidado. Embora a atuação do AS tenha facilitado a atenção em rede, era preciso que os serviços estivessem disponíveis para a articulação e que os profissionais cada vez mais assumissem essa tarefa como parte do processo de trabalho.

Por outro lado, o reduzido número de AS para as equipes de ESF foi considerado um problema, já que esses se viam obrigados a restringirem aos afazeres diários e emergenciais dos serviços. O fato do AS ser acionado tanto pelas equipes e serviços como pela gestão, dificultava o acompanhamento dos processos já disparados com as equipes e, muitas vezes, burocratizava a atuação do AS na UBS, restringindo-o ao papel de executar tarefas e responder demandas do DAB, além de passar uma imagem de alguém externo à equipe. Ademais, as mudanças significativas que ocorreram nas atribuições dos AS dada a atual orientação da gestão municipal tiveram impacto para profissionais das UBS. O AS, de articulador entre a gestão central e a gestão local das UBS e seus trabalhadores, de qualificar o trabalho nas unidades, organizar os processos e de articular a rede, passou a se concentrar na APS e exercendo, prioritariamente, função matricial. Contudo, como destacam alguns autores, a operacionalização do apoio matricial não precisa excluir o apoio institucional ou o apoio à gestão. A opinião dos trabalhadores sobre a nova forma de atuação do AS é ambígua, pois ao mesmo tempo, que valorizam que o profissional permaneça mais tempo na UBS, destacam a falta de articulação com outros serviços, função esta que, muitas vezes, exigia que o AS se ausentasse da unidade.

Dada a relevância desse cargo na Saúde Pública e o pouco conhecimento sobre suas funções, é de extrema importância o entendimento sobre o potencial do AS em contribuir para a qualidade da atenção à população dos profissionais dos serviços. Assim, a partir da presente pesquisa foi elaborado um folder como Produto Educacional com a descrição das funções do AS e sua contribuição para os serviços de saúde, para favorecer melhor compreensão e articulação do AS com os profissionais dos serviços da Atenção Básica.

REFERÊNCIAS¹

Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In Deslandes SF (org). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2009. p. 49-83.

Barros MEB, Roza MMR, Guedes CR, Oliveira GN. O apoio institucional como dispositivo para a implantação do acolhimento nos serviços de saúde. Interface Comunicação Saúde e Educ. 2014; 18 (1): 1107-17.

Bellini M, Pio DAM, Chirelli MQ. O apoiador institucional da Atenção Básica: a experiência em um município do interior paulista. Saúde Debate (Rio de Janeiro). 2016 jan-mar; 40 (108): 23-33.

Bertussi, DC. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina; 2010.

Brasil. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. [citado 01 Out. 2016]. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php.

Brasil. [internet]. Ministério da Saúde. 2019. [citado 17 Abr. 2019]. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno 39 de Atenção Básica - Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, 2014.

Brasil. [internet]. Ministério da Saúde - Departamento de Atenção Básica. 2010. [citado 17 Abr. 2019]. Disponível em https://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php.

Brasil. [internet]. Ministério da Saúde: Departamento de Atenção Básica - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF_AB), 2015. [citado 17 Jan. 2019]. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php.

¹ De acordo com Estilo Vancouver.

Brasil. Ministério da Saúde - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2009.

Brasil. [internet]. PenseSUS. 2014. [citado 17/04/2019]. Disponível em <https://pensesus.fiocruz.br/integralidade>.

Brasil. Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília: 2013 (1ª edição).

Brasil. [internet]. Rede HumanizaSUS. 2015, 07 de agosto [citado 17 Jan. 2019]. Disponível em <http://redehumanizaus.net/91684-politica-nacional-de-humanizacao-compoe-novo-arranjo-de-apoio-do-ministerio-da-saude-as-regioes-de-saude/>.

Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro). 2005 jul-ago; 21(4):1260-8.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(2): 399-407.

Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Junior N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface: Comunicação Saúde e Educ. 2014; 18 (1): 983-95.

Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. Cad Saúde Pública. 2018; 34 (3).

Casanova AO, Teixeira MB, Montenegro E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. Rev Ciênc Saúde Col. 2014; 19(11): 4417-26.

Cecílio LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro R e Mattos RA (org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS ABRASCO; 2001. p. 117-30.

Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In Pinheiro R, Araujo R. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2003. p. 197-210

Cecílio LCO, Andreazza R, Carapinheiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG et al. A Atenção Básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. *Ciênc Saúde Col*. 2012; 17(11): 2893-2902.

Cruz MLS, Franco L, Carvalho JW, Silva FB, Beteli VC, Lima MF et al. Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF). *Psicol Rev São Paulo*. 2008; 17 (1-2): 161-83.

Diniz DS. A Ferramenta Kanban na emergência do Hospital Municipal Miguel Couto/RJ - Produto 1. Rio de Janeiro; 2013. [citado 17 Set. 2016]. Disponível em http://www.academia.edu/25754253/A_Ferramenta_Kanban_na_Emerg%C3%AAncia_do_Hospital_Municipal_Miguel_Couto_RJ_-Produto_1

Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite; 2010.

Fernandes JA, Figueiredo MD. Apoio institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas. *Physis Rev Saúde Col*. 2015; 25(1): 287-306.

Fernandes MJ, Rocha HU, Frazão DPS. Articulações em Saúde: Contribuições para o fortalecimento do trabalho em rede entre Centro de Atenção Psicossocial e Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública do SUS/MG*. 2017; 2 (1): 53-68.

Ferreira RC, Varga CRR, Silva RF. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. *Rev Ciên Saúde Col*. 2009;14(1):1421-8.

Fiocruz [internet]. Dicionário de educação Profissional em Saúde. 2009 [citado 07 Mar. 2019]. Disponível em <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>.

Fiocruz: Pense SUS, 2016. [homepage]. Brasil. [citado 01 Out. 2016]. Disponível em <http://pensesus.fiocruz.br/saude-da-familia>.

Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2a edição. São Paulo: HUCITEC; 2004.

Friedrich TL, Petermann XB, Miolo SB, Pivetta HMF. Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. Interface: Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu). 2017 ago. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017005016102&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

Fundação do ABC. Edital nº 01/2010 do processo seletivo 01/2010 – de 08 de março de 2010 – Abertura. Santo André. [citado 17 Out. 2017]. Disponível em <http://www.sinpsi.org.br/publicacao/edital-apoiadores-revisado-marco-2010.pdf>.

Gil, AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª edição. São Paulo: Atlas; 2008.

Guimarães M. Articulação de uma Rede de Saúde Mental [monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia; 2007 mar.

IBGE [internet]. São Bernardo do Campo. 2019 [citado 22 Jan 2019]. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-bernardo-do-campo/panorama>.

Kemper MLC, Martins JPA, Monteiro FSF, Pinto TS, Walter FR. Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. Interface: Comunicação Saúde e Educ. 2015; 19 (1): 995-1003.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. O Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Porto Alegre: EDUCS; 2003.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. O sujeito coletivo que fala. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. 2006 jul/dez; 10 (20): 517-24.

Lima CA, Rodrigues BG, Araújo JGC, Cardoso NR, Rocha PT, Ribeiro CDAL et al. Diagnóstico situacional na Unidade de Saúde: Uma experiência na perspectiva de graduandos em enfermagem. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 2014; 05 (03): 1109-19.

Lopes DD, Rodrigues FD, Barros NDVM. Para além da doença: integralidade e cuidado em saúde. Psicologia em pesquisa. 2012; 6 (1): 68-73.

Machado L. O apoio institucional nos processos de trabalho: ferramenta para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina; 2014.

Maerschner RL, Bastos ENE, Gomes AMA, Jorge MSB, Diniz SAN. Apoio institucional – reordenamento dos processos de trabalho: sementes lançadas para uma gestão indutora de reflexões. Interface: Comunicação, Saúde e Educação. 2014; 18 (1): 1089-98.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública. 2004; 20(5): 1411-6.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciên Saúde Col. 2010; 15(5): 2297-305.

Merhy EE, Franco TB [internet]. Trabalho em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2018. [citado 20 Out. 2018]. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/23/Trabalho-em-Saude-Merhy--Franco.pdf>.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 10ª edição. São Paulo: Ed. Hucitec; 2007.

Moura RH, Luzio CA. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. Interface: Comunicação Saúde e Educ. 2014; 18 (1): 957-70.

Oliveira NRC. Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes. Universidade Federal do Maranhão/ UNA-SUS; 2016.

Paixão L, Tavares MFL. A construção do projeto “Apoio de Rede” como estratégia institucional. Interface: Comunicação Saúde e Educ. 2014; 18 (1): 845-58.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. 2001; 35(1): 103-9.

Peduzzi M, Schraiber LB. Processo de trabalho em Saúde. [200-?]. [citado em 19 Out. 2017]. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>.

Pereira Júnior N, Campos GWS. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface Comunicação Saúde e Educ.* 2014; 18 (1): 895-908.

Pereira RCA. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface: Comunicação Saúde e Educ.* 2013 abr/jun; 17(45): 327-40.

Pinheiro R, Mattos RA. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4ª edição. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2007. p. 7-23.

Pinho LB, Kantorski LP, Saeki T, Duarte MLC, Sousa J. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. *Rev Eletrônica Enfermagem*. 2007; 9(3): 835-846.

Sá CP de. *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 1998.

Santos LSF. *Estratégia do apoio em saúde: uma contribuição narrativa de quem apoia [dissertação]*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2018.

Santos RCA, Miranda FAN. Importância do vínculo entre profissional-usuário na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Enfermagem UFSM*. 2016 jul/set; 6(3): 350-9.

São Bernardo do Campo (SP). Documento de Apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB) do Município de São Bernardo do Campo. 2018. [citado 22 Jan. 2019].

Silva CSSL, Koopmans FF, Daher DV. O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde. *Rev Pró-univerSUS*. 2016 jan/jun; 07 (2): 30-3.

Silva LC. O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. *Revista Psicologia para América Latina*. 2009 jun; 16.

Silva RMM, Viera CS, Toso BRGO, Neves ET, Silva-Sobrinho RA. A integralidade na assistência à saúde da criança na visão dos cuidadores. *Saúde Debate*. 2015; 39 (106): 718-29.

Silva RVGO, Ramos FRS. Integralidade em saúde: revisão de literatura. *Ciênc Cuidado Saúde*. 2010; 9(3): 593-601.

Souza MC, Araújo TM, Reis Júnior WR, Souza JN, Vilela ABA, Franco TB. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. *Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia*. *O Mundo da Saúde*. 2012; 36(3): 452-60.

Souza SS, Costa R, Shiroma LMB, Maliska ICA, Amadigi FR, Pires DEPP et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. *Rev Eletrônica Enfermagem*. 2010; 12(3): 449-55.

Sundfeld AC. Apoio como dispositivo: conexões, invenções e provocações à produção coletiva do cuidado e da gestão no município de São Bernardo do Campo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2016.

World Health Organization. Constitution of the World Health Organization: basic documents. Geneva: World Health Organization; 1946. [citado 12 Set. 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/about/mission/en/>.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com os profissionais das UBSs

Nome:

Idade:

Função:

Quanto tempo trabalha na Atenção Básica:

Quanto tempo trabalha nessa UBS:

- 1) Tem ou teve contato com os Apoiadores em Saúde durante o seu trabalho? Exemplifique casos.
- 2) De acordo com sua experiência, quais são as contribuições dos Apoiadores em Saúde?
- 3) Em que situações você identifica contribuições do Apoiadores em Saúde para o seu trabalho profissional? Exemplifique.
- 4) Você já solicitou a colaboração do Apoiador em Saúde? Em quais situações?
- 5) Ocorreram casos em que os Apoiadores em Saúde trouxeram demandas para equipe? Cite algumas. Você considerou essas demandas pertinentes?
- 6) Você teria sugestões de como a atuação dos Apoiadores em Saúde poderia contribuir para o seu trabalho, equipe e/ou UBS?
- 7) Em relação aos outros serviços da rede de saúde, você considera que os Apoiadores em Saúde conseguiram estabelecer articulação com a rede? Com quais serviços você acredita que foi possível maior articulação?
- 8) Essas articulações com outros serviços contribuíram no seu trabalho? De que maneira?

APÊNDICE B –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais de UBS

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

NOME:.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO:..... Nº: APTO:.....

BAIRRO:..... CIDADE:

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A ATUAÇÃO DO APOIADOR EM SAÚDE NOS PROCESSOS DE TRABALHO E NA ARTICULAÇÃO COM A REDE DE SERVIÇOS NO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO”.

2. PESQUISADOR: Profª Drª Rosé Colom Toldrá.

CARGO/FUNÇÃO: Professor Doutor.

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 3/855-TO.

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO	☒	RISCO MÉDIO	☐
RISCO BAIXO	☐	RISCO MAIOR	☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 2 anos.

Convido a participar de forma voluntária na pesquisa: “PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A ATUAÇÃO DO APOIADOR EM SAÚDE NOS PROCESSOS DE TRABALHO E NA ARTICULAÇÃO COM A REDE DE SERVIÇOS NO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO” a ser desenvolvida pela pesquisadora executante Joana Serafim Kobel, sob orientação da pesquisadora responsável Profª Drª Rosé Colom Toldrá.

Rubrica do pesquisador executante: _____

Rubrica do pesquisador responsável: _____

Rubrica do participante: _____

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, o qual está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

O objetivo da pesquisa é: analisar a participação do Apoiador em Saúde como articulador da rede de serviços de saúde do território e nos processos de trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família.

A participação na pesquisa consiste em responder 8 questões que versarão sobre dados de formação, tempo de experiência dos profissionais, temas relacionados a percepção dos profissionais sobre a atuação do Apoiador em Saúde, contribuições para o trabalho na UBS, articulação de rede e gestão dos processos de trabalho. Terá tempo aproximado de 20 minutos de duração.

Sua participação no estudo não lhe trará qualquer benefício direto, porém, pode ocorrer risco mínimo de interferência, como receio quanto à exposição de ideias, eventuais desconfortos ou constrangimentos, devido à realização de entrevista com profissionais. No entanto, serão tomados todos os cuidados para minimizar possível interferência e a identificação dos participantes será mantida em sigilo/com garantia de anonimato. Para a realização do estudo as respostas das questões serão gravadas e anotadas. Os dados serão utilizados somente para esta pesquisa e os resultados serão publicados e divulgados em periódicos e eventos científicos sem menção aos participantes.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O pesquisador responsável é Prof^a Dr^a Rosé Colom Toldrá, que poderá ser encontrado no endereço: Rua Cipotânea, 51, Cidade Universitária “Armando de Salles de Oliveira”, fone: (011) 3091 7457 – E-mail: centroto@usp.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP, localizado na Av. Dr. Arnaldo, 251-21º andar sala 36, Cerqueira César São Paulo SP, CEP: 01246-000, Fone/Fax: 55+11+3893-4401/4407 ou com o Departamento de Educação Permanente da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo, localizado na Rua Santos Dumont, 154, Centro, São Bernardo do Campo, SP. CEP: 09715-120. Fone: 55+11+2630-6569.

Você terá liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Sua identidade será mantida em sigilo e as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, portanto não será divulgada a identificação de nenhum profissional. Não há despesas pessoais para o participante e também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Como pesquisadora, comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

Rubrica do pesquisador executante: _____

Rubrica do pesquisador responsável: _____

Rubrica do participante: _____

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A ATUAÇÃO DO APOIADOR EM SAÚDE NOS PROCESSOS DE TRABALHO E NA ARTICULAÇÃO COM A REDE DE SERVIÇOS NO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO”.

Eu discuti com a Profª Drª Rosé Colom Toldrá (pesquisadora responsável) e com Joana Serafim Kobel (pesquisadora executante) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo.

Declaração do Participante da Pesquisa

Data: ____/____/____

(Somente para os responsáveis pelo projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste indivíduo ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pela pesquisa

Data: ____/____/____

Pesquisadora responsável: Profª Drª Rosé Colom Toldrá

Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP

Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária. Butantã. São Paulo – SP. CEP. 05083-160.

Tel: (11)3091-7457

Pesquisadora executante: Joana Serafim Kobel

Aluna do Programa de Mestrado Profissional formação interdisciplinar em saúde da
USP

Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária. Butantã. São Paulo – SP. CEP. 05083-160.

Tel: (11)3091-7457

APÊNDICE C – Produto Educacional

O presente produto educacional é fruto da dissertação de mestrado “Percepção dos profissionais de saúde sobre a atuação do Apoiador em Saúde nos processos de trabalho e na articulação com a rede de serviços no Município de São Bernardo do Campo”, que buscou conhecer e analisar a percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde acerca da atuação do Apoiador em Saúde nos processos de trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família e como articulador da rede de serviços de saúde do território.

Para tanto, foi elaborado um folder com o título o “Você conhece o que faz o Apoiador em Saúde?”, como uma ferramenta para ofertar informações gerais sobre o papel desse profissional e poder ser utilizado em diferentes momentos e espaços institucionais. Assim, sugere-se que o folder seja utilizado no momento da reunião de equipe no serviço, para facilitar a compreensão sobre a contribuição do Apoiador em Saúde, em reunião com os serviços de saúde, em situações de capacitação profissional e educação permanente, entre outras situações de trabalho.

Esperamos que o material educativo possa favorecer a comunicação entre o Apoiador de Saúde e os profissionais dos serviços de saúde e ser útil no cotidiano de trabalho da equipe, contribuindo com a integralidade de atenção em saúde e, consequentemente, oferecer uma melhor qualidade do serviço prestado à população.

Produto Educacional elaborado para o Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo (USP)

Dissertação: Percepção dos profissionais de saúde sobre a atuação do Apoiador em Saúde nos processos de trabalho e como articulador de rede no Município de São Bernardo do Campo

Joana Serafim Kobel

**Você conhece o que
faz o Apoiador em
Saúde?**

O que é o Apoiador em Saúde?

Apoiador em Saúde são profissionais com diferentes formações na área da saúde, os quais contribuem para a produção do cuidado, gestão da clínica e dos serviços de saúde. Atuam por meio da valorização das formas mais democráticas de se fazer gestão compartilhada, para fortalecer as relações entre os trabalhadores, diminuir a fragmentação do conhecimento e acompanhar as mudanças nos processos organizacionais.

Quais suas funções?

O Apoiador em Saúde tem 3 funções principais:

- Apoio matricial: atua na sua área de formação com objetivo de qualificar a clínica e aumentar a resolutividade da equipe através da reorientação das práticas de cuidado mediante o compartilhamento de conhecimento e estratégias de intervenção frente aos problemas de saúde da população. Pode ocorrer por

meio de matriciamentos, consultas compartilhadas, visitas domiciliares, discussão de casos, entre outros.

- Apoio institucional: auxilia a gestão e os trabalhadores com os processos de trabalho do serviço de saúde, o que pode acontecer durante a realização de espaços coletivos de trabalho, para facilitação da escuta, do diálogo e da análise reflexiva, mediação de conflitos, elaboração de propostas e acompanhamento de ações voltadas a gestão, atenção e implementação de políticas.

- Apoio para articulação com a rede de saúde: melhora a comunicação entre os serviços da rede de acordo com a necessidade e demanda das equipes e dos usuários visando qualificar o processo de cuidado e tornar os serviços mais resolutivos através da atenção integral.

Como é realizado o trabalho?

O trabalho pode ser realizado de diferentes formas, como: discussão de casos complexos, participação em reuniões de equipe, realização de diagnóstico situacional, ações de acordo com perfil e necessidades da população, espaços coletivos para

estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, construção conjunta dos processos de trabalho, educação permanente, entre outros.

Em quais serviços pode atuar?

Os Apoiadores em Saúde, apesar de serem mais comuns na Atenção Primária à Saúde, podem atuar em qualquer serviço da rede.

Quais as contribuições para as equipes e serviços apoiados?

A atuação do Apoiador em Saúde pode contribuir para: qualificar o processo de cuidado em saúde; auxiliar na organização interna dos serviços; garantir a integralidade e a efetivação das ações através de atenção contínua, integral e de qualidade; melhorar o acesso ao serviço; superar a fragmentação na atenção; produzir mudanças nos modos de fazer gestão nos serviços e do cuidado dos usuários.

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética

USP - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP
--	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção dos profissionais de saúde sobre a atuação do Apoiador em Saúde nos processos de trabalho e como articulador de rede no Município de São Bernardo do Campo.

Pesquisador: Rosé Colom Toldrá

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82391318.9.0000.0085

Instituição Proponente: FUNDACAO FACULDADE DE MEDICINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.489.552

Apresentação do Projeto:

O objetivo da presente pesquisa é conhecer e analisar a percepção dos profissionais da Atenção Básica acerca da atuação do Apoiador em Saúde nos processos de trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família e como articulador da rede de serviços de saúde do território. O estudo a ser desenvolvido será de natureza qualitativa de e terá caráter exploratório e descritivo. A pesquisa será realizada a partir da aplicação de entrevistas individuais semiestruturadas, portanto, com questões fechadas e abertas aplicadas aos profissionais de UBS's de 2 territórios com características diferentes, um de menor e outro de maior vulnerabilidade social. Para a análise qualitativa do conteúdo das entrevistas será adotado o método do Discurso do Sujeito Coletivo, o qual é um processo de elaboração de depoimentos coletivos através de extratos de diferentes depoimentos individuais, formando os discursos-síntese, ou seja, formando um discurso da realidade. O estudo visa contribuir para aprimoramento da atuação do Apoiador em Saúde com vistas a melhora dos processos de trabalho das equipes de saúde, otimização dos recursos disponíveis, e principalmente, melhoria da qualidade do atendimento à população.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer e analisar a percepção dos profissionais da Atenção Básica acerca da atuação do Apoiador em Saúde nos processos de trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família e

Endereço:	DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro:	PACAEMBU
UF:	SP
Município:	SAO PAULO
Telefone:	(11)3893-4401
E-mail:	cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 2.489.552

como articulador da rede de serviços de saúde do território.- Compreender a percepção que o Apoiador em Saúde tem em relação a sua própria atuação nos processos de trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família e como articulador da rede de serviços de saúde do território.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo oferece riscos mínimos aos profissionais, podendo ocorrer receio quanto à exposição de ideias, eventuais desconfortos ou constrangimentos.

Benefícios: O desenvolvimento do estudo poderá contribuir para aprimoramento da atuação do Apoiador em Saúde com vistas a melhora dos processos de trabalho das equipes de saúde, otimização dos recursos disponíveis, e principalmente, melhoria da qualidade do atendimento à população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O conhecimento da percepção do profissional de saúde sobre a atuação do Apoiador em Saúde nos processos de trabalho das UBS e como articulador de rede no município de São Bernardo do Campo favorecerá a elaboração de subsídios para o aprimoramento da atuação do Apoiador em Saúde

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLEs adequados

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1053825.pdf	15/01/2018 21:09:13		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_ATIVIDADES.pdf	15/01/2018 21:08:13	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_FINANCEIRO.pdf	15/01/2018 21:07:49	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	15/01/2018 21:04:33	Rosé Colom Toldrá	Aceito

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 2.489.552

Outros	Anexo_II.pdf	15/01/2018 21:04:02	Rosé Colom Toldrá	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_Pesquisa.pdf	15/01/2018 21:02:49	Rosé Colom Toldrá	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_APOIADORES.pdf	15/01/2018 21:02:23	Rosé Colom Toldrá	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISSIONAIS.pdf	15/01/2018 21:00:07	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa.pdf	15/01/2018 20:58:47	Rosé Colom Toldrá	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 07 de Fevereiro de 2018

Assinado por:

Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br