UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

FABIANA CARLA PONTIM CATANI

**O apoio matricial da vigilância epidemiológica na atenção primária à saúde:
potencialidades e desafios frente aos casos de sífilis em gestantes**

Ribeirão Preto

2020

FABIANA CARLA PONTIM CATANI

**O apoio matricial da vigilância epidemiológica na atenção primária à saúde:
potencialidades e desafios frente aos casos de sífilis em gestantes**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação, Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no Gerenciamento e Gestão em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Cinira Magali Fortuna

Ribeirão Preto

2020

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 à fonte.

CATANI, Fabiana Carla Pontim

O Apoio Matricial da Vigilância Epidemiológica na Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios frente aos casos de Sífilis em gestantes. Ribeirão Preto, 2020.

115p. :il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Cinira Magali Fortuna

1. Apoio matricial. 2. Vigilância Epidemiológica 3. Sífilis em gestante. 4. Atenção Primária 5. Análise Institucional

CATANI, Fabiana Carla Pontim

**O apoio matricial da vigilância epidemiológica na atenção primária á saúde:
potencialidades e desafios frente aos casos de Sífilis em gestantes.**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação, Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____.

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente *a Deus e aos meus pais* pelos ensinamentos e educação que me proporcionaram para que eu possa estar neste momento finalizando mais uma etapa de formação e aprendizado.

Em especial meu agradecimento *ao meu marido Luiz Fernando e a minha filha Maria Fernanda* por sempre estarem ao meu lado me apoiando nesta caminhada.

Em especial também quero agradecer *a minha orientadora a Prof^ª. Dr^ª. Cinira Magali Fortuna* por esta oportunidade se não fosse pela sua paciência, compreensão, dedicação e amizade com certeza eu não estaria aqui. Construímos juntas uma parceria que oportunizou muito aprendizado, durante toda essa trajetória do mestrado profissional. Muito obrigada!

Agradeço imensamente *a Karen* por sua disponibilidade em estar me apoiando neste projeto e sempre contribuindo com meu aprendizado e crescimento no processo de construção dos dados.

Gostaria de agradecer *a todos* que fizeram parte desta trajetória de aprendizado e muito estudo e que demonstraram o verdadeiro valor de amizades sinceras e que me fortaleceram ao longo desta caminhada.

À Secretaria Municipal de Saúde pela oportunidade e disponibilidade desde o início. Obrigado a toda a equipe da Unidade de Saúde da Família que aceitou participar deste projeto que foi construído e alcançado graças à participação de todos neste processo.

Enfim, *agradeço a todos* aqueles que, com paciência e generosidade, compreenderam que cursar um Programa de Mestrado requer dedicação e que nem sempre pude me fazer presente da forma como gostaria, na vida de entes queridos.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

Tão bom viver dia a dia...
A vida assim, jamais cansa...
Viver tão só de momentos
Como estas nuvens no céu...

E só ganhar, toda a vida,
Inexperiência... esperança...

E a rosa louca dos ventos
Preso à copa do chapéu.

Nunca dê um nome a um rio:
Sempre é outro rio a passar.

Nada jamais continua,
Tudo vai recomeçar!

E sem nenhuma lembrança
Das outras vezes perdidas,
Atiro a rosa do sonho
Nas tuas mãos distraídas...

(MÁRIO QUINTANA, Canção do dia de sempre, Canções).

RESUMO

CATANI, F C P **O apoio matricial da vigilância epidemiológica na atenção primária à saúde: potencialidades e desafios frente aos casos de Sífilis em gestantes.** 2020. 115p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

O tema surgiu a partir da experiência no cotidiano de trabalho em que me deparava com casos de Sífilis em gestantes inadequadamente seguidos pelas equipes na atenção primária e a frequentes problemas no preenchimento das fichas de notificação compulsória que me instigaram ao desafio de acompanhar as equipes de forma mais próxima e realizar um trabalho de vigilância com uma visão que vai além da doença. As equipes de vigilância epidemiológica possuem uma trajetória histórica de um fazer mais centralizador e normativo. A fim de se buscar formas de avançar frente aos obstáculos encontrados diariamente, surgiu a questão: “Quais as potencialidades e limites do apoio matricial realizado pela Vigilância Epidemiológica às equipes de uma de Saúde da Família para o acompanhamento das gestantes com diagnóstico de Sífilis?” Tem-se o objetivo de analisar as potencialidades e os limites do apoio matricial da Vigilância Epidemiológica às equipes em uma unidade de Saúde da Família para o acompanhamento das gestantes com diagnóstico de Sífilis. Trata-se de um Estudo qualitativo, com aproximação à abordagem sócio-clínica institucional, vertente da análise institucional francesa: realizado em um município do interior de do estado de São Paulo, em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família por meio da realização de nove encontros de Apoio Matricial e um encontro de restituição com as equipes tendo como tema o acompanhamento das gestantes com diagnóstico de sífilis. Este estudo possibilitou a aproximação entre a Vigilância Epidemiológica e as equipes de unidade básica de saúde, promovendo espaços para reflexão dos processos de trabalho e frente às dificuldades diárias em lidar com a complexidade da subjetividade dos trabalhadores e usuários. Através dos encontros com as equipes se oportunizaram reflexões coletivas em que se pode conhecer melhor sua realidade, e também identificar suas potencialidades e suas limitações do apoio matricial no cuidado à gestante com diagnóstico de Sífilis. Como potencialidade do apoio matricial da vigilância epidemiológicas às equipes de atenção básica, destaca-se a modificação da postura do vigilante epidemiológico frente às equipes, a produção de vínculos que facilitam a exposição de dúvidas e aprendizagens conjuntas. Como desafio encontrou-se o modo de funcionamento hierarquizado das equipes, dificuldades em relação ao hábito de se colocar

em análise, entre outros. Considera-se como aplicabilidade na prática profissional a implantação e implementação de processos de apoio desenvolvidos pelas equipes de vigilância às equipes de atenção primária construindo aprendizados coletivos. O apoio matricial ancorado em referenciais como o da análise institucional pode ser uma tecnologia inovadora para os profissionais da vigilância epidemiológica. O fato de quase não haver até o momento publicações, sobretudo indexadas e que abordem esta temática torna esta pesquisa, inovadora no aspecto de trazer esta nova forma de atuar propondo processos de trabalho em saúde mais efetivos e afetivos, a fim de promover a transformação da relação dos trabalhadores com suas práticas e proporcionar maior resolutividade no acompanhamento de cada pessoa em sua singularidade.

Palavras-chave: Apoio Matricial. Vigilância Epidemiológica. Sífilis em gestante. Atenção primária. Análise Institucional.

ABSTRACT

CATANI, F C P Matrix support of epidemiological surveillance in primary health care: potentialities and challenges in the case of syphilis in pregnant women 2020.115p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

The theme arose from my daily work experience in which I was faced with cases of Syphilis in pregnant women inadequately followed by the teams in primary care and frequent problems in filling out the compulsory notification forms that instigated me to the challenge of monitoring the teams properly. closer and carry out surveillance work with a vision that goes beyond the disease. Epidemiological surveillance teams have a historical trajectory of doing more centralized and normative. In order to search for ways to move forward in the face of the obstacles encountered daily, the question arose: “What are the potentials and limits of the matrix support provided by the Epidemiological Surveillance to the teams of a Family Health service for the monitoring of pregnant women diagnosed with Syphilis?” The objective is to analyze the potential and limits of the matrix support of Epidemiological Surveillance to teams in a Family Health unit for the monitoring of pregnant women diagnosed with Syphilis. This is a qualitative study, approaching the institutional socio-clinical approach, part of the French institutional analysis: carried out in a municipality in the interior of the state of São Paulo, in a Family Health Strategy unit through the realization of nine Matrix Support meetings and a restitution meeting with the teams with the theme of monitoring pregnant women diagnosed with syphilis. This study enabled the approximation between the Epidemiological Surveillance and the teams of the basic health unit, promoting spaces for reflection of the work processes and facing the daily difficulties in dealing with the complexity of the subjectivity of workers and users. Through the meetings with the teams, collective reflections were made possible in which it is possible to get to know their reality better, and also to identify their potential and their limitations of matrix support in the care of pregnant women diagnosed with Syphilis. As a potential for the matrix support of epidemiological surveillance to primary health care teams, the modification of the epidemiological vigilant's attitude towards the teams stands out, the production of bonds that facilitate the exposure of doubts and joint learning. As a challenge, the teams' hierarchical functioning was found, difficulties in relation to the habit of putting themselves in analysis, among others. It is considered as applicability in professional practice the implementation and implementation of support processes

developed by the surveillance teams to the primary care teams, building collective learning. Matrix support anchored in references such as institutional analysis can be an innovative technology for professionals in epidemiological surveillance. The fact that there are almost no publications so far, mainly indexed and that address this theme, makes this research innovative in the aspect of bringing this new way of acting proposing health work processes more effective and affective, in order to promote the transformation of health. relationship of workers with their practices and provide greater resolution in monitoring each person in their uniqueness.

Keywords: Matrix Support. Epidemiological surveillance. Syphilis in pregnant women. Primary attention. Institutional Analysis.

RESUMEN

CATANI, F C P Matriz de apoyo de la vigilancia epidemiológica en la atención primaria de salud: potencialidades y desafíos en el caso de la sífilis en mujeres embarazadas. 2020. 115p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

El tema surgió de mi experiencia laboral diaria en la que me enfrenté a casos de sífilis en mujeres embarazadas seguidas de manera inadecuada por los equipos de atención primaria y problemas frecuentes al completar los formularios de notificación obligatoria que me instigaron al desafío de monitorear a los equipos en un más cerca y realizar trabajos de vigilancia con una visión que va más allá de la enfermedad. Los equipos de vigilancia epidemiológica tienen una trayectoria histórica de hacer más centralizado y normativo. Con el fin de buscar formas de avanzar frente a los obstáculos que se encuentran a diario, surgió la pregunta: "¿Cuáles son los potenciales y los límites del apoyo matricial proporcionado por la Vigilancia Epidemiológica a los equipos de un servicio de Salud Familiar para el monitoreo de mujeres embarazadas diagnosticadas con Sífilis?" El objetivo es analizar el potencial y los límites del soporte matricial de la Vigilancia Epidemiológica a los equipos en una unidad de Salud de la Familia para el monitoreo de mujeres embarazadas diagnosticadas con Sífilis. Este es un estudio cualitativo, que aborda el enfoque socio-clínico institucional, parte del análisis institucional francés: realizado en un municipio en el interior del estado de São Paulo, en una unidad de Estrategia de Salud Familiar a través de la realización de nueve reuniones de Matrix Support y una reunión de restitución con los equipos con el tema de monitorear a las mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis. Este estudio permitió la aproximación entre la Vigilancia Epidemiológica y los equipos de la unidad básica de salud, promoviendo espacios para la reflexión de los procesos de trabajo y enfrentando las dificultades cotidianas para enfrentar la complejidad de la subjetividad de los trabajadores y usuarios. A través de las reuniones con los equipos, se hicieron reflexiones colectivas en las cuales es posible conocer mejor su realidad, y también identificar su potencial y sus limitaciones de apoyo matricial en el cuidado de mujeres embarazadas diagnosticadas con Sífilis. Como potencial para el apoyo matricial de la vigilancia epidemiológica a los equipos de atención primaria de salud, se destaca la modificación de la actitud del vigilante epidemiológico hacia los equipos, la producción de vínculos que facilitan la exposición de dudas y el aprendizaje conjunto. Como desafío, se encontró el funcionamiento jerárquico de los equipos, dificultades en relación con el hábito

de ponerse en análisis, entre otros. Se considera como aplicabilidad en la práctica profesional la implementación e implementación de procesos de apoyo desarrollados por los equipos de vigilancia a los equipos de atención primaria, construyendo aprendizaje colectivo. El soporte matricial anclado en referencias como el análisis institucional puede ser una tecnología innovadora para los profesionales de la vigilancia epidemiológica. El hecho de que hasta el momento casi no hay publicaciones, principalmente indexadas y que aborden este tema, hace que esta investigación sea innovadora en el aspecto de llevar esta nueva forma de actuar proponiendo procesos de trabajo de salud más efectivos y afectivos, para promover la transformación de la salud. relación de los trabajadores con sus prácticas y proporcionar una mayor resolución en el seguimiento de cada persona en su singularidad.

Palabras clave: Matrix Support. Vigilancia epidemiológica. Sífilis en mujeres embarazadas. Atención primaria. Análisis institucional.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Taxa de detecção de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita em residentes no município, segundo ano diagnóstico, 2010 a 2018 53

Figura 2. Número de casos e taxa de detecção de sífilis congênita notificados por ano de diagnóstico no município de 2007 a 2018 54

Figura 3. Número de casos de sífilis em gestante e congênita segundo o distrito de residência por ano de diagnóstico no município de 2007 a 2018 54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Número de encontros realizados	61
Quadro 2. Consignas de cada encontro	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente comunitário de Saúde
AI	Análise Institucional
AIS	Ações Integradas de Saúde
AM	Apoio Matricial
API	Avaliação do Programa Nacional de Imunização
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca virtual em saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e estatística
INANPS	Instituto Nacional de assistência médica da previdência social
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MP	Mestrado Profissional
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações e Serviços de Saúde

PSF	Programa de Saúde da Família
SINAN	Sistema Nacional de Vigilância de Agravos Notificáveis
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPHA	Treponema pallidum Haemagglutination Test
TRG	Teste Rápido de Gravidez
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1.APRESENTAÇÃO.....	1820
2.INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	234
2.1 O papel da Vigilância Epidemiológica a partir da Reforma Sanitária	27
2.2 A vigilância da Sífilis na gestação	30
2.3 A Atenção Primária à Saúde no Brasil.....	33
2.4 Agregando conceitos: compreendendo o Apoio Matricial	35
3. REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO	42
3.1 A Sócio-cínica Institucional	43
3.2 O analisador	45
4.OBJETIVO	48
5. PERCURSO METODOLÓGICO	50
5.1 Tipo de Estudo	50
5.2 Local do estudo e a distribuição da rede de atenção à saúde no município	51
5.3 Participantes do estudo.....	55
5.4 O uso do Diário na pesquisa e as intervenções em grupo	56
5.5 Aspectos éticos da pesquisa	57
6.CONSTRUINDO O DISPOSITIVO SÓCIO-CLÍNICO INSTITUCIONAL DA PESQUISA	61
6.1- A produção dos encontros com a equipe:	61
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
7.1 Adentrando o campo da intervenção: experimentando a realidade com as equipes e as tensões iniciais... ..	67
7.2 Os analisadores.....	72
7.2.1 O tempo enquanto analisador e gerador de tensão durante o processo	73
7.2.2 Resistências, aproximações e afetos produzidos por meio do Apoio Matricial	76
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
9.REFERÊNCIAS	94
APÊNDICE.....	108
APÊNDICE A	109
APÊNDICE B	109
ANEXO	114
ANEXO A	115

1. APRESENTAÇÃO

Após 20 anos de minha formação como “Bacharel em Enfermagem” pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP) e atuando como enfermeira da Vigilância Epidemiológica há cerca de dez anos, me senti motivada a retornar ao local onde tudo começou. Realizei minha inscrição para o processo seletivo do Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional de Tecnologia e Inovação e, com imensa satisfação, fui aprovada para reiniciar esta nova caminhada acadêmica.

O tema do estudo surgiu a partir de minha inquietude em relação aos processos de trabalho em que estou inserida e de minha reflexão frente ao processo de saúde e doença e da necessidade de ver além da doença, mas o sujeito em sua existência, trabalhar em equipe e em rede na construção de relações baseadas no diálogo, no vínculo e no compartilhamento do saber.

A escolha pelo tema da gestante com diagnóstico de Sífilis dentre tantos outros, se deu pelo crescente número de casos notificados nos últimos anos e pela dificuldade no acompanhamento de forma adequada, principalmente devido à complexidade de fatores envolvidos que vão além do campo da saúde. Além do mais, para que se tenha êxito no acompanhamento das gestantes é também fundamental o envolvimento do parceiro neste processo.

Além disso, muitas vezes me deparava com casos de sífilis não seguidos adequadamente pelas unidades básicas de saúde como, por exemplo, não tratamento adequado, não notificação compulsória ou preenchida de forma inadequada, e em alguns casos mais graves a ocorrência de Sífilis congênita.

No Mestrado Profissional (MP), temos a oportunidade de identificar um problema vivido em nossa prática profissional e propor novos olhares e perspectivas para avançarmos frente às dificuldades cotidianas.

Minhas implicações iniciais estão relacionadas, sobretudo, ao trabalho que desenvolvo na equipe de vigilância epidemiológica há mais de dez anos. A partir de nossas relações com as instituições em que atuamos é que evidenciamos nossas implicações no

processo, sendo esta implicação um dos mais importantes elementos da Análise Institucional.

Uma das formas de abordar os problemas vivenciados a partir da instância da vigilância epidemiológica é a de identificar um problema e propor treinamentos e capacitações, partindo-se da premissa de que os problemas ocorrem por falta de informação dos profissionais de saúde. Outra forma de abordar as dificuldades é a elaboração de protocolos.

Surgiram assim algumas reflexões: “Será que as metodologias utilizadas em nossos treinamentos e capacitações são as mais efetivas? Quais seriam outras formas de trabalharmos as temáticas relacionadas às ações de vigilância epidemiológica com as equipes?”.

As equipes de vigilância epidemiológica possuem uma trajetória histórica de um fazer mais centralizador e normativo e no cotidiano do trabalho tem como desafio acompanhar as equipes de atenção primária em saúde no desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica para o adequado acompanhamento dos casos.

Em busca de respostas me aproximei de artigos que abordavam a utilização do matriciamento, onde encontrei publicações, sobretudo no campo da saúde mental onde os matriciadores atuam criando espaços para reflexão frente aos processos de trabalho em saúde a fim de construir saberes conjuntos considerando-se neste contexto a relação dos trabalhadores com suas práticas.

Ao analisar uma de minhas implicações com este projeto, vejo que meus questionamentos surgiram a partir de minhas demandas como enfermeira da Vigilância Epidemiológica no município. Minhas implicações profissionais bem como os sentimentos vividos se fizeram presentes durante todo o estudo.

Desta forma, tomou-se como base que as questões e os objetivos da investigação são influenciados pela posição do pesquisador, ou seja, sua implicação com o objeto de estudo e análise. Para Monceau (2013, p.100) “Todo pesquisador ao realizar sua pesquisa está inserido em uma instituição revelando sua implicação com o objeto de seu estudo”.

O Mestrado Profissional é uma modalidade de pós-graduação em que o pesquisador precisa reconhecer um problema em sua prática profissional e refletindo sobre o mesmo

busque compreendê-lo de diversos ângulos e proponha uma solução. Relacionando assim minha prática profissional, surgiu então a proposta da utilização do Apoio Matricial para ampliação das ações de Vigilância da Epidemiológica.

Baseado nesta demanda, este estudo buscou discutir novas formas de atuar para o envolvimento de maneira mais próxima e efetiva entre a equipe de Vigilância Epidemiológica e as equipes de saúde na proposta de uma assistência integral à gestante com diagnóstico de Sífilis em acompanhamento em uma Unidade de Saúde da Família (USF) no município.

Neste contexto de questionamentos e reflexões, iniciei o Mestrado Profissional na EERP, sob a orientação da professora Cinira Magali Fortuna.

Comecei as disciplinas oferecidas no primeiro semestre de 2018 e foi uma oportunidade de recomeço e de reescrever uma nova história baseada na construção de conhecimento e aprendizado coletivo.

Assim, com a proposta da utilização do Apoio Matricial para ampliação das ações de Vigilância Epidemiológica e com aproximação ao referencial teórico metodológico da Análise Institucional, esta pesquisa se propôs a promover espaços para a problematização com os profissionais da atenção básica em saúde buscando alcançar avanços no cuidado à gestante com diagnóstico de Sífilis a partir da reflexão nos processos de trabalho e considerando-se a subjetividade dos sujeitos envolvidos.

Neste estudo também são abordados alguns conceitos do Movimento Institucionalista, aos quais pude me aproximar durante a construção desta dissertação, apoiada por minha orientadora e também a partir de leituras sugeridas, que possibilitaram ir descobrindo o referencial teórico. Desse movimento, extrai os conceitos provenientes da AI, utilizados nesta pesquisa.

2.INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

2. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

As ações de vigilância ao longo da história desde seu início têm como papel principal monitorar as doenças que acometem as populações. A ideia de transmissão está associada a práticas, como isolamento de doentes e quarentena de indivíduos, práticas essas muitas vezes realizadas de modo autoritário e sem o consentimento da pessoa e sua família (WALDMAN, 1991).

Ainda segundo Waldman (1991, p. 25), o conceito de Vigilância Epidemiológica foi amplamente divulgado pelo mundo na década de 1970, tendo como objetivo a diminuição da mortalidade principalmente por doenças transmissíveis a partir da criação de um serviço especializado que atuasse no enfrentamento das epidemias.

A organização no Brasil do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica se deu a partir de 1975 através da instituição do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças e em 1976 quando foi criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Referente à Vigilância Ambiental esta somente começou a ser pensada e discutida, a partir da década de 1990 (BRASIL, 1998).

Já a proposta mais ampla da Vigilância à Saúde no Brasil somente começou a ser elaborada e discutida durante o processo de construção e implantação do Sistema Único de Saúde no início da década de 90 visando à ampliação do olhar para além do combate do agente causador das doenças, considerando-se também questões sociais e a influência destas no processo de adoecer das pessoas.

A vigilância em saúde tem, portanto como principal objetivo:

O desenvolvimento de ações integradas promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, a fim de se reduzir os riscos a partir da análise de indicadores da situação de saúde da população a que as populações estão expostas no território (BRASIL, 2010, p.16).

Desta maneira, somente após a década de 90, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de vigilância, realizadas por serviços específicos, passam a ser descentralizadas e representadas por instâncias nas 3 esferas de governo (nacional, estadual e municipal).

Apesar das diretrizes dos SUS proporem um conceito de Vigilância em Saúde ampliado e que deve estar cotidianamente inserido em todos os níveis de atenção da saúde, observa-se que talvez em grande parte por seus processos organizacionais e históricos, manteve-se a reprodução do modelo fragmentado em setores distintos como Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância da Saúde do Trabalhador com o desenvolvimento de ações setoriais e não articuladas em rede (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

As ações de Vigilância em Saúde constituem atualmente um dos grandes desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para a Atenção Primária em Saúde (APS), em particular. Essas ações dizem respeito tanto a saberes e fazeres específicos para as quais existe profissionais especializados que trabalham em setores da vigilância em saúde, como ações transversais as quais todos os profissionais, em todos os serviços de saúde deveriam estar atentos para prevenir agravos, detectarem precocemente e cuidar adequadamente.

Muito vem se discutindo sobre as ações de vigilância nas práticas cotidianas das equipes de Atenção Básica de Saúde da Família, em que os profissionais necessitam desenvolver habilidades dentre as quais: saber utilizar as ferramentas de investigação epidemiológica, realizar registros e análise de dados, bem como fazer a organização e planejamento das ações em seu território voltadas para as suas necessidades.

Assim a proposta de transversalidade das ações de vigilância segundo Oliveira (2008) realizadas não só por um setor específico, mas atuando de forma articulada com outros serviços de saúde, como as equipes de atenção básica:

Pressupõe novas possibilidades de trocas de saberes entre os profissionais de saúde em diversos níveis de atenção, favorecendo, também, maior articulação e qualificação da rede de serviços que compõe o sistema de saúde (OLIVEIRA, 2008, p. 273).

Ainda segundo Oliveira (2008) “Deve-se considerar as inúmeras dificuldades nos processos diários e que levam as unidades a não dar o retorno das informações no tempo esperado e necessário para inserção das informações nos sistemas”. Desta maneira seria propor a reflexão frente a uma nova forma de atuar auxiliando e aprendendo em junto com as equipes na construção com a equipe de novos conhecimentos (OLIVEIRA, 2008, p. 274).

O arranjo das ações de saúde de certa forma permanece centrado em programas específicos, instrumentos prescritivos e voltados para a centralidade dos aspectos

biológicos que priorizam e dão ênfase ao risco, gerando a fragmentação das ações sem que consigam organizar e efetivamente amparar as práticas de vigilância em saúde nos serviços (CAMPOS, 2003).

No cotidiano, as ações da Vigilância em Saúde são um desafio uma vez que devem ocorrer de forma articulada em rede para a produção de parcerias e criar espaços de aprendizagem que possibilitem, por exemplo, o resgate do significado das notificações e das ações desencadeadas para impedir que mais pessoas adoecem e que aquelas que estejam adoecidas sejam cuidadas adequadamente.

Com relação às gestantes com sífilis, por exemplo, notificar com dados precisos e acompanhar atentamente a gestante e a família é um processo que pode impedir complicações como a sífilis congênita, o aborto e casos de neurosífilis (BRASIL, 2019).

Então por que as fichas que chegam ao serviço de vigilância são muitas vezes incompletas inexistentes e as ações de bloqueio não são realizados adequadamente?

Há tempos tais questionamentos permeiam o meu dia a dia de trabalho refletindo em dificuldades do exercício do meu trabalho na vigilância epidemiológica. Ao monitorar o tratamento adequado de cada caso de gestante com sífilis, a análise epidemiológica do conjunto de casos do distrito acaba sendo prejudicado. Com isso, não há visibilidade dos dados, pois não há devolutiva para o conjunto de profissionais que atuam na região.

Apesar de inúmeras capacitações serem realizadas no decorrer do ano onde as doenças e agravos são abordados, suas formas de tratamento e acompanhamento, bem como a importância da realização da ficha de notificação, o que vemos na prática é que constantemente ocorre o preenchimento inadequado das fichas de notificação compulsória e/ou a falta de completude de todos os campos que compõem a ficha para que as ações de vigilância e controle dos casos sejam disparadas.

Como se trata de um problema complexo, historicamente constituído, optou-se por olhar para estas questões por meio do acompanhamento dos casos de sífilis em gestante na unidade onde se deu o estudo. Tal opção pautou-se pela dificuldade do tratamento adequado tanto da gestante quanto do parceiro bem como na adoção de medidas de acompanhamento durante todo o pré-natal.

Com base nas questões apontadas acredita-se que a “Vigilância” precisa passar de um setor para uma ação transversal de todas as equipes especialmente da atenção primária à

saúde que é a porta de entrada do sistema de saúde. Isso não significa a inexistência do setor vigilância, e sim uma mudança na postura junto aos demais pontos da rede.

2.1 O papel da Vigilância Epidemiológica a partir da Reforma Sanitária

Neste tópico não se espera trazer todos os fatos históricos que fizeram parte deste processo, mas sim trazer alguns destes que contribuem, sobretudo, na forma de atuar dos profissionais da Vigilância Epidemiológica até os dias atuais.

A vigilância Epidemiológica desde seu início se baseou no desenvolvimento de ações voltadas para o controle de doenças e epidemias ao longo dos tempos de forma a impedir que as pessoas adoçam.

No Brasil até o final da década de 70 para se ter acesso aos serviços de saúde, a pessoa teria que ter um contrato formal de trabalho se parecendo mais com um seguro que com um direito. Para modificar esse contexto diversos movimentos sociais no país se mobilizaram. Além disso, no Brasil ao Ministério da Saúde cabiam ações de caráter coletivo e algumas de assistência básica, e à Previdência Social, se encarregava da saúde curativa restrita dos segurados (WALDMAN, 1991).

A ampliação das discussões quanto a acesso aos serviços de saúde se deu somente na III Reunião de Ministros da Saúde das Américas, realizada no Chile, em 1972, quando se pretendia, além da ampliação da cobertura das ações de saúde, a ampliação do acesso ao saneamento (WALDMAN, 1991).

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica foi implantado no ano de 1975 por meio do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças onde os serviços de saúde tinham que comunicar a ocorrência de determinadas doenças (BRASIL, 1998).

Em 1978, ocorreu um importante marco nessa direção que foi a Conferência Internacional realizada em Alma Ata, sobre Cuidados Primários em Saúde. Essa grande assembleia resultou em um pacto assinado entre 134 países, dentre eles o Brasil. O lema dessa conferência era “Saúde para todos no ano 2000” e já havia recomendações no

documento para que o acesso à saúde fosse ampliado com serviços mais próximos da população e que ofertassem ações preventivas e de atendimento (OMS, 1978).

Para atender esta recomendação foi elaborado em 1982 um Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (CONASP), para reorganizar os serviços de saúde como uma forma de torná-los mais acessíveis à população. Esta previa uma reorganização gradativa dos serviços de saúde, com vistas a criar um sistema descentralizado, hierarquizado, regionalizado e de acesso a todos (BRASIL, 1983).

Então a partir de 1983 começaram a serem firmados os convênios com os municípios com a perspectiva da disponibilização de financiamentos da União para os estados e para os municípios. Isso permitiu que se promovesse o aumento da rede de serviços e principalmente o aumento do número de Unidades de Saúde nos municípios (BRASIL, 1983).

Todas essas iniciativas que antecederam a criação do SUS foram importantes experiências para que em 1986 houvesse a VIII Conferência Nacional de Saúde e nela fosse proposta um sistema baseado em uma abordagem mais ampla frente ao processo de adoecimento. Segundo os ideais propostos pelo movimento pela reforma sanitária brasileira a saúde não se tratava apenas de contexto biológico a ser resolvido pelos médicos, mas que também englobava aspectos sociais e políticos que deveriam ser discutidos. (PEGO; ALMEIDA, 2002).

Na VIII Conferência Nacional de Saúde foi discutido Ações Integradas de Saúde (AIS) e pactuado que o cidadão teria direito à saúde. Todo esse processo de mobilização na saúde resultou na promulgação da Nova Constituição Federal de 1988 onde o Direito à Saúde tornou-se um dos Direitos Constitucionais (OLIVEIRA; CRUZ 2015).

A partir da Lei nº 8.080/90, a vigilância epidemiológica é definida como:

Um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990, p.122)

Ela é responsável por auxiliar serviços, gestores e equipes por desencadear ações que tem o objetivo de controlar e prevenir doenças. Realiza coleta, processamento, análise e interpretação dos dados, divulga informações e investiga casos e surtos de doenças. É

também responsável por elaborar recomendações e promoção de medidas indicadas. (BRASIL, 2009).

No Brasil a Vigilância em Saúde foi construída a partir de um conceito de saúde pública de que visa proteger as pessoas contra as doenças, utilizando da imposição de normas por parte dos serviços e baseadas principalmente na realização de campanhas onde as ações eram desenvolvidas de forma a serem cumpridas frente ao desafio de combater as inúmeras epidemias que surgiam naquele momento (WALDMAN, 2012).

A partir dos anos 90, com a implantação do SUS, foi sendo implantada a Vigilância à Saúde no Brasil, principalmente pela necessidade de se olhar para “o adoecer” de uma forma mais ampla considerando o modo como às pessoas vivem (BERTOLOZZI; FRACOLLI, 2004). Nessa direção, em 1993 houve um Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica, alinhando-se a essa perspectiva de ampliação (GOLDBAUM, 1993).

As propostas de descentralização e da implantação de Distritos Sanitários no Brasil, no início dos anos 90, vinham de encontro com a proposta da Vigilância em Saúde através de um olhar mais amplo considerando-se o território e as vulnerabilidades (FARIA; BERTOLOZZI 2010).

Com a proposta da Vigilância à Saúde, era esperado que com as diretrizes do SUS houvesse uma integração e revisão do modo de operar, mas o que se notou é que a Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Saúde do Trabalhador e Ambiental continuaram a atuar em campos específicos e ainda de forma fragmentada (BRASIL, 2009).

Como historicamente, esses setores pertenciam aos âmbitos estadual e federal, com a municipalização e a própria implantação do SUS e ainda a ampliação do acesso e transição epidemiológica e demográfica, há um grande desafio para se reinventar a forma de operar junto com as equipes, gestores e usuários.

Para os autores Oliveira, Casanova (2009) á partir desta nova proposta de atuar mais próximo do território inúmeras situações codidianas são evidenciadas como a violência, doméstica, a falta de saneamento básico e as condições de moradia da população, a gravidez na adolescência, o desemprego, a desigualdade social e a insuficiência de serviços ofericdos para o atendimento das necessidades da população.

Enquanto um dos serviços da rede do SUS, a Vigilância Epidemiológica trabalha diariamente com inumeros sistemas de informação sendo o SINAN (Sistema de Informação

de Agravos de Notificação) o que contempla os principais agravos, e enfrenta dificuldades diárias quanto à qualidade da informação e o adequado acompanhamento dos casos notificados.

Dentre os fatos mais recorrentes são identificados: a dificuldade da integralidade das ações desenvolvidas em parceria entre o serviço de vigilância e os serviços de atenção primária, a subnotificação, o preenchimento inadequado da ficha devido à falta de completude de campos. Tais fatos podem acarretar em prejuízo da atenção e do cuidado uma vez que o tempo para o seguimento e medidas adequadas é decisivo para o tratamento precoce, o início de bloqueios de agravos transmissíveis e medidas protetivas para a população em geral.

Outro aspecto é o de que nem sempre os profissionais conseguem enviar as informações no tempo que vigilância tem para registrar as informações nos sistemas de saúde. Surgem então em conflitos quanto aos atrasos em inserir as informações nos sistemas o que também pode, por exemplo, impedir o controle de um surto de alguma doença se medidas não foram tomadas rapidamente.

A Vigilância Epidemiológica atua na perspectiva de apoiar tecnicamente as equipes frente às normas e aos protocolos e a conduzir os casos. Com a proposta do Apoio Matricial não se pretende dar respostas prontas as dúvidas das equipes, mas se propõe a promover espaços de reflexão e compartilhamento de saberes específicos afim de se construírem novas formas de fazer junto com as equipes.

Desta maneira este estudo se propõe a uma nova forma de atuar mais próximo das equipes visando promover o exercício do trabalho da vigilância articulado em rede, para além da cobrança de notificações, e contribuindo para garantir que o cuidado prestado aos pacientes/usuários seja resolutivo.

2.2 A vigilância da Sífilis na gestação

A vigilância epidemiológica da sífilis na gestação por meio do acompanhamento adequado dos casos da infecção nas gestantes tem como objetivo impedir a transmissão da doença mãe para o filho, assim como monitorar as notificações e auxiliar as equipes no

acompanhamento do tratamento, bem como atuar na promoção de campanhas de prevenção para o controle de novos casos (BRASIL, 2016).

A notificação é o primeiro passo no Sistema de Vigilância Epidemiológica sendo fundamental no controle das doenças transmissíveis, pois é a partir da notificação que se tem conhecimento do caso e se inicia a investigação e realiza ações para prevenir que outros casos ocorram. É também por meio da notificação que se avalia o número de casos de uma determinada doença visando reduzir ou impedir que novos casos ocorram (BRASIL, 2016).

A sífilis na gestação é doença de notificação compulsória desde 2005, o que significa que os serviços devem estar atentos a identificação de casos e a respectiva notificação. Com esta são desencadeadas medidas de prevenção, controle e de tratamento. Após confirmação do diagnóstico, os serviços de saúde devem preencher a ficha de notificação e encaminhá-la ao órgão competente de seu município (BRASIL, 2016).

A sífilis é uma doença de transmissão sexual ocasionada pela bactéria *Treponema pallidum* que pode ser prevenida com o uso de preservativos além da realização de teste para o diagnóstico bem como tratamento adequado aos casos identificados (BRASIL, 2019).

Segundo dados do Ministério da Saúde publicados em 2019, no ano de 2018 no Brasil, comparando-se com os dados do ano de 2017, observou-se um aumento de 25,7% na taxa de detecção em gestantes e de 5,2% na incidência de sífilis congênita (BRASIL, 2019).

A taxa de detecção nos traz o número de casos identificados positivamente após os testes para Sífilis. No ano de 2018 essa taxa foi de 21,4 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos. Já a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 9,0/1.000 nascidos vivos e a taxa de mortalidade por sífilis congênita foi de 8,2/100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2019).

As regiões Sul e Sudeste ao longo dos anos continuam apresentando taxas de detecção superiores às do Brasil, sendo que no ano de 2018, a região Sudeste registrou 24,4 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos e a região Sul 23 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2019).

No município onde se deu o estudo, no ano de 2018, a taxa de detecção foi de 18,8 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos, ou seja, foi um pouco menor que a do Brasil (SMSRP, 2019).

Também se identificou no município o aumento progressivo do coeficiente de incidência de Sífilis congênita ao longo dos anos passando de 0,8 casos/1.000 nascidos vivos no ano de 2007 e chegando a 8,2 casos/1.000 nascidos vivos no ano de 2014. Já no ano de 2018 o coeficiente de incidência de Sífilis congênita foi de 7,9 casos/1.000 nascidos vivos (SMSRP, 2019).

O caso de sífilis em gestante mostra-se como um grave problema de saúde pública, principalmente pelas repercussões que podem acarretar ao feto quando a gestante não realiza o tratamento ou o realiza de maneira inadequada. Para os manuais do Ministério da Saúde caso de Sífilis na gestação por definição:

É considerado caso de sífilis na gestação: toda gestante com evidência clínica de sífilis e/ou com sorologia não treponêmico reagente, com qualquer titulação, mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem (DO PROGRAMA, 2008).

Para diagnosticar a sífilis são usados testes laboratoriais treponêmicos e não treponêmicos que detectam aspectos diferentes. Os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos ao passo que os testes não treponêmicos como o Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) detectam material lipídico liberado pelas células atingidas pela bactéria (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2016).

O VDRL torna-se reagente cerca de uma a três semanas após o aparecimento da lesão denominada cancro duro. Em relação ao exames:

O seu resultado deve ser expresso em títulos (1:2, 1:4, 1:64, entre outros), sendo importante para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento, a queda do título é indicação de sucesso terapêutico (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2016,p.22).

Como medida de vigilância destacamos a busca ativa de casos novos que se faz por meio da oferta de testagem para pessoas em acompanhamento nas unidades de saúde. No caso das gestantes, são feitos os dois testes de rotina e nos casos em que os exames são reagentes, é preciso buscar sensibilizar o parceiro para que também possa realizar o teste e o tratamento. A gestante com diagnóstico de Sífilis precisa ser tratada o quanto antes, sendo que o tratamento indicado é aplicação de penicilina benzatina conforme a fase clínica da

doença: sífilis primária, secundária ou terciária (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2016).

Diante do exposto algumas dificuldades podem ser enfrentadas no acompanhamento pré-natal pelas equipes de atenção básica. Na rede de saúde onde a presente pesquisa foi realizada, a mulher com atraso menstrual, passa por uma consulta com a enfermeira que realiza o teste rápido para gravidez (TRG). Se positivo, inicia-se ali o pré-natal com a solicitação de exames, aconselhamentos e agendamento da primeira consulta médica com ginecologista ou médico de saúde da família. A mulher é incentivada a trazer o parceiro para realizar o pré-natal (BRASIL, 2012).

Esse encontro entre profissional de saúde e a mulher pode até ser rotineiro para o profissional, mas é sempre especial e único para a mulher sendo a gestação desejada ou não.

Assim, esse acompanhamento é complexo, envolve desejos, projetos, e também aspectos culturais, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, entre outros.

Também há aspectos “técnicos” como número de doses do antibiótico, leitura dos exames, coleta mensal de novos exames, registro das informações, monitoramento do tratamento. Mas há as relações de gênero, a gravidez indesejada, a recusa do parceiro em se tratar, o conflito entre o casal, conflitos familiares, entre tantos outros aspectos (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2016).

Portanto, trata-se de um problema que vai além da relação profissional-paciente e do foco na transmissibilidade da doença, mas depende, sobretudo, de um trabalho multiprofissional e articulado em rede para que seja resolutivo e possa alcançar avanços no cuidado à gestante com diagnóstico de Sífilis.

2.3 A Atenção Primária à Saúde no Brasil

A primeira definição sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata. Conforme a declaração seria a porta de entrada onde iniciaria o cuidado (OMS, 1978).

Podemos dizer que é a partir da Atenção Primária à Saúde é que outros serviços podem ser solicitados, de acordo com as necessidades dos pacientes e também se constitui de um modelo que organiza e racionaliza os recursos disponíveis para o setor da saúde (BRASIL, 2006).

Era necessário, portanto que houvesse uma reestruturação dos serviços com base nas necessidades da população de forma mais ampla e não mais baseadas no olhar curativista.

Assim a elaboração de uma política de saúde que tivesse como objetivo possibilitar que o sistema de saúde e os seus princípios a igualdade e integralidade fossem resolutivos dependeria da realização de um conjunto de ações articuladas.

Segundo Starfield (2002) pode-se dizer que:

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002, p. 28).

Desta maneira o modelo atual de saúde no Brasil está organizado em três níveis hierárquicos de atenção à saúde que se complementam: atenção básica, de média e alta complexidade.

À partir de 1996, com a publicação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS/96, os municípios foram incentivados a rever o modelo assistencial em curso e a revisa-lo através da implantação do Programa de Agente Comunitário de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Uma das formas de incentivo foi o repasse financeiro diferenciado. (BRASIL, 2004)

Nessa perspectiva, o encontro dos trabalhadores de saúde com os usuários não deve estar restrito à unidade básica de saúde (UBS). Faz-se necessário que ele ocorra também nos domicílios podendo estar próxima das famílias da comunidade, visando a realização de ações efetivas e voltadas para as necessidades reais da população considerando o seu contexto social e suas vulnerabilidades.

O PSF, a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), surge com a proposta de uma nova forma de atuar voltado para a mudança do modelo biomédico e fragmentado para o desenvolvimento do cuidado centrado na família e na comunidade.

A complexidade e a pluralidade de agravos à saúde que acometem as pessoas necessitavam de um olhar mais amplo em que diferentes profissionais possam apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, garantindo a continuidade e a integralidade da atenção. Dentro desta perspectiva foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira integrada com as Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2008).

Os Nucleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) foram criados a partir de 2008 e são formados por profissionais de diferentes áreas atuando de forma integrada com as Equipes Saúde da Família estando vinculado aos territórios destas equipes das quais atuam diretamente por meio do apoio matricial. Eles compõem a atenção básica, são equipes que apoiam a unidades e atuam de acordo com as demandas identificadas pelas equipes e de forma compartilhada são responsáveis pelo acompanhamento longitudinal dos casos (BRASIL, 2008).

O NASF está regulamentado pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 onde devem:

Buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. (BRASIL, 2011, p.15)

Atualmente as equipes do NASF passam por um momento delicado, devido às novas formas de repasse de recursos por meio da publicação da Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, dentre alguns aspectos vincula o repasse de incentivos financeiros mediante a alimentação do (SISAB) Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (BRASIL, 2019).

2.4 Agregando conceitos: compreendendo o Apoio Matricial

No Brasil, um dos autores de referência para se pensar apoio matricial é o professor Gastão Wagner de Souza Campos, docente da Unicamp, que propôs em sua livre-docência o método da roda que:

Pretende enfatizar essa diferença sutil, ampliando as possibilidades de análise dos coletivos. Examinar com olhar crítico todas as políticas, projetos, programas, modelos, práticas sociais e produtos, considerando os meros meios para o atendimento de necessidades sociais (CAMPOS, 2013 p. 41).

Nesse estudo realizamos rodas de conversa com os profissionais, mas não adotamos integralmente esse referencial embora reconheçamos sua importância e identifiquemos contribuições para se pensar o apoio da Vigilância às equipes de saúde.

O Apoio Matricial enquanto metodologia foi utilizada na rede de saúde em Campinas- São Paulo no início da década de 90 e tinha como objetivo tanto tornar mais próximas às equipes em suas relações de trabalho quanto contribuir com a melhoria do atendimento em saúde no município (CASTRO, OLIVEIRA, CAMPOS, 2016).

Para Campos (2013) a dimensão subjetiva e os afetos são importantes e se faz necessário criar um espaço em que se discutam casos vivenciados. Os espaços coletivos são considerados como:

Um conceito, ou melhor, um arranjo organizacional montado para estimular a produção/construção de Sujeitos e de Coletivos Organizados. Refere-se, portanto, a espaços concretos (de lugar e tempo) destinados à comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e tomada de decisão (prioridades, projetos e contratos) (CAMPOS, 2013 p.153).

Pode-se dizer que esses espaços coletivos operam como instrumento de gestão coletiva do trabalho sendo o Método Paidéia uma proposta de desenvolvimento da Cogestão, como apontado por Campos (2013 p.34):

A cogestão de Coletivos Organizados para a Produção depende, portanto, de vontade política e de condições objetivas, e o Método da Roda se propõe a construí-las com a máxima racionalidade possível. Trabalhar os Sujeitos e as Instituições. Um movimento interferindo e modificando o outro. Todo o tempo.

Na análise institucional a participação dos profissionais das instituições em processos da gestão é muito importante visando assim à autogestão e autoanálise pelos coletivos (BAREMBLIT, 1996).

Concordamos com Campos (2013) no sentido de que o processo é a construção de espaços coletivos e com a participação de um apoiador pode criar condições para se democratizar as relações entre os profissionais produzindo espaços protegidos em que se

estabeleçam relações mais próximas entre os profissionais e também entre estes e os usuários. (CAMPOS, 2013)

Ainda sobre a metodologia Paidéia, nesse sentido, seria possível romper com as lógicas instituídas da gestão de valorizar a padronização das atividades para valorizar a singularidade e a produção de coletivos:

O reconhecimento de que há coprodução de Sujeitos e de Coletivos a partir da vida cotidiana. O trabalho em Equipe como setting pedagógico e terapêutico, o fator Paidéia. Lidar (coadministrar), durante todo o tempo, simultaneamente, ainda que com ênfases distintas, com todos estes Planos. Este é o cerne da metodologia Paidéia (CAMPOS, 2013 p.76).

Outra ideia importante trazida por Campos e Amaral (2007) para nosso trabalho é o de que os autores questionam o modo de se fazer a clínica. Em geral, ela é baseada em protocolos e programas estabelecidos a partir de evidências científicas. A Vigilância Epidemiológica tem uma ampla tradição nesse modo de fazer pautado em protocolos e nos auxilia a pensar na construção de uma clínica ampliada (CAMPOS; AMARAL, 2007).

O conceito de clínica ampliada parte do princípio de olhar para além do tratamento de doenças e considerar também aspectos como o contexto social, situações de risco ou vulnerabilidades visando promover a autonomia dos usuários, mas não só autonomia ou independência física/motora, mas também em relação a rede de saúde e serviços que são utilizados na produção do cuidado. Além disso, baseia-se na construção singular do cuidado à partir da construção do vínculo entre a equipe e o paciente a fim de se promover a um cuidado singular voltado para as necessidades de saúde da família e da comunidade (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Nesse sentido, entendemos que a proposta de Apoio Matricial e do método Paidéia possui aporte teórico que dialoga com a análise institucional, tendo esse autor se baseado em conceitos provenientes dessa corrente de pensamento.

Desta forma o Apoio Matricial, demanda uma formação que valoriza os processos e ferramentas e conceitos que possibilitem a partir das experiências do dia a dia produzirem aprendizado e conhecimento.

No processo de compreender melhor tais questionamentos realizei uma pesquisa bibliográfica onde procurei identificar as principais referências em relação ao tema

abordado nesta pesquisa: “A utilização do Apoio Matricial pela Vigilância Epidemiológica nos casos de Sífilis em gestante”.

Dentre as bases de dados utilizadas nesta busca foram utilizadas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo Embase, Web of Science, Scopus, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Pubmed/ Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Enquanto estratégia de busca foram utilizados os descritores: “apoio matricial” – não controlado, “vigilância epidemiológica” – controlado, “sífilis” – controlado, combinados por meio do operador lógico booleano AND. Vale ressaltar que realizando as buscas foram encontrados apenas 04 artigos Pubmed/MEDLINE, nas demais bases não foram encontrados artigos.

Realizando a leitura do título e resumo dos 4 artigos trazidos na Pubmed/Medline todos se encontravam redigidos em língua inglesa 03 abordavam da temática do HIV e sob perspectivas como risco de infecção e prevenção, 01 tratava de doenças de pele, ou seja os artigos encontrados não tinham correlação com o apoio matricial da vigilância.

Como não foram encontrados artigos relacionados ao tema nas bases de dados indexadas pesquisadas, realizei nova busca utilizando os mesmos descritores no Google Acadêmico na tentativa de identificar iniciativas e/ou experiências recentes com o mesmo critério de busca: artigos publicados nos dois últimos anos (2018-2019).

Foram encontrados 104 artigos e após a leitura do título e dos resumos identifiquei que destes apenas um artigo trazia o referencial do Apoio Institucional abordando o tema da Sífilis (adquirida, em gestantes, congênita) sendo que os autores Lucas et al. (2019, p. 21) trazem que :

Apoio Institucional remete a uma função gerencial para a cogestão usada nas relações entre serviços, bem como entre gestores e trabalhadores, já Apoio Matricial sugere um modo de funcionamento para o trabalho em rede, valorizando uma concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde. Como resultado da pesquisa um dos destaques é o modo de fazer compartilhado e que esse processo, além de ter um grande potencial, auxilia os parceiros a revisitarem seus processos e práticas na busca de soluções conjuntas. A utilização das tecnologias relacionais para potencializar a análise das situações, a comunicação entre a equipe do apoio e a produção subjetiva de apoiadores com capacidade de intervenção e mediação em coletivos.

Os autores supracitados destacam que: “A utilização do apoio de forma efetiva nos territórios produzem efeitos e mudança nas práticas de gestão e atenção, com repercussão na melhoria dos indicadores de controle da sífilis” (LUCAS et al., 2019, p. 22)

Além disso, buscando na literatura técnico-científica experiências e iniciativas de atuação na perspectiva do Apoio Matricial correlacionando Vigilância e Atenção Primária, foram encontrados artigos que traziam o Apoio Matricial da Vigilância relacionado ao campo da Saúde do Trabalhador. Dentre elas, destaco duas publicações recentes que abordam as potencialidades identificadas a partir da experiência do apoio.

Para Lazarino, Silva e Dias (2019), a adoção de práticas, como o atendimento individual compartilhado, a discussão de casos e temas técnicos específicos entre as equipes e o desenvolvimento conjunto de ações de vigilância epidemiológica propiciaram a incorporação de conceitos e práticas do campo da Saúde do Trabalhador no cotidiano de trabalho da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Os autores também discorrem sobre os efeitos produzidos com a utilização do Apoio Matricial como: a ampliação do cuidado; redução dos encaminhamentos aos serviços especializados e com aumento da resolatividade dos casos no âmbito da atenção primária. Destacou que todos os profissionais das ESF afirmaram que o apoio matricial contribuiu para que compreendessem e incorporassem em suas atividades e abordagens o papel do trabalho enquanto determinante do processo saúde-doença. No segundo artigo, Amorim et al. (2017, p.3410) ressaltam que:

A discussão de casos clínicos e a disponibilidade permanente de apoio facilitam a incorporação de conceitos e práticas pelas equipes da rede básica. Além disso, o vínculo que se estabelece entre os profissionais das equipes de referência e os apoiadores facilitam a articulação intrasetorial e a constituição de espaços de interlocução visando a melhor solução possível para as questões de saúde relacionadas ao trabalho.

Portanto, os estudos identificados têm demonstrado que por meio da utilização do Apoio Matricial ou institucional como uma ferramenta junto às equipes torna-se possível a reflexão das práticas de Vigilância Epidemiológica dentro de um contexto próximo ao território a fim de promover melhorias nas relações de trabalho e possibilita a articulação de ações favorecendo a ampliação e articulação em rede.

Sendo assim, o presente estudo se justifica pela literatura ainda incipiente e pela necessidade de apontar limites e potencialidades da prática do apoio matricial realizado por

profissionais de vigilância junto aos profissionais de atenção primária à saúde, especialmente no que se refere ao acompanhamento das gestantes com sífilis.

A partir da proposição do apoio Matricial pela Vigilância Epidemiológica, entendemos que essa não perde o seu papel no sentido do saber especializado que auxilia e qualifica a assistência na atenção primária, mas se coloca mais próxima das equipes apoiando a construção das linhas de cuidado e, sobretudo, aprendendo conjuntamente.

Segundo Campos e Figueiredo (2014, p. 933) “O termo apoiador pretende enfatizar a noção de suporte, amparo, auxílio, mas também a noção de impulso para o movimento. O apoiador deve oferecer suporte à constituição do coletivo, facilitando a interação e reflexão”.

Para Campos e Domitt (2007, p.400):

O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais.

A fim de se buscar novas formas de trabalhar a relação entre as equipes de vigilância epidemiológica e as equipes de atenção básica no cuidado de gestantes com sífilis surgiu a seguinte questão: Quais as potencialidade e limites do apoio matricial realizado pela Vigilância Epidemiológica às equipes de Saúde da Família em uma unidade de saúde para o acompanhamento das gestantes com diagnóstico de Sífilis?

3. REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

3. REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

Nesse estudo fazemos uma aproximação ao referencial teórico metodológico da Análise Institucional (AI).

A AI surgiu na França na década de 60 e se difundiu entre os pesquisadores da época. Ao longo dos anos, vem se transformando e trazendo um novo saber e novas práticas, e desde então vem ganhando espaço em diferentes áreas do conhecimento (L'ABATTE, 2012).

O “institucionalismo francês” na prática brasileira possui duas vertentes: a Análise Institucional de base sociológica (sócioanálise) a qual foi fundada por René Lourau e Georges Lapassade e a Esquizoanálise criada por Gilles Deleuze e Félix Guatari, sendo que no Brasil foi representada por Gregório Barenblitt (L'ABBATE, 2012).

O referencial origina-se a partir da conexão entre teoria e prática por meio de uma intervenção realizada em uma instituição e através das falas dos profissionais questões são reveladas assim como o contexto social e organizacional (PEZZATO; PRADO, 2013).

A análise institucional busca, por meio das falas e práticas vivenciadas no cotidiano, compreender a realidade social e organizacional daquele contexto de intervenção. O referencial traz conceitos importantes como instituído, instituinte, institucionalização, implicação dos sujeitos, restituição, analisadores e intervenção no campo de pesquisa e que foram desenvolvidos por René Lourau e Georges Lapassade (BAREMBLITT, 1996).

O conceito de instituído está relacionado àquilo que é aparente, que pode ser visto, de fácil identificação na instituição. Enquanto que o instituinte é o que desloca e provoca mudanças no instituído. Esse processo está sempre em movimento. Entre essa dinâmica que compreende o instituído e o instituinte há o processo de institucionalização (LOURAU, 1996).

Segundo L'abbate (2012), na França, quase não havia trabalhos investigativos e/ou de intervenção utilizados na área da saúde que utilizam a abordagem teórico-metodológica da Análise Institucional (AI) e da Socioanálise, as experiências estão mais relacionadas à área da educação. A partir dos anos 2000 o referencial da Análise Institucional e da Saúde Coletiva vem ocorrendo de forma consistente.

Cita-se a professora Solange L'abbate como pesquisadora brasileira importante, principalmente ao ser pioneira na articulação da AI e da Saúde Coletiva(SC) apresentado em um Seminário na cidade de Paris e publicando no Brasil a potencialidade desse referencial com a SC (L'ABBATE, 2003).

Assim através dos conceitos da Análise Institucional torna-se possível a compreensão do contexto sócio-político e cultural que fazem parte das instituições e tem repercussões nas relações entre as equipes e são revelados durante as intervenções realizadas.

3.1 A Sócio-clínica Institucional

Pode-se dizer que a pesquisa sócio-clínica para a AI, é um processo de produção de dispositivos que postos em ação produzem efeitos e fundamentam a análise.

Na pesquisa sócio-clínica as equipes que fazem parte da intervenção tem a oportunidade de refletir frente ao contexto e aos processos em que estão inseridos promovendo transformações durante o processo.

O processo de negociação, a análise em si própria, a elaboração de estratégias e efeitos produzidos na análise desenvolvem-se ao mesmo tempo, visto que, fazem parte do objeto de investigação das pesquisas que são desenvolvidas no processo da AI.

O estudioso Monceau (2013, p. 93), a partir das pesquisas desenvolvidas por Lourau e Lapassade e também com base nas características das intervenções realizadas por Edgar Morin, elaborou o que denomina de Socio-clínica Institucional:

Uma vertente da Socioanálise, uma abordagem teórica e metodológica que didaticamente possui oito princípios que direcionam o processo de pesquisa e de análise. Eles não consistem em uma lista de regras a serem seguidas, mas em características que determinam a relação do pesquisador com seu objeto de pesquisa..

Os oito princípios propostos por Monceau (2013) compreendem: 1. Análise da encomenda e das demandas; 2. Participação dos sujeitos no dispositivo; 3. Trabalho dos analisadores; 4. Análise das transformações que ocorrem à medida que o trabalho avança; 5. Aplicação de modalidades de restituição; 6. Intenção da produção de conhecimentos; 7.

Atenção aos contextos e às interferências institucionais e; 8. Trabalho das implicações primárias e secundárias.

A encomenda, dá início ao processo interventivo, a qual consiste no pedido oficial de intervenção feito por uma organização e ou serviço. É o pedido que podemos chamar, de no papel.

A análise da demanda tem como premissa o entendimento dos fatos ocorridos durante os encontros identificando fatos explícitos e não explícitos, que permeiam e atravessam a pesquisa intervenção, e também por meio das relações estabelecidas entre o pesquisador com os profissionais, sendo que estes se encontram inseridos em uma instituição (BAREMBLITT, 1996).

As demandas, nessa pesquisa, também foram aparecendo no caminhar dos encontros quando os participantes puderam falar livremente sobre o acompanhamento das gestantes com sífilis e quais os problemas identificados. Ocorrendo o que nos esclarece Monceau (2013), é nesse momento que todos que participam do processo o influenciarão e serão influenciados por ele.

A participação dos sujeitos no dispositivo é explícita, seria a aceitação dos profissionais em participarem dos encontros ou até mesmo resistindo a tal participação, tudo terá que compor a análise (MONCEAU, 2013).

Os princípios éticos como confidencialidade, garantia do anonimato, conhecimento e discussão dos resultados, nesse processo, estão assegurados, pois a pesquisa sócio-clínica se faz “com os participantes e não sobre eles” (MONCEAU, 2013).

Comentando sobre a restituição Monceau (2013, p.100) afirma que essas pretendem:

Produzir oportunidades para aprofundar ou para questionar as análises, ou mesmo reconsiderar a orientação do próprio dispositivo de trabalho. Não consistem em fornecer uma simples informação, mas um movimento de retomada a acontecimentos, em geral, excluídos ou banalizados.

No decorrer das intervenções, um ou mais de um período é reservado para a restituição (LOURAU, 1993).

Através da análise dos efeitos tanto individuais, como coletivos e institucionais produzidos por meio de momentos de reflexão a partir do encontro com as equipes se

produz o trabalho da sócio-clínica, promovendo ao longo deste processo as transformações na prática dos profissionais (MONCEAU, 2013).

Neste estudo, além dos oito princípios descritos, utilizaremos também alguns efeitos da intervenção sócio-clínica tais como: o efeito analisador e a também identificamos a resistência como analisador.

3.2 O analisador

Os analisadores são essenciais para análise de toda organização.

De acordo com Lourau (2014, p. 303) analisador é “aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar”. Assim, é materializado em “tudo aquilo que apoia a análise das dinâmicas institucionais, independente da modalidade sócio-clínica de trabalho” (MONCEAU, 2013, p. 98).

Segundo Barembritt (1996) os analisadores:

São fatos e situações que surgem de forma imprevista, ou não, no processo de intervenção e que permitem identificar aspectos contraditórios e ocultos do grupo e da organização na qual os participantes se inserem. Referem-se a demonstrações e indícios do que realmente acontece, mas nem sempre é enunciado; eles são, portanto, fenômenos privilegiados para a análise (BAREMBLITT, 1996 p.64).

Os analisadores emergem naturalmente por evidenciarem o não dito que expõem as crenças individuais, seus pensamentos e valores que orientam a prática dos profissionais e suas relações nas equipes de saúde.

O conceito de resistência pode ser aplicado em várias áreas como na física, na biologia e nas ciências humanas e sociais. No dicionário tem por definição: “Ação ou efeito de resistir, de não ceder nem sucumbir” (MICHAELIS, 2019).

Monceau (1997;2008) acredita que a resistência deve ser tratada como analisador das instituições, pois se trata de algo que é capaz de revelar algo que não está claro.

Segundo Monceau (1997, p.48):

A resistência só tem sentido no contexto institucional quando ela revelar algo e contribui para analisar a instituição. Considerando que ao colocarmos uma determinada instituição em análise abordarmos as questões de resistência no processo é algo importante para que os participantes possam analisar as suas

práticas, considerando suas implicações pessoais e em relação ao contexto institucional e que os processos não se fazem individualmente, mas de forma coletiva.

A historicidade é também abordada por Lourau e nos mostra que toda e qualquer instituição possui sua própria história, existindo desde a antiguidade e que se modifica ao longo do tempo e nas diferentes sociedades (LOURAU, 1993).

A Análise Institucional voltada para a análise sócio-histórica está embasada na necessidade de ampliação do conhecimento em relação aos fatos do passado e que até o momento possam ter repercussão nas práticas atuais (SAVOYE, 2007).

Desta maneira os analisadores podem também ser históricos quando são produzidos na história e no próprio contexto da instituição analisada, como no caso da Vigilância Epidemiológica como se deu sua construção ao longo dos anos e seus reflexos em nossas práticas atuais.

Assim a partir dos apontamentos levantados nos encontros realizados identificamos analisadores buscando oportunizar momentos de reflexão através da percepção da equipe sobre quais as dificuldades vivenciadas nos processos diários, visando contribuir na qualificação das suas ações desenvolvidas.

4. OBJETIVO

4.OBJETIVO

Analisar as potencialidades e os limites do apoio matricial da Vigilância Epidemiológica às equipes em uma unidade de Saúde da Família para o acompanhamento das gestantes com diagnóstico de Sífilis.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

5. PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de Estudo

Estudo qualitativo, com aproximação à abordagem sócio-clínica institucional, vertente da análise institucional francesa. Trata-se de uma pesquisa-intervenção dirigida às equipes de Saúde da Família de uma unidade de saúde em um dos Distritos de Saúde de um município do interior paulista.

Utilizou-se a abordagem da pesquisa qualitativa, pois esta responde a questões muito singulares e pode ser caracterizada como um processo de interpretação e compreensão. Para Araújo, Oliveira e Rossato (2017, p. 2): “O desafio da pesquisa qualitativa nos conduz a explorar o espelho duplo da subjetividade na construção do conhecimento em pesquisa em que se incluem o sujeito participante da pesquisa e o sujeito pesquisador”.

Outro desafio das pesquisas qualitativas é o reconhecimento do pesquisador como não neutro na realidade investigada e como sujeito em desenvolvimento. O pesquisador não pode ser dissociado da realidade investigada. Pelo contrário da busca pela neutralidade do pesquisador nas ciências, “As abordagens que constroem o conhecimento como resultado de uma construção do pesquisador demonstram a compreensão desse papel à de protagonista, reconhecendo seu papel ativo na pesquisa” (ARAÚJO; OLIVEIRA; ROSSATO, 2017, p.4).

Para Rocha e Aguiar (2003, p. 71) “A pesquisa-intervenção, não se visa à mudança imediata da ação instituída, pois a mudança é consequência da produção de outra relação entre teoria e prática, assim como entre sujeito e objeto”.

Foi considerada enquanto intervenção, a própria inserção da Vigilância Epidemiológica na Estratégia de Saúde da Família, buscando a invenção de outras formas de atuar em coletivos e através da chamada tecnologia relacional (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

O pesquisador e os participantes da pesquisa a partir de uma relação singular estabelecida durante o trabalho da Sócio-clínica refletem sobre a própria prática situando-a

no contexto institucional que lhe dá sentido (MONCEAU, 2008). A aplicação dessas características de um estudo sócio-clínico será detalhada nos resultados deste estudo.

Utilizamos como estratégia para se construir dispositivos analisadores em potencial a inserção do pesquisador nas reuniões de equipe por meio do Apoio Matricial, a fim de analisar e refletir em conjunto com os participantes as potencialidades e desafios desse dispositivo através de uma pesquisa-intervenção.

5.2 Local do estudo e a distribuição da rede de atenção à saúde no município

A rede municipal de atenção à saúde para melhoria do acesso da população aos serviços de saúde está organizada em cinco regiões, denominadas Distritos de Saúde (Norte, Sul, Leste, Oeste e Central) atuando com o conceito de áreas de abrangência, representado pelo princípio da regionalização do SUS.

O Município de intervenção deste estudo conta com 50 unidades de saúde distribuídas nos cinco Distritos de Saúde, no entanto uma unidade neste momento encontra-se fechada para reforma. Destas unidades 29 são estabelecimentos de atenção básica (Unidades Básicas de Saúde - UBS), 17 são Unidades de Saúde da Família (USF) e 2 são Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS) sendo que uma destas é denominada unidade mista, pois atua como UBS e Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) e também possui uma (UPA) Unidade de Pronto Atendimento (SMSRP, 2019b).

Os serviços de assistência de urgência e emergência estão organizados em pronto atendimento 24 horas nas UBDS, UPA e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Segundo o IBGE, para o ano 2018, a população estimada do município é de 694.534 habitantes. A população aumentou 1,79%, com 12.232 habitantes a mais do que em 2017 que era de 682.302 habitantes (SMSRP, 2019a).

Em relação à pirâmide populacional, segundo estimativa com base em dados do censo do IBGE ano de 2010, há uma predominância do sexo feminino (52%) em relação ao sexo masculino (48%), observa-se que 5,9% da população estão na faixa etária de zero a 4 anos, 60,1% da população encontra-se na faixa etária entre 20 a 59 anos e 12,6% da

população estão na faixa etária de 60 anos ou mais, caracterizando assim uma população predominante na faixa etária adulta, e um aumento importante na faixa etária acima de 60 anos (SMSRP, 2019a).

O Distrito de Saúde onde se realizou a produção dos dados para a pesquisa foi definido por ser área de abrangência em que a pesquisadora está inserida, porém esta não trabalha na unidade de saúde em que se deu o estudo. Este Distrito é composto por: três Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma unidade (Estratégia de Saúde da Família), uma unidade mista que atua como Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) organizada em pronto atendimento 24 horas e como Unidade Básica de Saúde (UBS) em um mesmo prédio e além de um Centro de Referência em Especialidades. De acordo com dados do IBGE para o ano de 2017, o Distrito possuiria uma população residente estimada de 94.811 habitantes (SMSRP, 2019b).

Assim esta pesquisa teve como local definido para realização uma Unidade de Estratégia Saúde da Família do Distrito de Saúde.

A Unidade de Saúde da Família em questão iniciou suas atividades em julho de 2016. Conta com três equipes de saúde da família. No total a equipe da Unidade é composta por 19 agentes comunitários de saúde, três enfermeiros, nove técnicos de enfermagem, dois dentistas, dois auxiliares de saúde bucal, um farmacêutico e dois auxiliares de farmácia, três agentes administrativos, três médicos generalistas (um por equipe) e mais cinco (um Ginecologista, um Clínico Geral e três Pediatras) que fazem atendimento em certos dias da semana por ser um campo de estágio do curso de medicina de uma universidade do município. São realizados atendimentos em clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, odontologia, enfermagem, assistência farmacêutica, vacinação, teste do pezinho, assistência domiciliar, planejamento familiar e atividades educativas. A população adstrita estimada é de 9.500 pessoas, segundo levantamento realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS).

A Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017 aponta que o número de ACS por equipe deveria ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local também deveriam ser levados em consideração. Em regiões de grande dispersão territorial, áreas consideradas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com

número máximo de 750 pessoas por ACS. A unidade atende esta recomendação, sendo que cada agente é responsável por cerca de 500 pessoas (BRASIL, 2017).

Para melhor compreensão da situação epidemiológica dos casos de sífilis em gestantes no município e no distrito de saúde onde se deu o estudo traremos dados publicizados na página do município onde se deu o estudo.

Os dados a seguir nos trazem a taxa de detecção, ou seja, o número de casos identificados positivamente após a realização dos testes para Sífilis.

Analisando-se os casos ao longo dos anos nota-se um progressivo aumento na taxa de detecção sífilis em gestante no município desde 2010 com discreta queda no ano de 2017 apresentando uma taxa de 17 por 1000 nascidos vivos, voltado a crescer em 2018 e chegando a taxa de 18,8 por 1000 nascidos vivos, como vemos na figura abaixo:

Figura 1. Taxa de detecção de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita em residentes no município, segundo ano diagnóstico, 2010 a 2018

Fonte: Sinan NET acesso 01/10/19 (SMSRP, 2018)

Também observa-se que ao longo dos anos os casos notificados de sífilis congênita no município também aumentaram chegando a uma taxa de detecção de 8,2 por 1000 nascidos vivos no ano de 2014 e apresentando discreta queda nos anos seguintes, mas voltando a crescer em 2018 com uma taxa de detecção de 7,9 por 1000 nascidos vivos como vemos na figura a seguir:

Figura 2. Número de casos e taxa de detecção de sífilis congênita notificados por ano de diagnóstico no município de 2007 a 2018

Fonte: Sinan NET acesso 01/10/19 (SMSRP, 2018)

Analisando-se também o número de casos de sífilis em gestantes na área de abrangência do distrito de saúde onde o estudo foi realizado nota-se que foram notificados mais de 25 casos anualmente a partir do ano de 2013, porém comparativamente não houve aumento dos casos de sífilis congênita até o ano de 2017, mas em 2018 os casos de sífilis congênita voltaram a aumentar com a notificação de cerca de 15 casos como vemos na figura a seguir:

Figura 3. Número de casos de sífilis em gestante e congênita segundo o distrito de residência por ano de diagnóstico no município de 2007 a 2018

Fonte: Sinan NET acesso 01/10/19 (SMSRP, 2018)

No Município onde o estudo foi realizado a Vigilância Epidemiológica se constituiu no processo de descentralização e municipalização, as ações foram paulatinamente passadas do nível federal para o Estadual e desse para os municípios. Em 1989:

O município assumiu a execução de todas as atividades da Vigilância Epidemiológica e implantou mudanças no fluxo de informações, exercendo uma participação ativa no sistema, com consequente aumento de contratações e diversificação dos agentes, bem como a incorporação de novas tecnologias para o desenvolvimento do trabalho e para a organização e gerência de serviços de saúde no âmbito individual e coletivo (VILLA, 2002, p. 22).

Desde sua implantação, a Divisão de Vigilância Epidemiológica no município está inserida no Departamento de Vigilância em Saúde vinculada ao Gabinete do Secretário. As atividades da Vigilância Epidemiológica distribuem-se em nível central, distrital e local e têm diferentes atribuições em cada nível de atuação. A descentralização da Vigilância Epidemiológica dentro do município ocorreu a partir de 1993 criando equipes nos distritos.

Com o processo de descentralização e a proposta de Vigilância em Saúde os profissionais da vigilância vêm se propondo a realizar outras ações para além do acompanhamento das doenças de notificação compulsória, como por exemplo, levar em conta as condições de vida e trabalhar de modo interdisciplinar e intersetorial (PEREIRA, LIMA, 2008).

Assim ao longo dos anos, a Vigilância Epidemiológica no município vem buscando maneiras de atuar de forma mais próxima das unidades visando à integralidade das ações para promoção da saúde e prevenção de agravos. Contudo, ainda vivenciamos dificuldades cotidianas de comunicação entre os níveis de atenção a saúde, a centralização das ações de vigilância e muitas vezes a não corresponsabilização em todos os níveis de atenção frente às questões coletivas que vão além do processo de saúde/doença individual.

5.3 Participantes do estudo

O estudo foi realizado com as equipes de uma unidade de Estratégia de Saúde da família do Distrito de Saúde. Foram convidados a participar um total de vinte e oito profissionais. Para realização dos encontros os participantes foram divididos em três grupos de reflexão de acordo com as equipes de saúde da família da qual faziam parte na unidade e

para não os identificarmos as equipes foram denominadas nesta pesquisa como: equipe A, equipe B e equipe C.

Os participantes dos encontros foram: médicos, dentistas, auxiliares em saúde bucal, farmacêuticos, auxiliares de farmácia, recepcionistas (agente de administração), técnicos de enfermagem, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

5.4 O uso do Diário na pesquisa e as intervenções em grupo

Para o movimento de análise dos dados foi utilizada a elaboração de um diário pela pesquisadora no qual realizou anotações de aspectos relevantes que ocorreram durante os encontros constituindo um importante instrumento para a análise das implicações dos envolvidos neste estudo.

A proposta de utilização do Diário nesta pesquisa se baseia na possibilidade de se registrar as questões, bem como os sentimentos e experiências vivenciadas durante os encontros com as equipes.

Para Pezzato e L'abbate (2011, p.1302), a utilização do diário em uma pesquisa:

Trata-se de uma técnica capaz de restituir, na linguagem escrita, o trabalho de campo, possibilitando "produzir um conhecimento sobre a temporalidade da pesquisa", aproximando o leitor da cotidianidade do que foi possível produzir num dado contexto, evitando interpretações "ilusórias", "fantasiosas" da produção científica (PEZZATO; L'ABBATE, 2011).

Desta forma a escrita do diário proporciona momentos de reflexão frente aos fatos que foram vivenciados durante os encontros realizados permitindo identificarmos e analisarmos muitas vezes e revelando “o não dito” a partir da não neutralidade do pesquisador durante o processo.

O processo de elaboração do diário durante esta pesquisa se deu inicialmente através de anotações em um caderno durante os encontros e que após sua leitura era digitado tornando-se assim um diário digital (documento Word).

Durante todo o processo de construção desta dissertação meu diário de pesquisa foi sendo construído e se modificando a partir de minhas reflexões e de sentimentos, questionamentos e angústias que foram surgindo à medida que os encontros foram sendo

realizados e também se deram durante as transcrições dos áudios em que ao reviver cada momento novos sentimentos emergiam.

“Hoje vejo que pude me aproximar de inúmeros referenciais teóricos e artigos que me levaram a refletir frente a minha prática profissional e me proporcionaram novas perspectivas e foram essenciais para me fortalecer frente aos inúmeros obstáculos vivenciados” (Diário de pesquisa, 20 de Julho de 2019).

Sua escrita se fez principalmente em momentos de reflexão, sobretudo analisando minhas implicações e desta forma me auxiliou para que pudesse me fortalecer e enfrentar as dificuldades que foram surgindo à medida que o projeto se concretiza através dos encontros com as equipes.

“Hoje foi um momento de desconstruir e reiniciar a reconstrução dos processos que havia pensado e planejado para o projeto. Momento de refletir colocar o pé no chão e ver o que realmente é possível.” (Diário de pesquisa, 19 de Março de 2019).

Desta forma nestes movimentos de escrever e reescrevê-lo foram sendo construídas algumas das análises e que se tornaram fundamentais para minha reflexão e construção de conhecimento frente ao processo.

5.5 Aspectos éticos da pesquisa

Este projeto de pesquisa foi submetido e avaliado pela Comissão de Avaliação do município de intervenção e também pelo Comitê de Ética em Pesquisas da EERP/USP, o qual foi aprovado em 29 de Janeiro de 2019, conforme parecer número 3.124.194 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 02892118.9.0000.5393 (ANEXO 1).

Para realização do estudo, os participantes foram consultados quanto ao interesse e disponibilidade e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE), conforme determinado na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde(CNS). Cabe ressaltar que foi garantido o caráter confidencial e voluntário da participação, bem como o comprometimento de divulgação dos resultados do trabalho (APÊNDICE A).

O projeto foi apresentado, em um primeiro momento, aos responsáveis técnicos de cada equipe (total de três equipes) para posterior agendamento com todos os membros das equipes da ESF com objetivo de realizar a apresentação da proposta da pesquisa. Esse momento de apresentação e esclarecimentos durou cerca de 60 minutos e ocorreu no próprio local de trabalho das equipes. Também foi abordado que embora atue como enfermeira da vigilância epidemiológica, durante os encontros estaria junto às equipes enquanto pesquisadora e todos teriam liberdade quanto à participação ou não na pesquisa.

Nesse primeiro encontro foram discutidos os objetivos, o caminho metodológico do projeto e os aspectos éticos relacionados a todas as etapas da pesquisa, a participação voluntária de cada trabalhador, esclarecendo que cada membro do grupo possui o direito de não participar da pesquisa mesmo que os demais membros aceitassem participar.

As equipes foram orientadas que todo o conteúdo registrado proveniente da pesquisa estaria à disposição dos participantes no momento em que desejassem e a pesquisadora seria a responsável pelos registros por um período de cinco anos. Assim, reitera-se que as orientações da Resolução 466/2012 do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), em especial, no que diz respeito a confidencialidade e a privacidade foram cumpridas.

Ressaltamos que a participação na pesquisa teria como possíveis benefícios vivenciar através dos encontros de apoio matricial a criação de estratégias que pudessem melhorar o diálogo e a comunicação, que facilitassem o trabalho das equipes de saúde. Foi apontado que por meio desta pesquisa os trabalhadores poderiam lançar mão de conceitos e estratégias de trabalho com o objetivo de refletirem acerca de suas ações no campo de atenção à gestante com diagnóstico de Sífilis.

Os participantes foram informados que o risco da pesquisa estaria relacionado ao possível sentimento de desconforto por se depararem com situações difíceis do cotidiano do trabalho e que poderiam gerar tensões devido a opiniões diferentes entre os membros da equipe, pois a análise desses momentos seria realizada com todos os participantes. Entretanto, deixamos claro que os desconfortos poderiam ser manifestados para o pesquisador (no momento ou após a pesquisa) para as devidas providências. Nesses casos, o pesquisador utilizaria medidas estratégicas para mediação de conflitos e para amenizar os possíveis desconfortos, embora o referencial em questão também tem o objetivo de “mexer” com os envolvidos.

Durante a realização dos encontros não houve pedido de desistência ou expressão de desconforto pelos participantes da pesquisa, sendo que todos que demonstraram interesse e disponibilidade para participar da pesquisa.

6.CONSTRUINDO O DISPOSITIVO SÓCIO- CLÍNICO INSTITUCIONAL DA PESQUISA

6.CONSTRUINDO O DISPOSITIVO SÓCIO-CLÍNICO INSTITUCIONAL DA PESQUISA

Os dispositivos utilizados nesta investigação constituíram-se de encontros com as equipes e a produção de diário de pesquisa. O planejamento dos dispositivos foi relevante para a pesquisa, pois a partir do diálogo entre a Vigilância Epidemiológica e as equipes de saúde da família é que puderam emergir as análises frente ao lugar que se ocupa neste contexto e as relações que são construídas no cotidiano dos serviços de saúde.

6.1- A produção dos encontros com as equipes:

Para realização dos encontros com cada uma das equipes, o dia da semana estipulado foi o que a equipe já se reunia, ou seja, o dia da reunião de equipe da ESF. Pactuamos o tempo de 60 minutos para cada encontro com cada equipe. Houve gravação em mídia digital para transcrição posterior e o pesquisador também realizou anotações em um caderno cujas informações compuseram o diário de campo.

Além disso, ocorreu mais um encontro com as equipes, denominado de Restituição onde foram apresentadas as análises iniciais da pesquisa para as equipes, onde estas puderam complementá-las para a análise final. O quadro abaixo demonstra o número de encontros realizados com cada equipe e o número de participantes por encontro.

Quadro 1. Número de encontros realizados

Equipes	Encontros de Apoio Matricial	Nº de Participantes
Equipe A	Encontro 1	10
	Encontro 2	10
	Encontro 3	6
Equipe B	Encontro 1	12
	Encontro 2	9
	Encontro 3	10
Equipe C	Encontro 1	5
	Encontro 2	5
	Encontro 3	6
Equipes A,B,C	Encontro para restituição	23

Os encontros foram realizados com cada equipe nos dias e horários em que já havia programados na unidade para a reunião de equipe, no local havia sala reservada adequada para realização de rodas de conversa.

Cada grupo contou com uma dupla de apoiadores para facilitação/ mediação sendo eles: a pesquisadora deste projeto enquanto apoiador matricial e enfermeira na Vigilância Epidemiológica do Distrito de Saúde e também o apoio de um observador externo que possuía conhecimentos prévios em AI e Vigilância Epidemiológica e é doutoranda da EERP sob supervisão da orientadora deste projeto. Ambas se encarregavam de verificar gravadores, procuraram acolher os participantes. Também fez parte do processo observar o grupo apoiá-lo na construção do aprendizado sendo que esses dados também farão parte da análise dos encontros e irão compor os resultados do projeto.

Devido à importância de se considerar as falas das equipes e também os apontamentos trazidos em cada um dos encontros, as falas foram transcritas na íntegra a partir dos áudios gravados para uma melhor compreensão do contexto das reuniões.

Para análise dos encontros utilizou-se o diário de pesquisa e também a partir dos áudios gravados durante encontros foram sendo produzidos dados que se aproximavam dos objetivos da pesquisa e também do referencial teórico e nesse processo foram construindo os analisadores.

A dinâmica dos encontros se baseou na estratégia de discussão de casos reais e relevantes que mobilizaram as discussões pelas equipes. Por questões éticas para não identificação dos pacientes foram colocadas apenas as suas iniciais e seguem apresentados no apêndice. No primeiro encontro cada uma das equipes foi trazido um caso real de pela pesquisadora e por meio de consignas utilizadas como disparadores os grupos foram desenvolvendo as propostas de trabalho para cada encontro exercitando sua capacidade de análise e reflexão.

O quadro a seguir elenca as consignas que foram utilizadas em cada encontro utilizadas em cada encontro a fim de promoverem a reflexão e oportunizarem as discussões a partir dos casos reais apresentados em cada encontro com as equipes:

Quadro 2. Consignas de cada encontro

Encontro 1	“Identificar aspectos importantes para a construção de um Cuidado Integral à Gestante com diagnóstico de Sífilis em acompanhamento na unidade”
Encontro 2	“Gestante com diagnóstico de Sífilis em acompanhamento na unidade refletindo com a equipe: exames solicitados, classificação clínica, tratamento prescrito, notificação e a inclusão do parceiro no pré-natal com coleta de exames e tratamento”.
Encontro 3	“Reflexão frente ao processo de Apoio Matricial da Vigilância na atenção primária a saúde no acompanhamento das gestantes com diagnóstico de Sífilis”

O primeiro encontro se iniciou através de uma dinâmica de grupo onde cada um foi convidado a contar a história do seu nome, foram momentos de descontração. Este processo foi importante para que os participantes das equipes pudessem estar mais próximos uns dos outros promovendo a integração.

Foram colocados os objetivos da pesquisa e de que forma seriam realizados os encontros. Definiu-se também um tempo mínimo de uma hora de funcionamento do grupo para cada encontro com as equipes para o desenvolvimento das atividades propostas e que será abordado na análise dos dados.

No encontro inicial com cada uma das equipes foi pactuada a forma de trabalho do grupo onde colocamos para os grupos que teríamos como uma das estratégias a discussão de casos de equipe além da abordagem de questões referentes a sífilis em gestantes e da dinâmica de acolhimento dos casos em cada equipe na unidade. O sigilo das informações trocadas no grupo foi pactuado em todas as equipes, visto que embora haja relações de poder no serviço, foi deixado claro que o espaço de trabalho do grupo tratava-se de um espaço protegido, com liberdade para críticas e questionamentos, possibilitando desta forma o aprendizado quanto a fazer críticas e receber críticas de forma construtiva.

Este estudo teve como participantes profissionais de saúde e estando o grupo bastante envolvido com o tema do acompanhamento da Sífilis na gestação, o encontro entre

pesquisador e participantes permitiu abordar algumas questões institucionais que os instrumentos de coleta de dados não conseguiriam revelar.

Os encontros de apoio tiveram o intuito de promover a análise das situações de saúde, do cuidado oferecido a gestante com diagnóstico de Sífilis, onde procuramos oferecer um espaço de discussão e reflexão para os trabalhadores sobre as ações que realizam, a forma como os serviços se articulam, as dificuldades e potencialidades encontradas na prática do cuidar.

Ao todo foram realizados 09 encontros semanais no período Março à Maio de 2019 e as estratégias utilizadas em cada encontro foram desenvolvidas com a finalidade de contribuir para o aprendizado em equipe e promover a construção coletiva.

Os encontros foram realizados com os profissionais de acordo com a sua distribuição nas três equipes de trabalho desta unidade de saúde da família onde se deu o estudo. Participaram em cada encontro em média dez profissionais das seguintes categorias: médicos, dentistas, auxiliares em saúde bucal, farmacêuticos, auxiliares de farmácia, recepcionistas (agente de administração), técnicos de enfermagem, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Foram realizados três encontros semanalmente com cada uma das equipes, pois refletimos que em intervalos maiores entre os encontros, apesar de possibilitarem um tempo maior de amadurecimento das discussões podem também permitir uma maior dispersão dos grupos.

Durante os encontros apesar de toda negociação prévia nos deparamos com dificuldades quanto à participação dos profissionais. Em duas das equipes os enfermeiros não estiveram presentes durante os encontros realizados durante a pesquisa, os mesmos permaneciam na unidade realizando outras atividades ou realizavam visitas previamente programadas. Também em umas destas equipes participaram dos encontros agentes de saúde e um técnico de enfermagem, sem contarmos com a participação dos demais profissionais que compõem a equipe.

A proposta foi de um processo reflexão com a equipe promovendo um ambiente acolhedor durante os encontros visando facilitar a análise dos processos, identificando os limites e potencialidades na construção do conhecimento em equipe.

Nos encontros foram utilizadas duas estratégias: a discussão de casos reais relevantes trazidos pelo apoiador matricial e a partir destes o levantamento de propostas

de intervenção para os problemas elencados e também a oferta de conceitos teóricos referentes ao tema abordado no estudo por meio de textos e vídeos.

Através do estudo de caso utilizado como disparador inicial das discussões os profissionais foram abordando aspectos relacionais e emocionais identificados nas relações entre as equipes e os pacientes.

Desta forma nos encontros procurou-se refletir frente à subjetividade do sujeito e considerando suas repercussões nos processos de trabalho, sobretudo no acompanhamento destas gestantes.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados seguirá os tópicos: *Adentrando ao campo da intervenção: experimentando a realidade com as equipes e as tensões iniciais* e *Os analisadores* que estão apresentados em dois subtópicos: “O tempo enquanto analisador e gerador de tensão durante o processo” e “Resistências, aproximações e afetos produzidos por meio do Apoio Matricial”.

7.1 Adentrando ao campo da intervenção: experimentando a realidade com as equipes e as tensões iniciais...

Nessa parte do texto, utilizarei a primeira pessoa do singular por considerar um processo vivido como único e assim expressar reflexões que ocorreram no processo comparilhando algumas de minhas implicações.

O contato inicial foi realizado com as enfermeiras da unidade, conforme previamente agendado por telefone compareci à unidade para explicar como seria a proposta do projeto e uma delas havia saído para uma visita: assim, fui recebida por duas enfermeiras que estavam presentes e se dispuseram a me receber. Nesse momento inicial realizei uma breve explicação do que seria a pesquisa, percebi pouca abertura por parte delas, manifestada, por exemplo, pela conversa comigo ao mesmo tempo em que realizavam outras atividades. Elas agendaram para que eu explicasse para as equipes sobre o projeto no dia e horário já estipulado na unidade para reunião de equipe. Conversei também com o gerente da unidade que foi bastante atencioso e receptivo para realizarmos o projeto com as equipes.

Logo após este contato inicial com as equipes, a enfermeira responsável por uma das equipes entrou em contato solicitando que não comparecesse à reunião de sua equipe como havíamos acertado em nosso encontro anterior, pois queria conversar melhor com sua equipe sem a minha presença e eles então decidiriam se iriam participar ou não da pesquisa. Solicitou que eu entrasse em contato após esta reunião que iria me informar o que ficou acertado pela equipe e se iriam participar ou não da pesquisa.

Para o profissional da vigilância que deseja realizar o apoio matricial, esse primeiro momento é crucial e precisa ser cuidado.

Como desafio inicial nessa entrada ao campo para realização do apoio destaco o receio da não abertura da equipe para tal vivência e a insegurança quanto à disponibilidade ou não da equipe em vivenciarmos esta experiência e este novo modo de fazer. No caso, há nessa experimentação aqui estudada o receio da negativa pela colocação em risco da realização da pesquisa de mestrado.

Entrei em contato com as enfermeiras das duas outras equipes e elas confirmam que poderia participar das reuniões em suas equipes como pactuado em reunião prévia e assim fomos à primeira reunião conforme acertado:

Compareci a reunião da primeira equipe às 10 horas conforme acertado com enfermeira para apresentação do projeto à equipe e solicitei a assinatura do TCLE. Houve atraso e nos receberam por volta das 10h e 40 min, a equipe foi acolhedora quanto a proposta da pesquisa e todos aceitaram participar dos encontros programados. Ficou acertado com a equipe de iniciarmos na próxima semana às 10 horas. (Diário de pesquisa, 18 de Março de 2019).

No dia seguinte compareci a unidade para nos reunirmos com a segunda equipe conforme acordado:

Compareci a reunião da segunda equipe às 9 h conforme acertado com Enfermeira para apresentação do projeto a equipe e solicitei a assinatura do TCLE. Também houve um pequeno atraso e nos receberam por volta das 9h e 20 min, a equipe também se mostrou solícita e todos os presentes aceitaram participar dos encontros programados. Ficou acertado com a equipe o início para a próxima semana às 8 horas pediram que iniciássemos na primeira hora programada para a reunião de equipe. (Diário de pesquisa, 19 de Março de 2019).

Em relação à terceira equipe retornamos a unidade novamente para conversarmos e ouvirmos as dificuldades relatadas pela enfermeira em relação ao tempo. Quando nos convidou a entrar a médica da equipe já havia saído por ter outras atividades programadas, a enfermeira colocou novamente que não poderíamos utilizar mais que 30 minutos para o desenvolvimento do projeto e que ela tem agenda após a reunião de equipe e não poderia participar assim como a médica, uma técnica de enfermagem e o administrativo (recepção). Porém alguns integrantes da equipe (agentes de saúde e uma técnica de

enfermagem) demonstraram interesse e disponibilidade em participar dos encontros mesmo que ultrapasse 30 minutos após o término da reunião de equipe para realizarmos as atividades programadas. Expliquei mais uma vez a importância dos 60 minutos para que pudessemos realizar todas as atividades programadas e promovermos a reflexão das falas e construirmos com a equipe uma nova forma de fazer frente aos desafios dos casos de Sífilis em gestante. Uma agente de saúde questionou:

Então somente nossa equipe não vai participar do projeto? Nós temos caso de sífilis em nossa área. (Participante –Equipe C).

Foi um momento em minha percepção que tensionou o grupo, mas não houve valorização da fala por parte da enfermeira e não demonstrou disponibilidade em participar dos encontros e até referiu que a enfermeira da outra equipe comentou que eles também não participariam.

Fiquei muito surpresa com a colocação de que a outra equipe não participaria, pois já havia acertado tudo acertado com a equipe para iniciarmos na próxima semana (Diário de pesquisa, 22 de Março de 2019).

Entrei em contato com a enfermeira da equipe para informá-la que poderemos sim realizar os encontros com os integrantes da terceira equipe que tenham disponibilidade e interesse em participar das atividades propostas no projeto.

Confesso que pensei que seria mais fácil este processo de participação nas reuniões de equipe por já terem este espaço instituído e por estarmos propondo a discussão de casos reais do dia a dia das equipes. Minha impressão inicial é que as relações interprofissionais mesmo em uma USF mantêm uma prática muito rígida voltada para o cumprimento de agendas pré-estabelecidas, e pouca abertura para a reflexão da prática cotidiana. Espero avançar no meu propósito de refletir frente às potencialidades e desafios do apoio matricial da vigilância no acompanhamento dos casos de sífilis em gestantes (Diário de Pesquisa, 05 de Abril de 2019).

A potencialidade para o apoio frente às dificuldades é a de não tomar a reação da equipe como rejeição ou vinculação pessoal e manter-se firme na perspectiva da realização do apoio e não se abater frente aos obstáculos vivenciados durante o processo.

Com grande expectativa comparecemos à unidade para iniciarmos nosso primeiro encontro com a equipe A. Este mais uma vez foi um momento de tensão visto que a enfermeira demonstrou que não queria que iniciássemos nosso encontro conforme já acertado anteriormente com ela mesma e com toda a equipe. Fomos recebidas na porta e enquanto ela saía sugeriu que conversássemos em particular antes de iniciarmos o encontro.

Então pedi a ela para colocarmos junto com a equipe as dificuldades e decidirmos em conjunto, mas ela saiu referindo que faria uma visita e após este fato não participou deste encontro e nem dos demais.

Fomos acolhidas pela equipe e não foi colocada nenhuma objeção em iniciarmos naquele momento conforme havíamos programado.

Fique meio desconsertada com o incidente e este fato mexeu comigo, mobilizando uma série de sentimentos e certa ansiedade ao início das atividades propostas. (Diário de Pesquisa, 01 de Abril de 2019).

Definiria enquanto potencialidade minha implicação com todo o processo em não desistir, pois se faz necessária esta mudança no modo de fazer vigilância estando mais próxima e junto com as equipes e refletindo frente às dificuldades que vivenciamos no território em nosso dia a dia.

Iniciamos o encontro e com a receptividade da equipe fui acalmando e foi um momento bastante produtivo de troca de conhecimento esclarecimento de dúvidas referentes a conceitos e aos fluxos e identificarmos como compreender o que cada um faz pode melhorar a resolutividade no acompanhamento dos casos. Embora a enfermeira não tenha participado, tivemos uma adesão por parte da equipe, tivemos a participação de todas as categorias de profissionais (auxiliar administrativo, técnico de enfermagem, dentista e auxiliar odontológico, farmácia e auxiliar de farmácia, médico e agentes de saúde). Neste encontro o médico da equipe participou colocando em diversos momentos a importância do tratamento adequado na prevenção dos casos de Sífilis congênita.

Procurei realizar as atividades propostas e o encontro transcorreu muito tranquilo. Nesta equipe ficou evidenciado o interesse de todos em compartilhar suas vivências e experiências bem como compreender o todo e as diversas instâncias que partilham a informação que é produzida pela equipe e o quanto o trabalho de cada um é importante e pode contribuir até na elaboração de políticas públicas mais efetivas voltadas para as necessidades do território.

Definiria este encontro como acolhedor e leve. Concluímos o encontro no tempo pactuado, pois tem sido solicitado para não nos estendermos além do que foi programado. (Diário de pesquisa, 26 de Março de 2018).

O fato de eu ser também enfermeira pode ter criado uma expectativa com relação à participação das mesmas. Os estudos de Fernandes e Figueiredo (2015) e Melo et al(2017) apontam que a maioria dos apoiadores são enfermeiros. Também os serviços de vigilância

são compostos por essa categoria. Nesse sentido, pode ser um desafio, a análise das expectativas profissionais e as interferências entre as profissões que são instituições.

O tempo destinado às atividades inicialmente de 30 minutos é, do ponto de vista da dinâmica grupal, insuficiente para estabelecer o contrato grupal, o aquecimento do grupo e a discussão dos casos (FORTUNA et al., 2011). Uma estratégia para o apoio da vigilância foi aceitar o tempo destinado e vivenciar a dificuldade.

Antes de iniciarmos um dos encontros, o gerente me viu e me perguntou se estava correndo tudo certo com os encontros com as equipes. Então conversamos um pouco e relatei as dificuldades principalmente em relação aos horários e que como estava ocorrendo atrasos com duas equipes para iniciarmos nossas atividades programadas, ocorreria que provavelmente passaríamos um tempinho a mais além dos horários estabelecidos para as reuniões de equipe, mas que o atraso seria no máximo 15 minutos, pois para a realização das atividades programadas precisamos de uma hora mesmo. Diante das dificuldades encontradas:

Ficou pactuado então com o gerente da unidade que colocaríamos para as equipes que conforme as necessidades da escala dentro da unidade poderiam deixar o encontro mesmo antes de seu término permanecendo somente os que tiverem disponibilidade neste tempo há mais que possa ocorrer além do horário reservado para a reunião de equipe. (Diário de Pesquisa, 05 de Abril de 2019).

Também identifiquei enquanto potencialidade no processo a disponibilidade do gerente em nos apoiar durante toda a realização da pesquisa nos oportunizando abertura para dialogarmos frente às dificuldades vivenciadas.

Início do primeiro encontro com a equipe C. Participaram 4 agentes comunitários de saúde e uma técnica de enfermagem. Os demais não se dispuseram em participar mesmo após inúmeras idas e vindas nesse processo de tentativas de sensibilizá-los, e principalmente a enfermeira, da importância em estarmos mais próximos e tratando deste tema tão complexo e relevante.

Gostaria de deixar registrado que tem sido muito difícil para não dizer quase impossível termos acesso e oportunidade para realizarmos os encontros propostos com esta equipe. (Diário de pesquisa, 07 de Abril de 2019).

Apesar de todas as dificuldades enfim iniciamos e foi um momento de compartilharmos experiências, esclarecimento de inúmeras dúvidas e reflexão, quanto ao acolhimento das gestantes e seus parceiros. Estávamos em um grupo pequeno, mas nem por isso se mostrou menos produtivo que os demais. Abordamos vários aspectos que geravam dúvidas e refletimos sobre como é o tratamento e o diagnóstico a falta de conhecimento sobre o tema tanto por parte da população como pelos próprios profissionais e que este tema deveria ser mais divulgado em campanhas na mídia.

A realização deste encontro que foi muito gratificante, apesar das dificuldades iniciais, pois foi uma oportunidade de darmos voz e ouvirmos os membros da equipe que realmente se interessavam pelo tema e valorizaram a oportunidade de estarem neste espaço conosco compartilhando saberes e construindo novos caminhos e possibilidades. (Diário de pesquisa, 05 de Abril de 2018).

Ao longo da realização das rodas de conversa, com cada uma das equipes pode-se sensibilizá-las em relação à atuação no pré-natal, sobretudo no acompanhamento das gestantes com diagnóstico de Sífilis. O que favoreceu foi refletir sobre a ampliação das estratégias de cuidados, como a corresponsabilidade de toda equipe no cuidado e a escuta qualificada para melhoria na resolutividade.

7.2 Os analisadores

A identificação dos analisadores desempenha importante passo na promoção da análise. Segundo Lapassade (1979) eles são mais importantes que o analista.

O analisador, segundo Lourau (2014), é o disparador da análise que uma vez revelado promove a reflexão nas equipes frente às práticas nas instituições.

No processo de apoio matricial, estar atento aos analisadores é uma possibilidade de ter alguns pontos de referência na análise. Nesse sentido, os analisadores podem ser identificados pelos acontecimentos que expressam contradições, dificuldades e desconfortos.

Para Monceau (2013, p.98), “É analisador tudo aquilo que apóia a análise das dinâmicas institucionais, independente da modalidade de trabalho sócio-clínico”.

Para Dobies e L'abbate (2016), o efeito do analisador é sempre de mostrar algo que até o momento permanecia implícito e de certa forma ao ser revelado provoca movimentos nas equipes.

Através da leitura e releitura dos dados produzidos e a partir de sua análise foram identificados os analisadores que permitiram a instituição USF e Vigilância Epidemiológica falarem:

- a) O tempo enquanto analisador e gerador de tensão durante o processo
- b) Resistências, aproximações e afetos produzidos por meio do Apoio Matricial

A seguir apresentamos esses analisadores.

7.2.1 O tempo enquanto analisador e gerador de tensão durante o processo

Na busca pela compreensão do tempo e a forma como ele é utilizado em nossos processos de trabalho, através da pesquisa sócio-clínica institucional nós percebemos que nos dias atuais através da intensificação da competitividade este se torna escasso e vivemos em uma constante corrida contra o tempo.

No capitalismo, desde a industrialização o controle do tempo dos trabalhadores é importante para produção de lucro e também produz as relações de poder (CAMPOS, 2013).

O tempo, que muitas vezes não permitiu a participação dos profissionais nos encontros, foi evidenciado como um analisador, como por exemplo, no encontro de restituição:

A participação dos técnicos, na verdade na nossa equipe só participou agente comunitário (Participante 1- Encontro de restituição, 04 de Outubro de 2019).

É coitados, mas não dá, não dá pra participar, a quantidade de coisas que tem que fazer na unidade, ou vocês fazem em outros horários, não sei como é que vocês fazem? (Participante 2- Encontro de restituição, 04 de Outubro de 2019).

Promovendo uma reflexão sobre o tempo na pesquisa sócio-clínica, para Monceau (2015, p.202):

O trabalho sócio-clínico supõe compreender melhor a temporalidade na qual se inscrevem os sujeitos, que têm, por vezes, somente uma percepção confusa ou falsa da realidade na qual se inserem. Essa pesquisa de técnicas visa a objetivar o tempo nas práticas sociais que não é aquele próprio às abordagens clínicas. As técnicas de ocupação do tempo, elaboradas pelos sociólogos para o estudo do funcionamento familiar aporta esta reflexão do tempo.

Por meio das falas, sobretudo no encontro de restituição o tempo mais uma vez foi evidenciado como gerador de tensão e reflexão pelas equipes:

Programar um horário talvez fora de reunião de equipe, eu quase não fiquei porque tinha uma visita domiciliar toda segunda feira para um curativo e aí cada um já tinha feito, porque é tão bom poder absorver e a gente às vezes não consegue ficar (Participante – Encontro de restituição, 04 de Outubro de 2019).

É porque a pesquisa foram três encontros né seguidos né, talvez se fosse, isso pelo menos uma vez ao mês talvez não sei se apertaria tanto (Participante – Encontro de restituição, 04 de Outubro de 2019).

Ou talvez adiar a reunião uma vez por mês e aí vocês viriam não sei (Participante – Encontro de restituição, 04 de Outubro de 2019).

Mas é pra pensar (Participante – Encontro de restituição, 04 de Outubro de 2019).

Segundo Monceau (2015), o analista institucional, aqui transportamos para o apoiador matricial da vigilância, precisa estar atento ao modo de programar as datas, cumprir os prazos e as tarefas pactuadas, pois podem revelar aspectos do modo de funcionamento da equipe. Esse autor ainda nos convida a não realizar análises imediatas.

Esta falta de tempo pode despertar sentimentos no apoiador como rejeição ao processo e nesse aspecto saliento mais uma vez a importância da análise de implicação e assim, escutar a dificuldade apontada pela equipe que esse caso foi a sequência dos encontros que pela questão do tempo da pesquisa tiveram que ocorrer em período curto.

Outro conceito importante é o da sobreimplicação, ou seja, incapacidade de analisar as implicações. Nesse sentido tanto o apoiador como os participantes das equipes podem estar sobreimplicados.

Sobre este conceito Lourau (2004, p.191) “refere que a sobreimplicação é uma ideologia normativa do sobretrabalho”. Desta maneira estamos sobreimplicados porque fazemos parte de uma sociedade que possui regras, hierarquias, com leis e normas a serem cumpridas.

Durante o processo evidenciou-se enquanto limite por meio das falas que utilizar o tempo destinado à reunião de equipe mesmo que por uma hora não foi uma tarefa fácil e demandou muita negociação.

(...) E aí você já se programou para fazer uma visita domiciliar pro paciente tal tal e aí você acaba fazendo uma hora pra gente e aí batia com horário do almoço e assim vai, aí acaba dispersando a equipe (Participante – Encontro de restituição, 04 de Outubro de 2019).

Acho extremamente interessante porque a queixa que teve é que os espaços se estendiam demais das líderes de equipe, que acabava a reunião e continuava tendo a discussão isso foi uma queixa que eles trouxeram pra gente, mas eu acho que é essencial, que as coisas avançam, evoluem e você tem que acompanhar (Participante – Encontro de restituição, 04 de Outubro de 2019).

Realizamos os encontros em três semanas seguidas, talvez como explicitado no encontro de restituição, uma sugestão fosse realizar os encontros uma vez ao mês. O apoio matricial realizado em pesquisas que tem um tempo determinado pode de certa forma interferir no processo.

No entanto, articular a pesquisa ao processo de apoio permite a materialização da produção de conhecimentos. Em geral, as equipes de vigilância produzem como conhecimentos dados epidemiológicos que são bastante importantes. Com a realização do apoio matricial com as equipes além de partilhar os dados tradicionalmente produzidos, podem também produzir e partilhar conhecimentos sobre o processo de aprendizado no trabalho e no apoio.

Assim, o tempo destinado ao desenvolvimento do apoio, apesar de todas as dificuldades elencadas, deve ser considerado como um recurso valioso, um analisador, uma vez que permite expressão de contradições. O tempo, que uma vez destinado a uma ação define um espaço. pode favorecer o compartilhamento do saber e a sensibilização dos profissionais para reorganizarem seu processo de trabalho, além de poder ser um espaço de gestão e capaz de promover a solução de conflitos que possam surgir no dia a dia da unidade.

7.2.2 Resistências, aproximações e afetos produzidos por meio do Apoio Matricial

O convite à participação nos encontros propostos no projeto despertou sentimentos e atitudes diversos naqueles convidados a participar. Alguns se mostraram felizes com o convite pela proximidade com a pesquisadora e em poderem contribuir com a pesquisa, assim como interesse em estar ali e em participar da pesquisa, mas outros aparentemente ficaram indiferentes relataram que não poderiam participar devido a dificuldades em se afastarem dos seus setores e preferiram não participar do processo.

Durante os encontros realizados encontramos resistências quanto à participação, tanto de médicos como de enfermeiros que demonstram uma tentativa de manter a organização do processo de trabalho, revelando as relações de saber e poder nessas equipes.

As reflexões no trabalho tensionam as práticas de saúde quotidianas, despertando sentimentos diversos durante o processo. Nesse sentido, o apoio matricial, voltado para situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho, coloca a equipe em um processo diferente e que assim vai gerar resistências.

É possível que esse processo de resistência seja vivido também pelos profissionais da vigilância epidemiológica.

Essa pode ser entendida como uma instituição, pois possui normas, regras, protocolos, legislação, saberes e práticas fortemente instituídas, por vezes questionadas por movimentos instituintes que esperam mudanças do instituído.

Se o instituído nas ações da vigilância é o fazer pautado em contatos com alguns profissionais de equipe da atenção básica, o fazer do apoio matricial pode ser um movimento instituinte que quando passar a fazer parte das práticas dos profissionais da vigilância entrará em processo de institucionalização.

Por meio da utilização do Apoio Matricial pela vigilância epidemiológica criaram-se momentos que oportunizaram refletir frente aos processos de trabalho em que estão inseridos e sobre novas formas de fazer, à partir do olhar da equipe.

Uma das características da sócio-clínica é acompanhar as transformações ocorridas no processo vivenciado.

Desta forma uma das transformações produzidos nesta pesquisa intervenção, a partir da experiência do Apoio Matricial, foi o de auxiliar no deslocamento das análises realizadas pela equipe de um nível local para um nível ampliado. Isso permitiu ao grupo compreender sua ligação com as redes de saúde em que estão inseridos e perceber questões que são transversais.

O importante é toda equipe você trazendo esse tema acaba conscientizando a equipe toda a estar a par do assunto, da relação do paciente com cada equipe, com cada área né pra saber né como que a gente vai discorrer sobre o caso, pra você não bater sem uma conclusão, tipo a farmácia tem que saber orientar o próximo passo, os agentes, acho que a equipe toda tem que estar integrada aí pra conseguir dar um andamento sem que o caso se perca (P1- Equipe C – Encontro 2).

Outro aspecto no qual identificamos potencialidade para o apoio é o de produzir espaço onde a equipe de conecta com sua finalidade de produção de cuidado e que para tal necessita de vínculo com a população.

Nos encontros com as equipes foi evidenciada a importância do vínculo com o usuário, considerado indispensável para a produção de um cuidado singular e humanizado. Esses aspectos podem ser evidenciados por meio da fala durante os encontros:

Acho que bom que vocês escolheram esse tema para poder desenvolver com a mãe porque elas precisam de apoio quando descobre isso porque não é fácil no momento que elas estão sensíveis e tudo e descobre isso, elas precisam ser acolhidas né (P2- Equipe C – Encontro 2).

Também penso que é isso, que bom que a gente tem essa rede de apoio para elas, porque às vezes elas são tão vulneráveis que você não encontra saída, a gente vai atrás como muitas vezes eu já fui atrás né, insistia, a enfermeira vinha olha essa paciente não veio vai lá de novo, ia várias vezes com a pessoa com o esposo dela pra eles aderirem, e tem vezes que dá, mas tem vezes que não né, e a gente tá tentando como profissional (P4- Equipe C – Encontro 2).

O conceito “escuta qualificada” foi evidenciado durante as reuniões com as equipes sendo que esta favorece a produção de vínculo e auxilia na elaboração de projetos terapêuticos de saúde considerando as diferenças individuais e coletivas e que contemple ações em diferentes direções, levando em conta as necessidades e as demandas de saúde de determinada população a partir dos problemas apresentados.

A escuta qualificada é compreendida como uma postura, na perspectiva do acolhimento, com a capacidade de ouvir a demanda do usuário e de pactuação de respostas

às necessidades de saúde, considerando sua cultura, saberes e a capacidade de avaliar riscos (BRASIL, 2004).

Trouxeram ao grupo alguns relatos de casos de sua vivência e que mobilizaram vários sentimentos na equipe.

Essa semana mesmo eu tive um caso, a paciente da minha área ela tem dois filhos autistas e ela falou que sofreu uma agressão sábado, só que por ela depender dele, ela não podia fazer o boletim de ocorrência, porque ele que paga o aluguel, a comida, que está mantendo ela lá na casa, e aí eu conversei com ela lá na casa dela, chorando conversamos, e ela falou que nem os pais dela acreditaram nela (P1- Equipe B – Encontro 3).

E ela contava chorando paras meninas, você é louca como você está grávida de novo, aí ela chorava e falava que ele pegava ela a força né, aí ela olhava assim, meu deus do céu como pode alguém se submeter a essa situação (P1- Equipe B – Encontro 3).

Ela era oprimida como falam, naquela situação era complicada, e ela não trabalhava só ele trabalhava. E por ser dependente dele também, porque ela não trabalhava, então dependia dele (P1- Equipe B – Encontro 3).

O tema da violência intrafamiliar foi destacado nas discussões, permitindo à equipe analisar de forma ampliada suas possibilidades de intervenção e limites impostos pelos problemas sociais presentes no território. Outro ponto importante foi a reflexão gerada, a fim de se vislumbrar novas práticas de saúde.

O apoio da vigilância pode auxiliar, por exemplo, a equipe a refletir sobre o modo como é dado o diagnóstico da sífilis para as gestantes.

Outra potencialidade e desafio do apoio matricial é o de que a equipe ao trazer casos que não envolvem classicamente a vigilância ou o tema proposto para o apoio, nesse caso o tema sífilis na gestação, tem que este foi ampliado pela equipe ao trazer para a roda casos complexos de violência, por exemplo. Desse modo, a abertura do apoiador para os casos trazidos e a visão mais ampla da saúde são potencialidades e desafios ao mesmo tempo.

A partir das falas a equipe pôde repensar o seu fazer, considerando-se a avaliação da vulnerabilidade e refletindo sobre a como violência pode ser geradora de agravos à saúde e assim possibilitando a ampliação de suas ações, com vistas à uma abordagem mais integral e que considere as dimensões subjetiva, política, econômica e social no processo saúde-doença.

Portanto, por meio da reflexão com as equipes frente aos casos, é possível construir identificar mecanismos que promovam o desenvolvimento de um cuidado em saúde mais humanizado, que promova a autonomia e o protagonismo das equipes e da população. Isso reflete na corresponsabilização de todos os envolvidos na saúde.

Na discussão de um dos casos, o resultado das sorologias realizadas no pré-natal, tanto pela gestante quanto pelo parceiro, gerou dúvidas entre o casal, para além dos protocolos existentes de tratamento e acompanhamento. Identificou-se que desde a revelação do diagnóstico ao casal, inúmeros questionamentos se deram o que mobilizou todos da equipe, o médico, a equipe de enfermagem, a farmacêutica e as agentes de saúde, para esclarecimentos quanto a Sífilis e garantir o cuidado do casal incluindo o tratamento.

Nos encontros realizados por meio das falas das equipes, evidenciou-se a dificuldade dos profissionais ligada à dimensão subjetiva que toda prática de saúde exige. Também foi possível evidenciar que as equipes colocaram em análise os seus processos o que favoreceu identificarem suas implicações, enquanto profissionais, no decorrer dos encontros. Foi abordada nas discussões a multiplicidade de parceiros e a nossa dificuldade enquanto profissionais de saúde em lidar com estas situações no dia a dia:

Quando a gente sabe quem é o papai. Outro dia teve uma que chegou e ela falou e agora, vou ter que ir atrás de todos, que jeito. É, todo mundo vai tomar benzetacil? Exatamente. Era uma gestante com múltiplos parceiros (P2- Equipe A – Encontro 1).

Geralmente tem gestante que justamente é boemia tem vários parceiros e que vai continuar sendo, tem vários parceiros e esse risco é comum, ela vai pegar de novo e na verdade é um caso problemático, não cabe à gente, querer solucionar tudo (P3 – Equipe A – Encontro 1).

Eu acho que deixei bem claro mais é uma coisa que eu saio do consultório eu falo, tudo pro paciente, tudo que eu falei aqui eu falo pro paciente, mas é sempre uma insegurança interna, será que ele acreditou em mim? Ele vai tomar essa benzetacil? (P4- Equipe A – Encontro 1).

Por meio das falas das equipes ficou evidenciado como limite que a complexidade da atenção à saúde da gestante exige ampliação da capacidade de escuta, compromisso ético e a visão integral do cuidado. O trabalho e à vida se entrelaçam, exigindo quebra de preconceitos e mudança de atitude, o que por vezes pode gerar conflito com relações profissionais e pessoais.

Acho que meu papel é assumir os protocolos e diagnósticos, acolher, dar a notícia, porque a forma que você dá à notícia a pessoa, impacta todo o

tratamento dela, no que ela compreende a doença, o impacto da doença, os riscos da doença e também a questão de integrar a equipe né e sempre o que eu posso melhorar principalmente a questão, acompanhamento do tratamento que a gente passa o remédio e perde muito o foco de, você tá muito envolvida com seu dia a dia que você esquece de checar se a pessoa fez, digo a função médica, eles tão muito mais por dentro disso do que eu (P1- Equipe A – Encontro 2).

O fragmento acima traz o profissional explicitando sobre o seu papel, esses são momentos de revisão do próprio participante, mas também de todos da equipe, pois permite compreender como se pensa o trabalho e a parte que cabe a cada um na equipe. Em um trabalho mais longo, poderia ser questionado se o papel se resumiria a essas funções descritas.

Essa explicitação de papéis permite também ao apoiador da vigilância escutar e conhecer os profissionais. O apoiador também tem o desafio de rever seus conceitos e pré-conceitos é que este muitas vezes partilha de visões preconceituosas e assim a análise e conversa sobre o encontro permite revisitar seus valores, conceitos e pré-conceitos, enfim sua subjetividade.

A subjetividade pode ser definida como espaço existencial resultado de um amplo processo de produção sempre coletivo, histórico e determinado por fatores familiares, políticos, econômicos, ambientais, midiáticos, dentre outros (BRASIL, 2008).

Ela falou que ela era profissional do sexo e estava doendo muito às injeções e atrapalhava ela trabalhar (Participante 2 – Equipe C).

A doutora chegou a fazer até um papel pra ela autorizar, mandou pra secretária porque tinha que outro médico pra ela poder fazer o tratamento, pra ela poder da segurança, mas mesmo assim, ela falava que não que ela não queria, só que depois ela mudou de área, então a gente não sabe porque ela sumiu, ela era da comunidade, a gente não sabe, enquanto estava com a gente ela não queria, a gente ia na casa dela (Participante 1 – Equipe C).

Como potencialidade do apoio, como vimos anteriormente os encontros trouxeram a tona também questões de vulnerabilidade que são bem complexas e que, às vezes, estão além das questões que a equipe se consegue lidar com suas ferramentas habituais. Percebeu-se questões transversais nas equipes, dentre os quais, apareceram as dificuldades com a subjetividade do outro.

E se não consegue se preocupar com ela e não vai se preocupar com o outro (Participante 2 – Equipe C).

É uma falta, é uma falta de estrutura familiar, é muita coisa envolvida né, não é só a ignorância no caso é muita coisa, elas deixaram de gostar delas mesmo né. Então, elas são sofredas (Participante 2 – Equipe C).

Eu acho assim que a mulher drogadicta que fala né é pior que o homem porque na verdade elas têm o que fazer pra conseguir o dinheiro e a droga né, não é tanto igual o homem que tem que roubar que assaltar só que prejudica elas mesmo, grávida de qualquer um não sabe nem de quem (Participante 2 – Equipe C).

As equipes da atenção primária detém pontos de vista diferentes das equipes que estão em um outro tipo de serviço, no caso da vigilância. A diferença nessas perspectivas/ângulos de visão é extremamente importante, sendo que a equipe de atenção básica é a que detem o ângulo privilegiado, pois conhece a realidade concreta das famílias ao longo do tempo.

Quando esses temas ou casos são discutidos na reunião de equipe podem estimular os profissionais a orientarem as famílias em suas visitas quanto à importância da realização de sorologias em suas consultas de rotina na unidade (P1- Equipe C – Encontro 1).

Igual à informação nós como agentes comunitários podemos até incentivar nossos pacientes. Olha tem exames que é sigiloso, que vocês podem ir, não precisa esperar a campanha, na sua consulta com a médica, pede pra ela pedir um check-up geral sabe, não só de coração tipo assim, todos né, de sangue, pra saber que tem essa doença que no momento está muito forte sabe, muitas pessoas, tem gente que pegou até dos pais e nem sabe que tem e que de repente a mulher fale a mais eu sou uma mulher direita que só tem meu marido, a gente nunca sabe né (P1- Equipe C – Encontro 1).

Atuar segundo o princípio da integralidade na atenção primária possibilita ampliação do olhar em relação ao contexto social e sua interface coloca novas dificuldades e desafios a serem enfrentados pelas equipes

Os encontros trouxeram enquanto potencialidade, momento de reflexão frente ao acolhimento, na busca de promover a ampliação efetiva do acesso da gestante à atenção básica e aos demais níveis do sistema, promovendo a reflexão da equipe frente ao atendimento, com base na vulnerabilidade, priorizando-os e buscando adequação da capacidade resolutiva.

Também foi abordado que se deve considerar que a gestante é um sujeito autônomo e protagonista no processo de produção de sua própria saúde e, portanto ela deve ser acolhida e orientada por toda a equipe quanto aos riscos para ela e para o bebê, quando realizado o diagnóstico de sífilis.

Vamos falar mesmo, pra mim, que bom despertou o interesse de conhecimento de voltar aos livros de me atualizar, porque a sífilis pra mim estava meio esquecida, então pra mim o bom foi isso (P1- Equipe B – Encontro 3).

Que bom que a gente teve essa educação, como ele já falou que às vezes a gente vai lembrando, se atualizando que vai ficando muito tempo parado e aí volta e a gente lembra, que pena que igual todo mundo falou, que nem todo mundo tem a noção da importância que tem a doença e até mesmo os profissionais, é igual eu falei, muito técnico, é fica muito difícil pra pessoa entender e que tal a gente, aqui pelo menos a gente está fazendo tudo mais ou menos direitinho, mais ou menos não, a gente está fazendo direitinho (P2- Equipe B – Encontro 3).

Que bom pra mim foi a parte da informação, porque até mesmo pra mim que sou uma profissional da área da saúde, já me incluindo, eu não sabia, tinha muitas dúvidas, tipo a gente encaminha, passa batido, não se preocupa em saber então foram várias coisas que eu tinha dúvida, várias dúvidas na verdade, até mesmo pra tá ajudando o paciente, pra poder ajudar a encaminhar pro lugar certo (P1- Equipe B – Encontro 2).

As falas acima apontam como potencialidade do apoio o despertar do desejo de ler, aprender e voltar a se interessar pela aprendizagem no trabalho.

Os encontros permitiram aos profissionais de pensar sobre os modelos de organizar a atenção básica e valorizar a estratégia de saúde da família, como uma maior aproximação entre os profissionais que compõem a equipe e também com profissionais das demais equipes.

O programa da saúde família é muito mais sensibilizado que uma unidade básica de saúde, eu acho que você vai ter muito... encontrar mais obstáculo para avançar esse projeto numa unidade básica do que em uma unidade de saúde da família que a gente já trabalha em equipe. Já tem vínculo com o paciente (P1- Equipe A – Encontro 3).

Quando é UBS né que não tem esse acompanhamento de perto, acho que a gente tem essa facilidade por conta do vínculo com o paciente e que tal é interessante isso que vocês fizeram, sobre fluxo, eu tenho a minha parte, mas não sabia o que a enfermagem faz, ou tinha uma ideia e não é tudo aquilo, que não quando o doutor veio e acrescentou algumas coisas, acho que seria interessante a UBS, ver isso, se está fazendo isso se está fazendo certo, certificar que outras unidades tenham isso (P2- Equipe A – Encontro 3).

Tais reflexões são importantes para que os profissionais da vigilância que desejam realizar apoio matricial, talvez iniciar por equipes de estratégia da saúde da família possa facilitar a apropriação desse fazer, mas também se faz necessário pensar estratégias para trabalhar com equipes de Unidades Básicas de Saúde.

O processo de apoio permitiu que outros profissionais se sensibilizassem quanto ao acompanhamento de gestantes com sífilis, pois este tradicionalmente fica restrito ao médico e enfermeiro, bem como, permitiu que eles ressaltassem que podem se envolver na prevenção:

Me instigou a procurar aumentar meu conhecimento saber do que seria lesões na cavidade oral por exemplo, me instigou, foi ótimo me instigou a voltar aos livros, coisa que eu não tenho feito não (P1- Equipe B – Encontro 3).

Ah o importante é toda equipe você trazendo esse tema acaba conscientizando a equipe toda a estar a par do assunto, da relação do paciente com cada equipe, com cada área né pra saber né como que a gente vai discorrer sobre o caso, pra você não bater sem uma conclusão, tipo a farmácia tem que saber orientar o próximo passo, os agentes, acho que a equipe toda tem que estar integrada aí pra conseguir dar um andamento sem que o caso se perca (P4- Equipe B – Encontro 3).

Nesse processo de construção do apoio matricial são muitos os desafios encontrados, para se possibilitar a ampliação de formas de atuar de maneira mais articulada e em rede encontrando caminhos singulares frente aos desafios do dia a dia.

Enquanto desafio nesse processo do apoio destaco que, com a diversidade de situações vivenciadas na atenção básica, faz-se necessária a articulações com outros setores para que se possa potencializar a capacidade de respostas o que muitas vezes não é muito uma tarefa fácil para as equipes e serviços.

No último encontro proposto com as equipes se deu a restituição e análise para que pudéssemos discutir e refletir coletivamente identificando as potencialidades e desafios do processo de Apoio Matricial realizado pela Vigilância Epidemiológica na atenção primária.

A restituição dos dados produzidos foi realizada com os participantes da pesquisa (médicos, dentistas, auxiliares em saúde bucal, farmacêuticos, auxiliares de farmácia, recepcionistas (agente de administração), técnicos de enfermagem, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde). Diferentemente de outras abordagens teóricas a restituição se constitui uma importante etapa na pesquisa, por oportunizar o aprofundamento ou para o questionamento das análises realizadas, ou ainda para redirecionar o dispositivo adotado (MONCEAU, 2013).

O encontro de restituição oportunizou um momento de reflexão, em que a partir dos apontamentos levantados durante os encontros, bem como as impressões do pesquisador, anotadas no diário de campo, houve uma conversa. Para Lourau (1993, p. 56):

A restituição não é um ato caridoso, gentil; é uma atividade intrínseca à pesquisa, um feedback tão importante quanto os dados contidos em artigos de revistas e livros científicos ou especializados. Ela nos faz considerar a pesquisa para além dos limites de sua redação final: ou melhor, de sua transformação em mercadoria cultural para servir unicamente ao pesquisador e academia. A restituição como parte integrante da pesquisa é mais um denominador comum pelo menos teórico, entre a socianálise e os métodos de pesquisa-participante ou pesquisa ação (Lourau 1993, p. 56).

Nesta pesquisa intervenção tivemos formalmente um momento único de restituição sendo que essa organização atendeu a uma demanda do gerente da unidade, pois já havia uma data pré-estabelecida para reunião na unidade com todas equipes para discussão de temas diversos e que não havia agendamentos de consultas para os profissionais, assim todos teriam disponibilidade em participar.

O momento da restituição é a possibilidade de um espaço para análise das transformações que ocorrem ao longo do processo com a aplicação do dispositivo em que os trabalhadores podem ressignificar suas práticas. Desse modo, a análise coletiva, a partir do Apoio Matricial, pode revelar mudanças a serem feitas, bem como os limites e potencialidades das equipes e do apoiador matricial e da articulação entre eles.

As análises preliminares da pesquisadora, produzidas pelos dispositivos construídos, foram apresentadas no encontro de restituição e discutidas com os participantes da pesquisa. Foi feita a leitura destas análises e as categorias encontradas, ilustrando com algumas falas dos participantes.

Durante a restituição, também retomei brevemente o objetivo da pesquisa, e alguns aspectos do referencial da análise institucional e o conceito de apoio matricial.

Apesar de muitas dúvidas, medos e incertezas sobre como iria expor as análises iniciais produzidas iniciei minha fala e expliquei o conceito de restituição, na perspectiva da AI, afastando a noção de avaliação do trabalho produzido pela equipe e destacando meus

limites na prática de pesquisa, levando minha percepção do processo vivido até aquele momento:

Hoje então a gente veio conversar um pouquinho, a metodologia que a gente utiliza ela tem esse direcionamento das equipes de fazer a restituição, o que é a restituição é o momento da gente sentar mesmo e tentar conversar e tentar ver se, do ponto de vista de vocês como foi partir assim desse início, que assim realmente né o que que vocês identificaram que podem ser potencial e o que pode ser limites, pra gente tentar avançar juntos, porque a ideia do projeto é desenvolver isso pra outras realidades, tentar ver isso dessa forma (Pesquisadora – Encontro de restituição, 04 de Outubro de 2019).

Alguns dos efeitos da intervenção foram revelados também como potencialidade pelos participantes mediante os encontros com as equipes. Na restituição, por meio das falas, puderam demonstrar que se promoveram mudanças no processo de trabalho dos profissionais das equipes. Trazidas pelas falas:

E os casos que foram aparecendo não só em relação a gestante, mas nós começamos a prestar atenção também que muitos idosos que começaram a chegar no posto com sífilis e nós começamos a ficar mais alertas com isso, não que a gente não era antes porque tem a notificação, mas como foi passado pra todas as equipes logo a gente alertava uma ou outra não ficou aquele negócio (palavra incompreensível), então é o descarte, faz ai , faz ai, mas assim todo mundo sabe o que fazer quando acontecer (Encontro de restituição, 04 de Outubro de 2019).

Então elas começaram a ir atrás dos parceiros pra cobrar, olha vai e vai fazer não é nem a gente ficar indo como casal, olha vamos lá que deu e você tem que fazer também, então está bem assim mesmo (Encontro de restituição, 04 de Outubro de 2019).

O analisador tempo, enquanto desafio, mais uma vez veio à tona sendo revelado pelas falas, onde se confirmaram as análises preliminares, manifestando uma resistência e evidenciando outras interpretações frente ao processo:

Eu entendo a questão sua e a questão da equipe, às vezes a equipe teria que dividir às duas horas uma hora pra cada um, mas muitas vezes elas passavam o horário e outras poucas vocês passaram, talvez não sei no posto isso, cancelar a reunião da equipe, mas a equipe também tem coisas pra discutir, não sei como pensar, talvez aumentar mais uma reunião, talvez não seja adequado né gestor, tirar a agenda também, para o gestor é complicado, então eu não sei, eu só sei que você vai conseguir trabalhar muito melhor na comunidade de saúde da família do que numa UBS com agenda fechada (Encontro de restituição, 04 de Outubro de 2019).

Surgiu então por parte do observador externo o questionamento sobre quais as demandas discutidas nas reuniões de equipe se este também não seria algo importante a ser colocados nestas reuniões?

Isso passa tudo o que acontece durante a semana, em relação aos pacientes, a gente passa tudo na reunião de equipe, planeja o cuidado do paciente vê se a informação está coerente do paciente x, tal tal ali, a gente faz a lista de pacientes que vai ser a discussão de caso com o doutor o que vai ser trabalhado com o paciente, é isso (Encontro de restituição, 04 de Outubro de 2019).

Trouxeram enquanto potencialidade a importância da proximidade promovida por meio dos encontros de Apoio Matricial:

Eu acho que foi muito da proximidade né, que depois que você veio à gente sentiu um pouco mais seguro né, não a vigilância está do nosso lado e aí qualquer coisa que acontece no acolhimento né da equipe verde as meninas falam, olha sífilis em gestante lembra e a gente, um ajuda o outro, foi bem legal, eu acho que isso poderia se estender a todos e não só a sífilis na gestante mais em tudo assim, eu acho que a gente se sente mais seguro (Encontro de restituição, 04 de Outubro de 2019).

Eu acho que a gente acabou prestando mais atenção (Encontro de restituição, 04 de Outubro de 2019).

E o fluxo também né, certinho né dos pacientes, eu acho que ficou mais claro o fluxo dessas pacientes (Encontro de restituição, 04 de Outubro de 2019).

Acho que é passar o conhecimento mesmo, cada um absorveu de uma forma, pra poder passar foi de uma maneira mais fácil eu acho de chegar no paciente cada uma cada passando de uma forma (Encontro de restituição, 04 de Outubro de 2019).

O favorecimento da integralidade do cuidado promovida por meio dos encontros durante as reuniões com as equipes foi levantado como uma potencialidade por meio da fala:

Bom eu sou da recepção que é a parte mais difícil da unidade, porque eu na verdade fiz técnico de enfermagem então essas coisas de sentido na reunião pra mim é muito produtivo porque chega paciente aqui que fala hipertensão, então na questão a gente não sabe auxiliar o paciente, então as questões que são discutidas na reunião pra mim ajudam bastante, é um conhecimento a mais (Encontro de restituição, 04 de Outubro de 2019).

A identificação e a valorização por parte da equipe da potencialidade do encontro de restituição como um momento em que se oportunizam novas reflexões frente aos encontros, em que se pode identificar avanços e repensar novos caminhos frente aos desafios identificados pelas equipes.

Olha, mas deixa eu fazer um elogio, eu já participei de vários projetos, de várias pesquisas, e o fato de vocês estar aqui hoje nos trazendo essa resposta já está muito mais avançados do que em outras que a gente participa, participa de pesquisa e nem fica sabendo quando é a defesa da pessoa, pra caso a gente quiser ir lá pelo menos você está aqui nos trazendo feedback e eu acho que isso é muito importante, você está de parabéns com essa atitude, parabéns (Encontro de restituição, 04 de Outubro de 2019).

Eu queria só colocar uma coisa que é o seguinte como já tenho um certo tempo de prefeitura quando eu entrei o primeiro contato que eu tive com a reunião da divisão odontológica que foi um ano e meio depois de ter entrado na secretaria, de ter assumido meu cargo, então eu subi e chegando lá quem me orientou foi a auxiliar odontológica e a gente ficou trabalhando nisso um ano e meio, então eu acho esse tipo de oportunidade maravilhosa, e talvez a gente não aproveite do jeito que deveria aproveitar, ter profissional qualificado igual você que está lá na vigilância, vindo aqui pra discutir isso com a gente é um negócio extremamente raro de conseguir fazer com o monte de coisa que tem que fazer e a gente tem que aproveitar isso (Encontro de restituição, 04 de Outubro de 2019).

Reconhecendo as potencialidades do processo durante o encontro de restituição surgiu a proposta de continuidade do apoio matricial para além do projeto, com o agendamento de encontros com as equipes a partir da criação de um cronograma, que de acordo com a possibilidade de cada equipe poderia, por exemplo, ser mensal considerando a demanda das equipes e a escolha dos temas elencadas por eles.

Eu me coloco a disposição de continuar isso agora, às equipes precisam conversar, as equipes diferentes, vocês precisariam chegar numa conclusão de como fazer, vocês tem que discutir, não sou eu que tenho que contar como fazer, é que nem a reunião aqui reunião administrativa, a gente pensa que a reunião de equipe é pra discutir casos e a reunião administrativa é pra coisas administrativas, papelada coisas não resolvidas, então vocês fiquem a vontade, vocês discutam como fica melhor e aí a gente combina pra fazer o que seria melhor, eu só acho que a gente não deveria perder um trabalho que começou, teve seus problemas, mas que agora a gente pode aparar as arestas e continuar de uma forma organizada, metódica (Encontro de restituição, 04 de Outubro de 2019).

É igual ele falou é conhecimento que a gente leva, tudo engrandece, tudo acrescenta, eu participei de todos os encontros, mas pra mim foi uma coisa nova [...]então assim eu vejo como na questão da gestante a gestante elas vem fazer exame porque é muito mais forte o motivo do pré-natal, mas em os outros pacientes, porque tem alguns que vem com sintomas aí some e aí vai a evolução secundária, terciária, então foi um conhecimento que eu adquiri e com certeza acrescentou e eu quero que continue que se continuar eu também posso entrar (Encontro de restituição, 04 de Outubro de 2019).

Foi possível observar através da análise feita a partir da devolutiva dos profissionais, que concordaram com os principais pontos abordados e enfatizaram mais uma vez a importância de continuidade do processo com a unidade.

De maneira geral a restituição produziu reflexões sobre todo o processo vivido, sobre a pesquisa, sobre o meu papel como pesquisadora e sobre as expectativas dos participantes. Os encontros com as equipes promoveram um ressignificar do sentido do apoio matricial, a partir da prática vivenciada.

Portanto, a implementação do Apoio Matricial da Vigilância Epidemiológica pode contribuir na perspectiva da melhoria do acesso e na qualidade das relações com os usuários, promovendo a autonomia do trabalhador de saúde a partir da reflexão frente ao seu processo de trabalho, a fim de se promover a articulação de redes de serviços, na busca de uma lógica diferente da atual e que se aproxima de outro modelo de gestão e de outra forma de atuar junto às equipes.

Pode-se dizer que as reflexões no trabalho por meio dos encontros realizados tensionam as práticas de saúde quotidianas, despertando sentimentos diversos durante o processo. Nesse sentido, o Apoio Matricial, voltado para situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho, coloca a equipe e o apoiador em um processo diferente de repensar suas ações frente a suas práticas cotidianas.

Temos como principal potencialidade a troca de saberes entre os profissionais de saúde refletindo frente ao lugar que ocupa e como está inserido nos níveis de atenção, favorecendo uma maior articulação e qualificação da rede de serviços que compõem o sistema de saúde. Mudança do olhar da vigilância para além da doença identificando pessoas inseridas em contextos sociais específicos.

Assim o Apoio Matricial mostrou-se um importante instrumento de articulação das equipes da ESF e a Vigilância Epidemiológica, proporcionando o compartilhamento e a troca de saberes, onde os profissionais puderam refletir e analisar suas práticas em relação ao acompanhamento das gestantes com diagnóstico de Sífilis no pré-natal.

Possibilitou a ampliação do conceito de Sífilis e seus desdobramentos o que oportunizou a compreensão por parte de toda equipe do diagnóstico, tratamento e acompanhamento das gestantes com diagnóstico de Sífilis, descentralizando o saber que muitas vezes fica centralizado na figura do médico, ou seja, a construção de um novo modelo dentro já existente, ampliando suas perspectivas e favorecendo a reflexão.

Acredita-se que, com isso, o olhar dos especialistas, como no caso o enfermeiro da vigilância epidemiológica na atenção primária, pode contribuir através da reflexão dos casos com as equipes, a fim de se proporcionar a resolubilidade às ações desses profissionais. E, por conseguinte, favorece também a aprendizagem a partir das situações concretas de trabalho.

Assim a partir dos encontros realizados pode-se observar o início do desenvolvimento da capacidade de autoanálise e autogestão dos processos onde puderam refletir sobre sua prática referente à temática abordada e foram elencadas em cada equipe estratégias partir da reflexão da prática cotidiana e que possibilitarão uma nova forma de fazer um novo olhar para a questão da Sífilis em gestantes.

Portanto, a implementação do Apoio Matricial da Vigilância Epidemiológica pode contribuir na perspectiva da melhoria do acesso e na qualidade das relações com os usuários, promovendo a autonomia do trabalhador de saúde a partir da reflexão frente ao seu processo de trabalho, a fim de se promover a articulação de redes de serviços, na busca de uma lógica diferente da atual e que se aproxima de outro modelo de gestão e de outra forma de atuar junto às equipes.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do objetivo proposto no estudo podemos identificar como principal potencialidade e como impacto primário a troca de saberes entre os profissionais de saúde refletindo frente ao lugar que ocupa e como está inserido nos níveis de atenção, favorecendo uma maior articulação e qualificação da rede de serviços que compõem o sistema de saúde. Mudança do olhar da vigilância para além da doença identificando pessoas inseridas em contextos sociais específicos.

O trabalho contribuiu para que as equipes pudessem refletir sobre sua prática, acionando a potência do trabalho interdisciplinar, a partir da valorização dos espaços de troca e de cogestão, o que reflete na transformação das práticas.

Outro efeito observado e que pode ser considerado uma potencialidade foi que houve uma maior aproximação e vínculo positivo com os membros da equipe, favorecendo a formulação de questões e discussões de casos. Também nos casos de gestantes com sífilis as equipes, a partir dos encontros realizados vêm se observando que a unidade vem encaminhando as fichas de notificação de modo mais adequadamente preenchido e telefonam antes de enviar, caso tenha dúvidas quanto ao preenchimento. Outro aspecto, é que além dos enfermeiros, outros profissionais como farmacêuticos e técnicos de enfermagem vêm realizando contato com a vigilância para a discussão de casos. Nota-se ainda adequação do tratamento medicamentoso, estando às equipes mais atentas ao tratamento da usuária e parceiro até a sua conclusão.

Como desafio destacou-se o tempo e a resistência que são analisadores e que auxiliaram a evidenciar aspectos implícitos nas instituições como a hierarquia e poder de alguns profissionais. Com o compartilhar das experiências e o refletir sobre a prática, pode-se ampliar as possibilidades de intervenções, construindo-se novos sentidos ao trabalho promovendo a melhoria no acesso e nas relações com os usuários.

Também se evidenciou como um desafio à atuação da Vigilância Epidemiológica de forma mais articulada com a Atenção Primária analisando em conjunto os principais agravos que acometem a população daquele território para que se possam propor em

conjunto formas de trabalhar com a população, sob a perspectiva da promoção da saúde com a população.

Como limite do estudo podemos destacar o envolvimento direto de apenas uma pessoa vinculada como a vigilância epidemiológica do município e indicamos a importância de que em próximas investigações sejam construídos dispositivos com os diversos gestores para o acompanhamento e análise do apoio matricial da vigilância epidemiológica junto às equipes de saúde da atenção básica.

Portanto identificamos como produto o Apoio Matricial da Vigilância Epidemiológica as equipes de Saúde da Família enquanto uma tecnologia social pode ser implementada por outras equipes em outros serviços, pois favorece o compartilhamento de experiências e promovendo reflexões sobre a prática e ampliação das possibilidades de intervenções, construindo-se novos sentidos ao trabalho.

Como aplicabilidade na prática temos à proposta a continuidade dos processos iniciados e com a ampliação de outros temas a partir das demandas das equipes oportunizando por meio dos espaços coletivos a reflexão frente aos casos complexos que nos deparamos em nosso dia a dia e que se faz necessário um repensar a fim de se promover a integralidade do cuidado e de articularmos redes de apoio.

Compreendo que houve avanços, sobretudo na formação de vínculo entre as equipes de saúde da família e a vigilância epidemiológica, mas este é um processo contínuo e para o fortalecimento destas relações há que se dar continuidade ao que foi iniciado durante esta pesquisa.

Ainda há um longo caminho a percorrer, mas a partir deste projeto se pode experimentar a criação de espaços de escuta e por meio do tema desta pesquisa entre os profissionais da unidade e da vigilância epidemiológica, espaços que evidenciaram inquietações que quando colocadas em análise, podem ser transformadas em ações concretas e refletir em melhoria dos serviços.

9. REFERÊNCIAS

9.REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. Arranjos conceituais para a gestão em saúde a partir da Análise Institucional: relação entre gestão e subjetividade nas equipes de saúde. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 315-332.

AMORIM, L. D. A.; SILVA, T. L.; FARIA, H. P. D.; MACHADO, J. M. H.; DIAS, E. C. Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3403-3413, 2017. Disponível em: Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v33/0102-3772-ptp-33-e33316.pdf> Acesso em: 01 dez 2019.

ARAÚJO, C. M.; OLIVEIRA, M. C. S. L.; ROSSATO, M. O sujeito na pesquisa qualitativa: desafios da investigação dos processos de desenvolvimento. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 33 p. 1-7, 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v33/0102-3772-ptp-33-e33316.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. 3 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1996.

BERTOLOZZI, M. R.; FRACOLLI, L. A. Vigilância à saúde: alerta continuado em saúde coletiva. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 14-20, 2004.

BERGER, P.; BERGER B. O que é uma instituição social? In: FORACHI, M.; MARTINS, J. S. **Sociologia e Sociedade**. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos, p. 193-199, 1978.

BOWEN V. et al. Increase in incidence of congenital syphilis—United States, 2012–2014. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, v. 64, n. 5, p. 1241-5, 2015. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6444a3.htm>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.html Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Ofício de encaminhamento do Plano, enviado pelo Dr. Aloysio de Salles Fonseca, presidente do CONASP ao Ministro da Previdência e Assistência Social. **Reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social**, 1983. Disponível em:

<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD14MAI1983.pdf> Acesso em 29 de Set 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica 1/96. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília DF, 05 nov. 1996. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 10 Out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto VIGISUS**: Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 1998. 203p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.172 de 15 de junho de 2004. Regulamenta a **NOB SUS 01/96** no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, 15 jun. 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1172_15_06_2004.html Acesso em 14 Dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>. Acesso em 07 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil Brasília: Gabinete do Ministro. Seção 1, p. 47-50, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b. 72 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. **Manual de gestão da vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 80 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 108 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) eo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, n. 204, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 07 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Relatório de cobertura da Saúde da Família**. 2015b. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>.

Acesso em: 07 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.** Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 25 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília DF, 21 set. 2017. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 10 Out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Sífilis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/> Acesso em: 13 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. **Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.** Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180> Acesso em: 10 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 248 p. Disponível em:

<<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>>. Acesso em: 12 jan. 2020.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention (US). Sexually transmitted disease surveillance 2012. **Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services**. 2014. Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/stats12/surv2012.pdf> Acesso em: 27 dez. 2017.

CDPH. California Department of Public Health. **STD Data Tables**. Disponível em: <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/CDPH%20Document%20Library/STD-Data-All-STDs-Tables.pdf> Acessado em: 27 de dezembro de 2017.

CAMPOS C. E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a18v08n2.pdf>>. Acesso em: 26 abr 2019.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de Referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2019.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.2, pp. 399-407, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2019.

CAMPOS, G.W.S; AMARAL, M. A. A. clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007> Acesso em: 18 jun. 2019.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS G. W. S. CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2013.

CAMPOS, G. W. S.; FIGUEIREDO, M. D. O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 1, n. 18, p. 931-43, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0931.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

CAMPOS G.W.S. GUERRERO A.V.P. Manual de Práticas da Atenção Básica. Saúde ampliada e compartilhada, **Cad. Saúde Pública**, v. 27. n. 4, p. 817-821, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/21.pdf> Acesso em: 31 mar. 2018.

CASTRO C. P. D. OLIVEIRA, M. M. D. CAMPOS, G. W. D. S. Apoio matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016, v. 21, n. 5. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n5/1625-1636/> Acesso em: 21 nov 2019.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2019.

DO PROGRAMA, Coordenação. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 768-72, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000400026> Acesso em 29 ago 2019.

DOBIES D. V; L'ABBATE, S. A resistência como analisador da saúde mental em Campinas (SP): contribuições da Análise Institucional. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 120-133, jul./set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0120.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2019.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. Aproximações teóricas acerca da Vigilância à Saúde: um horizonte para a integralidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 422-427, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023838012> Acesso em: 31 mar. 2018.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.44, n. 3, set. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300034> Acesso em: 31 mar. 2018.

FERNANDES, J. A.; FIGUEIREDO, M. D. Apoio institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas, **Physis**, v. 25, n. 1, p. 287-306, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n1/0103-7331-physis-25-01-00287.pdf> Acesso em: 27 set. 2019.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental e atenção Básica à Saúde: o Apoio Matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78-79-80, p. 143-149, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773014>>. Acesso em: 09 out. 2019.

FORTUNA, C. M. et al. Movimentos da educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 411-420, Abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200025&lng=en&nrm=iso Acesso em: 19 jan. 2020.

FORTUNA, C. M. et al. Uma pesquisa socioclínica na França: notas sobre a Análise Institucional. **Fractal Rev. Psicol.**, v. 26, n. 2, p. 255-266, mai./ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v26n2/1984-0292-fractal-26-02-00255.pdf> >. Acesso em: 06 fev. 2019.

GOLDBAUM, M. Vigilância da saúde. In: **Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica**, Brasília, 1993. Anais. Brasília, FNS/CENEPI.

GOMES, K. O. et al. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 881-892, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a20v16s1.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2019.

GONÇALVES, M. L.; ALMEIDA, M. C. P.; GERA, S. C. A municipalização da vacinação em Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 79-87, jan./mar. 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n1/1601.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2019.

GUATTARI, F. A Transversalidade. In: GUATTARI, F. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. 2 ed. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 88-105.

HENRIQUES, C. M. P. As diferentes visões filosóficas e abordagens científicas sobre a vigilância em saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, v. 10, n. 2, p. 87-93, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13164/14971>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico, **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3791-3798, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63031699015> Acesso em: 31 mar. 2018.

LAZARINO, M. D. S. A.; SILVA, T. L.; DIAS, E. C. Apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 44, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v44/2317-6369-rbso-44-e23.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2019.

L'ABBATE, S. Santé collective et analyse institutionnelle : conditions d'interaction. In: MONCEAU, G. ; NASCIMENTO, M. L. (Orgs.) **Education, médecine et action sociales: de la recherche clinique au politique**. Université Paris-VIII (Saint Denis), 2002. p. 51-64.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a19v08n1.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2019.

L'ABBATE, S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. **Mnemosine**, v. 8, n. 1, p. 194-219, 2012. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41580/pdf_232>. Acesso em: 19 ago. 2019.

L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec Editora, 2013. p. 91-103.

LAPASSADE, G. El analizador y el analista. Barcelona: GEDISA, 1979.

LEITE, I. C. et al. Análise das implicações dos profissionais da saúde na formação pedagógica de uma Escola Técnica de Saúde: um estudo socioclínico institucional, **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 6, p. 2642-4, 2017. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23434/19129>>. Acesso em: 11 ago. 2019.

LOURAU, R. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro, **UERJ**, 1993, 115 p.

_____. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ. **René Lourau** na UERJ. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 77-92. 2007. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/issue/view/2069>>. Acesso em: 01 dez. 2018.

_____. Implicação: um novo paradigma? In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 246-258.

LOURAU, R. A Análise Institucional. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. 328 p.

LUCAS, M. C. V. et al. A experiência de apoio institucional no projeto de resposta rápida ao enfrentamento da sífilis nas redes de atenção à saúde. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, v. 9, n. 2, p. 09-25, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/18679/12013>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

LUNARDI V. L. et al. Processo de trabalho em enfermagem/saúde no Sistema Único de Saúde, **Enfermagem em foco**, v. 1, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/20/21>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

MARASCHIN, M. S; CARRARO, T. E. Vigilância Epidemiológica. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.6, n.1, p.25-31, 2001. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44901/27333>>. Acesso em: 13 jul. 2019.

MEDEIROS, R. H. A. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1165-1184, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n4/0103-7331-physis-25-04-01165.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2019.

MELO, L. M. F. et al. Características do apoio institucional ofertado às equipes de atenção básica no Brasil, **Trab. Educ. Saúde**, v. 15, n. 3, p. 685-708, set./dez. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n3/1678-1007-tes-15-03-0685.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2019.

MELLO, A. L. et al. (Re) pensando a educação permanente com base em novas metodologias de intervenção em saúde. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 33, n. 3, oct. 2017. Disponível em: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1104/285>. Acesso em: 31 mar. 2018.

MENDES, L. M. Implementação de atividades e ações de prevenção de doenças e agravos e de promoção da saúde junto à população de Ribeirão Preto-SP, 2017. **Relatório Final do Programa Unificado de Bolsa, edital 2016-2017**. Pró-reitoria de Graduação da Universidade de São Paulo. 2017.

MENDES, R.; PEZZATO, L. M.; SACARDO, D. P. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1737-1745, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1737.pdf> Acesso em: 31 mar. 2018.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MICHAELIS. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa, 2019. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/>. Acesso em: 05 jan. 2019.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2.133–2.144, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

MONCEAU, G. Le concept de résistance en éducation. **Pratiques de formation**, 1997, v. 33, p. 47-57.

MONCEAU, Gilles. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal: revista de psicologia**, 2008, 20.1: 19-26.

MONCEAU, G. A socioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. L'abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, organizadores. **Análise institucional e saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, p. 91-103, 2013.

MONCEAU, G. Técnicas socioclínicas para a análise institucional das práticas sociais. **Psicologia em Revista**, 2015, 21.1: p. 197-217.

NEWMAN, L. et al. Estimativas globais de sífilis na gravidez e desfechos adversos associados: análise de dados de vigilância pré-natal multinacional. **PLoS Med** v. 10, n. 2, 2013.

OLIVEIRA, G. N. Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008, p. 273-282.

OLIVEIRA, C. C. M.; CASANOVA, A. O. A Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 929-936, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/29.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2020.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios, **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00255.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2020.

PAHO. Pan American Health Organization. **Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in Latin America and the Caribbean**. Washington: PAHO, 2009.

PÊGO, R. A.; ALMEIDA, C. M. Teoria y práctica de las reformas de los sistemas de salud: los casos de Brasil y Mexico. **Cad Saúde Pública**, v. 4, p. 971-89, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n4/10180.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2019.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva.

Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 21, p. 1297-1314, 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/physis/2011.v21n4/1297-1314/> Acesso em: 30 out 2018.

PEZZATO, L. M.; PRADO, G. V. T. Pesquisa-ação e pesquisa-intervenção: aproximações, distanciamentos, conjugações. **Análise institucional e saúde coletiva no Brasil**, p. 149-179, 2013.

QUATRIN, B. E.; SOUZA, M. H. T. Práticas de enfermagem acerca do controle da sífilis congênita. **Revista online de pesquisa Cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 10. n. 3, p. 19-24, 2018. Disponível em:

<<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7596/6581>>.

Acesso em: 22 out. 2019.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises.

Psicol. cienc. prof.; v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n4/v23n4a10.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2019.

RODRIGUES, P. H.; SANTOS, I. S. **Saúde e cidadania**: uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Atheneu, 2011.

ROMAGNOLI, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista, **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte v. 26, nº 1, jan./abr. 2014. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/06.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2019.

ROSSI, A.; PASSOS, E. **Análise institucional**: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Rev Epos**, v. 5, n. 1, p. 156-81, 2014. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2014000100009&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 17 abr. 2019.

SAVOYE, Antoine. Análise Institucional e pesquisas sócio-históricas: estado atual e novas perspectivas. *Mnemosine*, vol 3, nº 2, pp. 181-93, 2007. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/viewFile/41329/pdf_110 Acesso em: 15 set. 2019

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS-SP. **Guia de Bolso Para o Manejo da Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita**. 2ª edição, São Paulo, 2016.

SILVA, C. R. A. **Acolhimento: uma construção transversal, ética, estética e política na saúde**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Rio Grande, 2009. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/3005/carlasilva.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 14 mai. 2019.

SMPGPRP. Prefeitura Municipal. Lei nº 4476, de 26 de abril de 1984. **Autoriza a prefeitura municipal a aderir ao convênio nº7/83, celebrado entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde e o INAMPS, de um lado, e o Governo do Estado de São Paulo, de outro, para implantação e execução do Programa de Ações Integrals de Saúde**. Ribeirão Preto, São Paulo, 1984. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/J321/pesquisa.xhtml?lei=18175> acesso em: 15 Set. 2019

SMSRP. Secretaria Municipal de Saúde. **Lei nº 5194, de 27 de novembro de 1987**. . Ribeirão Preto, São Paulo, 1987. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/legislacao-municipal/pesquisa.xhtml?lei=16501> Acesso em 13 dez 2018.

SMSRP. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. **Dados de Sífilis, 2018**. Ribeirão Preto, São Paulo, 2019. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/dados-sifilis.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2019.

SMSRP. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. . Ribeirão Preto, São Paulo, 2019a. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/pms-rp-2018-2021.pdf>. Acesso em 30 out. 2019.

SMSRP. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. **Unidades de Saúde**. . Ribeirão Preto, São Paulo, 2019b. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/vigep/i16indice.php> Acesso em: 28 set. 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TAROCO, A. P. R. M. et al. Currículo Orientado por Competência para a Compreensão da Integralidade, **Revista Brasileira de Educação Médica** v. 41, n. 1, p. 12-21, 2017.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n1RB20150021>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção a saúde no SUS. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. (Orgs.). **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: Edufba, 2006. p. 59-83.

VILLA, T. C. S. et al. A Vigilância Epidemiológica e a perspectiva de trabalho no território - Secretaria Municipal de Saúde - Ribeirão Preto, **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.1, jan. 2002. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n1/7767.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2019.

WALDMAN, E. A. **A vigilância epidemiológica como prática de Saúde Pública**. 1991. 228 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

WALDMAN, E. A. Os 110 anos de Vigilância em Saúde no Brasil, **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 365-366, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v21n3/v21n3a01.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2019.

WHO. World Health Organization. Declaração de Alma-Ata. In: **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata: URSS, 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf> Acesso em: 14 abril. 2019.

WHO. World Health Organization. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**. Genebra: OMS; 2008. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43782/9789248595851_por.pdf?sequence=4. Acesso em: 15 mar. 2019.

WHO. World Health Organization. **Global Strategy for the Prevention and Control of Sexually transmitted infections: 2006-2015 breaking the chain of transmission**. Geneva: WHO, 2007.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Sr(a): _____

Estamos convidando o(a) sr(a) a participar, voluntariamente, da pesquisa Sífilis em gestantes e o apoio matricial da vigilância epidemiológica na atenção primária: potencialidades e desafios, sob a responsabilidade do pesquisador Fabiana Carla Pontim Catani, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

O(A) sr(a) está sendo convidado a participar de encontros de Apoio Matricial e esta pesquisa tem por objetivo geral refletir sobre as potencialidades e os limites do apoio matricial aos enfermeiros da atenção básica realizado pela Vigilância Epidemiológica para o acompanhamento das gestantes com diagnóstico de Sífilis no Distrito de Saúde Sul.

Caso concorde, serão realizados encontros semanais com o(a) sr(a), com data, horário e local estabelecidos previamente. A duração de cada encontro será de 60 a 120 minutos, aproximadamente. Os encontros também serão gravados em mídia digital para transcrição em outro momento e o pesquisador fará anotações em diário de campo durante a reunião.

Todo o material registrado estará a sua disposição no momento em que desejar e ficará sob a guarda e responsabilidade do pesquisador por um período de cinco anos após o término dessa pesquisa, sendo destruído posteriormente. As informações/opiniões emitidas pelo (a) sr (a) serão tratadas de forma anônima no conjunto das demais pessoas que participarem do estudo. Ainda, a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento, e deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Ressaltamos que durante a participação, o(a) sr (a) terá como possível risco, o desconforto ao se deparar com situações difíceis do seu trabalho e ter que analisá-las com os demais participantes, podendo por vezes identificar lacunas em seus conhecimentos e habilidades para realizá-lo. Contudo, esclareço que o desconforto ao qual poderá estar exposto(a) será o de expressar sua opinião e também ouvir os presentes no grupo, o que poderá causar tensões, especialmente se houver diferenças de opiniões entre os participantes. Em caso de desconforto, solicitamos, preferencialmente, que o manifeste no próprio grupo, pois esse desconforto poderá ser também de outros participantes e, assim, o problema ou dificuldade poderá ter uma solução no próprio grupo, ou seja, o pesquisador utilizará estratégias de mediação para a superação das dificuldades identificadas, amenizando os possíveis desconfortos e também promoverá a atualização de conhecimentos identificados como necessários. O (A) sr (a) poderá também manifestar seu desconforto particularmente ao pesquisador pessoalmente ou através do telefone abaixo indicado, para as devidas providências. A participação na pesquisa lhe proporcionará benefícios através da vivência grupal com uso de algumas estratégias que facilitam o trabalho em saúde, tais como o diálogo, a comunicação e o enfrentamento de obstáculos no trabalho. O (A) sr (a) poderá se apropriar de conceitos e estratégias de trabalho com o intuito de aperfeiçoar suas ações no campo de atenção a gestante com diagnóstico de Sífilis. Os resultados da pesquisa serão publicados na forma de uma dissertação de mestrado e de trabalhos científicos divulgados em eventos científicos como congressos, revistas científicas e para os trabalhadores da Atenção Básica. Se o (a) sr (a) aceitar o convite para participar da pesquisa, esclarecemos que não está previsto pagamento por esta participação, também não haverá nenhuma despesa financeira ao sr (a). Caso

ocorra algum dano decorrente de sua participação nessa pesquisa, poderá haver indenização conforme as leis vigentes no país. Caso tenha qualquer dúvida, a qualquer momento, o(a) sr (a) poderá ser esclarecido(a) diretamente com o pesquisador responsável. Caso concorde em participar, uma via original deste termo de consentimento assinada será entregue ao(a) sr (a). Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, Protocolo (). Caso tenha necessidade, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, órgão que tem por objetivo proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados, pelo telefone (016)3315-9197, Dias úteis – das 10h às 12h e das 14h às 16h. Agradecemos sua colaboração e ressaltamos a importância de sua participação nesta pesquisa para produção de conhecimentos em saúde.

As informações/opiniões/imagens emitidas pelo(a) sr(a) serão tratadas de forma anônima no conjunto das demais pessoas que participarem do estudo. Ainda, a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento, e deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

Fabiana Carla Pontim Catani (16)992698261 Rua: Nabuco de Araújo, nº 72, Vila Virgínia; Ribeirão Preto – SP, e-mail: fabianacatani@usp.br

Fabiana Carla Pontim Catani

fabianacatani@usp.br

Eu _____, aceito participar da pesquisa Sífilis em gestantes e o apoio matricial da vigilância epidemiológica na atenção primária: potencialidades e desafios.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante _____

APÊNDICE B**Caso 1 – Equipe A**

Gestante T.J.S.S 16 anos compareceu a unidade em sua consulta agendada para iniciar seu pré-natal após a realização dos exames solicitados pela enfermeira em sua consulta anterior.

Exames solicitados:

09/08/17 PN - Sífilis TP: 33,15 - VDRL: 1/32

Classificação Clínica:

() Primária () Secundária () Terciária (**X**) Latente

Tratamento Prescrito:

Realizada Penicilina Benzatina 2,4 milhões, IM, semanal, por 3 semanas, dose total 7,2 milhões UI, IM nas datas: 04,11 e 18/07/2017.

Parceiro tratado concomitantemente á gestante

() SIM (**X**) NÃO

Exames posteriores realizados:

10/11/17 VDRL – Controle de cura: 1/16

23/11/17 VDRL – Controle de cura: 1/16

17/01/18 VDRL – Controle de cura: 1/8 e 30/05/2018 – Controle de cura: 1/4

Introdução à Atividade

Á partir do caso: “Identificar aspectos importantes para a construção de um Cuidado Integral à Gestante com diagnóstico de Sífilis em acompanhamento na unidade”

“Qual contribuição posso oferecer para o acompanhamento do caso, enquanto enfermeiro e equipe de enfermagem, agente de saúde, médico, dentista e equipe odontológica, farmacêutico e equipe de farmácia, recepção”.

Caso 2 – Equipe B

Gestante M.A.J 22 anos compareceu a unidade em sua consulta agendada dia 30/01/2019 para iniciar seu pré-natal após a realização dos exames solicitados pela enfermeira em sua consulta anterior.

Exames solicitados:

30/01/2019 **Sífilis TP:** 24,51 e **VDRL:** 1/8 em 30/01/2019

Teste Rápido para Sífilis: não realizado

Classificação Clínica:

(☐) Primária (☐) Secundária (☐) Terciária (☒) Latente

Tratamento Prescrito:

Realizada Penicilina Benzatina 2,4 milhões, IM, semanal, por 3 semanas, dose total 7,2 milhões UI, IM. Nas datas **31/01/2019 e 07 e 13/02/2019**

Parceiro tratado concomitantemente á gestante

(☒) SIM (☐) NÃO

Realizado tratamento nas datas: **30/01/2019, 06 e 13/02/2019.**

Realizou PN parceiro **21/01/19 TP** 22,74 e VDRL: 1/4 e tratamento **31/01/2019, 07 e 13/02/2019**

Exames posteriores realizados:

Não

Introdução à Atividade

Á partir do caso: “Identificar aspectos importantes para a construção de um Cuidado Integral à Gestante com diagnóstico de Sífilis em acompanhamento na unidade”

“Qual contribuição posso oferecer para o acompanhamento do caso, enquanto enfermeiro e equipe de enfermagem, agente de saúde, médico, dentista e equipe odontológica, farmacêutico e equipe de farmácia, recepção”.

Caso 3 – Equipe C

Gestante J.S.N 26 anos compareceu a unidade em sua consulta agendada em 31/01/2019 para iniciar seu pré-natal após a realização dos exames solicitados pela enfermeira em sua consulta anterior.

Exames solicitados:

21/01/2019 - **Sífilis TP:** 8,54 e **VDRL:** Não reagente

Teste Rápido para Sífilis: Reagente

Classificação Clínica:

() Primária () Secundária () Terciária (**X**) Latente

Tratamento Prescrito:

Realizada Penicilina Benzatina 2,4 milhões, IM, semanal, por 3 semanas, dose total 7,2 milhões UI, IM. Nas datas **31/01/2019, 07 e 13/02/2019**

Parceiro tratado concomitantemente á gestante

(**X**) SIM () NÃO

Realizado PN do parceiro 21/01/2019 – TP não reagente

Realizado tratamento nas mesmas datas da Gestante **31/01/2019, 07 e 13/02/2019**

Exames posteriores realizados:

Não

Introdução à Atividade

Á partir do caso: “Identificar aspectos importantes para a construção de um Cuidado Integral à Gestante com diagnóstico de Sífilis em acompanhamento na unidade”

“Qual contribuição posso oferecer para o acompanhamento do caso, enquanto enfermeiro e equipe de enfermagem, agente de saúde, médico, dentista e equipe odontológica, farmacêutico e equipe de farmácia, recepção”.

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
Centro Coordenador da CAPAD/ONS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3910 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 13060-970
Fone: (16) 3374-1000 - (16) 3374-2001 - Fax: (16) 3374-2008
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 004/2019, de 01/02/2019

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 29 de janeiro de 2019.

Protocolo CAAE: 02892118.9.0000.5393

Projeto: Sífilis em gestantes e o apoio matricial da vigilância epidemiológica na atenção primária: potencialidades e desafios

Pesquisadores: Fabiana Carla Pontim Catani
Cinira Magali Fortuna (orientadora)

Em atendimento às normativas éticas vigentes, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, deverão ser encaminhados ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Cinira Magali Fortuna
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP