

LILIAN DE SANTANA FARIAS SANTOS

Estratégia do apoio em saúde: uma contribuição narrativa de quem apoia

São Paulo

2018

LILIAN DE SANTANA FARIAS SANTOS

Estratégia do apoio em saúde: uma contribuição narrativa de quem apoia

Versão Corrigida

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

Orientadora: Profa. Dra. Simone Rennó Junqueira

São Paulo

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

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

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

Santos, Lilian de Santana Farias.

Estratégia do apoio em saúde: uma contribuição narrativa de quem apoia / Lilian de Santana Farias Santos. ; orientador: Simone Rennó Junqueira -- São Paulo, 2018.

63 p. fig. : 30 cm.

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

Versão corrigida

1. Apoio ao planejamento em saúde. 2. Apoio social - odontologia. 3. Serviços de saúde – odontologia. 4. Serviços de saúde bucal. I. Junqueira, Simone Rennó. II. Título.

Santos LSF. Estratégia do apoio em saúde: uma contribuição narrativa de quem apoia. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: 20 / 06 /2018

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). Henriette Tognetti Penha Morato

Instituição: Universidade de São Paulo Julgamento: Aprovada

Prof(a). Dr(a). Maristela Vilas Boas Fratucci

Instituição: Universidade de São Paulo Julgamento: Aprovada

Prof(a). Dr(a). Rosemarie Andrezza

Instituição: Universidade Federal de São Paulo Julgamento: Aprovada

Ao Teodoro.

AGRADECIMENTOS

A Prof^a. Dr^a. Simone Rennó Junqueira, minha orientadora, pelos direcionamentos, contribuições e acompanhamento neste processo.

As minhas irmãs, pelo carinho, atenção e acolhimento nos momentos de fraqueza.

Ao meu companheiro, pela paciência e compreensão deste período.

Aos meus pais, sempre.

[.....]

O processo é lento
O desapego do resultado é importante
O processo é lento
O caminhar contínuo nessa *vibe* deve ser o *modus operandi*
Rápido se faz um aterro pra cobrir o mar
Lento o mar retoma de vez o seu lugar
Rápido se derruba uma árvore secular
Lento desenvolve-se uma planta curativa
Rápido a violência tenta se justificar
Lento se percebe aonde tudo isso vai chegar
Rápido o mundo acelera sua degradação
Lento, o novo pensamento vai dando sinais sutis da sua existência
Processo de justiça (lento), educação (lento),
Processo é lento de informação (lento)
Percepção (lento)
Aprendizado (lento)
Processo é lento de evolução (lento)
Processo quase eterno de repetição, irmão
É por isso que eu digo, leva fé
A parada é essa, não tem outra
O negócio é seguir no melhor estilo conta-gotas
“Numa relax, numa tranquila, numa boa”
Dentro das possibilidades, procurar a melhor opção
O processo é lento
Realidade não é sempre o que parece
O processo é lento
Aceitação e compreensão da situação baixa consideravelmente a taxa de stress
O processo é lento
Só segue quem se fortalece
Pega a resposta pra si, e é isso aí
O processo é lento
Sem ficar de *guerri-guerri*, sem ficar de *ti-ti-ti*
O processo é lento
Porque o processo é lento, mas é assim que a gente vai pra frente, “*cumpadi*”
O processo é lento
Procurando uma melhoria, um futuro um pouco mais decente
O processo é lento
É, o processo é lento, mas “tamo” nessa
Tá junto, tá junto.

O Processo – BNegão

RESUMO

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

O presente trabalho tem como objetivo refletir sobre o papel do Apoiador em Saúde no Município de São Bernardo do Campo, descrevendo as experiências vividas por uma apoiadora no período de 2010 a 2016, identificando as potencialidades e dificuldades desta estratégia. Este modelo de apoio instituído no município em 2010, visava o trabalho de forma articulada com as equipes de Estratégia Saúde da Família, atuando tanto no apoio matricial quanto nos processos de trabalho e para fortalecer a integralidade na construção do cuidado em rede, onde o apoiador seria um meio pelo qual os trabalhadores e os serviços de saúde e intersetoriais estabelecessem uma relação de forma horizontal entre os pontos de atenção. Através da pesquisa qualitativa, com uso da narrativa, a autora descreve sua atuação nos espaços coletivos ao qual participava, locais potentes para os apoiadores exercerem seu papel, mas, também, locais de disputas e conflitos.

Palavras-chave: Educação Permanente. Equipes de Administração Institucional. Sistema Único de Saúde (SUS). Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Pesquisa Qualitativa. Narrativa.

ABSTRACT

Santos LSF. Health support strategy: a narrative contribution of those who support [dissertation professional]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2018. Corrected Version

The current work's objective is to show the role of a Health Supporter Agent in the county of São Bernardo do Campo, describing experiences lived by a Health Supporter Agent during the periods of 2010 to 2016, identifying the potentialities and difficulties of the given strategy. This support model introduced in the county in the year of 2010, aims to work in an articulated way with the Family's Health Strategy teams, working both on matrix support and also work processes, to strengthen the integrity on building the care net, where the supporter would be a middle point, on which the workers and the health services establish a relationship in a horizontal form between the attention points. Through qualitative research, using the narrative, the author describes her performance in the collective spaces to which she participated, powerful places for the supporters to play their role, but also, places of disputes and conflicts.

Keywords: Education Continuing. Institutional Management Teams. Unified Health System. Health Services. Primary Health Care. Qualitative Research. Narrative.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSIJ	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
eAB	Equipe de Atenção Básica
eSF	Equipe de Saúde da Família
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFA	Estratégia Saúde da Família Ampliada
HC	Hospital de Clínicas
HMU	Hospital Municipal Universitário
HPSC	Hospital e Pronto Socorro Central
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SBC	São Bernardo do Campo
SEH	Serviços de Emergências Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	JUSTIFICATIVA	15
3	METODOLOGIA	20
4	CENÁRIOS	23
4.1	REUNIÃO DE EQUIPE.....	23
4.2	REUNIÃO GERAL.....	29
4.3	EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS APOIADORES.....	33
4.4	EDUCAÇÃO PERMANENTE DE TERRITÓRIO.....	38
4.5	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.....	44
4.6	KANBAN.....	47
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
	REFERÊNCIAS	56
	Projeto de Intervenção	60

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde tem reafirmado o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política que atravessa as diferentes ações e instâncias, englobando os diferentes níveis e dimensões da atenção e da gestão. A Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder. Operando com o princípio da transversalidade, lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada.

Pensar na gestão do SUS, requer repensarmos o próprio movimento de reformas no sistema de saúde brasileiro que desencadeou em mudanças com base em um conjunto de elementos de natureza doutrinária e organizacional, o que gerou a incorporação de princípios e diretrizes na Constituição brasileira de 1988 e na legislação, com a qual constituíram o arcabouço legal para o SUS. A expressão “único”, conforme já procurava definir a Lei 8.080 deve ser entendida como um conjunto de elementos de natureza doutrinária ou organizacional, comuns aos diversos modelos ou sistemas de saúde existentes ou que possam vir a existir. Do ponto de vista doutrinário, estaria englobando a universalidade, a equidade e a integralidade e, do ponto de vista organizacional, a descentralização, a regionalização e o controle social.

Como se pode verificar, o desenho de mudanças pretendidas, não estava associada à implementação de um modelo organizacional único, mas de arranjos institucionais, com base na realidade e nas potencialidades locais.

Neste sentido, desde 2009, o município de São Bernardo do Campo, no estado de São Paulo, vem apostando na produção do cuidado e de novos arranjos

para a rede de saúde com a mudança do modelo de saúde da Atenção Primária tradicional para a Estratégia Saúde da Família Ampliada (ESFA), onde há profissionais (pediatra, ginecologista e clínico) compondo a equipe mínima proposta pelo Ministério da Saúde em todo o município. Para além da Estratégia Saúde da Família (ESF), havia uma forte aposta da Gestão na criação de espaços coletivos e dispositivos de conexão entre os departamentos, serviços, gestores, trabalhadores e usuários, afim de fomentar a transversalidade e mudar a estrutura vertical/hierárquica de sua organização, para isso, fez uso da estratégia do apoio como uma ferramenta para a construção do trabalho em rede e para análises das práticas em saúde, usando do apoio institucional, matricial e apoio de redes de atenção.

Segundo as diretrizes propostas pela Política Nacional de Humanização (PNH), o apoio institucional como estratégia de cogestão busca ampliar a conversa entre gestores, trabalhando com a valorização do trabalho e do trabalhador incluindo os usuários que habitam os espaços; o apoio é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde (Brasil, 2010).

É uma lógica, uma metodologia, por meio da qual se pretende desconstruir a ideia de que uma supervisão, um “super-olhar”, uma “cabeça pensante” externa iria, sem envolvimento com o espaço- tempo institucional e com o cotidiano dos serviços, prover os corpos executantes de respostas apuradas. Ao contrário, o apoio institucional tem como objetivo-chave justamente o de construir espaços de análise e interferência no cotidiano, potencializando análises coletivas de valores, saberes, fazeres e, desse modo, implementar e mudar práticas. O apoiador deve ter capacidade de formar espaços coletivos de gesto para pensar a rede e se pensar o SUS (Passos, 2006).

Para Campos e Domitti (2007), o apoio institucional é um recurso metodológico que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão. Trata-se de um modo para fazer cogestão. Pressupõe postura interativa, tanto analítica quanto operacional. Não se trata de uma proposta que se busque suprimir outras funções gerenciais, busca um modo complementar para realizar essas funções e, em particular, altera a maneira de realizar coordenação, planificação, supervisão e avaliação de trabalho. O apoio, segundo o mesmo autor, parte do princípio de que as funções de gestão se exercem entre sujeitos, pressupõe a cogestão, isto é,

negociação, mediação de conflitos, composição articulada de projetos e planos e também ajuda para que os agentes consigam cumprir com os vários compromissos.

Quanto ao apoio matricial na saúde, para Campos (1999; 2000) ele pode se dar tanto por um único profissional quanto por uma equipe multiprofissional, cujo objetivo é assegurar a retaguarda especializada a uma equipe de referência – que tem o papel de conduzir um caso individual, familiar ou comunitário ao longo do tempo.

Entende-se a proposta de apoio matricial como uma estratégia para reorientação das práticas de cuidado mediante as ofertas de conhecimento dos diversos núcleos profissionais. Neste contexto é que se opera a passagem de um modelo pautado na atenção fragmentada, comum à racionalidade biomédica, para um modelo que reconheça, de forma interdisciplinar, as necessidades de saúde e seus condicionantes sociais e biológicos.

As redes em saúde são constituídas por vários atores. Podemos afirmar que existem características importantes na constituição dessa inter-relação, contexto que permite que se entendam tais relações como uma rede rizomática, trazendo para o campo relacional da saúde conexões capazes de tentar construir uma rede de potencialidades e possibilidades de vida. Franco (2006) buscou no texto introdutório intitulado Rizoma, que Deleuze e Guattari escreveram na obra *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, de 1996, subsídios para pensar a questão. Os autores se utilizam dessa figura da botânica para se referir a sistemas abertos de conexão que transitam no meio social através de agenciamentos diversos, isto é, produzindo novas formações relacionais sobre as quais se constroem o meio social onde cada um está inserido. As conexões compõem o primeiro princípio de Deleuze e Guattari, que afirmam que um ponto de um rizoma – e, por analogia, de uma rede – pode ser conectado a qualquer outro. Atualmente, porém, existe uma rede de cuidado presa à lógica burocrática, que acaba por direcionar os fluxos de cuidado em um único sentido, deixando de valorizar as necessidades particulares dos usuários. As redes se formam, em certo sentido, sobre uma suposta linha de cuidado que se dá nos projetos terapêuticos, isto é, no conjunto de atos pensados para resolver determinado problema de saúde de um usuário.

Bertussi (2010) aponta uma concepção de apoio matricial rizomático que se constitui na micropolítica do encontro entre apoiador e as equipes de saúde,

mobilizando distintas ofertas, relacionadas à organização do processo de trabalho e à produção do cuidado, de acordo com as necessidades das equipes, reconhecendo a mútua constitutividade entre a produção e gestão do cuidado. Assim, o apoiador procura criar espaços de encontros que favoreçam o diálogo e a pactuação entre gestão e trabalhadores, entre os trabalhadores e entre trabalhadores e usuários – tanto incidindo sobre a organização dos processos de trabalho, como sobre a produção do cuidado em si.

No âmbito da produção do cuidado pode possibilitar agregação e combinação de diferentes saberes e tecnologias para enfrentar a complexidade e desestruturação dos problemas de saúde, favorecendo a construção de redes de conversação.

A proposta do apoiador como articulador de rede, aposta na ideia de redes de ações e serviços de saúde como uma cadeia de cuidado progressivo, no qual se considerem a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores para garantir a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde.

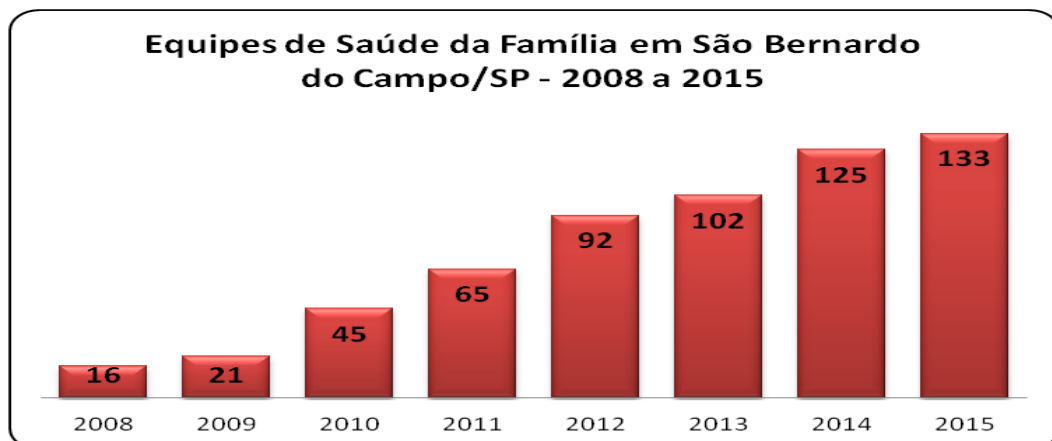
O apoiador seria o meio pelo qual os trabalhadores e os serviços de saúde e intersetoriais estabelecessem uma relação dialética de forma horizontal entre os pontos de atenção, objetivando o cuidado contínuo e integral e o acompanhamento do usuário durante seu percurso nos serviços de saúde, diminuindo a fragmentação do cuidado, tornando-se portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação eficiente e responsável dos recursos coletivos, os quais respondam às necessidades de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

O município de São Bernardo do Campo se localiza na região metropolitana do Estado de São Paulo, possui 817 mil habitantes e, ao longo desses dois mandatos de gestão (2009 a 2016), teve um constante investimento nos serviços de saúde, tanto em reformas estruturais quanto na produção e cuidado em saúde. A Atenção Básica alcançou a cobertura de 100% do território com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), houve construção de 09 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), um Hospital de Clínicas Municipal, Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e Centros de Especialidades.

A Figura 2.1 mostra a evolução do número de Equipes de Saúde da Família no município no período de 2008 a 2015.

Figura 2.1.



Fonte: Relatório Anual de Gestão da Saúde 2015 – São Bernardo do Campo

A Estratégia do Apoio foi implantada no município em junho de 2010 e teve sua experimentação inicial em três tipos de apoio: apoio matricial, apoio institucional e apoio/articulação de rede.

Organizada por núcleos territoriais, a Secretaria de Saúde se dividiu em 09 territórios, cada um com até 05 apoiadores de diferentes formações profissionais, entre eles fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, entre outros, para que apoiassem no campo da saúde pública as

Unidades Básicas de Saúde (UBS), viabilizassem para dentro das unidades as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, acompanhassem os desdobramentos nos territórios, capacitassem profissionais, avaliassem o cuidado produzido nos aspectos quantitativos e qualitativos, refletissem sobre as dificuldades encontradas e soluções viáveis, assessorassem a realização do planejamento e sua aplicação prática.

Para isso era necessário que os apoiadores trabalhassem de forma articulada com as ESF, atuando tanto no plano da clínica como nos processos de trabalho, nas ações individuais e coletivas, para ampliar as ações da atenção à saúde, aumentar a resolutividade e promover a saúde da população, fortalecer a integralidade articulando as redes de serviços de saúde e serviços intersetoriais, proporcionando compartilhamento de prática e saberes entre as diferentes equipes, de acordo com as atribuições específicas instituídas para o grupo de apoiadores, segundo o edital nº 01/2010 do processo seletivo de 2010:

- 1) participar da produção do cuidado individual e coletivo com perspectiva ampliada, orientado pelos princípios da integralidade;
- 2) trabalhar em equipe multiprofissional, facilitando a articulação entre diferentes trabalhadores, respeitando e valorizando os diferentes saberes;
- 3) realizar o apoio matricial às equipes de atenção básica, o que inclui a construção compartilhada de projetos terapêuticos e a ampliação das ferramentas das equipes para a produção do cuidado integral e o enfrentamento de casos complexos;
- 4) apoiar, em articulação com a gerência das unidades, a reorganização do processo de trabalho das unidades de atenção à saúde, no sentido da responsabilização, vínculo, continuidade da atenção e olhar ampliado, indispensáveis à integralidade;
- 5) realizar trabalho na comunidade por meio de ações no domicílio, trabalhos educativos e articulação com outras organizações necessárias à produção da integralidade na atenção à saúde;
- 6) realizar escuta ampliada e ampla interação com os usuários e seus familiares para identificar problemas e construir alternativas de enfrentamento ou encaminhamento no plano da atenção, prevenção e promoção à saúde;

7) buscar articulação com os segmentos organizados da sociedade e outros equipamentos relevantes para ampliação da qualidade de vida e do cuidado à saúde no território;

8) contribuir para uma melhor articulação entre os trabalhadores e a comunidade e,

9) trabalhar para produzir articulação e cooperação entre os diferentes equipamentos e estruturas da secretaria de saúde e de outros setores do governo e segmentos da sociedade, promovendo os princípios da intersetorialidade.

Nós, apoiadores em saúde, antes de iniciarmos os processos de trabalho junto às equipes, em junho de 2010, ficamos 15 dias em Educação Permanente com alguns membros da Secretaria de Saúde para conhecermos os equipamentos de saúde de São Bernardo do Campo, os indicadores de saúde do município, as orientações gerais quanto ao nosso papel e a realização da divisão das equipes de apoio. E, a partir daí as Equipes foram constituídas.

Minha Equipe, da qual até hoje faço parte, ficou responsável por apoiar o Território composto inicialmente por 04 UBS e 02 Prontos Socorros, que estavam localizados no mesmo local que as UBS. Em 2012, algumas UBS iniciaram as reformas estruturais, incluindo as duas UBS desse Território. Com as Unidades reformadas, saíram os Prontos Socorros e foi construído uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para atender o Território. Em 2013, a outra UBS desse mesmo território foi reformada.

Assim, minha Equipe e eu iniciamos os processos de trabalho com as 04 (quatro) UBS que desenvolviam o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) desde 2009. Este programa, existente desde o início dos anos 1990, foi efetivamente instituído e regulamentado em 1997, quando se iniciou o processo de consolidação da descentralização de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O PACS, importante estratégia no aprimoramento e na consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, é hoje compreendido como estratégia transitória para o Programa Saúde da Família (PSF).

Foi o que aconteceu na maioria das UBS do município: transição de UBS tradicional para PACS e, logo após, a transição para o ESF Ampliado, formato

proposto pelo município de SBC, responsável por atender de seis mil a oito mil habitantes, com distribuição de profissionais equivalente a duas (2) equipes de saúde da família (6 a 12 Agentes Comunitários de Saúde, 1 Médico de Família, 2 Enfermeiros, 2 a 4 Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, com Equipe de Saúde Bucal composta por 1 Cirurgião Dentista, 1 Técnico de Saúde Bucal e 1 Auxiliar de Saúde Bucal, além dos Matriciadores: 1 Clínico, 1 Pediatra e/ou 1 Ginecologista, ampliando, assim, a resolutividade da atenção na rede básica. No território em que atuo, inicialmente composto por 4 UBS das quais uma com 4 equipes saúde da família, 02 UBS com 03 equipes de saúde e outra com 02 equipes saúde da família, apenas a última com equipe ampliada. No ano de 2012, após um estudo de acesso dos usuários à UPA e a outros serviços de referências, foi constatada a necessidade de transferência de uma UBS desse território para outro local, com isso o meu território de atuação passou a contar com 3 UBS, 9 equipes ESF Ampliada e 1 UPA.

Somente em 2011 esse modelo de ESF Ampliada passou a ser admitido na nova Política Nacional de Atenção Básica e recebeu o financiamento do Ministério da Saúde.

No início do trabalho, nós, apoiadores ficamos responsáveis por colaborarmos e qualificarmos essa transição, na composição, estruturação, organização e processos de trabalho, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde e do Município, por isso, inicialmente, nosso processo de trabalho e agenda estavam centrados na Atenção Básica, nas demandas das Unidades Básicas.

Posteriormente, o trabalho dos apoiadores passou a ser o de articular redes, onde passamos a frequentar outros espaços e serviços de saúde como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), UPA, Atenção Especializada com o objetivo de promover a conexão entre eles e também entre as equipes de saúde.

Ao longo do tempo, as demandas do processo de trabalho dos apoiadores foram sendo modificadas, assim como os arranjos e as equipes de apoiadores. Participamos das mudanças que estavam acontecendo em todo município, da ampliação e qualificação do cuidado em toda a rede de saúde.

Entende-se que há vários jeitos de fazer apoio e de ser apoiador. Aqui, eu me proponho a contar minha experiência de apoiadora em saúde, descrevendo minhas vivências nos espaços onde exerci essa função no modelo proposto pelo Município,

de apoio matricial, apoio institucional e apoio de rede, no período de junho de 2010 a dezembro de 2016. O recorte deste período corresponde àquele de manutenção da proposta durante permanência da mesma gestão municipal e equipe da Secretaria de Saúde no município.

3 METODOLOGIA

"Falando do que fez, um homem tem a chance não apenas de esclarecer seus atos para os outros, mas de explicar-se a si mesmo no todo de sua existência". Partindo desta fala de Critelli (2012), esta pesquisa revela-se para mim como uma forma possível de entendimento das experiências vividas como profissional ao longo destes 6 anos.

No início do trabalho como Apoiadora em Saúde, minhas atribuições, embora descritas, não estavam muito claras para mim, apesar de ouvi-las e estudá-las no decorrer do caminho. Eram tantas perguntas e questionamentos, tantos "como?". Ao longo do processo fui encontrando jeitos, testando, experimentando, experienciando, arriscando, errando e, não desistindo. Não encontrei outro método para falar destas experiências sem ser por meio da narrativa, de contar minhas histórias (e de tantas outras pessoas) e alguns recortes de coisas que me afetaram nestes anos. Como disse Benjamin (1987), "o leitor é livre para interpretar a história como quiser e com isso, o episódio narrado atinge uma amplitude que não existe na informação". O narrador não descreve ou informa puramente a sua experiência mas diz dela, dando oportunidade para que o outro a escute e a transforme de acordo com sua interpretação, por isso, não pretendo aqui, dizer verdades absolutas e nem mostrar um único modo de fazer as coisas, conto apenas minhas experiências e minhas vivências, dadas as situações, os encontros e outros atores nelas envolvidos.

Para Minayo (2011), vivência é o produto da reflexão pessoal sobre experiências. A experiência pode ser igual para todos, a vivência de cada um sobre o mesmo episódio é única e depende de sua personalidade, de sua biografia e de sua participação na história. Embora pessoal, toda vivência tem como suporte os ingredientes do coletivo em que o sujeito vive e as condições em que ela ocorre.

O que Minayo chama de vivências, Bondia (2011) atribui como o "princípio da subjetividade", conceituando que a experiência supõe um acontecimento exterior a mim. Mas o lugar da experiência sou eu. É em mim (ou em minhas palavras, ou em minhas ideias, ou em minhas representações, ou em meus sentimentos, ou em meus projetos, ou em minhas intenções, ou em meu saber, ou em meu poder, ou em minha vontade) onde se dá a experiência, onde a experiência tem

lugar. Se lhe chamo “princípio de subjetividade” é porque o lugar da experiência é o sujeito ou, dito de outro modo, que a experiência é sempre subjetiva. Por outro lado, o “princípio da subjetividade” supõe também que não há experiência em geral, que não há experiência de ninguém, que a experiência é sempre experiência de alguém ou, dito de outro modo, que a experiência é, para cada um, a sua, que cada um faz ou padece sua própria experiência, e isso de um modo único, singular, particular, próprio.

Foi a partir das minhas próprias afetações, que o trabalho foi construído, e, impossível pensar numa neutralidade aparentemente necessária para uma pesquisa. Por isso, a opção pela pesquisa qualitativa, pois ela responde a questões muito particulares. Minayo (1992) corrobora que a ela se preocupa, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. A abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas. Afirma ainda que, os autores que seguem tal corrente não se preocupam em quantificar, mas, sim, em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalham com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana objetivada. Ou seja, desse ponto de vista, a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis.

Assumir uma estratégia qualitativa de pesquisa, como narrativa, significa compreender a experiência humana uma tarefa de extrema complexidade, uma vez que homem se constitui numa subjetividade que pensa e sente, distinta de todos os outros, o que exclui a possibilidade de explicá-lo através de verdades estatísticas e aplicáveis a todos os outros seres.

Segundo Schmidt (1990), a pesquisa, muitas vezes, é a elaboração de elementos diversos e difusos da teoria e da experiência, elaboração construída em torno de um fenômeno. Neste sentido, uma pesquisa concluída é o relato do percurso de um pesquisador ou de um grupo. Sendo assim, produzirei uma narrativa a partir da exploração dos sentidos e das experiências nos seis anos como Apoiadora em Saúde.

O texto será mediador entre experiência e discurso e entre o texto produzido e a experiência revisitada, pois é neste espaço que se percebe que a investigação que usa narrativas é, ao mesmo tempo, investigação e formação. Ao mesmo tempo que a realidade informa a teoria, esta, por sua vez, a antecede e permite percebê-la, reformulá-la, dar conta dela, num processo sem fim de distanciamento e aproximação (Minayo, 1994).

Esta posição reforça a ideia de Bondía (1994) quando afirma que o sentido do que somos depende das histórias que contamos e das que contamos a nós mesmos, em particular das construções narrativas nas quais cada um de nós é, ao mesmo tempo, o autor, o narrador e o personagem principal e, em 2011 (p. 7), afirmou que,

na experiência, o sujeito faz a experiência de algo, mas, sobretudo, faz a experiência de sua própria transformação. Daí que a experiência me forma e me transforma. Daí a relação constitutiva entre a ideia de experiência e ideia de formação. Daí que o resultado da experiência seja a formação ou a transformação do sujeito da experiência. Daí que o sujeito da experiência não seja o sujeito do saber, ou o sujeito do poder, ou o sujeito do querer, senão o sujeito da formação e da transformação.

Com este entendimento, misturo neste relato as experiências de me constituir como Apoiadora, com as reflexões dos processos de trabalho, as afetações com os encontros produzidos, as tensões e aprendizagens. Por isso, embora o texto contenha reflexões produzidas a partir da vivência profissional em um coletivo, o objetivo é o de socializar esta trajetória e, na medida em que o faço, desvelo minhas vivências, ao mesmo tempo em que a construo e reconstruo, através da escrita.

4 CENÁRIOS

O papel do Apoiador pode ser exercido em vários espaços e situações. Uma importante ferramenta do apoiador, acredito, é estar presente e proporcionar espaços coletivos. Alguns espaços são estabelecidos por diretrizes, como reunião de equipe da ESF, reunião geral da UBS e reunião do conselho gestor local; outros espaços foram construídos, pactuados e priorizados pela Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo como Educação Permanente dos Territórios (chamadas de EP de Território) e Educação Permanente dos Apoiadores (EP do Apoio). Havia ainda, encontros com a Unidade de Pronto Atendimento do Território (UPA) e, a partir de 2013, o “Kanban”, encontro no ambiente hospitalar onde os apoiadores participavam junto à equipe do hospital para discussão de casos e a continuidade do cuidado pós-alta hospitalar. Outros espaços foram construídos conforme necessidade dos serviços e/ou trabalhadores ou mesmo que os apoiadores achassem necessários para proporcionar encontros com outros serviços.

4.1 Reunião de Equipe

Um dos primeiros espaços coletivos que participamos no Território foram as reuniões de equipe, espaços que ajudamos a construir. Dentro da Estratégia Saúde da Família, as reuniões de equipe configuram-se como importantes dispositivos para a estruturação e organização, planejamento, acompanhamento e avaliação das ações em saúde, repasse de informações, estabelecimento de diretrizes e espaço de tomada de decisões, é possível elaborar planos de atendimento para cada indivíduo e cada família, definindo claramente as ações e os seus responsáveis.

O trabalho do apoiador nessas reuniões tinha a intenção de colaborar com as equipes nesses processos, levando informações sobre os outros serviços de saúde e sobre a organização da rede, indicar os direcionamentos do Departamento de Atenção Básica além de realizar o matriciamento.

Como as UBS tinham o PACS, apenas os Agentes Comunitários de Saúde faziam a reunião com a enfermeira. Mostrar a importância da presença de toda a

equipe neste espaço foi pauta das primeiras, e muitas outras, reuniões. Tirar os técnicos e auxiliares de enfermagem de procedimentos e os médicos das consultas, foram os primeiros desafios enfrentados. Caminhar pela UBS e ir convidando os profissionais envolvidos para participarem da reunião de equipe, no horário e dia previamente pactuados, era situação comum para o apoiador. As conversas periódicas com as coordenações da UBS eram feitas para que os pactos fossem respeitados e, também, para que fossem reforçadas as pactuações com os trabalhadores.

Além da estruturação e organização da reunião de equipe, fizemos muitas conversas sobre as diretrizes da ESF, as atribuições comuns e específicas dos profissionais e as próprias diretrizes do SUS. Com o decorrer do tempo e insistência dos apoiadores as reuniões foram se consolidando, íamos discutindo assuntos pertinentes ao cuidado, o manejo para além do clínico/biomédico.

Um dos exemplos vivenciados por mim em uma reunião em que discutíamos com a Equipe de Saúde da Família o caso de "C", que tinha uma demanda clínica, social e familiar que não relatava aos ACS que a acompanhava. Assim, sugerimos ao profissional médico da família que ele perguntasse sobre a questão social e familiar em consulta. Ele prontamente respondeu: *"Agora terei que ser, além de médico, assistente social e psicólogo?"* Respirei fundo e pensei que seria uma longa discussão; não foi, infelizmente foi um monólogo, mas não pude deixar de pontuar alguns conceitos.

Os desafios apontados pela Política Nacional de Humanização na Saúde, desde sua identificação com o conjunto dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS, colocaram em cena as tentativas de mudar os modos de se produzir o cuidado em saúde na cotidianidade do seu acontecimento, portanto no campo singular da produção de saúde.

Vem se somar a outras tantas iniciativas que já vêm operando por esse caminho e que têm mostrado resultados interessantes na disputa por modos mais efetivos de intervenção cuidadora no cotidiano dos serviços de saúde. Pode-se citar a Integralidade que, embora seja uma diretriz do SUS, possui várias definições.

A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando

todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios.

A ideia de cuidado integrado em saúde compreende um saber fazer de profissionais, docentes, gestores e usuários/pacientes corresponsáveis pela produção da saúde, feito por gente que cuida de gente. Assim, partilhamos de uma premissa de que o campo da saúde não é privativo de nenhum núcleo profissional, na medida em que o cuidar de pessoas se constitui em espaços de escuta, acolhimento, diálogo e relação ética e dialógica entre os diversos atores implicados na produção do cuidado.

A noção de integralidade como princípio, deve-se orientar para ouvir, compreender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e comunidades em um novo paradigma de atenção à saúde.

Os médicos de família das equipes, em sua grande maioria eram clínicos, pediatras e/ou ginecologistas da UBS que aceitaram ser médicos de família. Os que não aceitaram, ficaram como matriciadores. Uma nova Estratégia era apresentada para toda uma equipe.

Em outra ocasião, encontro a enfermeira no corredor da UBS e a mesma me pergunta se participaria da reunião de equipe dela, que aconteceria no dia seguinte, pois acabara de voltar de uma Visita Domiciliar (VD) e havia muitas demandas e ela precisava de ajuda. Respondi que sim e combinamos de discutir o caso em reunião de equipe.

Chegada a reunião de equipe no dia seguinte, a enfermeira começa a reunião contextualizando o caso: *Fui fazer a VD ontem para a M., 34 anos, acamada há 2 anos devido a tentativa de homicídio pelo marido. Ele tentou atirar várias vezes na cabeça dela, mas a arma falhou então ele bateu na cabeça dela com a própria arma; ela teve traumatismo e ficou acamada. Mas, segundo a Lia (nome fictício), ela mandou matar ele primeiro, ele ficou internado e quando saiu veio prestar contas. A Lia disse que ela sempre se envolveu com uns caras....* Interrompo a fala.... : *Qual a demanda dela? Ela tem alguma queixa?* A enfermeira responde: *Ah, na verdade quem se queixa muito é a mãe, a Dona D. Nem consegui falar com M direito pois Dona D. chorava muito, contou a história de M. desde que ela nasceu, praticamente. Ela está muito triste, não se conforma com o que aconteceu. Estão passando por dificuldades financeiras. A irmã parou de trabalhar para ajudar a mãe. A casa estava limpinha,*

organizada. Comida não falta, mas está difícil para elas. Tem um irmão que Dona D. diz que ele ajuda quando pode, mas ele também tem família, né! Ela está muito abalada. Vou falar com o psiquiatra e psicóloga. A M. precisa de fonoaudiólogo, fisioterapia e nutricionista. Usa sonda. Ah, dentista também, parece que um dente quebrou. Vou falar com a assistente social, elas precisam de auxílio. Nossa, tanta coisa!

Havia uma angústia na fala da enfermeira, tanto pela complexidade do caso como pelo fato da história de M. tê-la afetado. Havia sido a primeira visita da enfermeira à família, antes, apenas uma visita da ACS da micro-área que também acabara de conhecer o caso. Sabíamos que M. e família precisariam de outros recursos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e cuidados intersetoriais, mas não devemos esquecer que garantir o primeiro acesso ao usuário, portador de uma necessidade de saúde, está entre os princípios essenciais da Atenção Básica.

A equipe de ESF tem grande oportunidade para produzir o vínculo. Acompanhar os usuários ao longo do tempo, produzir o cuidado de forma longitudinal e reconhecer os pontos da rede que pode acessar em caso de necessidade. A isto chamamos coordenação do cuidado, sendo um dos principais papéis da Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde, ainda que não exclusivo, visto que determinados casos podem requerer a coordenação por outra unidade de atenção.

A maioria das situações que requerem cuidado e circulação na rede de saúde podem e devem ser coordenadas pela Atenção Básica e é primordial que a equipe de referência da ESF conheça a história da família e as necessidades para poder melhor coordenar este cuidado.

Starfield (2002) defende que a longitudinalidade ou vínculo longitudinal seja um dos atributos da atenção primária, considerada como uma característica central e exclusiva deste nível de atenção. É conceituada pela autora como o acompanhamento realizado ao usuário ao longo do tempo por um médico de família e/ou equipe de saúde da família para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos. Representa a responsabilidade longitudinal pelo usuário, para com a continuidade da relação profissional/equipe/unidade de saúde-usuário ao longo da vida, independente de doença ou ausência desta.

A autora afirma ainda que a ideia de vínculo está relacionada à longitudinalidade, compreendida como relação terapêutica, estreita e duradoura entre usuários e profissionais de saúde. O vínculo promove a continuidade do cuidado, evita desnecessárias intervenções e aumenta adesão do usuário à terapêutica. Na literatura especializada brasileira, a palavra longitudinalidade não é considerada usual, sendo mais utilizado os termos vínculo e continuidade do cuidado.

Em alguns casos acompanhados pelas equipes, a angústia e a sensação de impotência aparecem, tornando-as paralisadoras frente às possíveis ações para o cuidado. É necessário que os apoiadores acolham essas angústias e contribuam para que a própria equipe possa transformá-las em potências.

O encontro estabelecido entre usuário e trabalhador é o que marca as ações e atividades do trabalho em saúde. Portanto, é a partir do encontro que o trabalho em saúde acontece. Os saberes convocam não só o conhecimento técnico científico, mas outros que exigem do trabalhador, por exemplo, a escuta qualificada. É como se essa relação que se estabelece para a produção do cuidado criasse uma situação em que um afeta o outro com toda a carga de subjetividade que tem, permeando o processo de trabalho no exato momento em que se produz o cuidado.

A partir desse encontro, podemos ampliar ou reduzir a força e a potência presentes entre o trabalhador e usuário. Eis um movimento bidirecional, afeta tanto o usuário quanto o profissional. Nesse momento, há muitos saberes, querer e dizeres em jogo. Embora cada um vá para o encontro com alguns conhecimentos e expectativas prévios (sobre o seu sofrimento, sua doença, sobre o diagnóstico, o tratamento e cura), é somente no ato do encontro que saberemos qual será a potência do mesmo, sua capacidade de criação e de produção de um cuidado.

Nós, os profissionais de saúde, detemos um vasto conhecimento sobre as doenças e os sofrimentos por elas causados, bem como sobre um certo número de ações capazes de interferir, em determinado grau, sobre o modo de andar a vida estreitado pela doença. É esse conhecimento que nos permite atuar diante de um sofrimento assistencial.

No entanto, considerando a perspectiva da integralidade, não devemos reduzir um sujeito à doença que lhe provoca sofrimento. Ao contrário, manter a perspectiva da intersubjetividade significa que devemos levar em conta, além dos

nossos conhecimentos sobre as doenças, o conhecimento (que não necessariamente temos) sobre os modos de andar a vida daqueles com quem interagimos nos serviços de saúde. Isso implica a busca de construir, a partir do diálogo com o outro, projetos terapêuticos individualizados (Mattos, 2004).

Desaprender toda e qualquer forma de automatismo da ação, de práticas que prescrevem formas universais de se tratar e, conseqüentemente, de ser e estar na vida: é disso que se trata!

É preciso que nesse encontro haja certa suspensão do tempo. Requer parar para pensar, parar para olhar, parar para possibilitar a troca, parar para sentir. Suspender os juízos de valor, pôr em dúvida as certezas. Abrir-se para o não saber diante da experiência daquele sujeito, mas querer saber dela, se interessar por ela e compor, com base nela, o cuidado em saúde. Essa posição de produzir algo a partir desse não saber, conecta-se com o ato de criar, palavra que etimologicamente nos remete ao significado de produzir algo a partir do nada (Educação Permanente em Saúde em movimento, 2014).

Transmitir esses novos conceitos, novos jeitos de pensar a saúde para uma equipe recém constituída e sem vivência nesta estratégia causava estranhamentos e desconforto em todos, não somente nas equipes, mas também nos apoiadores que a cada juízo de valores morais que a equipe formava em relação ao caso discutido, e que, por vezes, também aparecia em nós, tínhamos que intervir e questionar se aquele comentário era relevante para o cuidado do paciente.

Os questionamentos que a cada momento surgiam sobre as necessidades de saúde do paciente, as ofertas da equipe e os projetos, os vínculos que a equipe estabelece com o usuário, os responsáveis para determinado caso, causavam tensões e desacordos. Era preciso sempre dosar as problematizações, pois um espaço potente para reflexões e implicação da equipe poderia tornar-se um encontro entre apoiador e equipe tenso e improdutivo. E o apoiador, como por vezes acontecia, ser visto como prescritor de tarefas e não como um membro da equipe que pudesse somar as discussões e resoluções dos casos.

De início, as demandas para os apoiadores eram mais relacionadas ao nosso núcleo de saber, questionamentos sobre fisioterapia, psicologia, pedidos de visitas e atendimento destes profissionais pois *"na Rede é muito demorado e nem sei se existe*

estes profissionais". Assim, íamos nos adequando conforme as demandas surgiam e, conforme participávamos das reuniões, projetos e planejamentos das equipes, nosso papel na equipe ficava mais claro e, com isso, as demandas se ampliavam.

Em minha experiência ficou claro que era preciso que o apoiador estivesse próximo e compreendesse o tempo de cada equipe, que, mesmo dentro da mesma UBS, era distinto. Apoiávamos 09 equipes, e cada uma com suas características e singularidades, com tempo e entendimento diferentes entre si. Sendo assim, o modo de agir do apoiador também era diferente em cada uma delas, na tentativa de respeitar essas singularidades.

Ficou evidente que para que o apoio se desenvolvesse em toda sua plenitude, era essencial que houvesse disponibilidade para o encontro não só do apoiador, mas, principalmente, dos trabalhadores para que as trocas fossem possíveis.

Quando isso acontecia, proporcionava-se a composição de múltiplas estratégias para a construção de um grande pacto que deveria ser realizado entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais dos projetos terapêuticos.

Essa composição de múltiplas estratégias é entendida como um dispositivo de construção coletiva de olhares aptos a estabelecer pactos de responsabilização no sentido da criação de trabalho efetivo, produzindo um olhar interessado não somente para buscar e reconhecer os problemas, mas também as potencialidades, os recursos, as redes sociais, a produção das relações (Feuerwerker, 2011). Neste sentido, acredito que o apoiador exercia este papel.

4.2 Reunião Geral

Outro espaço de construção coletiva potente são as reuniões gerais das UBS, que são espaços organizados para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações e pactuações, com enfoque principal na organização do serviço e processos de trabalho. Essas reuniões têm pautas pré-estabelecidas e abertas, onde há

possibilidade de discussões de propostas de trabalho pois, é o momento onde, regularmente, estão reunidos a maioria dos funcionários da UBS reunidos.

Inicialmente, os próprios coordenadores da UBS não priorizavam esse espaço, que aconteciam uma vez ao mês com dia e horário pré-determinados.

As primeiras reuniões eram essencialmente para repasse de informes e cobranças, poucas coisas eram construídas coletivamente e não havia abertura para que os trabalhadores se colocassem. Assim, sugerimos que após os informes houvesse um espaço para oportunizar a fala de quem quisesse se colocar. Essa sugestão não foi aceita de pronto. Foi necessário muita argumentação e insistência para propiciar esse espaço de fala para os trabalhadores, já que não havia outros espaços onde toda a equipe da UBS estivesse reunida.

Para os apoiadores a reunião geral se constituía em um ambiente de suma importância, pois acreditávamos que propiciaria a cada funcionário/categoria relatar e sugerir o que estava observando neste constante cenário de mudanças e, com isso, seria possível pensarmos juntos a melhor maneira de conduzir os processos, tanto para os funcionários quanto para os usuários.

Discursos como o de uma coordenadora: *"Mas o que um profissional tem que interferir na conduta do outro? Um auxiliar não precisa estar numa discussão com os médicos, são categorias e serviços diferentes"* não era incomum.

Nessas situações eu costumava ponderar: *"Concordo, mas para o bom andamento do processo, todos precisam estar envolvidos, saber o que o outro faz e como o trabalho de um impacta no trabalho de todos. Os fluxos de trabalho, se possível, devem ser pensados e pactuados por todos, para que consigamos pensar com a visão de todos os envolvidos no processo"*.

É claro que não seria uma discussão fácil: *"Ainda acho que fica pouco produtivo muita gente opinando."*

Buscando um caminho, propus: *"Podemos fazer o seguinte: eleger 2 profissionais de cada categoria para discutir em núcleos menores e depois passamos em reunião geral e vemos se a maioria concorda e se tem sugestões, assim vamos construindo juntos."*

- *"Pode ser um jeito"*, quase concordou a coordenadora.

Este ensinamento eu apreendi logo no início do meu trabalho como apoiadora: negociar! A construção coletiva nunca foi um processo fácil e o envolvimento dos trabalhadores nos processos de construção e decisão também não.

A hierarquia estabelecida nos serviços, seja a (pré) estabelecida por categoria profissional ou pela hierarquia institucional, dificulta a ideia de equipe e deste projeto de construção coletiva. Talvez o mais difícil seja a resistência de entrar nesse mundo já instituído com fórmulas, definições prévias de modelos, métodos ou arranjos de intenções.

Desse modo, é necessário que tenhamos o cuidado de não levar prontas ou sistematizadas, modelos ou métodos, e sim construir categorias/conceitos/sentidos no encontro dialógico, às vezes tenso, com o outro, mas também produtor de conceitos, que nem sempre são os nossos ou têm os mesmos sentidos dos nossos, mas capaz de adquirir uma postura de interrogação e construção do mundo do trabalho, no seu dia-a-dia concreto.

Cecílio (2007) diz que, ao se discutir uma teoria da ação, na perspectiva da gestão em saúde, dois cuidados devem ser tomados. O primeiro é o desvio funcionalista, digamos assim, de enxergar o trabalhador pelas “funções” que exerce dentro da organização, definições rígidas de atribuições, papéis e perfis ideais. Não há atores, há papéis: o homem reduzido a um dos recursos necessários para o sistema funcionar.

O segundo cuidado é não tomarmos, como a problemática, a existência do que estou designando, neste texto, como “trabalhador moral”. O trabalhador moral é aquele que fará adesão automática a determinados conceitos, modos de se organizar o cuidado e modos de se fazer a gestão, formulados por militantes/intelectuais/gestores engajados na reforma sanitária, por serem eles, em princípio, justos e necessários.

O trabalhador moral tanto adere de corpo e alma aos modelos de gestão mais “participativos e democráticos” propostos por aqueles atores, como consegue traduzir e implementar, nas suas práticas cotidianas, os conceitos que eles apresentam.

O trabalhador moral seria, então, uma folha em branco onde os gestores ou gerentes escreveriam o seu texto, por mais que tal ideia possa parecer, à primeira

vista, aparentemente superada e grosseiramente simplificadora. Enfim, o trabalhador moral poderia ser caracterizado como um ator desistorizado, desterritorializado e pronto a orientar, de forma automática, sua prática pelas diretrizes definidas pelos dirigentes das organizações.

As reuniões gerais eram centradas nos coordenadores das UBS que as conduziam com informes e avisos e às vezes algumas atualizações sobre o calendário vacinal ou visita casa a casa do programa da dengue, sem abertura para discutir os processos de trabalho coletivamente.

Tentávamos fazer proposições com os coordenadores das UBS antes das reuniões gerais considerando as pautas e/ou atividades que achássemos importantes de serem discutidas no coletivo, pautas muitas vezes oriundas das reuniões de equipes que participávamos ou outras demandas estabelecidas pelo Departamento de Atenção Básica.

Essas proposições eram realizadas em outros espaços como na Educação Permanente de Território, na UPA ou outros ambientes que participássemos pois, muitas vezes essas pactuações não eram divulgadas para as equipes pelos coordenadores ou trabalhadores que participavam, como os apoiadores, desses mesmos espaços, ficando tal ação a cargo do apoio. De novo o apoio? Não seria de responsabilidade de todos essa prática?

Percebendo essa dinâmica, começamos a ser menos ativos nesses espaços, entendendo que, para os coordenadores, eles eram os atores principais da reunião geral onde toda sua equipe estava reunida e ele conduziria a mediação do encontro.

Mesmo dispostos a contribuir no processo de mudança da reunião geral por entender que esse poderia ser um espaço potente de educação permanente, planejamento e avaliação dos processos de trabalho, fluxos da UBS e da RAS e outras pautas que os trabalhadores considerassem importante, insistimos de início nessa mudança, mas não éramos acionados pelos gerentes para esse encontro e, muitas vezes, quando sugeríamos nossa participação, essa não era acatada. Muitos acordos realizados nesse espaço não foram cumpridos, sendo alegado falta de tempo ou por existirem outras pautas consideradas mais importantes do que as sugeridas por nós.

Embora reconheçamos a reunião geral como um espaço de inúmeras possibilidades de avanço na qualidade da atenção em saúde, julgamos que existiam outras prioridades com maiores oportunidades de atuação e optamos por não entrar nessa "disputa". É preciso saber quando recuar.

4.3 Educação Permanente dos Apoiadores

Nós priorizamos neste início de implantação a participação nos espaços de reuniões das UBS para, além de ampliarmos as ofertas de cuidado das equipes da ESF, levarmos as diretrizes da Secretaria de Saúde do Município.

As demandas da Secretaria eram apresentadas para os Apoiadores através da Educação Permanente dos Apoiadores (EP do Apoio) que aconteciam uma (01) vez ao mês com carga horária de 8 horas e eram conduzidas pela assessora de Gabinete da Secretária de Saúde contando, sempre que necessário e conforme a demanda, com a participação de outros trabalhadores dos serviços de saúde ou de outros setores do município.

No primeiro ano de EP dos Apoiadores, o foco era contextualizar e problematizar o papel do apoiador. Nesses momentos discutíamos como estava sendo desenvolvido nosso trabalho: a inserção nas equipes, as dificuldades encontradas, nossas facilidades e as potencialidades que considerávamos em cada um dos serviços acompanhados.

Nós apontávamos o panorama das UBS e equipes; relatávamos como era a nossa circulação nos espaços e se estávamos tendo êxito na articulação com os demais serviços da rede e, ainda, quais as dificuldades encontradas quando isso não era possível. Discutíamos, também, os processos de trabalho dos apoiadores e das equipes que acompanhávamos. Nessas circunstâncias, o papel do apoiador era sempre questionado e situado no contexto de SBC.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem o reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho, isto é, no trabalho também se aprende. A EPS prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto.

Essa perspectiva, centrada no processo de trabalho, não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe, e todas as variantes de atores que formam o grupo (Ceccim 2005).

Ceccim (2005) diz que aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção).

O ato de colocar o trabalho em análise, as práticas cotidianas em análise, as articulações formação-atenção-gestão-participação em análise não se configuram como um processo didático-pedagógico, mas como um processo político-pedagógico; não se trata de conhecer mais de maneira mais crítica e consciente, trata-se de mudar o cotidiano profissional em invenção viva (em equipe e com usuários). Trata-se, então, com atores em ação, de criar e operar novas categorias e conceitos, que façam sentido para suas práticas, com base nessas práticas (Ceccim, 2005).

Nós apoiadores entendíamos que este seria um espaço para Educação Permanente de fato, espaço para (auto) análise do papel do apoiador e de nossas práticas, um espaço de trocas e aprendizagens entre apoiadores, para falarmos de nossas vivências nos territórios, dúvidas e inquietações, angústias, pensarmos novas possibilidades, novos fazeres.

Inicialmente este também se constituiu em um espaço com muitas tensões e disputas. Disputas entre apoiadores que, frente à Gestão, não demonstravam de fato suas vulnerabilidades e angústias, disputas de pautas entre Departamentos e disputas até entre facilitadores.

Muitas vezes, eu tinha a impressão que estava tudo bem com o trabalho do apoiador, sem dificuldades, sem conflitos, que sabíamos resolver todo e qualquer problema. Eu me questionava se era um problema exclusivo meu já que essa não era a minha realidade, não era o que eu enfrentava no dia a dia que, para minha aflição, não era discutido, apenas transformado em silêncio.

Os problemas não eram revelados e nas vezes em que isso acontecia as respostas da Gestão eram vagas e por vezes acusatórias, o que só produziu, obviamente, mais silêncio!

Esse posicionamento da Gestão gerou uma situação complicada onde cada equipe de apoiadores expunha o que faziam de melhor, somente os seus acertos e as dificuldades, que eram inúmeras, acabavam não aparecendo.

É evidente que para os apoiadores não era tão simples fazer certos posicionamentos. Como dizer que para Gestão que tal demanda não fazia sentido para nós nem para as equipes? Elas eram apenas demandas que tentávamos cumprir, mas nós mesmos não a priorizávamos. Como dizer que determinado facilitador do apoio não cumpria com seu papel e, de certo modo, dificultava os processos de trabalho? Como falar das disputas de projetos entre os Departamentos e a inclusão do apoio nesta briga?

Falar e enfrentar os riscos ou calar? Essa era sempre a interrogação que pairava sobre nós apoiadores!

Até certo ponto conseguíamos falar de nossas angústias e desconfortos e o que, de fato, enfrentávamos com outros apoiadores. Isso quando a metodologia permitia que os apoiadores de territórios diferentes ficassem em grupos sendo, nesse caso, possível levantar algum tema/problemática. Nessas ocasiões levávamos a discussão para plenária no grande grupo, o que facilitava a exposição dos problemas enfrentados por nós e não por um Território específico ou mesmo de um apoiador, era um problema do grupo, característico do papel do apoiador. Assim, íamos nos apoiando em alguns encontros ou em outras grupalidades que foram formadas para atuação em projetos da Secretaria.

Barros (2014) diz que, colocar as práticas em análise é ocasião para pôr em questão uma visão idealizante e abstrata sobre o apoio, que muitas vezes acomete os próprios trabalhadores-apoiadores, e que pode, na experiência cotidiana sufocar o apoio como exercício em construção. Nesse sentido, a análise das práticas permite desnaturalizar o que parece evidente, reencontrando as aberturas, os bloqueios, os

jogos de força, as discontinuidades e os processos múltiplos que compõem o campo fértil das práticas em saúde, e nelas o apoio.

Com o passar do tempo, as demandas específicas da Secretaria iam sendo repassadas para o grupo de apoiadores na Educação Permanente dos Apoiadores (EP do Apoio).

Uma das nossas primeiras demandas foi a de colaborarmos com a construção dos processos de monitoramento e qualificação no cuidado para a Linha de Cuidado Materno Infantil, uma vez que o índice de mortalidade infantil no Município sofreu um incremento de 2009 para 2010 (passou 12,73 para 13,59). Assim, o Departamento de Atenção Básica apresentou, em um dos encontros, o Caderno da Linha de Cuidado Materno Infantil e a Vigilância Epidemiológica apresentou os índices para que conhecêssemos e pudéssemos divulgar as informações nas UBS. Nos encontros seguintes tínhamos que apresentar o que estávamos desenvolvendo com as equipes, os "furos" que encontrávamos na Rede e como os serviços envolvidos se articulavam.

Foi assim que se estabeleceu a dinâmica desse espaço de educação permanente.

Na sequência, o mesmo ocorreu com a apresentação dos índices de violência, que seguiu o mesmo processo daquele realizado pelo Departamento de Atenção Básica. As diretrizes e o projeto do município nos foram apresentados para que monitorássemos e capacitássemos as equipes quanto ao tema.

Não foi diferente com o projeto da Atenção Especializada para ortopedia, reumatologia e fisioterapia que eram especialidades com alto índice de encaminhamentos e grandes filas de espera. Os estudos de demandas de cada UBS foram apresentados, indicando quais serviços mais encaminhavam, qual era a qualidade dos encaminhamentos e qual o tempo de espera e sua resolutividade.

A partir de então ficamos responsáveis pela microregulação nas UBS, o matriciamento com as equipes, a capacitação para trabalhadores da Atenção Básica de Lian Gong e outras práticas corporais. Os Departamentos de Atenção Especializada e de Atenção Básica, juntamente com os apoiadores/fisioterapeutas e um médico reumatologista da rede, elaboraram um protocolo de Doenças Osteomusculares Crônicas para ser usado pela Atenção Básica.

Para mim, este espaço tornou-se um espaço de capacitação e não de Educação Permanente, pois não possibilitava a incorporação de novos conceitos e princípios relativos às práticas, trabalhava de maneira descontextualizada e se basearam principalmente na transmissão de conhecimentos; um espaço para aproximar a realidade da Rede de Atenção à Saúde aos Departamentos e a Secretaria de Saúde. O espaço de Educação Permanente do Apoio nos mostrava o que deveríamos fazer, mas o como, dependia de nós desenvolvermos com as equipes e a Rede.

Muitas vezes, as demandas apresentadas pelos Departamentos não eram as demandas/prioridades das equipes que acompanhávamos. Quando a equipe não enxergava na demanda um sentido, dificultava ou sabotava os processos.

Para Merhy (2002), os serviços de saúde, então, são palco da ação de um time de atores, que têm intencionalidade em suas ações e que disputam o sentido geral do trabalho. Atuam fazendo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. O cotidiano, portanto, tem duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador.

Matus (1996) diz que os gestores (federais, estaduais e municipais) do SUS cumprem um papel decisivo na conformação das práticas de saúde por meio das políticas, dos mecanismos de financiamento etc., mas não governam sozinhos. Apesar de haver uma direção dada pelos gestores, a quem formalmente cabe governar, na verdade todos governam - os trabalhadores e os usuários. Todos são agentes da organização e alguns estão em posição de "alta direção". Então, a verdadeira organização é definida pelo conjunto de ações governamentais que todos fazem no dia-a-dia. Ou seja, planeja (governa) quem faz. Quer dizer que, todo ator em situação de governo encontra diante de si outros atores que também governam e disputam com ele a direcionalidade da ação, utilizando para isso os recursos de que dispõe; com o apoiador não era diferente.

Os objetivos do espaço transformaram-se pelos silêncios ou pela urgência de construir uma RAS efetiva e resolutiva em um curto espaço de tempo? Mesmo que o espaço tenha se modificado ao longo dos anos, ainda assim era um espaço importante para os encontros entre os apoiadores e a Gestão municipal. Muitas pactuações de

Rede saíram desse espaço, encontros com vários serviços da Rede e outros Departamentos foram possibilitados a partir dele. O apoio conseguia mostrar aos Departamentos os "nós" da Rede que também eram pontuadas pelos trabalhadores assistenciais das equipes que apoiávamos, além de pensarmos na construção de novos fluxos. Um espaço importante para aproximar o cotidiano do trabalho e a realidade enfrentada pelos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde para a Secretaria de Saúde e seus Departamentos.

Muitas dessas demandas geradas neste espaço levávamos para a Educação Permanente de Território (EP de Território) para serem discutidas no conjunto dos atores envolvidos pois, muitas demandas vindas para os apoiadores não eram compartilhadas com os coordenadores dos serviços para serem discutidas com os trabalhadores e dependia de nós, apoiadores, repassarmos para as equipes.

4.4 Educação Permanente de Território

Esta Educação Permanente Territorial foi organizada para discussões entre os serviços de saúde do Território, com participação dos coordenadores das UBS, UPA, CAPS, referência dos departamentos da Secretaria de Saúde (atenção básica, especializada, vigilância e proteção à saúde) e serviços de abrangência municipal como hospitais e consultório na rua.

Inicialmente aconteciam quinzenalmente, em um período de 8 horas e outro encontro mensal de 4 horas. Com o passar do tempo, os serviços queixaram-se de disponibilizar os trabalhadores por um longo período e curta periodicidade. No meu Território, combinamos de fazermos encontros mensais com carga horária de 08 horas.

Vale ressaltar que, para cada equipe de apoiadores, existiam 2 (duas) pessoas de referência que ocupavam espaço de gestão nos diferentes departamentos da Secretaria de Saúde, chamados de Facilitadores de Aprendizagem, com objetivo de acompanharem os apoiadores na discussão e organização de nossas agendas e

facilitar a conexão entre os serviços e equipes de saúde, além de facilitar o espaço de Educação Permanente dos Territórios.

Havia uma reunião quinzenal onde planejávamos e executávamos tais atividades. Os facilitadores estavam presentes tanto nas EP do Apoio como nas EP do Território. Havia ainda o Orientador de Aprendizagem, uma pessoa fora do município que participava das EP do Território apoiando nas discussões, problematizando os acontecimentos do dia a dia da gestão do cuidado, auxiliando na mediação de conflitos e na produção de novos pactos/acordos.

Partindo do pressuposto de que o projeto de saúde é produzido no espaço micropolítico, o apoio matricial de rede e a educação permanente são dispositivos estratégicos para produzir o desenho organizativo da rede de serviços de saúde e mobilizar um potencial transformador das práticas de saúde. Aproximar a gestão dos territórios de produção de cuidado possibilita ampliar a caixa de ferramenta da equipe para governar em arenas institucionais atravessadas pelas multiplicidades dos atores em cena, admitindo que todos fazem gestão e são constituintes desse processo. Esse arranjo abre as estruturas da secretaria a favor da produção do cuidado, produzindo encontros, apoiando, compartilhando saberes e mobilizando recursos (Bertussi, 2010).

Os primeiros encontros foram muito difíceis. Acreditávamos que o encontro entre os serviços seria um potente espaço para entendimento e pactuações entre eles, seria um espaço para construir uma RAS partindo de relações mais horizontais, mobilizadas a partir desses encontros.

No entanto, o que ocorria eram acusações e "apontamento de dedo" para o outro. Sempre que possível eram trazidos todas as dificuldades, os erros e as falhas que "o outro" cometeu, sem reconhecer os pontos positivos dos serviços e de seus profissionais. Essa atitude provocava no outro uma reatividade de defesa e acusações. Ou seja, produzia-se encontros com baixa possibilidade de diálogo e acordo.

O mesmo efeito era produzido quando eram trazidos à tona todos os preconceitos que existem de um serviço em relação ao outro. Mesmo com a melhor das boas intenções, uma reunião com presença de diferentes serviços para pensar

melhores formas de cuidar das necessidades dos usuários era transformada em um encontro pouco construtivo e resolutivo.

Em um dos encontros tentamos mudar a estratégia e fizemos uma dinâmica onde apresentamos um caso de saúde mental: A., 32 anos, esquizofrênico e usuário eventual de cocaína e maconha, era atendido pela UBS de sua referência, mas nos surtos, e quando queria, procurava a UPA de seu território. Embora referenciado, fazia acompanhamento esporádico no CAPS e CAPSAD, não seguia tratamento proposto em nenhum dos serviços onde frequentava.

A proposta da dinâmica era que cada serviço fosse representado por outro serviço; a UBS representaria o CAPS, o CAPS a UPA, a UPA o CAPSAD e assim por diante. O que ocorreu não foi diferente das reuniões anteriores, cada serviço representava o outro de uma maneira equivocada: fluxos errados, trabalhadores descompromissados e grosseiros tanto no atendimento com o usuário como com os outros serviços, descaso e desinteresse.

Finalizamos a dinâmica sem o caso de A. ter sido resolvido e um enorme mal-estar entre os serviços. Na roda de fechamento do encontro e devolutiva da dinâmica pontuamos o que vimos: os serviços não se conheciam, não estavam apropriados dos fluxos, tinham uma visão estereotipada entre eles (A UBS não é capacitada, a UPA se desresponsabiliza, os CAPSs deixam tudo muito solto...), e não acreditavam uns nos outros. E se não há respeito nem confiança, nunca haverá uma Rede.

Então, lançamos a pergunta: *“de quem é o caso?”* Antes que algum serviço respondesse, completamos: *“Este caso (e todos os outros) é nosso, é da Rede! Hoje está um pouco mais com a UPA, amanhã com a UBS, mês que vem com o CAPS. O que define essa circulação são as necessidades dos usuários. E por isso é preciso haver conversas frequentes entre trabalhadores dos diferentes serviços para que as pactuações e o cuidado possam ser feitos. Um tem mais vínculo com o usuário, outro com a família, um pode ver um aspecto, o outro, outras possibilidades. Tem que combinar ações.”*

É preciso tomar as cenas do cotidiano, pensar sobre elas, não deixar escapar as oportunidades de todos se conhecerem e se reconhecerem melhor. Nós precisamos passar a aproveitar melhor as potências e a lidar melhor com as

dificuldades. Sem espaços como esses de encontro e diálogo é muito difícil mudar a opinião que os trabalhadores e serviços têm uns em relação aos outros.

Nos encontros seguintes aproveitamos o caso de A. (que era real e percorria os serviços citados, mas os serviços não se conversavam entre si para falar sobre A.) para construirmos um PTS compartilhado e para que os serviços se apresentassem e contassem, uns aos outros, suas dificuldades em fazerem Rede.

Nos parece impossível pensar os cuidados em saúde mental ou em qualquer outro caso, sem contar com dispositivos constituindo-se em Rede, acionados pelos fluxos que o usuário elege, os seus pontos de conexão. Isso exige uma flexibilidade muito grande da Rede, especialmente porque no cotidiano dos processos de trabalho precisamos reconhecer como legítimas as escolhas que os usuários fazem, mesmo que estas não estejam necessariamente de acordo com as regras ou com as decisões técnicas dos profissionais e dos serviços.

Então, a RAS se constrói assim: produzindo conexões, criando oportunidades para os trabalhadores dos diferentes serviços se encontrarem, conversarem, construírem compromissos e arranjos comuns. Os serviços, se não conseguirem compreender e reforçar esses movimentos, vão ficar tentando controlar o incontrolável e, ao invés de produzir cuidado, podem gerar desresponsabilização e descuidado.

É preciso muito diálogo, pois as coisas fazem sentido em momentos diferentes para diferentes trabalhadores. Nenhum arranjo é definitivo: é sempre importante parar para analisar como as coisas vão andando, se o combinado funcionou; se não, é preciso verificar por que e como podemos fazer novos combinados. Quase nada se resolve apenas transmitindo informações, passando adiante novos acordos ou regras: os combinados precisam ser produzidos, novos arranjos precisam ser construídos com a participação de todos. Daí a importância de trabalhar os coletivos, as suas potências e desconfortos, aprendendo no cotidiano de sua produção (Educação Permanente em Saúde em movimento, 2014). Não é uma tarefa fácil, mas possível!

No início, como o espaço contava apenas com coordenadores e referência dos serviços, passamos a convidar mais trabalhadores assistenciais dos serviços para que eles nos contassem o que acontecia no dia a dia do trabalho, suas dificuldades e, também, suas potências, pois os problemas e dificuldades não apareciam, o relato

era que tudo no serviço estava acontecendo e os problemas eram sempre de outro serviço.

Este papel de problematizar as práticas, os fluxos e os problemas enfrentados nos serviços, ficava com os apoiadores, mas além de sermos apenas “porta-voz” dos trabalhadores, não podíamos falar por eles. Esse tipo de coisa produzia tensão na relação do apoiador com os coordenadores dos serviços. Como tínhamos por dever problematizarmos o que de fato acontecia nos serviços, começamos a não ser bem-vindos nesse espaço e nossa entrada ficava cada vez mais prejudicada nos serviços. Precisamos, então, repensar nossa postura nesse espaço e, além de chamarmos os trabalhadores, nos reuníamos antes com os facilitadores e o orientador de aprendizagem, e pontuávamos com eles os pontos que achávamos importante serem discutidos.

A entrada dos trabalhadores aconteceu por um curto período de tempo. Embora tenha sido de grande aproveitamento para as questões práticas enfrentadas nos serviços, pelos trabalhadores envolvidos e, de fato emergirem os problemas, ficava mais concreto pensarmos em alternativas para solucioná-los e fazermos pactuações coletivas, envolvendo os serviços.

Ao longo dos encontros tentamos manter o espaço sempre com o objetivo da Educação Permanente, usar o cotidiano do trabalho para que os trabalhadores pudessem refletir sobre seus processos de trabalho, tanto no coletivo como no individual, e que essas reflexões fossem potentes para, quando chegassem nos serviços fossem ampliadas e geradoras de mudanças. Utilizávamos a metodologia de discussão de casos, principalmente, para produzir uma rede viva e a reunião ganhou caráter itinerante.

Os casos eram identificados devido à complexidade e, a partir de suas necessidades, percorria-se a rede de saúde ou intersetorial. As reuniões ganharam mais vida à medida que diversos territórios geográficos da rede de saúde e intersetoriais foram sendo habitados, mostrando com mais clareza que redes eram essas, suas fortalezas, rupturas e vazios.

Os encontros entre trabalhadores com diferentes modos de pensar e fazer a clínica tornavam-se também um lugar de disputa, mas também lugar de potência,

possibilitando desestabilizar formulações cristalizadas, abrindo espaço para novas conexões e construções coletivas.

Os casos trazidos demonstravam o quanto os fluxos previamente estipulados e pouco construídos coletivamente com os trabalhadores e usuários, muitas vezes, não eram possíveis de serem aplicados no cotidiano do cuidado. O espaço ficou mais característico de Educação Permanente, mas os incômodos gerados foram muitos.

Os coordenadores ficavam desconfortáveis com a exposição dos processos de trabalho, da gestão que faziam nos serviços e das adversidades que os trabalhadores traziam de seus locais de trabalho. A pedido dos próprios coordenadores, a presença dos trabalhadores na E.P. de Território só aconteceria quando estivesse assuntos específicos, que os próprios coordenadores achassem pertinente seus trabalhadores participarem. Ouvimos: *“Se é um espaço de gestão, cabe somente aos gestores participarem. Quando acharmos importante a presença dos trabalhadores, nós o convocaremos”*. Acatamos, não sem antes argumentarmos. Em vão!

A inquietude dos trabalhadores envolvidos e o desejo de se fazer uma rede que sirva para quem a utiliza possibilita mudanças nessa rede. Para além das estratégias institucionais e metodológicas utilizadas, devemos considerar ainda o processo de subjetivação produzido com os trabalhadores como ferramenta do cuidado a ser utilizada para se (re)pensar a produção de uma rede que toma para si o desafio de cuidar e se reinventar constantemente.

Assim como a Secretaria de Saúde, sempre apostamos neste espaço, por ser gerador de discussões envolvendo os serviços, potente articulador de rede a medida que discutíamos os fluxos entre os serviços e as situações recorrentes que dificultavam o cuidado e os processos de trabalho; um espaço de matriciamento entre os serviços e combinações para casos de difícil manejo que percorrem a Rede e , acima de tudo, um espaço onde os serviços se encontravam, se conheciam, um espaço onde o tal serviço tinha um “rosto”, um nome a quem recorrer. Um importante dispositivo a ser utilizado pela gestão para se problematizar e repensar o trabalho em rede nos territórios.

Garantir a inserção dos apoiadores nos serviços e mantê-los circulando na Rede exigiu da Secretaria de Saúde muitas negociações com os Departamentos e

dos apoiadores muito cuidado nessas entradas. A E.P. de Território proporcionou aos serviços maior entendimento do papel de articuladores de rede e de matriciadores exercidos pelos apoiadores. Conseguimos assim, ter entrada na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de nosso Território.

4.5 Unidade de Pronto Atendimento

Iniciamos nossa aproximação na UPA com observação durante uma semana em todos os setores da Unidade para entendermos o funcionamento do serviço, assim como fizemos nas UBS. Fizemos conversa com os trabalhadores de todos os plantões apresentando o trabalho dos apoiadores, a divisão territorial do município e a Rede de Saúde de São Bernardo do Campo. Notamos que a grande maioria não sabia que existia tal divisão territorial e nem mesmo a que território pertenciam.

Os serviços de saúde também não eram de conhecimento de todos. Havia muitas dúvidas quanto ao funcionamento e ofertas das UBSs. “*As UBSs mandam tudo pra UPA*”; “*Nunca tem médico lá ?! Vocês não atendem os pacientes aí eles procuram a gente*”; “*Esses agentes comunitários fazem o que? Eles não explicam pra que a UPA serve?*”. Essas eram as falas apresentadas pelos trabalhadores. Fizemos outra conversa somente sobre o funcionamento e ofertas das UBSs e como poderia ser esta articulação entre os serviços do território.

Logo após, com a intenção de analisar o perfil dos usuários que acessavam este serviço e, a partir daí, facilitar o processo de referência e contra referência entre os serviços necessários ao cuidado desses usuários e, além de otimizar os recursos disponíveis nos diferentes dispositivos de atenção, fizemos coletas de dados de pacientes que permaneceram em observação e/ou internação breve na sala amarela da UPA.

Nas reuniões de equipe nas UBS, informávamos sobre estes usuários, para que a equipe de ESF coletasse mais informações sobre o estado de saúde do usuário e as necessidades de continuação do cuidado. Os casos mais complexos eram discutidos e elaborados Projetos Terapêuticos Singulares, que incluíam o atendimento

em diferentes serviços, como Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Especialidades, Hospitais, entre outros.

A partir daí foram desencadeadas estratégias de articulação da rede, como encontros de Educação Permanente junto aos profissionais da UPA para melhorar a compreensão dos fluxos de referência e contra referência estabelecidos e favorecer a articulação entre os serviços da RAS. Além disso, as equipes da ESF foram sensibilizadas para iniciarem a busca ativa dos usuários identificados nesse processo, facilitando o vínculo desses usuários à Atenção Básica e iniciarem um acompanhamento das pessoas adscritas ao território que regularmente procuravam a UPA no momento de agudização da doença ou mesmo para um “acompanhamento” da mesma.

Ademais, a tabela de coleta de dados da sala amarela adulto da UPA foi instituída em todas as UPAs do município, entendendo que a Atenção Básica, ainda que seja a porta de entrada preferencial não é nem a única e nem, necessariamente, a coordenadora da RAS, o que dependerá de cada usuário e de cada contexto loco regional, na perspectiva da efetivação de uma rede de serviços funcionalmente integrada, pautada pela integralidade do cuidado (Cecílio et al., 2012). Integralidade essa que depende também de uma rede complexa composta por serviços que extrapolam os equipamentos de saúde e, portanto, demanda uma organização que viabilize múltiplas entradas na rede, com diversificados fluxos e circuitos, pautadas pelas necessidades reais das pessoas (Cecílio, 2001).

Nesse sentido, a UPA se caracterizou como um importante observatório de saúde do território e os profissionais do serviço tiveram um importante protagonismo para que a RAS pudesse de fato ser funcional. No entanto, ainda houve a necessidade de constantes encontros e pactuações para que os fluxos desenhados fizessem sentido aos trabalhadores tanto da UPA quanto das UBS e pudessem ser eficientes no cotidiano do trabalho.

Para além desta articulação, fazíamos EP com os trabalhadores sobre temas sugeridos por eles, por exemplo, sobre Saúde Mental, devido às dificuldades de manejo relatado pela equipe e poucos recursos e materiais de apoio oferecidos, mas de grande demanda no serviço. Conversamos ainda sobre violência, principalmente as relacionadas às mulheres, os seus tipos, o seu ciclo, os fluxos da Rede e outros serviços de saúde e/ou intersetoriais ao qual elas poderiam ser

encaminhadas/orientadas a procurar, visto que um dos primeiros serviços procurados por elas após uma violência era a UPA.

Esta aproximação dos apoiadores com a UPA proporcionou uma aproximação também da UPA com as UBS. Conseguíamos levar algumas pautas discutidas nos serviços para a EP do Território e assim as Unidades conseguiam fazer pactuações de fluxos. Coisas corriqueiras que não eram discutidas entre os serviços, mas que causavam muita tensão, foram discutidos após os apoiadores frequentarem a UPA, como o caso de usuários que procuravam a UPA para aplicação de insulina ou mesmo para realização de curativos crônicos, ou ainda, médicos plantonistas da UPA que encaminhavam pacientes para as UBS como se fosse para especialidade, como Urgência e/ou com descrição de tratamento. A partir daí foram estabelecidos critérios de encaminhamentos e referência e contra referência entre os serviços.

Uma ferramenta simples, sugerida pelos próprios profissionais da UPA aos apoiadores foi a utilização de um caderno onde eles colocassem os casos que deram entrada na UPA, mas que, segundo eles, precisariam de acompanhamento nas UBS, não apenas casos clínicos, mas também casos sociais, de violência ou mesmo de pacientes que procuravam a UPA com uma certa frequência em curtos espaços de tempo. Assim foi feito. Pelo menos uma vez por semana os apoiadores olhavam este caderno e levavam os casos às UBS de referência e discutiam o caso nas equipes, depois dávamos a devolutiva para UPA.

Essa articulação ficou somente sob responsabilidade dos apoiadores, não conseguimos envolver outros trabalhadores além das discussões de casos ou outra ferramenta que pudesse ser utilizada formalmente entre os serviços. A construção de Rede se torna eficaz, centrada em um pequeno grupo de trabalhadores?

Demandas aos apoiadores iam aparecendo e, a cada uma delas, era necessário perguntar se para as equipes envolvidas estes acordos seriam produtivos, se seriam um meio de produzir cuidado ou mais trabalho burocrático.

Esses dilemas acompanhavam o apoiador e, a cada ferramenta produzida e/ou a cada articulação feita, era necessário recorrer às equipes. Nem sempre os interesses ou prioridades eram os mesmos. Ou assumíamos os combinados ou desistíamos. No entanto, cada decisão dependia também das prioridades e interesses de cada apoiador ou de cada equipe de apoiadores.

4.6 "Kanban"

Pensando ainda em construção de uma RAS viva e integral, a partir de 2013 os apoiadores começaram a participar do “Kanban” em uma enfermaria adulta e na pediatria do Hospital e Pronto Socorro Central (HPSC) do município e em 2015 do Kanban do Hospital de Clínicas Municipal.

O "Kanban" - uma palavra japonesa que significa literalmente registro, sinal visível ou placa visível, originário da indústria que tinha como objetivo controlar o movimento de materiais entre centros de trabalho (Moura, 1996). Na saúde, é usada como arranjo tecnológico visando melhorar os fluxos no hospital, um dispositivo para gestão de leitos que combina práticas de gestão de prioridades clínicas e ferramentas visuais que permitem a qualificação da coordenação do cuidado e a priorização e o aperfeiçoamento da tomada de decisão clínica e do uso do recurso leito; propõe-se ampliar a responsabilidade dos sujeitos implicados no cuidado e produzir respostas operacionais ao conciliar o trabalho da equipe multiprofissional.

Neste cenário, a experimentação de novos arranjos tecnológicos para o cuidado adquire grande importância, seja ao aperfeiçoar a capacidade de acolher e de identificar riscos das pessoas que buscam cuidados hospitalares, melhorando o modo como se dá a entrada do paciente no hospital, seja "gerando saídas" dos Serviços de Emergências Hospitalares (SEH) mais articuladas com outros pontos de atenção da rede, condição fundamental para se garantir a continuidade do cuidado. Éramos responsáveis por esta “saída” articulada.

Os apoiadores dos 9 (nove) Territórios se revezavam em pelo menos uma dupla para participarem em todos os Kanban Adulto – de segunda a sexta-feira - e, 1 vez por semana - às quartas-feiras - na pediatria. Cada dupla era responsável por repassar os casos discutidos no Kanban aos territórios que não estavam presentes.

O ambiente e a lógica hospitalar causaram estranhamento de início por serem muito diferentes ao que estávamos habituados. Termos, fluxos e encaminhamentos não eram semelhantes ao que víamos na Atenção Básica e Especializada. O tempo do hospital é outro, o entendimento de cuidado também.

Iniciamos nesse espaço tentando entendê-lo e fazer com que toda a equipe multiprofissional hospitalar entendesse o nosso papel.

O objetivo dos apoiadores era o de levar um pouco da realidade dos territórios e da RAS do município para conhecimento da equipe, aproximar a clínica à realidade

de vida dos pacientes a fim de garantir um cuidado integral durante a internação e no pós-alta. Aparentemente os objetivos não eram os mesmos.

No geral, a equipe hospitalar preocupava-se com o recurso leito, poucos profissionais, entre eles os assistentes sociais e psicólogos, identificavam a importância do contexto territorial, familiar e socioeconômico que muitas vezes levávamos para o conhecimento da equipe. Assim foi o processo de “integração” entre a equipe de apoiadores e a equipe hospitalar.

Com o passar do tempo e aproximação entre as equipes, os objetivos foram se alinhando, a preocupação de ambas as equipes no pós-alta e os recursos disponíveis para o acompanhamento desses pacientes foram sendo conciliados. Mostrávamos os “furos” e a realidade da Rede e os possíveis cuidados ofertados pelos diferentes serviços. Conseguimos assim, estabelecer discussão de casos mais complexos e construção de projeto terapêutico singular compartilhado contribuindo com informações que levávamos à equipe, integrando os cuidados dos diferentes serviços.

Eu penso que, um fator importante para que houvesse esse alinhamento, foi uma maturidade e uma diminuição de expectativa dos apoiadores em relação ao Kanban e a equipe hospitalar, pelo entendimento das subjetividades e objetivos dos serviços.

Devo destacar que, com a equipe de pediatria a entrada do grupo de apoiadores foi mais fácil, acredito que pelo entendimento da equipe quanto ao contexto e dinâmica familiar interferem nos cuidados com a criança, assim como o Território em que vivem.

Esta percepção ficou clara após fazermos um estudo do perfil epidemiológico por Território das internações e reinternações ocorridas durante um ano na pediatria. Apresentamos para equipe de pediatria do hospital que entenderam melhor o perfil dos Territórios e o quanto isso afetava também o pós-alta. Com isso passaram a fazer maiores pactuações com os apoiadores e com a própria equipe hospitalar para uma alta mais responsável.

Esse mesmo estudo foi apresentado para as equipes ESF e também durante uma EP do Território, para que fosse realizado o planejamento de ações para a qualificação do cuidado de crianças, além da sensibilização com as equipes quanto ao monitoramento e continuidade do cuidado.

Os apoiadores entendiam este espaço como um dispositivo muito importante de continuidade de cuidado e de aproximação dos serviços, a criação de uma Rede de Saúde que se articula conforme a necessidade dos usuários.

As tensões iniciais com a equipe hospitalar foram sendo amenizadas à medida que a participação do apoio se mostrava eficaz e construtiva. O grupo de apoiadores que participavam do Kanban se reunia frequentemente para avaliarmos e planejarmos nossa participação neste espaço. As queixas comuns entre os territórios era como essa articulação fazia sentido para nós, para gestão, para o hospital, mas não para as equipes ESF.

Quando o apoiador levava o caso de um paciente internado no HPSC as equipes, de início, se queixavam e chegamos a ouvir de uma enfermeira da UBS: *"agora vamos ter que prestar contas para o pessoal do HSPC também?"* e de uma ACS: *"Pra que tanta pergunta? Daqui a pouco estaremos fazendo visitas pra paciente internado."* Com o tempo os questionamentos pararam, mas não significou que entenderam o objetivo do Kanban, os apoiadores ainda tinham que estar presentes para as discussões destes casos.

As tentativas de criação de instrumentos para que as equipes tivessem acesso e discutissem os casos foram criadas, mas não passaram de mais uma burocracia e um papel para preencher. Levamos a discussão para EP do Apoio, EP de Território e ainda em reuniões gerais nas UBS sem grandes manifestações ou envolvimento das equipes, voltando para as mãos dos apoiadores esta responsabilidade. Mais uma estratégia de continuidade do cuidado e possibilidade de construção de uma RAS que acompanha as necessidades dos usuários não era enxergada como prioridade para todos. Toda a Rede tinha o mesmo entendimento? Como "unificar" a Rede?

Após aproximadamente 2 anos e meio de participação no Kanban Adulto, o coordenador Médico de Práticas Clínicas do Núcleo Interno de Regulação do HPSC, identificando o alto índice de reinternações, chamou o grupo de apoiadores para que iniciássemos um estudo destes pacientes para diferenciar as possíveis causas destas reinternações, se alta hospitalar precoce ou uma RAS pouco resolutiva.

Esse estudo foi iniciado, mas não conseguimos terminar devido às mudanças ocorridas no quadro gestor do Hospital e do Município. Novas mudanças, novos desafios?

O apoiador é chamado por diversos autores de dispositivo, que segundo o dicionário significa mecanismo construído com determinado fim; ou ainda: conjunto de ações planejadas e coordenadas visando algo; de ferramenta – meio para alcançar um resultado – e até mesmo de estratégia - planejamento de uma ação para conseguir um resultado (Houaiss, 2004). Seja qual for o adjetivo escolhido, o apoiador não se pauta somente na análise do trabalho, a atividade de apoio traz em si uma dimensão e planejamento, fazendo emergir objetivos, produtos e metas direcionadores de mudanças institucionais e também mobilizadora dos sujeitos/equipes e recursos que se cruzam no trabalho.

A prática do apoio passa pela arte de compor com o outro, exercício trabalhoso, difícil por vezes, que exige constante renovação. Essa práxis se afirma na construção de redes, que se efetivam articulando territórios, integrando ações intersetoriais, sujeitos, categorias profissionais, saberes e disciplinas, o que solicita uma construção coletiva e compartilhada (Barros et al., 2014).

Não é o apoiador quem produz a mudança ou é a causa de transformações, apenas trabalham com dispositivos que provocam a análise dos processos de trabalho, como acontecimentos do cotidiano, matriciamento, visitas institucionais, projetos terapêuticos; são necessários além de respostas, questionamentos e problematizações que coloquem em cena as relações que permeiam o universo do trabalho.

Cabe ao apoio acompanhar o processo disparado e construir uma atenção para os sentidos que expressam, fornecer caminhos que possibilitem a criação de novos modos de cuidar e de gerir o trabalho. Essas análises se tornam matéria para a construção dos planos de ação de mudanças de práticas que se orientam pela transformação do trabalho em saúde como forma de redirecionar o cuidado. Gestão e atenção não se separam nessa perspectiva, mas, em minha experiência, ao mesmo tempo que o apoiador era acionado pelo cotidiano dos serviços, também era convocado pela gestão com demandas que produziam ações aos trabalhadores e ao grupo do apoio. Nossas agendas ficavam para questões demandadas pela gestão e pouca vaga para o acompanhamento dos processos já disparados ou planejados com as equipes.

Muitas vezes, estas demandas entravam em conflito com as demandas das equipes e UBS, por divergências de prioridades. Se a equipe não priorizava as

demandas, ficava em responsabilidade do apoio dar respostas à gestão, não às equipes.

Os coordenadores das UBS não assumiam este papel, não havia co-responsabilização, não sei se por falta de conhecimento de tais demandas pelos coordenadores ou pelo fato de já ter o apoiador fazendo.

As relações interpessoais e as conversações que se estabelecem entre os atores, estejam eles localizados na gestão ou no processo de assistência, são processos fundamentais para a garantia da integração dos serviços de saúde e da integralidade da atenção (Lima, 2008).

As demandas dos Departamentos não chegavam diretamente ao grupo de coordenadores, outras não chegavam diretamente ao grupo de apoiadores, informações e projetos desencontrados. Muitas ações não eram combinadas, pactuadas em conjunto com os grupos responsáveis por capilarizar, planejar e acompanhar as informações e ações. Depositavam a responsabilidade pelas demandas ao grupo de apoiadores. Se o apoio não fizesse, quem faria?

Na rotina de trabalho dos apoiadores perpassam diversas atividades: acompanhar o funcionamento e estruturação dos dispositivos da Rede; participar de reuniões intersetoriais, mediar conflitos, ajudar nas dificuldades que surgem no processo de implementação da Rede de Saúde, planejar e acompanhar os processos e ações com as equipes. Essas tarefas dominam a prática cotidiana e, muitas vezes, burocratizam o trabalho do apoiador. Desse modo, muitas vezes ficávamos somente com o papel de executores: fazendo tarefas e respondendo demandas.

O apoio ocorre no encontro com os sujeitos operadores da rede, quando vão aos lugares onde o cuidado é ofertado. O apoio só acontece quando se constroem parcerias e não meras ações fiscalizadoras ou imposição de demandas pré-estabelecidos. Ao auxiliar na implementação da rede, o apoio pode ser burocrático e verticalizado, ou assumir uma direção baseada no aspecto relacional e comunicativo de escuta das necessidades e singularidades, das equipes/serviços apoiados.

O apoiador se encontra no “não lugar”, não se encaixa em um organograma ou em uma hierarquia, não é gestor, mas também não é trabalhador da assistência, está no “entre”, é um mediador.

Pelas vivências, apareceram limitações no exercício da função apoio, pois de um lado, a desconfiança inicial das equipes, considerando a tradição de aproximações verticais e prescritivas, tanto entre instâncias internas do sistema, quanto de agentes

externos; de outro, com que a perspectiva do apoio ser visto inicialmente como oportunidade de reclamação e fornecimento de soluções externas para problemas vividos no contexto geral do trabalho. Não havia uma apropriação e referenciais básicos de planejamento e avaliação nos serviços de saúde e as equipes não tinham a cultura de elaboração coletiva de projetos de intervenção.

Dessa experiência emergiu também as limitações dos coordenadores, inclusive em termos de habilidades (ou despreparo) para dirigir ou mediar a articulação dos componentes para a produção coletiva, articulação que caracteriza a essência da gestão. Mais um desafio que se apresenta para a função apoio, no cuidado com o modo de se instituir, de aproximação e do fazer.

O Apoio também não pode garantir que os processos sejam bem-sucedidos se não se fizer presente no próprio movimento constitutivo da clínica e da gestão, e não apenas nos questionamentos de como estes termos se apresentam nas práticas e nos territórios. As mudanças estruturais não podem ser acompanhadas, na mesma velocidade, por mudanças subjetivas nos processos de trabalho em saúde.

O apoio tem um terreno fértil para sustentar seu trabalho em processos prescritivos e burocráticos. Porém, podemos constatar que a atividade do apoio nessa esteira se coloca como experiência inventiva, pois está constantemente se transformando naquilo que ganha contorno a partir do trabalho feito com os outros. O apoiador está sempre pendente na concorrência entre direções não necessariamente harmônicas, que lhe exigem tomar determinadas direções e assumir certos riscos no processo de intervenção. No entanto, não faz isso sozinho, porque sua atividade está em extrema relação com o movimento dos processos de trabalho, de onde também surge como um apoiador (César, 2014).

A criação de espaços de fala sobre o trabalho, reivindicações, angústias e demandas coletivas dos trabalhadores não é simples, nem suficiente. Fazer roda, reunião, fóruns, não garante transformação nos modos de cuidar ou gerir os serviços de saúde. Mas o apoio precisa reafirmar a pertinência da construção de espaços coletivos, por sua potência de produção de forças de diferenciação (César, 2014).

O apoiador tem que se colocar na roda, se permitir, acabar com as neutralidades, trabalhar com as demandas vindas das equipes e serviços, mas também trazer ofertas ao coletivo. Oferecer-se e ser reconhecido como tal. Ofertar-se é se revelar, se expor à avaliação alheia, é analisar e intervir em conjunto, refletindo sobre suas práticas. Fazer com que as demandas do grupo funcionem como seu

material de trabalho, onde consegue estabelecer novos acordos e compromissos, mexer com os outros e consigo mesmo. Não mudar algo para o outro, senão com o outro.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentei aqui algumas dentre tantas estratégias que estavam sendo utilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde para viabilizar a construção de uma Rede de Atenção à Saúde resolutiva e para qualificar os processos de cuidado ao usuário do SUS em seu território.

Cabe ressaltar que esses processos não se caracterizavam como uma articulação exclusiva dos Apoiadores em Saúde, fomos mais uma estratégia para que os fluxos e articulações fossem incorporados na rotina dos profissionais que compunham os diferentes serviços de atenção ao usuário.

A participação dos usuários nesta construção foi também valorizada através das reuniões mensais do Conselho Gestor que ocorriam nos serviços de saúde, inclusive nas UBS e UPA, onde os apoiadores participavam, mas, neste trabalho, optei por não relatar as experiências vividas neste cenário.

O trabalho do apoio, em que pese todas as dificuldades encontradas durante sua realização, se constituiu, ao meu ver, em uma importante estratégia de trabalho na consolidação de um sistema de saúde integral.

O apoio operacionalizava mobilizando os coletivos a disparar discussões sobre trabalho, a fomentar a participação ativa dos trabalhadores como sujeitos das atividades de intervenção, a incorporação de novos olhares e métodos para se colocar em análise o trabalho e seus modos de inserção, induzir novos modos de operar e de produzir, qualificando sua capacidade como sujeito e como coletivo. E assim, resultando na reorganização das práticas e reformulação dos modos de exercer gestão e o cuidado.

A cada espaço de construção coletiva que conseguíamos manter, a cada reunião que conseguíamos produzir, de fato, um encontro, a cada fluxo construído e implementado, a cada relato do caminhar pleno de um usuário na RAS se traduzia, para mim, em coragem e desejo de continuar, pois apesar do Apoio ser um processo que parece lento ele traz, em si, avanços duradouros.

Pelo menos era o que eu pensava!

Em 2017, com a troca de Gestão do Município, os espaços coletivos que foram construídos e mantidos com muito trabalho e que demandaram de mim e, de tantos outros, tanta energia, foram encerrados. A articulação de Rede que era

institucionalizada, mantida pelo olhar estratégico da Secretaria de Saúde do Município através da sustentação dos espaços coletivos para construção da Rede de Atenção e evidenciada pelo projeto do apoio, não foi mantida. Para a nova Gestão, a comunicação entre os serviços não pareceu ser uma prioridade.

Ao meu ver, o trabalho do apoio, em que pese todas as dificuldades encontradas durante sua realização, se constituiu em uma importante estratégia de trabalho na consolidação de um sistema de saúde integral.

Embora sentindo-me triste e impotente frente ao diferente modelo de se fazer saúde no Município desde 2017, acredito na permanência das mudanças, mesmo que pequenas e não na velocidade que gostaríamos, que aconteceram nas equipes de saúde no período de 2010 a 2016.

Hoje, percebo que o trabalho do apoio está indefinido. Tenho atuado essencialmente na Atenção Básica, trabalhando com muitas incertezas e tentando, pelas brechas, me manter com o objetivo inicial: garantir a atenção integral ao usuário do SUS.

REFERÊNCIAS¹

Barros MEB, César JM, Gomes RS, Daros RF. Verbos do apoio institucional em pesquisa: transversalizar, transdisciplinarizar e fortalecer redes de trabalho-vida na saúde. In: Pinheiro R. et.al. (Orgs.). Práticas de apoio e integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica em pesquisa. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO; 2014, p.83-110.

Benjamin W. Obras escolhidas: magia e técnica, arte e política. 3ªed. Rouanet SP, tradutor. São Paulo: Brasiliense; 1987. 257p

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

Bondía JL. Experiência e alteridade em educação. Revista Reflexão e Ação, Santa Cruz do Sul, 2011 jul/dez; 19 (2).

Bondía JL. Tecnologias do eu e educação. In: Silva TT. O sujeito da educação. Petrópolis: Vozes; 1994. p.35-86.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília; 2010.

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

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado: um ensaio sobre a organização do trabalho em saúde. Cienc Saude Colet. 1999; 4(2):393-403.

Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

Ceccim RB Educação permanente em saúde: um desafio ambicioso e necessário. Interface Comunic Saúde Educ. 2005; 9(16):161-77.

Cecílio LCO, Andrezza R, Carapineiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? Ciênc Saúde Coletiva.2012; 17(11): 2893-2902; Nov. 2012.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos R A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS/ABRASCO; 2001. p. 65-112.

Cecílio, LCO. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. Interface Comunic Saúde Educ. 2007 mai/ago; 11(22): 345-63.

César JM. O apoio como atividade de trabalho: dimensões e desafios para o exercício da função apoio. In: Pinheiro R et al. (orgs). Práticas de apoio e a integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa. Rio de Janeiro: CEPESC ABRASCO; 2014.

Critelli DM. História pessoal e Sentido da vida – Historiobiografia. São Paulo: EDUC; 2012.

Edital Fundação do ABC nº 01/2010 do processo seletivo 01/2010 – de 08 de março de 2010 – Abertura – p. 4-16. Disponível em <http://www.sinpsi.org.br/publicacao/edital-apoiadores-revisado-marco-2010.pdf>. Acesso em 30.nov.2017.

Educação Permanente em Saúde em Movimento. Cuidando de Ana Clara; 2014. [citado 17 dez. 2017] Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena/cuidando-de-ana-clara/>>.

Educação Permanente em Saúde em Movimento. Um mergulho no mundo do trabalho em saúde; 2014. [citado em 17 dez. 2017]. Disponível em:<<http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena/um-mergulho-no-mundo-do-trabalho-em-saude/>>.

Feuerwerker L. A cadeia do cuidado em saúde. In: Marins JJ. (Org.). Educação, Saúde e Gestão. São Paulo: Hucitec; 2011. p.99-113.

Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos, RA. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

Houaiss A.Villar MS. Minidicionário Houaiss da língua portuguesa; elaborado no Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltd.-2ed.rev.e aum. – Rio de Janeiro:Objetiva; 2004 .

Lima JC. Agir comunicativo e coordenação em sistemas de serviços de saúde: um estudo no serviço de atendimento móvel de urgência da região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro. [tese].Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz. Rio de Janeiro; 2008.

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

Matus C. Política, planificação e governo. Brasília: IPEA, 1996. In: Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface 2005 sept./dec; 9(18).

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec; 2002.

Minayo MCS. Análise qualitativa : teorias, passos e fidedignidade; 2011.

Minayo MCS. O Desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO; 1992.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1994. 269p.

Moura RA. Kanban: a simplicidade do controle da produção. 4 ed. São Paulo: Imam; 1996.

Passos E. (Org.). Formação de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da gestão e da atenção à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. v.2.

Schmidt MLS. A experiência de psicólogos na comunicação de massa. [tese]. São Paulo: universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 1990.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasil: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Projeto de intervenção

Educação Permanente para Equipe do Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF)

O texto que se segue caracteriza-se como o produto do Mestrado Profissional. Inspirado em uma atividade proposta pela Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo, trata-se de uma dinâmica desenvolvida pelos apoiadores de um Território para apresentar aos profissionais que iniciam suas atividades em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) a Portaria e Diretrizes desta estratégia e os levarem a refletir sobre seus processos de trabalho e suas relações com as equipes de saúde da família.

1) APRESENTAÇÃO DA EQUIPE E DA PROPOSTA DA EP (5 minutos)

2) DINÂMICA DE AQUECIMENTO (20 minutos)

Inicia-se com a distribuição de papéis aos participantes para que respondam:

- 1) O que é NASF para você?
- 2) Quais dificuldades você identifica para efetividade do NASF?
- 3) Nas UBS que você está inserido, como o NASF funciona?

3) APRESENTAÇÃO DO CONTEÚDO (40 minutos)

A apresentação se utiliza da estratégia de fala dos membros do grupo, com suporte de slides que abordam os tópicos que se seguem, baseados no conteúdo do Caderno de Atenção Básica, nº 39 - Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano, do Ministério da Saúde, 2014.

A) Mas o que é NASF, então? (p.17)

B) Que diretrizes orientam este trabalho? (p.18)

- Territorialização e responsabilidade sanitária; (p.19)
- Trabalho em equipe; (p.19)
- Integralidade (p.19) e
- Autonomia dos indivíduos e coletivos. (p.19)

C) Inserção dos profissionais do NASF na Atenção Básica: A implantação do NASF e a chegada de novos profissionais na Atenção Básica. (p.39)

Apesar de sua potencialidade, a entrada de uma equipe de NASF na Atenção Básica traz consigo, portanto, um conjunto de desafios. É preciso estar atento a alguns fatores limitantes e problemáticos que podem surgir nesse processo:

- Formação profissional; (p.39)
- Necessidade de conciliar diferentes realidades;(p.39)
- Desconhecimento das possibilidades de atuação no apoio matricial;(p.39)
- Tensão entre flexibilidade e desvio do papel dos profissionais do NASF; (p.39)
- Papel regulador. (p.40)

D) Pactuações iniciais entre NASF e equipes vinculadas: (p.44)

As pactuações iniciais entre NASF e equipes vinculadas podem ser realizadas em diferentes espaços, envolvendo critérios e fluxos norteadores, situações prioritárias e formas de efetuar o apoio. Tais definições podem englobar aspectos gerais do processo de trabalho do NASF e específicos por categoria profissional que dele fazem parte, conforme a realidade de cada local.

E) Diferenças entre o modelo tradicional de encaminhamento de usuários e a proposta do apoio matricial. (p.61)

F) Trabalhando com grupos: (p.67)

Algumas ferramentas/estratégias das quais os profissionais do NASF podem lançar mão para colocar em prática o apoio matricial. Essas ferramentas, com as práticas específicas por núcleo ou área de atuação, indicam escopo possível de atuações e práticas do NASF, buscando ampliar a capacidade de cuidado das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, bem como ampliar as ofertas/ações de saúde na Atenção Básica. Dentre eles destacam-se:

- Terapia comunitária (p. 69);
- Grupos de convivência (p. 69);
- Grupos de mulheres (p. 69);
- Grupos operativos (p .69);
- Grupos terapêuticos (p. 69) e

- Grupos motivacionais. (p.70)

O NASF constitui-se como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da Atenção Básica, uma vez que amplia o escopo de ações desta e, por meio do compartilhamento de saberes, amplia também a capacidade de resolutividade clínica das equipes.

PAUSA DE 10 MINUTOS

4) EXPERIÊNCIAS DO APOIO NO TERRITÓRIO (40 minutos)

- Experiências com grupos;
- Relação com as equipes;
- Matriciamento das equipes.

5) DISCUSSÃO DAS RESPOSTAS OBTIDAS PELOS PARTICIPANTES NA DINÂMICA DE AQUECIMENTO E DEBATE (30 minutos)

6) APRESENTAÇÃO DO VÍDEO CAÇA AO OVO (5 minutos)

<https://www.youtube.com/watch?v=lopvCv77DKI>

7) ENCERRAMENTO