

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

CARMEM LÚCIA BRANDALISE

**APOIO À ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: PERCURSO DA
PESQUISA-INTERVENÇÃO**

SANTOS, SP

2014

Ficha Catalográfica
Universidade Federal de São Paulo

Brandalise, Carmem Lúcia

Apoio à Atenção Básica de Saúde: Percurso da Pesquisa-Intervenção /
Carmem Lúcia Brandalise. - Santos, 2014.

100 f.

Dissertação de mestrado - Universidade Federal de São Paulo - Campus
Baixada Santista - Programa de Pós-Graduação *strictu sensu* do Centro de
Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, 2014.

Orientadora: Prof.^a D.^ª Rosilda Mendes

Título em inglês: Support to the Primary Health Care: Route of the
Research Intervention.

1. Pesquisa-intervenção. 2. Apoio Matricial. 3. Atenção Primária em Saúde.
4. Cuidado em Saúde. 5. Trabalho em Saúde. I Título.

Imagem da primeira capa: Beatriz Milhazes

CARMEM LÚCIA BRANDALISE

**APOIO À ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: PERCURSO DA
PESQUISA-INTERVENÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação *strictu sensu* do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde, Modalidade Profissional.

Orientadora: Prof.^a D.^{fa} Rosilda Mendes

SANTOS, SP

2014

CARMEM LÚCIA BRANDALISE

**APOIO À ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: PERCURSO DA
PESQUISA-INTERVENÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação *strictu sensu* do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde, Modalidade Profissional.

Orientadora: Prof.^a D.^{ra} Rosilda Mendes

Em: 26 de setembro de 2014.

Prof. Dr. Marco Akerman

Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública

Prof.^a Dr.^a Daniele Pompei Sacardo

Universidade Estadual de Campinas

Prof.^a Dr.^a Virginia Junqueira

Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista

Prof.^a D.^{ra} Rosilda Mendes

Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista

*Para Jecir e Adolfo,
que partiram cedo,
mas cujas vidas
reverberam em mim*

AGRADECIMENTOS

A produção desta dissertação está marcada por muitas emoções, encontros e afetações. É preciso fazer alguns sinceros agradecimentos pois, sem o apoio, o incentivo, a amizade e a paciência de muitas pessoas, eu não teria chegado à finalização deste processo.

Agradeço aos munícipes de Santos que possibilitaram, por alguns meses, minha participação nas aulas com a liberação de parte de meus compromissos de trabalho;

À Prefeitura de Santos, através da Secretaria de Saúde, que autorizou minha participação nos compromissos do Mestrado;

À professora Rosilda Mendes, que aceitou me orientar e incansavelmente me conduziu neste processo;

Às professoras Virginia Junqueira e Maria Fernanda Frutuoso, pela generosidade em apontar caminhos na banca de interlocução;

Aos professores e colegas do Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, pelas trocas e provocações;

Aos colegas/amigos da SEATESC que, com suas inquietações, me provocaram a tornar o seu fazer objeto do meu estudo e, em especial os que estiveram comigo no processo de produção de dados: Cynthia Aparecida R. Mondin, Daniela Emmerich B. Araújo, Ivone Leal Benedito, Maria Lúcia M. S. Novaes, Rogério Neponuceno Kreidel, Rosana Neves Marques de Souza, Rosane Cristine dos Santos, Solange Abelha e Vinicius Gomes Pestana;

À Christiane Alves Abdala, que prontamente aceitou o convite/desafio de me apoiar nas oficinas problematizadoras;

À Rosilda Brossi, por seu bom humor, apoio e presteza na aproximação a outra língua.

À Roseine Fortes Patella e à Regina Bernardino, que sempre me estimularam a percorrer o caminho do mestrado;

Agradeço, também, a todos os trabalhadores do SUS que, com suas práticas de trabalho, mostram que é importante não esmorecer;

Aos usuários dos serviços de saúde que, com suas histórias de sofrimento e de desigualdade, me estimulam a não desistir de lutar por um SUS de qualidade;

Aos colegas da Seção de Fisioterapia e Reabilitação, que entenderam meu processo e se organizaram para que eu pudesse participar do Mestrado;

À minha mãe e aos meus irmãos que, distantes geograficamente, são tão próximos afetivamente; em particular à Luciane pelo apoio na formatação deste trabalho;

Finalmente, ao Brenno e ao Ademir, que me estimulam a superar meus limites me provocando cotidianamente para que eu me coloque em movimentos ousados de reinvenção de mim mesma.

RESUMO

Este estudo analisa o processo de trabalho da Equipe Multidisciplinar da Seção de Atenção à Saúde da Comunidade, do Departamento de Atenção Básica do Município de Santos, a qual é composta por diversas áreas profissionais e dividida de forma que atenda os quatro distritos sanitários do município, organizando-se para acompanhar todos os serviços de Atenção Básica. Utilizou-se como metodologia a pesquisa-intervenção, que supõe a construção de espaços de problematização coletiva, num movimento dialético de ação-reflexão-ação. Os dados foram produzidos por meio de seis oficinas problematizadoras, organizadas a partir de temas escolhidos coletivamente pelos sujeitos envolvidos no estudo: “apoio matricial”; “processo de trabalho em saúde”; “cuidado”; e “interdisciplinaridade e multidisciplinaridade”. Para o registro, além da gravação, utilizou-se a metodologia do escriba, que consiste em um registro livre do andamento do encontro por um dos participantes das oficinas. A ordenação dos dados incluiu a transcrição de fitas e a leitura dos registros dos escribas e dos diários de campo. A ordenação e classificação dos dados permitiu apreender as questões de relevância estabelecendo-se quatro categorias analíticas: “A prática do trabalho em equipe”; “A prática de cuidado: tensões entre o que se deseja e o que se faz”; “As formas de organizar o trabalho para transformar a gestão do cuidado”; e ‘Pesquisa-intervenção: potencialidade para inventar-reinventar”. O estudo sugere a necessidade do estabelecimento de espaços sistemáticos de encontro para discussão do processo de trabalho dos profissionais da Atenção Básica, com vistas a qualificar o cuidado com o acompanhamento em rede; a necessidade de rever o quantitativo de unidades de responsabilidade de cada profissional da SEATESC, como também as suas agendas de acompanhamento das equipes nos serviços da Atenção Básica, visando fortalecer o trabalho interdisciplinar e sua organização pela real necessidade das equipes locais; e a necessidade de aproveitamento, pela SEATESC, da potencialidade do próprio método de pesquisa-intervenção, devido à possibilidade de experimentação, que permite, ao abrir espaço para reflexões coletivas, encontrar alternativas de co-gestão e co-responsabilização do cuidado. Finalmente, o estudo concluiu que os sujeitos vislumbram possibilidades para o desenvolvimento de uma prática apoiadora, tendo como referência a própria experiência na SEATESC, de modo que sejam operados agenciamentos produtivos que tragam inovações à prática do cuidado.

Palavras-chave: Pesquisa-intervenção; Apoio Matricial; Atenção Primária em Saúde; Cuidado em Saúde; Trabalho em Saúde.

ABSTRACT

This study analyzes the work of the Multidisciplinary Team in the Health and Care Section of Community, Department of Primary Care in the Municipality of Santos which is composed of several professional areas and divided up in a way that meets the four health districts of the municipality, organized to follow all Primary Care services. The methodology used was the research intervention, assuming the construction of spaces for collective questioning in a dialectical movement of action-reflection-action. The data were produced by six problem workshops arranged by themes chosen collectively by the subjects involved in the study: "support matrix"; "work process in health"; "care"; and "interdisciplinary and multidisciplinary." For the record, in addition to recording, it was used the methodology of the scribe, which consists of a free record of the progress of the meeting by one of the workshop participants. The ordering of data included the transcription of tapes and reading the records of the scribes and field diaries. The ordination and classification of data allowed to grasp the relevant issues settling four analytical categories: "The practice of teamwork"; "The practice of care: tensions between what you want and what you do"; "The ways of organizing work to transform the management of care"; and 'Research intervention: capability to invent and reinvent ". The study suggests the need to establish systematic spaces for discussion of the work process with primary care professionals in order to qualify the care with the monitoring in network; the need to review the amount of units of responsibility of each SEATESC professional, as well as their monitoring schedules of the teams in the Primary Care services, to strengthen interdisciplinary work and the organization based on the real need of the local teams; and the SEATESC need of utilization of the potentiality of the intervention research method due to the possibility of experimentation, which allows to make room for collective reflections, to find alternative co-management and co-responsibility of care. Finally, the study found that subjects envision possibilities for the development of a supportive practice having reference from their own experience in SEATESC, so that productive assemblages are operated in a way that bring innovations to the practice of care.

Keywords: Research intervention; Matrix Support; Primary Health Care; Health Care; Health Work.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DEAB	Departamento de Atenção Básica
DO	Diário Oficial de Santos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAT	Grupo de Apoio Técnico
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PMS	Prefeitura Municipal de Santos
PRMS	Programa de Residência Multidisciplinar em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SEATESC	Seção de Atenção à Saúde da Comunidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
Aproximação ao objeto.....	21
Modelos de atenção e Atenção Básica	21
Possibilidades de arranjos para o trabalho em equipe	26
2 ITINERÁRIO METODOLÓGICO	31
A Pesquisa-intervenção	31
Oficinas problematizadoras como estratégia para a produção de dados	36
Registro do escriba: uma estratégia para o pertencimento	40
No caminho do método.....	41
3 RESULTADOS.....	48
A prática do trabalho em equipe	50
A prática de cuidado: tensões entre o que se deseja e o que se faz.....	59
As formas de organizar a gestão para transformar os modos de operacionalização do cuidado.....	66
A pesquisa-intervenção: potencialidade para inventar-reinventar	69
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
5 REFERÊNCIAS	74
ANEXOS.....	78
Anexo I: Primeira Oficina Problematizadora	
Anexo II: Segunda Oficina Problematizadora	
Anexo III: Terceira Oficina Problematizadora	
Anexo IV: Quarta Oficina Problematizadora	
Anexo V: Quinta Oficina Problematizadora	
Anexo VI: Sexta Oficina Problematizadora	
Anexo VII: Avaliação das Oficinas Problematizadoras	
APÊNDICES	93
Apêndice A: Parecer Consubstanciado do CEP	
Apêndice B: Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Santos	
Apêndice C: Encaminhamento do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Santos ao DEAB	
Apêndice D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Apêndice E: Produto técnico	

1 INTRODUÇÃO

O município de Santos iniciou o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1989, quando o governo municipal foi assumido pela Frente Democrática Popular, que governou a cidade por oito anos. Nos primeiros quatro anos respondeu pela pasta da saúde o sanitarista David Capistrano, eleito prefeito com mandato nos quatro anos subsequentes.

Nesse período a cidade ficou conhecida nacionalmente pelo empenho da administração municipal em estabelecer uma política de saúde por meio da implantação de uma rede de serviços que abarcasse os três níveis de atenção, além de uma série de programas inovadores para responder às especificidades locais. Os serviços da rede de Atenção Básica, denominados na época de “policlínicas”¹, possuíam um território sanitário sob sua responsabilidade para garantir o acesso da população ao sistema e desenvolviam ações de caráter curativo, preventivo e promocional. Na sua estruturação funcional contava com uma equipe composta por médicos pediatra, ginecologista e clínico geral, dentista e auxiliar de consultório dentário, o corpo de enfermagem e o pessoal administrativo e de serviços gerais.

Em sua organização administrativa, a Secretaria de Saúde também estruturou equipes de trabalho para desenvolverem serviços e/ou programas específicos, as quais eram compostas por profissionais de diversas áreas de conhecimento, como psicologia, serviço social, terapia ocupacional, fonoaudiologia, fisioterapia, medicina, odontologia, dentre outras, cujos profissionais já trabalhavam conjuntamente com os serviços de Atenção Básica para responderem às demandas de cuidado e também realizavam ações de monitoramento e avaliação, com intuito de incrementar a política local de saúde.

Os médicos sanitaristas assumiram vários Programas, vinculados principalmente à Vigilância Epidemiológica, a exemplo do Programa Recém-Nascido de Risco- RN e do Programa de Controle de Tuberculose, além de assumirem cargos centrais para a operacionalização da política de saúde.

¹ Policlínicas: a denominação refere-se à designação dada aos serviços de Atenção Básica no período de implantação da rede de serviços que começa em 1989, tendo sido usada até 2004, quando esses equipamentos passaram a ser denominados Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família. Até os dias de hoje parte significativa da população, como também alguns funcionários públicos, ainda chamam os serviços de Atenção Básica de “policlínicas”, demonstrando o singular significado desses serviços.

Nesse período o município inovou na política de saúde com a intervenção no Hospital Anchieta, conhecido na cidade como um local de depósito da população com sofrimento psíquico. Implantaram-se, gradativamente, os cinco Núcleos de Apoio Psicossociais, além de outros serviços para atender essa população, os quais ainda operam no município. Concomitantemente, enfrentou-se a epidemia de AIDS, sendo Santos o primeiro município a oferecer seringas e camisinhas aos usuários de drogas e trabalhadoras do sexo, como forma de impedir a transmissão do vírus, demonstrando, com isso, a ousadia da política de saúde com a sua proposta de redução de danos, quando essa ideia era ainda muito incipiente no país e no município.

Por esse motivo houve um grande debate porque, para grande parte dos moradores, essa era uma maneira de incentivar o uso de drogas. Posteriormente ofereceu-se o “coquetel” para tratamento dos portadores do vírus da AIDS, sendo essa novamente uma exceção no cenário nacional e outro enfrentamento político, com grande discussão na cidade.

No transcorrer desses oito anos, o município consolidou a rede de serviços de saúde que opera até hoje e que está organizada para atender as diversas situações de saúde da população, de forma hierarquizada e regionalizada, respondendo pelos três níveis de atenção. Além do estabelecimento de programas como a vigilância ao recém-nascido de risco, o de internação domiciliar e a constituição dos serviços específicos de Saúde Mental, AIDS, Vigilâncias, Casa da Gestante, Saúde Bucal, Fisioterapia, dentre outros, os quais serviram como inspiradores para outras cidades e também para a política nacional.

Após esse período, que podemos denominar de anos dourados do SUS em Santos, o município passou por sucessivos governos, que procuraram, a seu modo, manter a rede de serviços, além de estabelecer outros, mas foi se esgarçando o seu caráter inovador². Ou seja, paulatinamente foi ocorrendo a redução dos espaços de debate, as salas de reuniões passaram a ser utilizadas para outros fins, os serviços não podiam fechar uma determinada hora no mês para realizar a reunião de equipe.

Com isso foi ocorrendo a centralização das discussões nos níveis mais altos da gestão e os profissionais passaram a receber as orientações a serem seguidas de forma verticalizada,

² Caráter inovador, aqui, é entendido como a capacidade de inovação das práticas de saúde, não somente pela incorporação de técnicas e tecnologias, mas principalmente pela valorização de práticas relacionais que estão voltadas à qualidade da atenção e que carregam a potência de desencadear transformações, individuais e coletivas.

devendo cumpri-las mesmo que não fizessem sentido para a realidade dos serviços, que era de pouco conhecimento dos gestores.

Além disso, houve o processo de achatamento salarial que desestabilizou o quadro funcional, provocando algumas exonerações. Essa redução do número de profissionais nos serviços, somada à dificuldade da administração em processar as substituições na mesma medida em que ocorriam os desligamentos funcionais, acabou por estimular e garantir a implementação na micropolítica dos serviços de uma proposta de SUS, na qual a organização da atenção voltou, principalmente e gradativamente, a ser pautada por procedimentos que respondessem rapidamente às demandas por cuidado, deixando de fortalecer uma prática usuário-centrada³.

Cecílio (2011) nos esclarece sobre a ideia de uma prática voltada para a “reprodução do mesmo” dizendo que o campo das práticas diz respeito tanto à organização dos processos de trabalho, como também às estratégias de organização da gestão dos serviços e dos sistemas. Para ele, o campo das práticas também está ligado a um projeto ético-político que delimita como se pensa o Estado, a cidadania e os direitos sociais e como isso se traduz em política pública. Portanto, sendo mantidas inalteradas as práticas, reproduzindo-se a lógica médico-centrado com a atenção pautada em protocolos rígidos, impossibilitando-se o surgimento de um processo criativo e crítico, a gestão apresenta, dessa forma, sua base de projeto de SUS.

Como reflexo desse processo histórico, a Atenção Básica, que já estava constituída de uma rede de serviços distribuídos pela cidade, não foge à regra, passando a valorizar e a intensificar suas ações de cuidado na lógica de procedimentos, deixando as atividades educativas e extramuros⁴ fora do seu rol de atribuições. Em certa medida, esse tipo de ação não foi considerado como importante por parte significativa dos profissionais operacionalizadores da Atenção Básica, passando a ser realizado por outros profissionais que

³ Prática usuária centrada se refere ao desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde em que o usuário dos serviços é o centro das atenções dos profissionais de saúde, sendo sujeito ativo e co-responsável por seu cuidado ao lado dos profissionais de saúde, conforme define Mehry (1998).

⁴ As atividades educativas e extramuros dizem respeito às atividades de caráter educativo, preventivo e de promoção da saúde realizadas pelos profissionais da Atenção Básica nos territórios sob sua responsabilidade sanitária e concretizadas através da articulação com outros serviços de saúde da SMS. Em alguns casos envolviam outras Secretarias, instituições, entidades e ONGs e visavam estimular a participação da comunidade.

não compunham o quadro fixo de pessoal desses serviços e sim pelos que estavam vinculados ao Departamento de Programas ou ao Departamento de Vigilância Epidemiológica.

Cabe destacar que as atividades desenvolvidas pelos profissionais de outros Departamentos na Atenção Básica (DEAB) estavam voltadas às ações de monitoramento e avaliação, além de ações educativas, dirigidas à população-alvo do próprio Programa. Apenas em 2010 foi criada a Equipe Multiprofissional do DEAB para incentivar as ações grupais de caráter educativo e preventivo, dentro da dinâmica de trabalho das UBS e USF, sendo que alguns Programas continuaram, desenvolvendo suas ações nos serviços da Atenção Básica, dentro da lógica de acompanhamento focalizado.

É importante esclarecer que a Atenção Básica em Santos não se apresenta como algo inspirador para a grande maioria dos profissionais da rede de saúde, pois além de ser o serviço que está mais próximo da população e que necessita responder dinamicamente às necessidades concretas por saúde apresentadas pelos usuários, por ser porta de entrada, enfrenta cotidianamente os limites operacionais do sistema.

Além disso, outros aspectos dificultam o estabelecimento de processos compartilhados de trabalho, como as precárias condições de serviço, em decorrência dos espaços físicos inadequados, do número insuficiente de profissionais comparativamente ao período que denominamos de anos dourados do SUS, além do agravante da falta de uma rotina de reuniões na maioria dos serviços. Somam-se a isso os baixos salários desses profissionais em relação aos profissionais que atuam em serviços de urgência e emergência e hospitais da própria rede de saúde do município. Esses fatores reforçam a ideia no coletivo de profissionais de que a Atenção Básica tem pouca importância e realiza um serviço de baixa complexidade.

Assim, vários profissionais da Atenção Básica solicitam transferência para outros setores da SMS e os Prontos-Socorros se apresentam como a alternativa concreta para obter melhor compensação salarial, por possibilitar outro vínculo empregatício, na medida em que se trabalha por escala, além de não se exigir em muitas dessas práticas um processo longitudinal de acompanhamento.

Sob essa questão, Mendes (2005) afirma que no Brasil se adotou a terminologia de Atenção Básica, sem similar na literatura internacional, reforçando-se a ideia de que a Atenção Básica é o menos complexo no sistema de saúde, algo simples e que pode ser banalizado, feito com poucos recursos, em precárias condições de infraestrutura. Para esse

autor é equivocado entender a Atenção Primária desse modo, pois esse nível de atenção refere-se ao primeiro contato do usuário com o sistema, e isso é de extrema complexidade.

A configuração da Atenção Básica no município de Santos começou a ser redesenhada com a implantação dos Programas Agente Comunitário de Saúde e Saúde da Família (PACS) em 2000 estabelecendo-se uma Equipe de Saúde da Família (ESF) na Área Continental e sete Equipes do Programa de Agentes Comunitários na área insular. Os profissionais não foram vinculados à administração gerencial do Departamento de Atenção Básica inicialmente, mas sim ao Departamento de Vigilância Epidemiológica, sendo essa a forma encontrada pela gestão para implantar esses Programas.

Na ocasião a Equipe de Saúde da Família da Área Continental foi agregada ao serviço básico já existente no bairro de Caruara, responsabilizando-se pelo acompanhamento de três territórios diferenciados daquela região, os bairros de Caruara, Monte Cabrão e Ilha Diana. Os profissionais da ESF que para lá foram alocados passaram a trabalhar no modelo de escala para cobrir os três territórios, seguindo a mesma lógica já existente naqueles serviços. Assim, os profissionais que já atuavam na Área Continental, inclusive especialistas, foram mantidos nas unidades, demarcando, com isso, uma forma peculiar de sobreposição de modelos de atenção.

Somente em meados de 2004 o município iniciou o movimento de inclusão das Equipes de PACS e de Saúde da Família na subordinação administrativa do DEAB. Foram implantadas outras Equipes de Saúde da Família, mantendo-se a rede constituída de Policlínicas, mas denominando-as, a partir de então, de Unidades Básicas de Saúde.

No ano de 2006 o DEAB estabeleceu um grupo de apoio técnico – GAT, de forma não oficializada, composto por dois psicólogos, quatro assistentes sociais e quatro farmacêuticos, que tinham por missão desenvolver ações de apoio aos serviços da Atenção Básica.

Esses profissionais também cumpriam um papel de interlocutores entre serviços e a gestão, tendo a tarefa inicial de realizar um diagnóstico da situação da rede para, posteriormente, estabelecer ações e intervenções técnicas junto a todos os serviços da rede de Atenção Básica e não somente junto às ESF. Eles atuavam em dupla para o acompanhamento dos serviços e semanalmente reuniam-se com a chefia do DEAB e com duas Coordenações da Atenção Básica, uma responsável pela coordenação da ESF e a outra pela coordenação das UBS.

Os profissionais que compuseram o GAT em parte eram oriundos da Secretaria de Assistência Social (SEAS) e outros ingressaram por concurso público na SMS. Assim, a maioria tinha pouco conhecimento sobre a dinâmica do trabalho no SUS, o que motivou o DEAB a priorizar a capacitação dessa equipe.

Posteriormente, como o GAT foi dissolvido, alguns dos profissionais assumiram cargos de chefia em unidades de saúde no próprio DEAB e apenas três se mantiveram como apoiadores, porém agora subordinados administrativamente à SEATESC. Somaram-se a eles outros profissionais da rede, oriundos do Departamento de Programas, que passaram a compor a recém-criada Equipe Multidisciplinar do DEAB. Eis aí a gênese do objeto deste estudo.

Posteriormente à proposta ministerial de reordenamento da Atenção Básica, a partir da Estratégia de Saúde da Família, em janeiro de 2008 o Ministério da Saúde estabeleceu a Portaria 154, que instituiu o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), incentivando financeiramente os municípios a aderirem a essa proposta como forma de fortalecimento da Atenção Básica. Objetivou-se, com isso, ampliar o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da Atenção Básica.

No seu Art. 2.º a portaria define:

Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado. (BRASIL, 2008, p. 47)

A portaria apresenta as diretrizes relacionadas à organização do processo de trabalho dos NASF nos territórios sob sua responsabilidade. Entre as várias prioridades que enumera, destacam-se:

- atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar, enfatizando a prática de estudo de casos, a realização de projeto terapêutico, orientações e atendimentos conjuntos a partir do estabelecimento de espaços de reuniões e de atendimento, criando também outras alternativas de apoio: por telefone, e-mail;
- que as intervenções específicas do NASF com usuários se dê a partir de discussões *a priori* entre os profissionais responsáveis e os do NASF, porém

que isso aconteça apenas em situações extremamente necessárias, não se tornando uma rotina;

- que sejam desenvolvidas ações nos territórios de sua responsabilidade, de forma articulada com as equipes de SF e outros setores, junto aos serviços públicos como escolas, creches, etc.

Dessa forma, o município que adere à proposta de NASF deve estabelecer espaços de reuniões rotineiros para viabilizar as discussões de casos, o estabelecimento de contratos, a definição de objetivos, critérios de prioridade e de encaminhamentos ou compartilhamento de casos, além de critérios de avaliação. Esse processo não ocorre automaticamente, sendo necessário que os profissionais assumam um protagonismo na co-gestão dos casos. Por ser um processo que deve estar em constante construção, torna-se necessária também sua coordenação por parte da gestão.

Com isso, o Ministério da Saúde reforça a Estratégia de Saúde da Família como ordenadora da Atenção Básica, apontando como sendo de responsabilidade desse nível de atenção o primeiro acesso do indivíduo ao sistema de saúde, bem como a continuidade e a integralidade⁵ do seu acompanhamento, sendo esses requisitos primordiais para a qualidade da Atenção.

Em 2011 o Ministério da Saúde realizou uma revisão da Portaria que instituiu o NASF, publicando a Portaria n.º 2488, ampliando as categorias profissionais que compõem as equipes dos NASF e esclareceu as modalidades de NASF, para fins de adesão por parte dos municípios e os respectivos repasses financeiros para cada uma das modalidades.

A cidade de Santos, devido às suas peculiaridades, não aderiu ao NASF em 2008, pois já vinha trabalhando com uma equipe técnica de apoiadores, consubstanciada no GAT. A gestão central entendia que, como a Atenção Básica municipal era constituída por USF e UBS, não havia possibilidade de implantação da Estratégia de Saúde da Família como única opção de ordenamento da Atenção Básica. Com base na realidade do município, optou-se,

⁵ Integralidade: refere-se ao conceito apresentado por Mattos (2001) que nos diz que é um princípio que orientou a expansão e qualificação dos serviços de saúde. É um conceito articulador entre as ações práticas e de gestão. Portanto é uma forma de responder ao cuidado integral na medida em que propõe a ruptura com o modo fragmentado de organização das práticas e dos serviços de saúde. Assim, a integralidade só é possível nas práticas dialógicas estabelecidas entre sujeitos. Dessa forma, a integralidade pressupõe as trocas de saberes, a escuta qualificada e a garantia da articulação das ações de cuidado para responder às reais necessidades dos usuários.

assim, por estabelecer um processo de apoio para toda a Atenção Básica, sem preocupação de diferenciar as estratégias de acompanhamento de cada um dos modelos de atenção.

No transcorrer do ano de 2009, com a necessidade de adequar o desenho organizacional e regularizar a situação administrativa dos profissionais que compunham o GAT, a Gestão Central da SMS foi tecendo uma proposta de Reforma Administrativa que foi aprovada e posteriormente publicada no Diário Oficial do município, em janeiro de 2010, oficializando a Seção de Atenção à Saúde da Comunidade (SEATESC), que passou a ser a lotação administrativa da Equipe Multidisciplinar da DEAB.

Nesse novo organograma essa Seção apresentou-se na mesma linha hierárquica das Coordenações que, a partir de então, se organizavam não mais por modelo de atenção, mas, sim, da lógica de territórios sanitários, compondo, dessa forma, quatro Coordenações (Morros, Zona Noroeste, Centro Histórico/Área Continental e Orla). Demarcou-se a subordinação da SEATESC às Coordenações Regionais, por seu status de Seção e não de Coordenação.

Estabeleceu-se, assim, a Equipe SEATESC, com três profissionais da área de Farmácia que haviam trabalhado no GAT e somaram-se a eles profissionais das áreas de Educação Física, Fonoaudiologia, Nutrição e Serviço Social, alguns oriundos do próprio DEAB, e outros profissionais vindos de outros serviços da rede de saúde.

Mesmo depois da nova portaria ministerial, de 2011, que ampliou as categorias profissionais para composição dos NASF incorporando profissionais de Medicina e de Educação Física, dentre outras categorias, com o aumento do incentivo financeiro, o município de Santos manteve a opção de não adesão ao NASF, dando continuidade à sua proposta de equipe técnica de apoio à Atenção Básica, sem recebimento de incentivo federal. Preferiu, assim, manter a lógica de apoio para todos os serviços da Atenção Básica.

Cabe destacar que a gestão central da Secretaria de Saúde de Santos fez algumas tentativas para incluir o profissional médico na equipe da SEATESC, assumindo o ônus de uma diferença salarial para esse profissional, porque já era sentida pela gestão a necessidade de desenvolver uma capacitação em serviço aos profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família, principalmente voltada às ações de saúde da mulher. Dessa forma, o apoio proposto para o profissional médico da SEATESC era essencialmente prático, mais próximo da proposta do Ministério da Saúde para o NASF, e dizia respeito ao atendimento compartilhado

do profissional apoiador e de referência, para qualificação do cuidado, num processo de educação permanente em serviço.

Com relação aos demais profissionais da SEATESC, o médico apoiador trabalharia exclusivamente no acompanhamento de USF e não na lógica de acompanhamento às unidades de um dado território sanitário como os demais profissionais. Porém esse apoio acabou por não se consolidar na prática, pois a administração não conseguiu preencher a lacuna devido ao fato de que os médicos convidados para realizar essa função não se interessaram por esse tipo de prática-apoiadora, nas condições estabelecidas pela própria gestão central.

Conforme publicação no Diário Oficial de Santos⁶, de 9 de janeiro de 2010, a Reforma Administrativa, no seu artigo 199, descreve as competências da SEATESC, definindo que são suas funções:

“Fortalecer a interdisciplinaridade, a educação popular, o território, a integralidade, a promoção da saúde, e a humanização na Atenção Básica;

Construir núcleos compostos de diferentes áreas de conhecimento para atuarem em parceria com os profissionais da rede básica, compartilhando as práticas de saúde nos territórios sob sua responsabilidade, atuando diretamente no apoio às equipes e às unidades da qual estão referenciados;

Registrar, atualizar e organizar os dados produzidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB;

Avaliar em conjunto com as coordenações as equipes e a comunidade, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;

Executar outras tarefas correlatas, a critério do Chefe de Departamento da Atenção Básica”. (DIÁRIO OFICIAL DE SANTOS, 2010, p. 16)

Comparando as competências previstas para a SEATESC com as do NASF, podemos dizer que há algumas similaridades entre a proposta ministerial e a do município de Santos, principalmente no que diz respeito ao trabalho compartilhado a partir da lógica de territórios sanitários. Há uma diferença em relação ao número de unidades/equipes para cada profissional apoiador em decorrência da proposta municipal abarcar todos os serviços da Atenção Básica, não apenas a ESF, que era a proposta ministerial na época.

⁶ O Diário Oficial de Santos é um jornal de circulação municipal elaborado e impresso sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Comunicação da Prefeitura de Santos, com edições de terça-feira a sábado, onde são noticiadas as iniciativas, atividades e regulamentações da gestão municipal.

O processo de trabalho⁷ da SEATESC, ligado à minha atuação profissional, se caracterizou como uma emblemática experiência, pelas características singulares e pela complexidade do trabalho, e me instigou a desejar refletir sobre o trabalho coletivo em saúde e as diversas possibilidades para compor saberes. Esse processo acabou por se transformar no objeto da minha pesquisa, por considerá-la um desafio a ser enfrentado.

Aproximação ao objeto

Modelos de atenção e Atenção Básica

A ideia de modelos assistenciais é uma discussão que vem permeando a organização dos Sistemas de Saúde, pois são referenciais teóricos que dão sustentação ao que cada modelo está propondo para aproximar e intervir em uma dada realidade.

Coelho (2008) comenta o estabelecimento de modelos como uma prática comum em vários campos de conhecimento, especialmente na área das ciências da saúde e da medicina, definindo que um modelo pode tanto surgir por meio da sabedoria prática, adquirida pela vivência e pela observação do que ocorre à sua volta, como por meio de teorias. Ambos são constructos humanos, contextuais e históricos, que contribuem para a compreensão e orientação das nossas ações.

Teixeira (2006, p. 24) explicita alguns elementos conceituais que podem fundamentar o debate sobre modelos de atenção à saúde, buscando esclarecer que “modelos assistenciais têm como referencial a teoria dos processos de trabalho em saúde e que os modelos de atenção têm uma perspectiva sistêmica, sendo que os modelos de atenção devem ser entendidos como um dos componentes de um sistema de serviços de saúde”.

Teixeira (2006), amparada em Paim, diz que os modelos assistenciais podem ser entendidos como combinações de saberes e de técnicas utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, não sendo, portanto, simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde, nem tampouco um modo de administrar um sistema de saúde. Nessa perspectiva, os modelos de atenção à saúde são formas de

⁷ Processo de trabalho: no presente estudo está pautado na ideia de Ceccim (2005), que nos diz que o processo de trabalho é um ato produtivo para a transformação da realidade e é realizado mediante relações sociais.

organização das relações entre profissionais de saúde e destes com os usuários, mediadas por tecnologias que são utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre as necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

A autora esclarece também sobre a concepção ampliada de modelos de atenção, que inclui três dimensões: uma dimensão gerencial que diz respeito aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços; uma dimensão organizativa, que diz respeito ao estabelecimento de relações entre as unidades de prestação de serviços, que levam em conta os níveis de complexidade do processo de produção de cuidado, e a dimensão propriamente técnico-assistencial, que diz respeito às relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas mediadas pelo saber e pelas tecnologias que operam para a realização do processo de trabalho em saúde.

Coelho (2008) esclarece-nos com relação ao modelo denominado Defesa da Vida, merecedor de atenção devido à sua ênfase na reforma da atividade clínica, no processo de trabalho do conjunto de trabalhadores da saúde e na mudança na forma de estabelecer as relações com os usuários do SUS. Esse modelo propõe a alteração do trabalho da clínica, ampliando suas perspectivas e não mais reduzindo seu objeto apenas à doença e ao impacto biológico, ampliando sua abrangência para abarcar os aspectos subjetivos e sociais, incluindo o sujeito e seu contexto como objetos de estudo e da prática clínica. Os principais aspectos operacionais dessa proposta estão pautados em:

- equipes de referência às quais se vinculam certo número de cidadãos pelos quais a equipe se responsabiliza, acompanhando-os ao longo do tempo;
- apoio especializado matricial, que tem por finalidade assegurar a retaguarda especializada, podendo se caracterizar como um apoio tanto nas questões assistenciais quanto a suporte técnico-pedagógico às equipes de referência;
- formação de vínculo: propõe uma alteração nas relações de modo que o trabalhador da saúde se vincule ao usuário em um processo de co-responsabilização pela saúde do usuário, sendo necessário o estabelecimento de equipes de referência, as quais podem apresentar vários formatos;
- responsabilização clínica e sanitária: as questões ambientais e epidemiológicas que dizem respeito à população assistida por uma equipe são também de sua responsabilidade;

- identificação de risco e vulnerabilidade; devem ser identificados pela equipe a qual deve traçar diretrizes para sua abordagem, garantindo que o conceito de equidade norteie a oferta de atenção;
- trabalho em equipe: priorizar ações interdisciplinares, garantindo os núcleos das práticas específicas para garantir a resolução dos complexos problemas de saúde;
- construção de autonomia: um dos principais objetivos é ampliar a autonomia dos usuários para que possam cuidar de si e também dos outros, sendo uma tarefa de todos os trabalhadores e gestores do SUS;
- elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares: considera que os processos de adoecimento são diferentes de sujeito para sujeito e encontrar estratégias singulares é aspecto relevante na prática clínica e de organização de sistemas.

Teixeira (2006) esclarece com relação ao modelo Defesa da Vida, dizendo que ele indica:

“o desejo de criar metodologias e instrumentos de gestão e organização do trabalho coletivo que desencadeia em uma revolução molecular no âmbito das instituições de saúde e resulte no estabelecimento de novas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, mediadas pela busca de autonomia e reconstrução de subjetividades”. (TEIXEIRA, 2006, p.31)

Esse modelo nos interessa por ele ser o precursor da proposta de apoio matricial que o Ministério da Saúde determina para a Estratégia de Saúde da Família. Para Coelho (2008) a Estratégia Saúde da Família caracteriza-se como um modelo na medida em que, fomentado pelo Governo Federal, pretende ser reorganizador da atenção primária no Brasil e de todo o sistema a partir da Atenção Básica. O autor explica ainda que o trabalho da equipe deve envolver a atenção à saúde, a vigilância, a abordagem de grupos com maior risco de adoecimento, como também a atuação no território com vistas à produção da saúde.

Teixeira (2006) esclarece que a proposta de Saúde da Família, na concepção brasileira, evidencia a articulação de noções e conceitos provindos de distintas disciplinas do campo da Saúde Pública e Coletiva, que se traduzem em diretrizes operacionais para conformar um modelo de atenção pautado pela organização sistêmica dos serviços. A partir de 1994 a Saúde

da Família deixou de ser um programa focalizado passando a ser uma estratégia de mudança do modelo de atenção no SUS.

Portanto, é possível pensar que os modelos de atenção em saúde são estabelecidos historicamente e que em certa medida influenciam a dinâmica dos processos de trabalho em saúde. Apenas nominá-los, porém, não garante a transformação das práticas de saúde, sendo, no entanto, estratégias de enfrentamento da realidade de saúde e que demonstram os tensionamentos do processo de construção do SUS.

No Brasil é importante apontar que foi apenas em 1996 que se deliberou sobre a forma de financiamento da Atenção Básica de Saúde por meio do Piso de Atenção Básica – PAB, que apresenta desde então um componente fixo, repassado do Fundo Nacional para o Fundo Municipal, num valor per capita e outro componente variável que se destinava às ações estratégicas, entre elas o Programa de Saúde da Família e do Agente Comunitário de Saúde, como um estímulo para a reorganização da Atenção Básica.

Lembramos também que o Ministério da Saúde publicou a Portaria n.º 648/2006, que ampliou o escopo da Atenção Básica, sendo interessante destacar os objetivos propostos:

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”. (BRASIL, 2007, p. 12)

O Governo Federal, enquanto indutor da política de reorganização da Atenção Básica, estabeleceu um conjunto de medidas e transferiu para os municípios a responsabilidade pela implementação da política de Atenção Básica. Para consolidação dessa política, o Ministério estabeleceu a Portaria n.º 154/2008 visando incentivar os municípios a aderirem ao NASF, constituindo núcleos de apoio técnico para a Estratégia Saúde da Família, e, para tanto, recebendo um valor variável de custeio, dependendo da modalidade e do número de equipes implantadas.

Nesse contexto pode-se dizer que o modelo técnico-assistencial Saúde da Família passou a competir com o modelo médico-assistencial hegemônico enfrentando a resistência de vários atores, inclusive dos usuários e dos profissionais de saúde. Além disso, esbarrou em restrições políticas e econômicas que expressam a tensão entre a busca de redefinição das práticas de saúde em direção à universalização, equidade e integralidade e os limites políticos, técnicos e organizacionais para alcançar a operacionalização desses princípios no cotidiano do sistema.

Trago essa questão dos modelos de atenção e assistência por entender que o objeto de minha pesquisa se apresenta como um modelo técnico-assistencial que a gestão municipal implementou para intervir na realidade de saúde de Santos. Isso foi feito com o objetivo de qualificar e potencializar a dimensão cuidadora dos modelos de atenção que operam no município, na medida em que a proposta textual da SEATESC diz que um dos propósitos do trabalho da equipe é desenvolver um rol de atividades de promoção e prevenção da saúde considerando o território no qual são referência e envolvendo os profissionais dos serviços de saúde.

Outro fator importante é que, ao nos referirmos aos modelos assistenciais em saúde, utilizamos as expressões “modelo-médico-centrado”, “modelo hospitalocêntrico”, “modelo tradicional”, “modelo em defesa da vida”, “modelo Saúde da Família”. A questão fundamental que desejamos, com isso, é demarcar que, ao nos referirmos ao modelo médico-centrado, hospitalocêntrico ou tradicional, estamos falando de modelos que desenvolvem seu processo de trabalho na lógica de atendimento da demanda por meio de procedimentos técnicos, em uma postura verticalizada de relação, onde os profissionais são os detentores de conhecimento e os usuários têm pouca participação no processo de definição das estratégias para o acompanhamento/tratamento.

Referimo-nos também a uma organização de trabalho centrada na fragmentação das ações, ou seja, cada profissional é responsável por uma parte do processo com pouca relação entre as partes. Quando nos referimos à ESF, compartilhamos a ideia de Teixeira (2006) ao nominá-lo como um modelo, na medida em que tenta induzir mudanças na organização do sistema de serviços.

Neste trabalho não temos a intenção de aprofundar o processo histórico de constituição de modelos de atenção e seus respectivos ideários, mas é necessário ter clareza que os sistemas de saúde apresentam formas de interagir, que se somam ao trabalho de

diversos trabalhadores na relação com os usuários e que apresentam uma dimensão técnica, mas também uma dimensão ética, política e cultural que circunscreve a dimensão técnica.

Nossa intenção, assim, é verificar as estratégias que a equipe da SEATESC desenvolve para realizar seu processo de trabalho nas unidades de saúde da Atenção Básica que trabalham orientadas por lógicas diferentes no que diz respeito à forma que orientam a ação e a organização dos respectivos processos de trabalho.

Para o modelo técnico-assistencial Saúde da Família é primordial a composição de equipes apoiadoras que trabalhem na lógica matricial e que possam atuar tanto no apoio técnico das equipes da ESF como no compartilhamento do cuidado e no estabelecimento de uma rede de cuidado. Segundo Campos (2008, p. 173), com a equipe matricial “pretende-se romper com a lógica de encaminhamentos indiscriminados e produzir co-responsabilidade entre equipe de referência e profissional matricial de modo que o encaminhamento preserve o vínculo e possa ser feito com outra lógica - a do diálogo entre os serviços e os profissionais”.

O modelo de apoio no município de Santos apresenta características de mudanças na dimensão organizativa, porém sem considerar a forma de organização dos serviços da Atenção Básica. A proposta de apoio apresentada na lei exige mudanças no processo de trabalho em saúde, uma vez que propõe incluir ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde, mesmo que na prática não se consubstancie em ação transformadora do *modus operandi*.

Outra questão que consideramos pertinente para o estudo é o fato de que o município não aderiu à orientação ministerial de NASF e implantou uma equipe de apoio para fortalecimento da Atenção Básica no município, sem receber o incentivo federal. Demonstrou, assim, sua autonomia de escolha ao incrementar uma proposta para toda a Atenção Básica, porém desconsiderando as especificidades desses serviços no que diz respeito ao acompanhamento da equipe apoiadora e criando uma situação que poderia alimentar condições favoráveis à manutenção do modelo que se pretendeu transformar.

Possibilidades de arranjos para o trabalho em equipe

Na área da saúde é comum o trabalho em equipes multiprofissionais, pois a complexidade dos problemas a serem enfrentados escapa à capacidade de um único

profissional ter acúmulo de conhecimento e de habilidades práticas para responder às demandas de cuidado. Assim, historicamente, a área da saúde vem constituindo formas de trabalho em equipe.

Trabalhar em equipe significa identificar as diferentes perspectivas que pautam as relações entre os diversos profissionais, as quais são balizadas pelas possibilidades de trabalho “multidisciplinar”, “interdisciplinar”, “pluridisciplinar” e “transdisciplinar”. Neste sentido, trabalhar em equipes para cada uma dessas modalidades consiste em um passo importante para a condução do trabalho organizado em equipe na área da saúde, a despeito de muitas imprecisões quanto ao uso de uma mesma terminologia por parte dos diversos gestores, equipes e profissionais.

A SEATESC é uma forma organizacional de equipe, apesar de ser constituída por diversas áreas de conhecimento e ter prevista em suas competências legais o fortalecimento da interdisciplinaridade e da integralidade. Como vem enfrentando dificuldades de diversas ordens para o estabelecimento de um processo de trabalho compartilhado, isso nos estimula a investigar como se dá o trabalho em equipe.

Vasconcelos (1997), apoiado em Japiassu e Jantsch, contribui com o debate e a análise sobre as diversas formas de organização e configuração das equipes de trabalho na medida em que conceitua as modalidades de cooperação entre as profissões. Para ele, são exemplos de experiências multidisciplinares as práticas ambulatoriais convencionais, em que profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, em geral sem cooperação e troca de informação entre si. Já nas práticas pluridisciplinares se dá outra situação:

“os casos são debatidos trocando-se informações dos diversos profissionais que os acompanham ou reuniões de equipe técnica com profissionais variados que planejam e avaliam ações e procedimentos científicos ou assistenciais, sem ainda criar uma axiomática própria que coordene seus trabalhos”. (VASCONCELOS, 1997, p.141)

O autor destaca ainda que nas práticas multidisciplinares e pluridisciplinares há uma clara relação de poder expressa a partir da hierarquização dos saberes e uma perspectiva de diálogo muito restrita entre profissionais e suas práticas. Para ele, nas experiências interdisciplinares e transdisciplinares há um absoluto rompimento com tais posturas, pois considera que nas práticas interdisciplinares deve haver uma reciprocidade, enriquecimento mútuo, com tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Ou seja, deve-se trabalhar segundo

“a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação, das diferenças e convergências desses conceitos, e desta forma gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos”. (VASCONCELOS, 1997, p. 141)

Ainda, conforme Vasconcelos

“a transdisciplinaridade consiste no ápice da ruptura com os modelos ‘tradicionais’ de cooperação entre os diversos profissionais, geralmente expressos na multidisciplinaridade e pluridisciplinaridade. Ela consiste na radicalização do nível da interdisciplinaridade, com a criação de um campo teórico, operacional ou disciplinar de tipo novo e mais amplo”. (VASCONCELOS, 1997, p. 142).

Nessa perspectiva, flexibilizam-se os limites originais de especialidades, rompe-se com a hierarquização dos saberes e práticas e, no dizer do autor, “democratiza-se as relações de poder entre as diversas profissões”.

Furtado (2007) refere-se à multidisciplinaridade, à pluridisciplinaridade, à interdisciplinaridade e à transdisciplinaridade dizendo que sempre há um grau de interação entre as disciplinas e o que varia é a intensidade desse intercâmbio. Para ele, a multidisciplinaridade é caracterizada pela justaposição de várias disciplinas em torno de um mesmo problema, sem, contudo, estabelecer uma relação entre os profissionais e sem possibilitar uma organização institucional que estimule e garanta o trânsito entre elas. Nesse modelo de operacionalização há uma baixíssima inter-relação entre as disciplinas. Já na pluridisciplinaridade há um efetivo relacionamento das disciplinas com a noção de complementaridade, ou seja, opera-se com a ideia de que uma disciplina deve preencher as lacunas da outra.

Assim, de acordo com esse autor, a interdisciplinaridade representa um grau mais avançado de relação entre disciplinas, com relações menos verticalizadas, operando sobre conceitos comuns, não havendo a justaposição ou a complementaridade, mas sim uma nova forma de estabelecimento de canais de troca entre os campos em torno de um trabalho a ser realizado conjuntamente.

Furtado (2007, p. 242) também nos esclarece com relação à transdisciplinaridade, afirmando que é um termo cunhado por Jean Piaget em 1970 para definir que a “interdisciplinaridade deveria suceder a uma etapa superior onde não houvesse fronteiras entre as disciplinas”.

Segundo Jantsch e Bianchetti (1997, apud Alves; Brasileiro; Brito: 2004, p. 144) “a interdisciplinaridade não pode ser concebida fora dos modos de produção históricos em vigor”, significando que é um produto de um processo que foi engendrado no meio da construção de conhecimento. Ou seja, para eles o “genérico e o específico não são excludentes”.

De acordo com Siepieri (1998, apud Alves; Brasileiro; Brito, 2004), a interdisciplinaridade é uma transposição das limitações da compartimentalização. Afirma a autora que:

“é na convivência com especialistas de outras áreas que o cientista submete suas teorias, impregnadas de particularismos de sua área específica [...]. Portanto, a característica principal da interdisciplinaridade é o conflito e não a harmonia”. (ALVES; BRASILEIRO; BRITO, 2004, p. 143)

Furtado (2007) nos apresenta a ideia da interdisciplinaridade como mediação, dizendo que essa forma de operacionalização não poderá jamais ser elemento de redução e sim uma possibilidade de exploração das potencialidades de cada ciência e um princípio da diversidade e da criatividade.

Vasconcelos (1997) destaca alguns entraves para a realização de práticas interdisciplinares. Para esse autor, a inserção das profissões na chamada divisão social e técnica do trabalho, o mandato institucional que estas adquirem sobre um saber específico, sua institucionalização formal e a constituição de uma determinada cultura profissional, tendem a inviabilizar ou dificultar a realização de práticas interdisciplinares. O autor ainda alerta para dificuldade de algumas categorias profissionais de não se abrirem ao novo, o que constitui uma barreira ao trabalho de equipe organizado interdisciplinarmente. Assim,

“as categorias e grupos profissionais constroem identidades que, como as outras formas de identidade social, relativamente compactas, “filtram” os estímulos que recebem do ambiente, estabelecem os rituais de verdade e padrões de competência, organizam os dispositivos de ação e, dessa forma, dão segurança e status aos profissionais. A emergência histórica de novos paradigmas é geralmente percebida de início pelos profissionais como uma “quebra” nessa segurança, como uma exposição à fragilidade e ao confronto com as limitações da identidade já estabelecida, e a situações de não saber e não fazer, como ameaçando a estabilidade e o status adquirido e os interesses

econômicos envolvidos. Assim a tendência mais imediata e frequente é de criarem defesas muito fortes à mudança”. (VASCONCELOS, 1997, p. 147)

Coutinho (1991) aponta para o fato de que a perspectiva interdisciplinar deve operar necessariamente a partir da concepção de pluralismo, que não pode ser confundido com relativismo ou ecletismo e sim como uma postura de respeito pela posição alheia. Já Martinelli (1995) nos alerta para o fato de que:

“a perspectiva interdisciplinar não fere a especialidade das profissões e tampouco seus campos de especialidade. Muito pelo contrario, requer a originalidade e a diversidade dos conhecimentos que produzem e sistematizam acerca de determinado objeto, de determinada prática, permitindo a pluralidade de contribuições para compreensões mais consistentes deste mesmo objeto, desta mesma prática”. (MARTINELLI, 1995, p. 156-7)

Assim, a interdisciplinaridade não pretende a unidade de conhecimentos, mas a parceria e a mediação dos conhecimentos para a criação de saberes. Portanto, para que o trabalho de equipe se constitua como uma prática interdisciplinar faz-se necessária uma atitude plural, mas isso não significa equalizar os conhecimentos. Significa compreender que a contribuição de cada profissional favorece o entendimento e que possibilita a interlocução horizontal entre os diversos saberes e práticas, sem desconsiderar as particularidades da cada profissão e a contribuição que cada um dos sujeitos profissionais é capaz de oferecer.

Os termos multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, quando utilizados na área da saúde, geralmente estão associados à ideia de qualificação do trabalho, ora para qualificar a relação entre os profissionais, ora para flexibilizar as fronteiras entre os diversos saberes e práticas na tentativa de qualificar o cuidado.

Minayo (1991) avalia que a interdisciplinaridade na saúde só pode ser construída a partir de uma visão sociofilosófica que faça crítica ao fragmentarismo e à visão funcionalista tradicional, mas que também consiga criar uma proposta epistemológica com axiomas comuns a um conjunto de disciplinas. Para ela a perspectiva interdisciplinar é viável:

“Partindo da criação de um paradigma mais abrangente que supere a dominação do modelo bio-médico e as concepções reducionistas das ciências sociais, o âmbito científico da saúde tem a seu favor sua ligação direta e estratégica com o mundo vivido, o mundo do sofrimento, da dor e da morte com o qual é chamado a se confrontar diariamente. Esse apelo do serviço e da política social traz a área da saúde para a arena inquestionável da vida. E é no diálogo com esse radicalmente humano que está o seu escudo para o salto qualitativo interdisciplinar”. (MINAYO, 1991, p.76).

Diante da afirmação da autora fica clara a necessidade de reformulação da práxis da saúde, a qual necessita estar pautada na lógica interdisciplinar, pois a própria natureza da saúde assim o é, pela complexidade de seu objeto.

Frente ao exposto, compartilhamos da ideia de que o trabalho em equipe é um arranjo para a integração das disciplinas, a troca de saberes e a operacionalização no cotidiano do processo de trabalho em saúde deve pautar-se pelo uso de tecnologias relacionais para a garantia de uma prática cuidadora.

Portanto, a práxis da interdisciplinaridade deve ser considerada como fundamental para a efetivação dos propósitos do SUS. Dessa forma, é importante que se consiga estabelecer processos de trabalho em equipe em que os princípios da humanização do cuidado, a equidade e a integralidade representem o cotidiano das práticas.

Aplicada no cotidiano das práticas em saúde, a postura interdisciplinar também representa uma possibilidade de enfrentamento do modelo hegemônico na saúde. Assim, uma prática interdisciplinar não depende somente do esforço dos profissionais, mas também de um projeto institucional que viabilize essa construção.

2 ITINERÁRIO METODOLÓGICO

A Pesquisa-intervenção

Quando iniciei a escrita do projeto de pesquisa para o processo seletivo do Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde da UNIFESP – Baixada Santista, tinha a intenção de fazer uma avaliação do processo de trabalho da Equipe SEATESC do Departamento de Atenção Básica, abarcando principalmente seu processo de implantação, pois, naquele momento, considerava que o processo de implantação e a lógica de acompanhamento nas unidades de saúde, sem a necessária discussão da proposta pelo coletivo de profissionais da Atenção Básica, haviam comprometido a possibilidade de um trabalho de qualidade.

Na época imaginava que, se desenvolvesse um estudo junto aos profissionais da rede de Atenção Básica, poderia dar espaço para que surgissem, dos próprios profissionais, algumas sugestões para alterar o processo em curso e obviamente melhorar as condições de trabalho e a qualidade da atenção.

Enquanto chefe da SEATESC vivenciei várias reuniões nas Unidades de Saúde vinculadas ao DEAB e no próprio Departamento. Nesses encontros, marcados por desencontros, fui constatando a necessidade de aprofundar o conhecimento da dinâmica de trabalho instituída e fui percebendo, cada vez mais claramente, as contradições entre o proposto e as demandas urgentes da gestão, como também a lógica instituída para acompanhamento semanal da rede de serviços, se contrapondo ao meu entendimento. Surgiu, nesse movimento, o desejo de romper com o instituído, transformando essa possibilidade de intervenção em uma invenção coletiva de novos modos de fazer saúde.

Foram exatamente as contradições e inquietações que vivenciava no meu processo de trabalho na SEATESC que despertaram cada dia mais intensamente meus questionamentos à gestão, simultaneamente instigando meu desejo de pesquisar sobre o cotidiano do trabalho da equipe da qual era “chefe”.

As indagações se davam com relação ao que estava instituído, propondo posteriormente modificações, pautadas numa escuta qualificada e na contextualização sócio-histórica desse fazer, já que a ideia inicial era avaliar o processo de implantação e a repercussão na qualificação do cuidado em saúde.

Tal proposta foi ganhando forma, até que se constituiu como um projeto de pesquisa, para além do processo exclusivo de implantação. Passei a considerar o processo de trabalho, na sua dinâmica, nos vínculos que estabelecia e na forma que se processava o cuidado incluindo, dentro dessa dinâmica de trabalho, o processo de implantação.

Nesse percurso a ideia inicial era realizar uma pesquisa qualitativa, utilizando para a coleta de dados um roteiro de entrevistas com os sujeitos trabalhadores da Atenção Básica, profissionais da SEATESC e também os profissionais que respondiam pela gerência de uma das unidades básicas de saúde de cada um dos distritos sanitários do município, o que garantiria a representação dos dois modelos de atenção e que foi sendo revisitada e ganhou novo delineamento.

Concomitante a esse processo de refinamento da proposta da pesquisa ocorreu o meu desligamento do Departamento de Atenção Básica. A saída da seção não me desestimulou em relação ao propósito de realizar a investigação, que continuava sendo uma inquietação pessoal, somando-se ao desejo de deixar uma contribuição para pensar algumas possibilidades de desenvolvimento do trabalho da equipe apoiadora. Minha saída favoreceu, em certa medida, um distanciamento do objeto investigado e estimulou a revisão e adequação do

método de pesquisa levando em consideração algo que considerava primordial, a realização de uma intervenção no universo pesquisado, para atender uma das prerrogativas do Mestrado Profissional.

Frente a essas questões, um novo desenho metodológico foi se constituindo e novas possibilidades metodológicas se descortinaram. O que parecia inviável de realizar devido à minha desvinculação administrativa do DEAB passou a impulsionar como motriz para avançar rumo a outra perspectiva de pesquisa.

Surgiu, assim, a pesquisa-intervenção como uma alternativa pertinente para a realização deste estudo, ao mesmo tempo em que comungava com a visão da própria pesquisadora no tocante à contribuição da pesquisa em garantir uma reflexão que fosse impulsionadora para um novo modo de operar a prática em saúde. Portanto, foi mantida a ideia inicial de realizar um estudo exploratório, de caráter descritivo-analítico e com abordagem qualitativa, porém houve uma alteração em relação ao universo pesquisado e em relação ao método. O método recebeu outro desenho, conforme descreveremos a seguir, e os sujeitos da pesquisa, profissionais vinculados à SEATESC.

Utilizei como estratégia para a produção de dados a método de oficinas problematizadoras, deixando de lado as entrevistas individuais com a utilização de um roteiro semiestruturado.

Entendemos que essa proposta metodológica vem ao encontro do objeto em estudo na medida em que a intenção é realizar uma análise do processo de trabalho dos profissionais apoiadores, analisando, coletivamente, seu cotidiano de trabalho e assumindo o desafio de tentar recriá-lo.

No dicionário (Houaiss, 2014), o significado do termo “intervenção” vem carregado de um sentido autoritário e impeditivo da livre expressão, tal como uma ingerência.

Na área da saúde, o termo intervenção é comumente utilizado e carrega a ideia de uma forma de intervenção autoritária, a partir de uma dada condição de saúde e da necessidade de uma brusca interferência em dada situação, como uma maneira de implementar uma nova forma de fazer, ou seja, uma intervenção planejada que visa promover melhorias nas situações de saúde da população em geral.

Já na pesquisa-intervenção a ideia de intervenção não está pautada nessa noção de interferência e, como nos esclarece Paulon (2005), o seu sentido não significa uma intromissão, como se naturalizou compreendê-la, mas um resgate da ideia de um “vir entre”,

um interpor-se. Dessa forma, a intervenção proposta no método de pesquisa-intervenção tem o sentido articulador entre sujeito-objeto, teoria-prática, formação-aplicação do conhecimento.

A proposta de pesquisa-intervenção aqui discutida insere-se no campo das pesquisas participativas e aplicadas. É uma forma de estudar os fenômenos historicamente e em movimento, ou seja, uma forma de pesquisar o mundo real, feito com pessoas, fora do ambiente de um laboratório e na qual se considera a implicação dos sujeitos envolvidos, pesquisador e pesquisados, no processo de investigação, na medida em que parte da premissa de que os sujeitos se modificam e modificam o objeto de estudo, por estarem incluídos no campo de pesquisa.

Rocha (2006, p. 169) nos esclarece com relação às pesquisas participativas dizendo que “elas surgem como um movimento frente às pesquisas científicas tradicionais, trazendo pressupostos vinculados à problematização das relações entre investigador e o que é investigado, entre sujeito e objeto, teoria e prática, com a perspectiva do estabelecimento de condições para captação/elaboração da informação no cotidiano das culturas, grupos e organizações populares”. Significa dizer que as práticas que constituem o social e os referenciais que lhe dão sentido vão se produzindo concomitantemente. A autora, pautada no pensamento de Thiollent ainda nos fala da impossibilidade de uma investigação ser concebida de modo indiferente às relações entre pesquisadores e pesquisados.

É importante destacar que a pesquisa-intervenção, por ser uma modalidade de pesquisa participativa, supõe a construção de espaços de problematização coletiva, num movimento dialético de ação-reflexão-ação, onde o pesquisador é compreendido como sujeito ativo para implicar-se com os demais sujeitos da pesquisa, sendo que o implicar, aqui, tem um sentido de comprometer-se, de responsabilizar-se juntamente com os sujeitos pesquisados. Estabelece-se, assim, uma equivalência do pesquisador e dos pesquisados, quanto à importância no estudo.

O método de pesquisa-intervenção propicia a articulação dos momentos da pesquisa sendo fundamental a participação ativa dos sujeitos envolvidos em todos os momentos do estudo e permite uma análise à luz da contextualização sócio-histórica-política.

Paulon (2005) ainda nos esclarece com relação à diferença que há entre a pesquisa-ação e a pesquisa-intervenção, dizendo que a metodologia da pesquisa-ação pauta-se em um agir planejado para que os sujeitos da pesquisa modifiquem o objeto de pesquisa enquanto, na

pesquisa-intervenção, o que se espera é que haja “o reequacionamento da relação sujeito-objeto e o redirecionamento da relação teoria-prática”.

A autora diz ainda que a pesquisa-intervenção articula pesquisador e campo de pesquisa e considera também o fato de que tanto o pesquisador como os sujeitos pesquisados são afetados, em suas subjetividades, sofrendo significativas interferências no transcorrer do processo de investigação. Assim, a intervenção opera no campo dos acontecimentos e deve guardar a possibilidade do inédito na experimentação humana, viabilizando também ao pesquisador a possibilidade de surpreender-se.

Para Aguiar e Rocha (2007) o método de pesquisa-intervenção aprofunda a ruptura com as pesquisas tradicionais na medida em que propõe uma intervenção na micropolítica da experiência social, radicalizando a ideia de interferência na relação sujeito/objeto pesquisado uma vez que assume essa interferência como parte do processo de produção do conhecimento.

Pode-se dizer que a pesquisa-intervenção é um método que assume um caráter desarticulador das práticas por considerar a potencialidade do grupo, entendendo-o como um dispositivo para outro modo de subjetivação, na medida em que amplia a possibilidade de trabalho compartilhado. As autoras também nos esclarecem quanto à forma de relação do pesquisador com o objeto pesquisado, dizendo que é uma relação dinâmica e que determinará os próprios caminhos da pesquisa, sendo uma produção do grupo envolvido.

Portanto, são flexibilizadas as exigências de neutralidade na busca de informação e também o rigor dos instrumentos na busca de objetividade, o que reflete nos procedimentos metodológicos, os quais passam a considerar a análise do discurso e a restituição dos resultados aos sujeitos pesquisados como parte do procedimento de investigação.

Destacamos que o método de pesquisa-intervenção tem uma característica muito interessante, que é sua potência em promover estranhamentos e de intercambiar experiências entre todos os que se expõem a ela, na medida em que possibilita criar situações de encontro com o outro, sendo o papel do pesquisador o de acompanhar todo o movimento do grupo sujeito da intervenção, abrindo brechas, intervindo quando necessário para intensificar as trocas.

Partindo dessas noções pode-se dizer que a pesquisa-intervenção caracteriza-se por um “vir entre” e é possível afirmar que a principal intenção neste estudo é buscar entender como acontece o processo de trabalho da equipe apoiadora do DEAB como uma forma de

cartografar⁸, buscando, simultaneamente, sua potência e os mecanismos possíveis para disparar novas intervenções conjuntamente.

Oficinas problematizadoras como estratégia para a produção de dados

Como estratégia para a produção de dados utilizou-se a metodologia de oficinas problematizadoras, proposta por Chiesa e Westphal (1995), que se caracterizam pelo diálogo entre os sujeitos da pesquisa com a intenção de refletir sobre o cotidiano de trabalho. Dessa maneira, a pesquisa-intervenção e as oficinas problematizadoras se coadunam por serem modelos abertos de pesquisa, nos quais se mantêm a reflexão como princípio orientador em todo o processo de estudo.

As autoras esclarecem ainda com relação à oficina problematizadora, dizendo que essa forma de conduzir um processo investigativo possibilita uma articulação entre os aspectos específicos das vivências individuais e a totalidade da sociedade, como, também, coloca-se como uma estratégia de intervenção educativa que amplia os conhecimentos dos sujeitos sociais que dela participaram.

Galletti (2004) esclarece com relação à palavra “oficina” dizendo que é um termo amplo, oriundo do latim *officina*, com significações diversas, mas abrangendo o mundo do trabalho e tem em um dos seus inúmeros significados o lugar onde se verificam grandes transformações.

A autora nos diz que

“o dispositivo a que chamamos oficina é geralmente convocado quando se fala em ‘novas’ propostas terapêuticas. Seu uso tem sido frequente e quase corriqueiro na clínica ‘psi’ para designar um amplo espectro de experiências terapêuticas e extra-terapêuticas, de diferentes formatos e composições. Quase sempre amparado na crítica à psiquiatria tradicional e, portanto respaldado na reforma psiquiátrica, o universo da clínica não se define por um modelo hegemônico de intervenção e nem tampouco pela existência de um único regime de produção, ao contrário, é composto de natureza diversa, em uma multiplicidade de formas, processos, linguagens”. (GALLETTI, 2004, p 19).

⁸ A noção de cartografar está pautada em Galletti (2004) que retoma Deleuze e Guattari para explicar que cartografar diz respeito à provisoriedade e singularidade dos movimentos de transformação de uma realidade. Não tem a pretensão de verdade nem tampouco de universalidade. Mas traça o percurso do próprio acontecer.

Destacamos que a metodologia de oficina não se restringe a práticas do universo da saúde mental, como discorre Galletti (2004), mas também é muito utilizada no âmbito das metodologias de ensino participativas e na área da saúde nos processos de formação, apontando para novas configurações e usos da atividade.

Nosso intuito, ao usar essa metodologia como estratégia para a produção de dados por meio de oficinas, foi de abrir espaço para reinventar o encontro entre “pesquisador” e “pesquisados”, favorecendo os processos de criação e de produção de subjetividades, que pudessem enriquecer, permanentemente e dinamicamente, a troca entre os sujeitos.

Cabe ainda destacar que a metodologia de oficinas foi também escolhida como estratégia na produção de dados, por entendermos que ela é um dispositivo quase experimental, que não segue uma fundamentação teórica rígida, nem um modelo padrão de funcionamento, sendo um dispositivo que é essencialmente construído no cotidiano, pelos que participam dela, sendo, portanto, um tipo de intervenção que produz diferença, que tem capacidade de desterritorializar e que possibilita o surgimento de “linhas de fuga” (Guattari e Rolnik, 1996).

A oficina é um espaço de convivência que favorece a experimentação e que, por isso, desarticula as fronteiras, permitindo o uso de uma heterogeneidade de recursos e tecnologias que possibilitam, de maneira singular, a utilização de instrumentos e técnicas como facilitadoras das discussões, estabelecendo um dinamismo para o encontro. Isso também demonstra sua abertura, enquanto instrumento de intervenção, potencializador de novas intervenções na medida em que provoca, em certa medida, uma pressão que estimula os participantes a se recriarem.

Podemos dizer que a oficina é algo vivo, algo em movimento, que permite o redirecionamento da intervenção conforme vão surgindo as necessidades dos participantes de se dedicar mais a alguma questão ou outra, considerada pelos próprios sujeitos como sendo necessária de maior aprofundamento.

Nessa perspectiva, a oficina problematizadora utilizada neste estudo se caracteriza como uma estratégia e um dispositivo⁹ para analisar a potência do trabalho desse coletivo

⁹ Dispositivo: refere-se à ideia de Foucault apresentada por Galletti (2004) que diz que o termo dispositivo se constitui como tal e permanece dispositivo na medida em que ele tem como componentes linhas de visibilidade, linhas de enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação e linhas de rupturas que se entrecruzam e se misturam para suscitar variações e alterar o próprio dispositivo. Assim, um dispositivo não é uma simples estratégia. É lugar de um duplo processo: processo sobre determinação funcional de um lado, já que cada efeito, positivo ou negativo, desejado ou não, vem entrar em ressonância, ou em contradição com os outros e obriga a

investigado, mas também suas limitações e para fomentar novos modos de intervir para a composição de outros trajetos para criação do novo.

A oficina enquanto um dispositivo não é mero instrumento aplicável para o levantamento de dados, mas um espaço que pode mobilizar novas práticas e outras formas de organização do processo de trabalho, se constituindo como uma mediação entre os sujeitos. Enquanto produção coletiva, a oficina permite, de maneira singular, a cada participante, rever-se no seu fazer, na sua prática cotidiana em saúde, havendo a possibilidade de um alargamento do campo de intervenções, a partir da vivência prática na própria pesquisa.

O uso de instrumentos e técnicas utilizados no transcorrer das oficinas visava favorecer a expressão dos sujeitos que dela participavam, ao mesmo tempo em que se apresentaram como uma possibilidade de arejamento institucional, na medida em que só é possível sua realização pautada no exercício da troca e como facilitadores da expressão dos sujeitos.

Com o objetivo de ilustrar a operacionalização da produção de dados, apresentamos a seguir o Quadro I, demonstrativo das oficinas problematizadoras.

um reajustamento dos elementos que aparecem. Assim, o dispositivo a que nos referimos no texto é entendido como um lugar das interações entre os universos: uma tecnologia, um sistema de relações sociais e um sistema de representações, além de um conjunto de regras de gestão das interações, ou seja, são mecanismos de repetição e de correção, enfim, uma tecnologia de mediação.

Oficina	Data	Objetivo	Tema Orientador	Estratégia
1	04/07/13	Apresentar os objetivos do estudo, a metodologia	Os caminhos da pesquisa	Apresentação do Texto <i>Estatuto do Homem</i> , de Thiago de Mello (1978). Dinâmica de grupo e projeção do livro <i>Zoom</i> , de Istvan Banyai (1995)
2	14/8/13	Refletir sobre o conceito de apoio matricial	Apoio Matricial	Breve relato do encontro anterior, com o intuito de construir coletivamente um conceito sobre apoio, partindo da elaboração individual, depois em dupla socializando com os demais para elaboração conjunta. Inicia com a distribuição e leitura de texto que trabalha referências sobre apoio e retoma o conceito produzido para relacioná-lo ao referencial teórico.
3	28/8/13	Iniciar a discussão sobre processo de trabalho em saúde	Processo de Trabalho	Leitura do <i>Escriba</i> , definição do próximo <i>Escriba</i> . Projeção de um fragmento do filme <i>Pina</i> , de Wim Wenders (2011), sobre o trabalho da coreógrafa Pina Bausch para disparar a discussão sobre processo de trabalho, construção de um fluxograma descritor, apresentação dos fluxos. Encerramento e avaliação do dia.
4	11/09/13	Dar continuidade à discussão sobre processo de trabalho em saúde	Processo de Trabalho	Leitura do <i>Escriba</i> , e definição do próximo <i>Escriba</i> . Continuação da apresentação dos desenhos dos fluxogramas, discussão sobre o processo de trabalho e leitura de texto sobre processo de trabalho em saúde, aproximação do texto com o processo de trabalho dos sujeitos. Encerramento e avaliação do dia.
5	23/9/13	Dar continuidade à discussão sobre processo de trabalho em saúde a partir da noção de cuidado.	Cuidado em saúde	Leitura do <i>Escriba</i> e definição do <i>Escriba</i> do dia. Dinâmica de grupo, após as discussões leitura de textos sobre cuidado entregues aleatoriamente aos participantes, retomada das discussões e finalização do trabalho do dia. Avaliação do encontro.
6	9/10/13	Discutir sobre trabalho em equipe e suas possibilidades de formação e apresentar os dados coletados para a partir deles propor modificações.	Trabalho em equipe multidisciplinar e interdisciplinar	Leitura do <i>Escriba</i> , apresentação em <i>PowerPoint</i> , destacando as falas mais significativas, as conexões e desconexões do processo de trabalho, para visualização do caminho trilhado, dinâmica de grupo para discussão do trabalho multi e interdisciplinar. Revisão das propostas de modificação do que está posto. Avaliação do conjunto das oficinas, utilizando instrumento de avaliação e confraternização.

Quadro 1: Oficinas problematizadoras, objetivos, temas e estratégias

Registro do escriba: uma estratégia para o pertencimento

Para a realização do registro das oficinas, além do uso autorizado do gravador, foi convocada também a metodologia do escriba¹⁰, uma vez que se pretendia que as oficinas fossem se constituindo como uma ferramenta para experimentação e como tal uma oportunidade de reflexão, discussão e questionamentos sendo um instrumento potencializador de um processo de aprendizado vivenciado pelo coletivo e uma reflexão sobre a própria prática, capaz de produzir um conhecimento a partir de outra lógica.

Na prática, a “metodologia do escriba” favorece o estabelecimento de uma ambiência para o encontro e para os aprendizados, pois ao ler o relato do encontro anterior provoca uma abertura à reflexão e à produção de conhecimento, ao mesmo tempo individual e coletivo, como nos esclarece Liberman et al. (2013).

Para esses autores o escriba na antiguidade era considerado uma pessoa que lia e interpretava as leis. Era o escrivão. Trazendo essa função para o momento da coleta de dados, a intenção era que os sujeitos partícipes pudessem experimentar o exercício da escrita enquanto uma possibilidade de traçar um devir.

Pode-se dizer que a metodologia consiste essencialmente que, a cada encontro, um dos participantes registre a seu modo o andamento desse encontro, assinalando não simplesmente os fatos, mas, principalmente, suas impressões, e que, no encontro subsequente, faça a leitura do respectivo registro ao grupo com o intuito de retomar a ambiência das discussões.

Enquanto uma metodologia de apoio para o registro escrito, a metodologia do escriba cumpre uma função estratégica nesse trabalho, na medida em que foi convocada para produzir deslocamentos, fazendo com que os sujeitos da pesquisa assumissem ao mesmo tempo um protagonismo e uma co-responsabilização com o processo de pesquisa.

Além disso, a metodologia do escriba é um dispositivo potencializador de processos de subjetivação, como nos lembram Liberman et al. (2013) com inspiração nas ideias de

¹⁰ A metodologia de “registro de escriba” foi apresentada à pesquisadora na disciplina GEPRA I e II do Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da UNIFESP Campus Baixada Santista. A experimentação da metodologia do escriba foi muito enriquecedora por apresentar não simplesmente os fatos ocorridos na ocasião do encontro, mas permitir ao narrador expressar suas emoções e sentimentos. É também um exercício de escrita.

Guattari e Rolnik. A leitura da narrativa pelo escriba, assim, tem a capacidade de reconectar o encontro já vivido ao encontro presente, trazendo a lembrança do processo anterior de discussão, a partir do registro livre. Serve, também, como um estímulo no encontro que está em andamento, na medida em que os textos construídos e as vozes, no momento da leitura, funcionam como linhas mestras, como um urdume, para o tecido que está sendo elaborado coletivamente.

Conforme Liberman et al. (2013), estar no papel de escriba é um modo de digerir, assimilar o vivido, exercitar-se no ato de escrever, questionar esse campo de linguagem e expressão, de modo a ampliar as perspectivas na escrita e no papel do escriba. Podemos dizer que essa prática, por favorecer outra forma de expressão, a escrita, provoca deslocamentos tanto individuais como grupais.

Dessa forma, buscou-se, com o registro do escriba, estabelecer a articulação entre uma oficina e a outra, trazendo aos participantes a lembrança do processo anterior de discussão, de modo que servisse como uma estratégia estimuladora do encontro em andamento, na medida em que o registro não se ateve apenas à ocorrência dos fatos, pois isso já estava sendo registrado pelo gravador, mas permitiu enriquecer a narrativa com o olhar perspicaz do escriba.

No caminho do método

Iniciamos a pesquisa seguindo os trâmites legais, submetendo o projeto para aprovação na Plataforma Brasil, dirigindo-o ao CEP-UNIFESP, o qual foi aprovado. Posteriormente enviamos o projeto ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde. Após a anuência dos dois Comitês, iniciamos as articulações para o envolvimento dos profissionais da SEATESC.

Para tanto, mantivemos contato com a chefe de Seção e pedimos que ela enviasse o arquivo do projeto para todos os profissionais de nível universitário lotados administrativamente em seu setor, discutimos a proposta do método e a necessidade dos profissionais participarem das oficinas problematizadoras. Prontamente ela estabeleceu a primeira data e assumiu o compromisso de divulgar a todos os profissionais da Seção, já com o dia, hora e local acertados.

Na ocasião a pesquisadora fez alguns esclarecimentos com relação à participação dos profissionais, pois havia algumas dúvidas por parte da chefia da Seção sobre que profissional poderia estar incluído no estudo, uma vez que a SEATESC opera como o próprio Departamento de Atenção Básica, em dois modelos de atenção. Em um, há alguns profissionais que trabalham na lógica de “Programa de Saúde”¹¹ e apesar de visitarem alguns serviços da rede básica, seu objeto de trabalho é o desenvolvimento da ação programática. Em outro, há profissionais que operam na lógica de “apoio matricial”, percorrendo os serviços de um dos quatro territórios sanitários do município e tendo como foco o apoio às equipes locais. Esclarecemos que o foco do estudo seria o processo de trabalho dos profissionais da SEATESC e dessa forma solicitamos que todos os profissionais fossem convidados para o primeiro encontro, no qual receberiam os esclarecimentos pertinentes à metodologia. No transcorrer do processo de investigação mantivemos a chefia da SEATESC informada do calendário dos encontros.

É importante esclarecer que a opção de realizar o primeiro contato com os sujeitos da pesquisa por meio da chefia da Seção deve-se ao fato de que a pesquisadora, por ter trabalhado gerenciando a mesma equipe, não queria causar qualquer tipo de constrangimento que pudesse se caracterizar como uma obrigatoriedade para a participação dos colegas profissionais, deixando-os com liberdade para participar ou não, conforme seu próprio desejo em discutir seu processo de trabalho.

Além disso, havia o fato de que a saída desta pesquisadora do DEAB não ocorreu por sua vontade, e sim por divergências de várias ordens, exigindo, com isso, que a pesquisadora mantivesse uma postura formal nas negociações com o DEAB e a SEATESC.

No transcorrer das tratativas com a chefia da SEATESC a pesquisadora se comprometeu em enviar o arquivo com o projeto de pesquisa para que fosse repassado a todos os profissionais para que tivessem a possibilidade de tomar conhecimento do estudo e optar por participar ou não, se assim o desejassem. A chefia da SEATESC, no entanto, não conseguiu providenciar as cópias aos profissionais.

¹¹ Programa de Saúde: refere-se a algumas ações programáticas que, a partir da Reforma Administrativa, passaram à subordinação da SEATESC. São exemplo disso o Programa de Agente Comunitário (PACS) e a Terapia Comunitária, que são ações desenvolvidas por alguns profissionais da SEATESC, com relação a avaliação, monitoramento e expansão num movimento de acompanhamento nas unidades onde acontecem.

Cabe ainda esclarecer que, quando iniciamos a produção de dados, havia na seção um total de dezessete profissionais, sendo: quatro farmacêuticos, uma fonoaudióloga, três educadores físicos, três nutricionistas, quatro assistentes sociais, uma enfermeira e uma psicóloga.

Foi então definido que todos poderiam participar da pesquisa, uma vez que o propósito do estudo era realizar uma análise do processo de trabalho na SEATESC, e essa diferenciação na forma de conduzir o trabalho de apoio compõe a própria dinâmica de trabalho da Seção, portanto sendo pertinente à análise.

Do total de dezessete profissionais que compunham a Seção no momento da produção de dados, se dispuseram a participar da pesquisa nove, sendo que quase todas as categorias profissionais foram representadas, exceto a de psicologia. Participaram efetivamente do presente estudo dois farmacêuticos, dois assistentes sociais, um educador físico, um fonoaudiólogo, um enfermeiro e dois nutricionistas, sendo que oito desses profissionais trabalham no apoio às Unidades de Saúde e apenas um trabalha na lógica de Ação Programática.

É importante dizer que alguns profissionais do serviço social, recém-chegados à Seção, inicialmente se manifestaram dispostos a participar, mas depois justificaram a não participação pelo fato de não se sentirem à vontade para contribuir com o estudo porque, segundo eles, não estavam apropriados da proposta de trabalho da Seção e tampouco da própria Atenção Básica, pois eram recém chegados à SMS. Outros três profissionais não se manifestaram quanto à não participação no estudo.

Posteriormente, para a organização e sistematização dos dados, cada participante, inclusive a pesquisadora, recebeu uma numeração para não serem identificados e para garantir o sigilo das suas falas. Os números variam um a dez e estão registrados ao final de cada comentário.

É pertinente esclarecer que todas as oficinas foram realizadas fora do ambiente físico dos serviços de saúde, utilizando-se salas de aula da UNIFESP – Baixada Santista, isso porque, para a ambientação das oficinas, partiu-se do pressuposto de que era importante que os profissionais não fossem interrompidos por situações dos serviços e que pudessem se expressar sem qualquer constrangimento. As salas foram agendadas com tempo hábil para que todos os participantes fossem comunicados do local e também foram utilizados os recursos audiovisuais disponíveis nas salas.

Na primeira oficina¹² os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos e à metodologia utilizada para o estudo, como também foram estabelecidas pactuações com relação ao cumprimento do horário acertado, desligar celulares, etc. Foram também feitos acordos com relação a dia, horário e local e os temas norteadores das oficinas subsequentes para que fosse possível, a partir de um tema gerador escolhido coletivamente, abordar várias interfaces do objeto em estudo.

Foram dados esclarecimentos com relação aos compromissos éticos da presente pesquisa, sendo apresentado, na ocasião, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Apêndice D) que foi assinado e devolvido por cada um à pesquisadora, os quais se encontram arquivados conforme regulamentação para pesquisa do CEP.

Nessa ocasião também foi solicitada a autorização para fotografar e gravar as oficinas problematizadoras, o que foi permitido pelos participantes, os quais foram esclarecidos de que as gravações realizadas seriam transcritas e guardadas por cinco anos, com posterior destruição do material.

Com relação às imagens, foi permitido o registro fotográfico dos encontros, com a observação de que não poderiam ser usadas, caso houvesse uma apresentação ao DEAB e à SEATESC, pois os profissionais demonstraram receio com relação a essa exposição, o que foi acatado pela pesquisadora, que assumiu o compromisso de utilizá-las, se necessário fosse, na dinâmica das próprias oficinas problematizadoras. Cabe esclarecer que na ocasião da primeira oficina não se utilizou o gravador, nem máquina fotográfica, sendo o registro das discussões feito pela própria pesquisadora em um caderno de campo, que posteriormente orientou-a para elaboração de um relatório do encontro.

Com relação ao conteúdo das falas, a pesquisadora esclareceu o procedimento para garantia do sigilo e conseqüente preservação dos sujeitos do estudo e o TCLE, deixando claro que a qualquer momento os participantes poderiam se retirar da pesquisa, caso assim o desejassem. Foi esclarecido também que no momento da análise dos discursos dos sujeitos, cada qual receberia um número, não aparecendo os respectivos nomes.

Chamou atenção a preocupação do coletivo em garantir a preservação de suas opiniões, não que isso não tenha sido uma preocupação da própria pesquisadora, mas sim

¹² Oficinas problematizadoras: foram realizadas seis oficinas e para cada uma delas foi organizado um roteiro contendo seu objetivo, estratégias para execução e os recursos utilizados para sua concretização, todos anexados ao final deste trabalho.

porque novamente se evidenciam as restritas possibilidades de manifestação de opinião no espaço institucional, causando certo desconforto e receio por uma possível punição. Após firmados todos os compromissos éticos, o grupo permitiu o registro das imagens e a utilização do gravador. Todo o material foi transcrito pela própria pesquisadora, que o fez sempre entre um encontro e outro, para que fosse resgatado o percurso das discussões. Essa estratégia auxiliou a preparação da oficina seguinte, com relação às dinâmicas e matérias de apoio a serem utilizadas.

A opção dos participantes em não estabelecer todos os temas na primeira oficina deu-se pelo fato de que o grupo quis deixar aberta a possibilidade de aprofundamento de um dos temas, caso sentissem necessidade e também consideraram que no processo das oficinas poderiam surgir outros temas que necessitariam de espaço para discussão ou ainda pelo fato de que havia a possibilidade de outros colegas se inserirem na pesquisa e também poderiam sugerir algum tema. Todos esses argumentos foram acatados, pois a pesquisa-intervenção possibilita a participação ativa e corresponsável dos sujeitos com os rumos da pesquisa.

No tocante ao estabelecimento do cronograma da agenda de encontros, houve muita discussão, pois não há espaço na agenda semanal dos profissionais para reuniões de qualquer espécie. Os presentes se manifestavam dizendo que desejavam participar ao mesmo tempo em que não queriam prejudicar o andamento das atividades nos serviços da Atenção Básica. Enfim foi estabelecida a quarta-feira como dia da semana e o período da manhã como a melhor opção para desenvolvimento das oficinas. As datas foram sendo estabelecidas no andamento dos trabalhos e não como se imaginava, em um cronograma pré-estabelecido.

Todos esses acertos, que parecem desprovidos de importância, são, na verdade, mecanismos para o estabelecimento de uma forma de participação ativa dos sujeitos. Nasceram como dobradas estratégicas que na pesquisa-intervenção são possíveis porque as situações cotidianas são como acontecimentos sociais complexos, determinados por uma heterogeneidade de fatores e de relações. Portanto, esse método permitiu acompanhar o cotidiano das práticas, dando voz aos participantes em todos os momentos e flexibilizando-se como um bambu, sem, contudo, quebrar-se quanto ao necessário rigor de uma pesquisa.

No transcorrer da primeira oficina também foi apresentada a metodologia de registro de escriba como uma alternativa de registro escrito por parte dos sujeitos que participariam dos encontros, explicando a eles que poderiam fazer esses registros a seu modo, como uma livre expressão e uma oportunidade de exercitar a escrita e as observações do dia, sugestão que foi acatada pelos participantes.

Na primeira oficina utilizou-se uma dinâmica de grupo para que os participantes pudessem se manifestar com relação aos temas norteadores que lhes interessavam discutir, com relação ao seu próprio processo de trabalho. A dinâmica grupal basicamente consistia em que cada participante escrevesse em forma de texto livre, em uma folha de papel, as suas ideias, inquietações e questionamentos quando pensavam sobre o processo de trabalho que desenvolviam.

Após isso, cada participante fez a leitura do seu registro e conversou-se sobre o que aparecia de semelhante em cada um dos registros, constituindo assim os temas das oficinas. Na ocasião foram estabelecidos três temas: o apoio matricial; o processo de trabalho em saúde e a formação de vínculos no trabalho e identidade profissional.

Foi no transcurso das oficinas que o tema formação de vínculos e identidade profissional passou a ser discutido pelo enfoque do cuidado em saúde. Nas oficinas os temas multidisciplinaridade e interdisciplinaridade apareceram também sugerindo a necessidade de maior aprofundamento, sendo, por isso, os temas norteadores do último encontro.

Da segunda à quinta oficina foram desenvolvidos os temas estabelecidos conjuntamente, utilizando-se vários recursos didáticos, tais como textos, questionário, fragmentos de filme, poesia e música, com o intuito de que favorecessem o desenvolvimento da reflexão e a discussão do tema proposto relacionando-o com a práxis dos sujeitos investigados.

A sexta oficina, que marca a finalização da coleta de dados, foi realizada de forma que houvesse espaço para a discussão do tema norteador do encontro, constituindo-se num momento para apresentar a primeira sistematização dos dados produzidos nas oficinas anteriores, além de uma avaliação da metodologia utilizada na pesquisa.

Observamos uma oscilação em relação à frequência dos profissionais nas oficinas problematizadoras. Nem todos os participantes conseguiram se organizar para estarem presentes em todos os encontros. Dos nove sujeitos pesquisados, dois conseguiram se organizar para estar em todos os encontros. Dois estiveram presentes em cinco encontros, outro em apenas dois e os demais participaram em quatro oficinas.

Com relação ao número de encontros, o tempo proposto para cada um deles, o espaço físico e o material utilizado para dinamização das oficinas, a avaliação dos participantes foi sempre muito positiva, o que podemos tomar como um indicativo da necessidade sentida, por esses profissionais, de espaços de troca e de socialização das experiências para a reflexão

crítica e o aprendizado. Constatou-se que tal prática deveria ser estabelecida na dinâmica do processo de trabalho como uma estratégia de gestão para qualificação do trabalho dos apoiadores.

Aparece, também, na avaliação do mecanismo de produção dos dados, algo muito positivo, definido no fato de que todos os participantes do estudo entenderam a sua participação como uma oportunidade de aprendizado e de contribuição para o estudo, além de uma possibilidade de propor modificações ao que está instituído na gestão para esse coletivo, sinalizando uma abertura para a experimentação do novo.

Ao longo das cinco primeiras oficinas foi solicitado que os participantes fizessem uma avaliação que poderia ser escrita, na finalização ou posteriormente através de e-mail, dando sua opinião com relação ao material utilizado e as dinâmicas do dia, sugerindo modificações ou proposições para o encontro seguinte. Na última oficina apresentamos um instrumento específico para a avaliação (Anexo VII) solicitando a cada participante que respondesse pensando no conjunto de encontros do qual participou.

Com relação às oficinas, é importante destacar que a pesquisadora contou com a participação de uma apoiadora, conforme propõem Chiesa e Westphal (1995), cuja função era auxiliá-la no uso dos recursos tecnológicos, não podendo opinar sobre o transcurso dos trabalhos em andamento.

Para a escolha da pessoa a desempenhar esse papel de apoiadora orientei-me por alguns critérios:

- a) ser um colega do Mestrado;
- b) ser um colega que não prejudicasse a ambientação das oficinas;
- c) que se dispusesse a participar das oficinas problematizadoras, comprometendo-se com o calendário estabelecido conjuntamente;
- d) que tivesse alguma relação com os colegas da SEATESC, pois não se desejava causar qualquer tipo de constrangimento que pudesse inviabilizar as manifestações orais dos participantes da pesquisa.

Obedecendo aos critérios, chegou-se à pessoa para realizar o apoio, a qual prontamente aceitou.

Cabe ainda um esclarecimento no que diz respeito ao dinamismo que é intrínseco à metodologia da pesquisa-intervenção e da estratégia das oficinas problematizadoras. Ao final

das oficinas, consultávamos os participantes com relação à escolha do tema norteador da discussão do encontro subsequente e inicialmente os participantes queriam que a pesquisadora o organizasse conforme a necessidade da pesquisa. No transcurso dos encontros, o grupo passou a opinar e estabelecer conjuntamente os temas, optando por trabalhar e aprofundar o “processo de trabalho” em duas oficinas.

Como Produto Técnico deste trabalho, pretende-se realizar duas oficinas problematizadoras, conforme Apêndice E, com o objetivo de socializar os resultados encontrados no estudo junto ao coletivo do DEAB. Destacamos que a metodologia para realização dessas oficinas também se baseará na pesquisa-intervenção por seu dinamismo em operar agenciamentos que favorecem o surgimento do novo.

3 RESULTADOS

O material produzido no transcurso das oficinas problematizadoras demonstra as características singulares e a complexidade do processo de trabalho da equipe SEATESC, o que se configurou como um desafio a mais no processo analítico da presente pesquisa. Certamente não foi tarefa fácil tentar reproduzir a riqueza do movimento vivido nas oficinas e a importância do processo de reflexão realizado.

Assim, o que se pretende com a organização dos dados é apresentar o registro dos encontros, cartografando-os, pois a intenção do estudo é problematizar/compreender o processo de trabalho da equipe SEATESC com suas potencialidades e limites da proposta conforme apareceram no momento da produção de dados.

Após a finalização das seis oficinas problematizadoras e feitas as transcrições das gravações, sempre no intervalo de uma para a outra, debrucei-me na tarefa de olhar para o material produzido, realizando uma espécie de varredura, para extrair os principais pontos apresentados pelos participantes, destacando trechos significativos de suas falas para demonstrar a realidade investigada, os quais são pertinentes frente ao objeto de pesquisa.

O próprio dinamismo das oficinas problematizadoras fez com que as categorias analíticas emergissem no transcurso das discussões. Posteriormente o material empírico foi organizado em quatro categorias:

1. a prática do trabalho em equipe;
2. a prática de cuidado: tensões entre o que se deseja e o que se faz;

3. as formas de organizar o trabalho para transformar a gestão do cuidado; e
4. a pesquisa-intervenção: potencialidade para inventar-reinventar.

A primeira categoria, “a prática do trabalho em equipe”, diz respeito às características do processo de trabalho da equipe SEATESC e dos seus tensionamentos decorrentes da lógica instituída pela gestão com relação ao acompanhamento dos serviços de saúde da Atenção Básica e a realização de atividades específicas de forma desvinculada dos profissionais das unidades.

A segunda categoria, “a prática de cuidado: tensões entre o que se deseja e o que se faz”, diz respeito à forma que os profissionais da SEATESC visualizam sua prática de trabalho, suas angústias decorrentes do pouco tempo nos serviços, fato que consideram uma condição que inviabiliza um trabalho compartilhado, distanciando-o da possibilidade de realizar de uma prática de apoio matricial.

Além disso, essa categoria pretende abarcar as ideias/propostas que os profissionais têm sobre como deveria ser o processo de trabalho de um grupo com áreas de conhecimento diferentes, que tem como objeto de intervenção a rede de Atenção Básica com suas múltiplas possibilidades e desafios para a garantia do direito à saúde e o cuidado qualificado.

Já a terceira categoria, “as formas de organizar o trabalho para transformar a gestão do cuidado”, diz respeito à proposta instituída pela gestão enquanto um dispositivo para qualificar o cuidado, na medida em que se mantêm fortalecidas as especificidades das áreas profissionais, não rompendo com o padrão de funcionamento dos serviços de saúde e conseqüentemente não avançando para um trabalho de apoio matricial que assegure uma abordagem integral e que melhore o fluxo resolutivo da rede.

A quarta categoria, “a pesquisa-intervenção: potencialidade para inventar-reinventar”, diz respeito ao próprio método utilizado para realização da pesquisa, o qual passou a ser uma categoria na medida em que ele gera infinitas possibilidades de transformação, tanto dos participantes como de suas práticas, por propor um movimento de reflexão a partir do encontro entre sujeitos, pesquisador e pesquisados, permitindo a horizontalização das relações. Assim, passou a se constituir em uma categoria por entendermos que é um método pertinente para uso no cotidiano das práticas em saúde.

A prática do trabalho em equipe

Inicialmente queremos esclarecer o que entendemos por trabalho em equipe na área da saúde. Para nós o trabalho em equipe pauta-se por uma prática de diálogo entre os campos de conhecimento, em uma troca efetiva que viabiliza o estabelecimento de uma co-gestão do cuidado.

Essa forma de se trabalhar em equipe diz respeito à perspectiva interdisciplinar, que é eminentemente uma prática compartilhada. Lembremos Martinelli (1995), que nos aponta que a interdisciplinaridade requer a originalidade e a diversidade dos conhecimentos que produzem e sistematizam acerca de determinado objeto, de determinada prática, permitindo a pluralidade de contribuições para compreensões mais consistentes desse mesmo objeto, dessa mesma prática.

Portanto, quando falamos em trabalho em equipe, estamos nos referindo ao processo de trabalho matricial, pois ambos têm a potencialidade intrínseca de construir uma práxis interdisciplinar capaz de criar alternativas de intervenção, na qual também o usuário passa a assumir posição central no estabelecimento das estratégias de cuidado.

O apoio matricial foi o tema disparador das discussões da segunda oficina problematizadora, na qual partimos da noção individual dos participantes sobre o que entendem por esse tema para, em um segundo momento, em duplas, consolidá-lo e posteriormente elaborar um conceito único que representasse a ideia de todos os participantes.

Um dos materiais utilizados no transcurso desse encontro foi um pequeno texto, elaborado pela própria pesquisadora, que apresentava as ideias centrais do que Campos e Domitti (2007) apontam como sendo características de uma prática de apoio matricial. Esse material foi disponibilizado aos participantes para que pudessem refletir sobre o que haviam elaborado/discutido, de modo que fizessem uma correlação com o que é proposto pelos autores e que inspira a proposta do MS com relação ao NASF.

Chamou-nos atenção o fato de que, no transcorrer dos trabalhos, surgiram algumas dificuldades com relação à elaboração da primeira consolidação, nas duplas, da síntese do conceito de apoio matricial. Os participantes justificaram o fato de não consolidarem o conceito por entenderem que havia uma complementaridade nos registros que dispensava a síntese, como podemos observar nas falas a seguir:

“...na hora de juntar o que a gente fez sobre apoio foi interessante que um ficou direcionado para o que seria a real proposta de apoio e o outro direcionado para como ele acontece. Então a gente não juntou, vamos ler os dois...” (9)

“...achei muito interessante porque aqui aconteceu o mesmo. Como que na frente do mesmo objeto a gente consegue apanhar partes diferentes dele. Eu tenho uma visão mais para a definição e ela já apresentou mais o perfil do profissional que faz apoio e aí meio que completou mas a gente não fez um único conceito dele...” (3)

Em alguns registros individuais o conceito sobre apoio matricial aparece de forma muito próxima ao que Campos (2000) propõe, conforme as falas abaixo:

“...uma metodologia que pode potencializar a equipe num papel de mediação porém tem muitas questões referentes ao apoio matricial. Até onde ele potencializa o trabalho em saúde e até onde é uma estratégia de uma lógica de mercado para otimizar custos.” (3)

“...é compartilhar, é resolver problemas conjuntamente.” (6)

“...quem apoia, ajuda, não faz pelo outro.” (5)

Lembramos aqui o que Campos & Domitti (2007) nos esclarecem em relação à expressão “apoio matricial”. Segundo eles, a palavra “apoio” sugere o estabelecimento de uma relação dialógica, horizontalizada, em que há um entendimento entre as partes, enquanto a palavra matricial, que vem do latim, significa “lugar onde se geram e criam coisas”. Aplicada aos sistemas de saúde, a expressão indica uma possibilidade de romper a verticalização do sistema estabelecendo uma relação mais horizontalizada.

Observa-se que os participantes entendem a proposta de apoio matricial como uma estratégia coletiva onde todos os profissionais envolvidos vão construir e executar conjuntamente o projeto terapêutico, mas não chegam a vislumbrar como uma intervenção no território.

Eles ainda se referem à prática de apoio matricial como algo a ser construído no município de Santos, uma vez que consideram o que realizam, não como uma prática apoiadora e sim como várias ações que nada geram. Quanto a isso, observemos as falas a seguir:

“...a ideia de apoio na atual realidade de Santos remete a suporte. Suporte no sentido de somar profissões que normalmente não são contempladas na Atenção Básica. Tal suporte, da maneira que é feito, não atende a real necessidade/demanda da população e nem da unidade de saúde, que não entende o papel dos apoiadores na sua rotina de trabalho.” (9)

“...é claro para todo mundo que nesse modelo que a gente vive não dá pra apoiar realmente. Esse modelo da gente estar em vários lugares por pouco tempo não dá pra fazer apoio.” (5)

“...a gente fica no tarefeiro, sem uma continuidade.” (4)

Os participantes consideram ser uma contradição intrínseca ao processo de trabalho em saúde o que realizam frente à proposta para essa equipe instituída pela gestão. Nesse tensionamento, os participantes falam sobre as dificuldades que encontram para estabelecer um canal de comunicação com a gestão que possibilite um avanço na construção de uma proposta de apoio. Isso aparece nas falas:

“...jogam assim: tem que fazer. Aí ficam pilhas e pilhas de papel que não geram nada.” (1)

“...as coisas aparecem e somem. Só que quando aparecem, aparecem como se você tivesse a obrigação de realizar sozinho os grupos nas unidades, fazer apoio às equipes dos serviços e ainda fazer o teu específico. E quando falta uma dessas ações vem uma cobrança forte pra cima de você.” (9)

“...vão disparando coisas sem conexão com nada, como fazer apoio?” (2)

Observa-se que os profissionais ressentem-se da falta do estabelecimento de um projeto para que invistam seus esforços e possam conjuntamente estabelecer outras práticas cotidianas para a produção de novas formas de saber e de fazer, apoiados na lógica de trabalho em equipe.

Sentindo-se num vácuo provocado pela ausência de projeto, que esperam como atribuição do governo, os profissionais não se sentem capazes de intervir e iniciar qualquer movimento de mudança, uma vez que agem isoladamente por haver poucos espaços para o encontro, a troca e construção de um trabalho co-responsável. Vejamos as seguintes falas:

“...a gente não tem um direcionamento. A Atenção Básica não fez um diagnóstico para saber o que precisa e a partir daí propor ações e ver quem seriam os profissionais realmente necessários para a prática de apoio.” (8)

“...a Atenção Básica não parou pra fazer um diagnóstico e ver o que precisaria para poder propor ações e ver quem poderia realizar por essa razão não há um projeto, não tem uma missão, não tem um direcionamento.” (1)

“...é necessário um planejamento vivo, adequado à realidade do território. Não pode ser um planejamento engessado que obriga a realizar em todos os lugares a mesma coisa.” (10)

“...o que fazemos não é nada, não é apoio, tampouco é trabalho interdisciplinar. Sequer multi é. O que fazemos não vai mudar nada, entende?” (6)

Os participantes sintetizaram o que seria o conceito de apoio matricial para eles com a seguinte construção, apresentada inicialmente pela imagem fotográfica em sua transcrição literal.

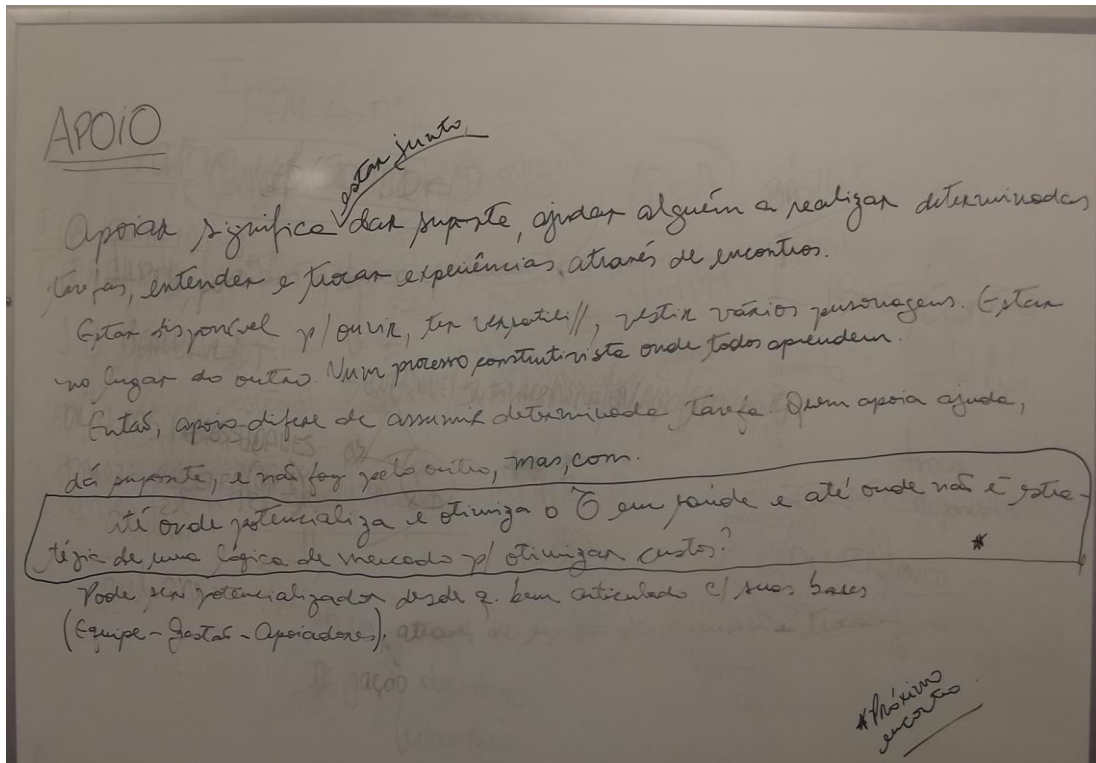


Foto 1: registro de atividade da segunda oficina problematizadora

“Apoio significa estar junto, dar suporte, ajudar alguém a realizar determinadas tarefas, entender e trocar experiências através de encontros. É estar disponível para ouvir, ter versatilidade, vestir vários personagens. É estar no lugar do outro, num processo construtivista onde todos aprendem. Então, apoio difere de assumir determinada tarefa. Quem apoia ajuda, dá suporte e não faz pelo outro, mas com ele. Pode ser potencializado desde que bem articulado com suas bases equipe-gestão-apoiador.” (síntese coletiva)

Conforme a transcrição acima, podemos dizer que os participantes compreendem a proposta de trabalho pautado na lógica matricial, aproximando-se do proposto por Campos & Domitti (2007) no que tange às ações realizadas conjuntamente, em uma perspectiva eminentemente interdisciplinar, direcionada às equipes de saúde dos serviços, a partir do estabelecimento de espaços de encontros, onde são estabelecidas as formas de colaboração e onde todos os envolvidos aprendem.

Com essa construção do conceito de apoio evidencia-se também que os participantes ainda não vislumbram o trabalho compartilhado com os profissionais dos serviços no

atendimento de usuários, ou enquanto intervenções no território, demarcando um entendimento de apoio apenas dirigido aos profissionais das equipes locais. Demonstra-se, com isso, certa necessidade de aprofundamento das discussões com relação à proposta de Apoio de Campos (2007), que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão, com o objetivo de fazer saúde coletiva com as pessoas e não sobre elas.

Constata-se, assim, que lhes falta assimilar algumas questões fundamentais com relação à abordagem integral, às ações no território e à mudança na lógica de referência e contra-referência para superar a lógica de especialização e fragmentação do cuidado de modo a ampliar o objeto de trabalho.

É importante destacar que em suas falas os participantes ressaltam a importância da experiência vivenciada na SEATESC até o momento, dizendo que é uma experiência que toca, que afeta. Nesse cotidiano de trabalho, mesmo com os limites que relatam, os profissionais se expõem ao inusitado, ao risco e se colocam à prova para buscar novos aprendizados. Em seus afetamentos, demonstram o desejo de transformar o cotidiano de trabalho, reconhecendo todo o aprendizado adquirido com a experiência na SEATESC. Isso ocorre por terem experimentado a lógica de trabalho proposta pela gestão, de percorrer vários serviços, mas apontando para a necessidade de alguns ajustes que favoreçam a construção do trabalho compartilhado.

“...eu acho que a gente tem que pensar uma outra lógica de trabalho e é isso que eu vejo como positivo pra mim, que a gente tem que mudar essa lógica de trabalho que fazemos para que seja um grupo de apoio. Agora eu penso que apesar de todas as dificuldades me ensinou muito, hoje a gente sabe o que a gente pode fazer, o que seria o ideal e o que a gente ainda pode construir. Mas hoje a gente sabe mais do que ontem com a experiência que nós vivemos e hoje sabemos o que poderia estar fazendo para apoiar.” (5)

“...eu tomo como proveito que consegui entender a lógica da Atenção Básica e da Saúde Pública. Poderia ter sido de outra forma, mas fica como um aprendizado pra mim.” (3)

“...esse ensinamento que essa mobilidade trouxe forçosamente, mas que hoje é uma virtude. Estar em lugares muito diferentes ensina muito. É diferente do profissional que está de segunda a sexta só lidando com a mesma coisa. O nosso encontro com o usuário é muito diferente. É necessário estar aberto. Não é um papelzinho de referência e contra-referência.” (8)

“...nessa maluquice aprendi que é na conversa com as pessoas que vamos entendendo o significado das coisas e vamos nos movimentando para as mudanças necessárias. É papel nosso tentar entender os processos e propor alguma coisa que faça sentido na vida das pessoas.” (10)

Alguns profissionais vislumbram possibilidades e potências no trabalho de apoio, mas ressaltam a necessidade de alterar a organização do processo de trabalho, aproximando o que fazem atualmente aos princípios propostos por Campos (2000). Para o autor, o apoio matricial é um arranjo de gestão, que possibilita a troca de saberes entre os profissionais de saúde favorecendo a articulação da rede e ampliando a possibilidade de um acompanhamento longitudinal na medida em que favorece um maior vínculo e que trabalha na lógica interdisciplinar.

Neste sentido, podemos pensar que há um desejo dos profissionais da SEATESC em vir a desenvolver uma prática apoiadora e que percebem quão importante seria poder estar mais próximos dos profissionais dos serviços para juntos realizarem a prática do cuidado. Observemos as seguintes falas:

“...a gente tem que se sentir parte da equipe, tem que ser pertencente senão você não vai fazer junto. E eu acho que é isso: apoio é fazer junto, não é só mostrar como fazer mas fazer junto. Você não se sente pertencente porque você não está ali. É o tempo que você não tem e a unidade sabe que não pode contar muito com você.” (1)

“...quando a gente fala em tecnologia das relações só faz sentido se pratico isso também com o colega, para construir um trabalho interdisciplinar. Isso é o que é necessário.” (10)

“...a coisa mais seria é não haver diálogo. Apoio é trabalho de equipe para estabelecer à co-responsabilização e a avaliação continua do processo.” (1)

“...tem alguns que são muito específicos no seu eu profissional, então ele só está lá para fazer uma atuação específica. Alguns até conseguem, em algum momento, através de sua prática técnica ter uma inserção com a gestão, mas não são muitos assim. E aí uma minoria imaginária é que consegue fazer o que a gente imagina que seria matriciar, que é olhar o processo de fora, não se isentando dele, porque a tua especificidade pode ser muito proveitosa em alguns momentos, mas não é o papel dele naquela estrutura.” (8)

Seus discursos exprimem seus afetamentos e os limites que encontram para realização de um trabalho compartilhado, frente à lógica de organização do processo de trabalho instituída pelo DEAB. Evidencia-se aqui pouca porosidade para a experimentação e para a invenção de outras formas de fazer o apoio na Atenção Básica.

Sabe-se que somente a experimentação pode vir a constituir algo novo, que posteriormente irá desfazer-se, para depois novamente fazer-se em outro novo, num movimento dialético, de ação-reflexão-ação. As tentativas de caminhos e de desvios mostram o dinamismo do fazer prático e da própria experimentação humana, enquanto potencializadora de uma prática que tem sentido, que tem significado.

É na incorporação do movimento de ação-reflexão-ação, que a práxis se torna pulsante, criativa e crítica e, assim, permite acolher as demandas da população e das equipes de saúde, encontrando soluções compartilhadas.

Evidencia-se também como o instituído opera nos profissionais o tempo todo, paralisando-os frente à gestão, pois, como há poucos encontros, o trabalho desses profissionais reforça uma prática de fragmentação do cuidado, na medida em que há o reforço para o trabalho na área de conhecimento, como nos falam os participantes:

“...a profissão influencia um pouco, tem coisa que não dá para abandonar. A gente tem que entrar lá e dar a nossa contribuição. Não tem quem faça lá dentro. Como você vai apoiar se o que necessitam é que alguém faça sozinho porque não há com quem dividir. Muitas vezes o específico se sobrepõe e demanda muito tempo para tentar resolver.” (7)

“...com relação ao planejamento da gestão, quando montaram a proposta, na verdade foi bem dentro do específico. Não há o entendimento de todo o contexto então dificulta muito o entendimento de qualquer tipo de apoio. Na verdade o que está acontecendo é atender as demandas que aparecem sem uma reflexão, isso acaba frustrando todos os apoiadores.” (9)

“...tem várias questões que já foram colocadas: direcionamento de gestão, melhor planejamento mas eu acho que é necessário um tempo maior, não essa loucura que a gente está, todo fragmentado. Nosso trabalho é muito fragmentado.” (5)

“...não faço com ninguém, faço sozinha, se atua de maneira específica e desarticulada porque a gente não troca com ninguém, nem com nossos pares.” (3)

Podemos dizer que os profissionais da SEATESC têm clareza com relação aos limites e as possibilidades do trabalho que realizam. Estão cientes de que não realizam uma prática de apoio porque para isso precisariam de espaços de encontro. Como nos diz Bertussi (2014) é na micropolítica do encontro entre apoiador e equipe, apoiador e gestão, que se mobilizam distintas ofertas relacionadas à organização do trabalho e à produção do cuidado e consequentemente se materializa a prática de apoio matricial.

Há situações em que os profissionais percebem algumas brechas, e buscam linhas de fuga se aproximando do que imaginam ser o seu papel de apoiador, mas acabam por não conseguir manter essa linha de atuação, sendo engolidos pela dinâmica dos serviços de saúde.

Com a intenção de ajudar, realizam tarefas pontuais que entendem não ser de sua responsabilidade, mas que é a única alternativa para colaborar com os profissionais dos serviços, como podemos constatar nas falas a seguir:

“...na hora que você está ali na base, no frente a frente e você sabe como as coisas são estabelecidas, eu não consigo ver alguém da gestão, com a água no nariz, se afogando, sem saber pra onde vai. O enfermeiro não conseguindo nem parar pra pensar numa estratégia

para resolver as três variáveis que ele tem ali na frente, eu sentimentalmente acabo ajudando, fazendo um papel de pensar alternativas de solução.” (8)

“...há momentos em que as equipes estão tão sobrecarregadas, porque sempre falta profissional. Raramente se encontra a equipe completa. Aí chega alguém com o intuito de contribuir e a equipe propõe a mesma coisa. Faça isso por mim porque não consigo fazer tome esse caso, por favor, resolve pra mim.” (3)

Os profissionais da SEATESC sentem-se responsáveis por vir a realizar uma diferença, mas justificam que a falta de espaços de reflexão do conjunto dos trabalhadores inviabiliza a reinvenção de um processo de trabalho onde a questão central passa a ser o usuário:

“...unidade não incorpora essas atividades de grupo se a gente sair da unidade os grupos acabam porque não tem ninguém da unidade junto desenvolvendo.” (1)

“...a gente tem as nossas tarefas e a gente sabe que não vai conseguir cumprir, fazer aquilo do jeito que estão pedindo, você sabe que vai arrear no caminho e às vezes você não sabe pra onde está indo, como o cara do filme. Porque a exigência é grande mas não há conversa de como estão as unidades e as dificuldades com as quais nos deparamos todos os dias, a inoperância do sistema, a falta de tudo.” (7)

“...às vezes você recebe uma tarefa e sabe que não é adequada para aquela unidade mas tem que fazer tem que resolver, mesmo que não tenha um sentido muito grande estar fazendo.” (9)

“...só é possível algum processo de trabalho com uma coisa chamada relacionamento. Tem que discutir pra não cair na mesmice.” (8)

No transcurso das oficinas se evidencia o quanto os profissionais vislumbram possibilidades, no seu cotidiano de trabalho, para a realização de uma prática com perspectiva interdisciplinar e como essa perspectiva seria fundamental para a transformação das práticas para potencializar ações de cuidado qualificando a atenção e superando a ótica da linearidade que resulta na simplificação das ações de cuidado:

“...em algumas situações, quando estou num grupo, tenho a certeza de que a colega poderia estar contribuindo, mas ela está presa naquele horário, e não tem nenhuma possibilidade dela vir e trazer uma contribuição para aquela unidade/usuário porque ela está lá no outro lado da cidade, numa outra unidade.” (3)

Observa-se que não há encontro onde se espera o encontro. Como esperar uma transformação das práticas em saúde se não há disponibilidade para o encontro, para as trocas e aprendizados e a consequente reinvenção do *modus operandi*? Como abrir-se para novas experimentações entendendo que erros e acertos fazem parte do jogo?

No transcorrer das discussões nas oficinas percebeu-se um diferencial entre os profissionais apoiadores que estão participando no Programa de Residência Multidisciplinar em Saúde da UNIFESP Baixada Santista, enquanto preceptores, com aqueles que não estão envolvidos nesse Programa. Os profissionais preceptores têm tido a possibilidade de experimentar, em alguma medida, o trabalho compartilhado e isso está reverberando neles, como possibilidade de abertura para o trabalho em equipe. Isso aparece como um percepto, que é uma percepção do devir, de que nos fala Galletti (2004) retomando Deleuze, um devir visível ainda guardado no invisível, ou seja, é uma noção não acabada das possibilidades e devires que vão se constituindo pelo fio condutor dos encontros.

Para a prática de apoio é fundamental que a gestão faça uma aposta na potência do trabalho compartilhado e no coletivo para a qualificação do cuidado, sendo a educação permanente uma ferramenta central para possibilitar múltiplos encontros e incrementar a caixa de ferramentas de todos os profissionais, e que necessita ser disparada como uma estratégia da gestão.

Visando uma definição operacional, podemos dizer que, para a realização da tarefa de apoio, é necessário um profissional com capacidade de mobilizar tudo o que sabe: técnica, ética, humana e politicamente.

Os apoiadores precisam deixar de ser estrangeiros nos serviços para poder desempenhar a prática de apoio pautada na articulação da rede, com espaço de reflexão e norteados por uma regulação que funcione como possibilidade e não como norma.

A ideia de apoio é um não lugar e não é qualquer profissional que consegue estar bem nesse não lugar, uma vez que o apoio é uma prática de fazer junto e com o tempo passa a não ser mais necessária. É uma estratégia de gestão, como fala Campos (2001), que possibilita o estabelecimento de pactuações e acordos entre trabalhadores.

Seguindo por esse raciocínio, podemos pensar que a equipe de profissionais apoiadores precisa trabalhar o apoio enquanto rede e não somente em um ponto da rede. Ao apoiador é necessário tempo para costurar o cuidado na rede de atenção, estabelecendo uma trama de responsabilização pautada no compromisso com o usuário.

As potencialidades dos componentes do grupo é que podem inventar estratégias de soluções dos problemas, criando linhas de fuga para criar novas maneiras de cuidar.

Portanto, é fundamental acolher a dimensão transformadora da vida, priorizando a experimentação do novo e reconhecendo que cada coletivo possui um saber que lhe é próprio

e que tem capacidade de reconhecer aquilo que se constitui em problema e ainda carrega a possibilidade de intervenções inéditas, como nos falam os participantes do estudo:

“...a gente se produz no lugar, no processo e por isso ele tem que ser poroso para o aprendizado.” (10)

“...é que só o encontro produz diferença.” (3)

A prática de cuidado: tensões entre o que se deseja e o que se faz

Os processos de trabalho dos profissionais da SEATESC foram discutidos em duas oficinas problematizadoras, a partir da construção de desenho de Fluxos Descritores, que consiste, como comenta Merhy (1997) e Franco (2003), em uma representação gráfica do processo de trabalho. A ideia, ao utilizar o fluxograma, era registrar os caminhos percorridos pelos profissionais da SEATESC quando estão visitando um dos serviços de saúde sob sua responsabilidade. A proposta dos Fluxos Descritores, segundo Franco (2003), permite um olhar sobre os fluxos existentes no momento da produção do cuidado e permite a detecção de seus problemas.

A construção dos fluxos descritores, na dinâmica das oficinas problematizadoras, foi utilizada, também, por ser lúdica e levar os trabalhadores à participação, sendo um processo que é reforçado pelas descobertas realizadas por cada um dos participantes, na medida em que vai desenhando o seu itinerário nesse movimento em que se percebem na cadeia produtiva da assistência à saúde, dentro da unidade de saúde.

A tarefa foi realizada de forma coletiva, buscando registrar o que cada profissional da SEATESC fazia em um determinado dia e período da semana, desde o momento de sua entrada na unidade até sua saída. Essa estratégia permitiu visualizar o movimento isolado desses profissionais que, em alguns casos, sequer encontram os profissionais dos serviços. Isso se deve aos seus processos de trabalho independentes da dinâmica dos serviços, que, em certa medida, operam no sentido contrário ao de uma atenção com qualidade centrada no usuário.

Para ilustrar, a seguir são apresentadas imagens de dois fluxos descritores desenhados pelos profissionais em uma das oficinas problematizadoras.

“...o que me chama atenção nesses fluxos é que nenhum profissional se encontra com o outro, são processos isolados que não vão gerar cuidado.” (7)

Com os fluxos evidencia-se o que os profissionais persistem em apontar que não é possível realizar um processo interdisciplinar na lógica de apoio matricial porque realizam a produção de saúde de forma fragmentada, a qual não favorece, no seu ato de cuidar, ações de distintos profissionais para a produção e o gerenciamento do cuidado. Como diz um participante:

“...eu vejo uma ação muito independente, são ações muito pontuais que a gente faz. Na maioria dos fluxos não tem essa participação, não tem diálogo, com certeza é um dificultador para o cuidado.” (8)

Lembramos aqui o que Fracoli e Zoboli (2011) dizem sobre o cuidado, diferenciando a produção de ato cuidador, enquanto procedimentos e enquanto cuidado. As autoras distinguem a atitude de preocupação, interesse e motivação que se expressam nas ações dos profissionais cuidadosos, dizendo ainda que esses profissionais se mostram capazes de reconhecer o outro como ponto primordial de respeito e centro das ações de saúde. E fazem isso observando a singularidade, identificando os recursos e procurando, com o usuário, a via que faça sentido na sua situação e para o seu projeto de vida.

Com relação à questão do cuidado, ainda podemos observar que os profissionais comungam de uma mesma ideia de que o vínculo é uma motriz para o cuidado:

“...o cuidado é longitudinal, o vínculo não precisa ser rompido. O usuário busca no profissional alguém para confiar e o vínculo parte dessa coisa.” (2)

“...vínculo não se garante por decreto e o tempo não garante o vínculo.” (8)

“...depende muito do profissional e do envolvimento que tem com o paciente.” (3)

“...o vínculo sempre surge pelo interesse de cuidado de uma das partes.” (9)

O fato de terem de cumprir uma agenda fixa de acompanhamento às unidades é avaliado pelos profissionais como um impeditivo para uma prática cuidadora a favor da autonomia do usuário, pois tal rotina não favorece o encontro entre os profissionais da própria SEATESC e não permite lidar com a complexidade das questões que aparecem na dinâmica de acompanhamento.

Essa situação se soma ao fato de que, na maioria das unidades, ainda não existe um trabalho conjunto com as equipes dos serviços, principalmente no que tange às ações de

educação em saúde. Esse isolamento impede de impulsionar a experiência do cuidado para estágios mais amadurecidos:

“...a gente percebe que existe a dificuldade da enfermagem de estar com a gente no momento do grupo. Mas fica difícil tocar sempre o grupo sozinha. Os usuários têm dúvidas e trazem naquele momento a gente acaba repassando o que a gente sabe, mas eu acho que isso não tem a mesma credibilidade.” (1)

“...quando você trabalha em equipe a coisa fica mais diluída, menos pesada. Acho que a SEATESC tem esse propósito de trabalhar em equipe, pra gente fazer um trabalho legal, com resultado bom, mas isso não acontece.” (2)

“...eles acabam indo muito para o específico e aí acabam gerando demandas e eu tento a partir dos encaminhamentos formar grupos. Mas tem aquela cultura de que tem que atender individualmente.” (1)

“nós temos de aproveitar o momento de encontro com o usuário. Aproveitar a dúvida que ele traz para conversar, trocar informações e também esclarecer. Nos grupos poderíamos potencializar muito mais as ações de cuidado se estivéssemos realizando com outros colegas a ação.” (9)

Outra questão que os participantes trazem para a discussão é o fato de que as ações de cuidado, em algumas Unidades de Saúde, estão pautadas em ações profissionais no formato de queixa-intervenção, o que leva a ofertar procedimentos aos usuários através do atendimento individualizado, também dos profissionais da SEATESC, como podemos observar:

“...faço atendimento individual, lá tenho agenda, chego os prontuários já estão separados, me dirijo ao consultório e vou atender. É só eu e o paciente. Na outra unidade vou direto para a sala de reunião encontrar as estagiárias, porque faço um grupo lá. Depois vamos no corredor chamar as usuárias. Depois vou falar com a chefia e depois volto para um outro grupo, mas o grupo só eu e as estagiárias fazemos.” (2)

“...ao chegar na unidade eu passo em todas as salas pra cumprimentar o pessoal. Aí vou atender individualmente, que é o que a unidade quer que eu faça. Tanto que ela quer aumentar o número de consultas para eu atender.” (1)

Nas discussões dos fluxos também fica evidenciado o trabalho de acompanhamento de forma mais sistemática à chefia dos serviços de saúde. Isso cria espaço para uma prática voltada para questões de organização e gerência dos serviços. Assim, os profissionais relatam que desenvolvem tarefas pontuais que consideram não transformar a rotina do que está instituído, enquanto organização dos serviços.

Nesse processo eles percebem a diferença entre as Unidades de Saúde da Família e as Unidades Básicas, em termos das relações que são estabelecidas entre os profissionais, a gestão local e a condução do cuidado, mas não percebem diferenças na organização dos serviços, uma vez que ambos estão pautados em agendas, ações programáticas e protocolos.

Para eles, nas USF há maior cooperação para desenvolver o cuidado compartilhado, o que gera um aprendizado e o estabelecimento de relações mais horizontalizadas, diferentemente do que percebem na maioria das Unidades Básicas de Saúde. Nessas, há escassas possibilidades de se estabelecer um processo de trabalho compartilhado porque a lógica nesses serviços está centrada eminentemente em procedimentos, com ações isoladas dos profissionais da SEATESC, como podemos constatar nas falas a seguir:

“...não vejo diferença entre uma unidade de Saúde da Família e a UBS com relação ao fluxo de trabalho, pois nos dois a organização é a mesma, tem agenda, horários. Eu vejo diferença na relação.” (3)

“...os profissionais da SEATESC tentam se inserir no que já acontece na unidade, como que pulam para dentro do modelo”. (7)

Observa-se também que a chefia da unidade tem papel importante na definição da proposta de trabalho dos profissionais da SEATESC e que, algumas vezes, a dificuldade de compreensão do papel desses profissionais se torna um impeditivo para a construção conjunta de um planejamento e do entendimento ampliado do que poderia ser a contribuição dos profissionais da SEATESC, para além de suas especialidades. Reforçam, com isso, que as atividades educativas são secundárias e devem ser realizadas por outros profissionais que não estão diretamente na realização de procedimentos. Observemos a seguir:

“...fica muito pra mim o quanto o nosso trabalho está condicionado com o entendimento da chefia da unidade. Quando tem uma chefia que entende minimamente o trabalho, que entende a especialidade de cada um e consegue aproveitar isso. Quando o chefe não entende a proposta não explora as possibilidades junto com a gente, às vezes isso emperra a nossa possibilidade de intervenção.” (4)

“...acho que é uma construção, uma construção com a chefia, uma construção com a enfermeira, pra mim é um processo de construção com todo mundo. Mas não adianta ser de cima para baixo, não adianta isso já ficou claro.” (8)

“...no nosso processo de trabalho a gente atua como se fosse outra Secretaria. Não há nenhuma ação aproveitada naquele momento que a gente vai à unidade. Entra num vácuo com a unidade que não se produz nada. Algumas vezes a gente vai discutir alguma ação, mas é geral. Algumas coisas mínimas a gente precisava se organizar. É tudo o que já se discutiu e

que não acontece. É como se fosse um esquema meu, mas é o projeto do Hiperdia que tem por objetivo qualificar o acompanhamento do usuário.” (9)

“...só eu e a colega fazemos o grupo dos insulinos. A gente chega e vai direto para a sala. Tem uma sala específica pra gente fazer o grupo. A gente faz uma conversa bem dentro do que eles trazem pra nós, as dificuldades que estão vivendo. Mas ninguém da unidade participa.” (5)

A questão do município de Santos ter Unidades Básicas e Unidades de Saúde da Família demarca um diferencial para a prática dos profissionais da SEATESC porque a lógica de organização do serviços influencia na forma que se estabelece o processo de trabalho. Os profissionais entendem que o fato das USF realizarem reuniões sistemáticas de equipe, dentro de sua rotina de trabalho, intensifica as trocas de informações, o entendimento das contribuições de cada profissional, a compreensão da realidade do usuário e o consequente estabelecimento conjunto de projetos terapêuticos favorecedores da autonomia do usuário.

Os participantes afirmam que os processos de construção de uma prática cuidadora devem ser constantes e permanentes, pautados no diálogo, porque é muito tênue a linha divisória que separa uma prática assim, de outra pautada na lógica de execução de tarefas, por isso exigem dos trabalhadores muita atenção e diálogo:

“...carregar o armário sozinha não dá, tem que se integrar, interagir com o outro. Como cuidar dentro desse processo de trabalho, será que dá para cuidar?” (5)

“...nessa loucura que é nosso processo de trabalho, essa coisa de ser UBS e USF, porque é bem nítido pra mim quando a equipe senta, conversa e conhece o trabalho, flui muito melhor. Porque cada um sabe o que você faz, dentro dos limites, o que você pode fazer. Tem unidade que as pessoas nem se conhecem. Trabalham no mesmo lugar e não se conhecem. Não discutem caso. Então fica um trabalho isolado que cada um faz o seu e fica um trabalho quebrado no geral. Então é evidente que reunião de equipe é primordial. Tem que ter um jeito de fazer nas UBS. Pra mim é o ponto principal, reunião de equipe.” (2)

“...ele está trabalhando com grupos ele tem uma relação com a população e não tem o reconhecimento da unidade. O serviço não consegue relacionar essa ação com uma ação de cuidado para transformar isso em uma intervenção conjunta e muito mais qualificada.” (10)

Os participantes avaliam que estão conseguindo realizar uma prática cuidadora quando estão nos grupos ou nos atendimentos individuais com os usuários. Percebem a potência desses encontros e desejam que outros profissionais participem com eles na ação de cuidar, conforme comentário:

“...acho que depende muito do profissional e do envolvimento com o usuário. Então quando você se envolve com a unidade, com os profissionais e principalmente com os usuários, dá

para fazer um cuidado bem digno para o usuário e é bem interessante quando eles começam a ver você como uma referência. Você pode achar que é pouco, mas o usuário vê que não é.” (2)

“...se houvesse possibilidade dos profissionais das unidades estarem conosco, a gente compartilhando o trabalho, seria outra história, outro resultado.” (8)

Nas falas dos participantes é possível perceber que eles estão cientes dos limites da ação que desenvolvem e também das potencialidades que surgem a partir do encontro com o outro. Pensam que poderiam estar fazendo muito mais conforme apontam as falas:

“...apesar de todos os nós que há, com todas as dificuldades que estamos apontando, que são reais, mas mesmo assim a Atenção Básica consegue proporcionar cuidado. A questão é que desejamos muito mais qualidade.” (1)

“...a sensação é que poderíamos estar fazendo muito mais e aí vem aquela sensação de que não fazemos nada. Mas o potencial é tão grande para o cuidado.” (3)

O território das ações cuidadoras é de domínio de todos os trabalhadores da saúde e dos usuários e suas respectivas famílias, como aponta Cecílio (2011). Assim, produzir atos de saúde cuidadores é tarefa a ser compartilhada. Todos podem acolher, escutar, interessar-se e construir relações de confiança e conforto, as quais acontecem em ato e nas situações específicas de cada encontro, como nos diz Merhy (2007).

Aliás, em geral, de acordo com as circunstâncias específicas de cada encontro, são diferentes os agenciamentos e são também diferentes os profissionais da equipe que cumprem um papel mais ativo, ou seja, isso varia conforme o momento.

Muitas vezes os profissionais de saúde deixam de compreender o momento do cuidado como um espaço privilegiado do relacionamento humano, transformando-o em mera aplicação de condutas. Por isso, é importante ampliar o olhar e a escuta, permitir que a complexidade da vida dos usuários invada a maneira dos trabalhadores compreenderem o sofrimento da vida para além do processo saúde doença.

É no território de ações cuidadoras que a negociação pode acontecer a partir das mútuas afetações. É nesse território que se produzem os encontros e que se viabiliza o trabalho em equipe. Precisamos ter em mente que o cuidado é a alma dos serviços de saúde. Portanto, para desenvolver uma prática cuidadora é necessário que o profissional tenha espaço para estabelecer laços de confiança e de vínculo com os usuários e com seus pares.

As formas de organizar a gestão para transformar os modos de operacionalização do cuidado

A proposta da gestão de implantar uma equipe para fortalecer a interdisciplinaridade, a educação popular, o território, a integralidade, a promoção da saúde e a humanização na Atenção Básica, constante no descritivo de competências da SEATESC, coadunam com as prerrogativas do Ministério da Saúde para fortalecimento da Atenção Básica, entendendo-a como fundamental para a organização do sistema.

Apesar dos progressos significativos na construção do SUS em Santos, um grande desafio ainda está posto para as equipes da gestão central no que diz respeito à necessidade de alterar o padrão das práticas de saúde que operacionalizam a micropolítica do trabalho e do cuidado na Atenção Básica. Isso é importante para que esse nível da atenção passe a desempenhar seu mais importante papel dentro do sistema, ou seja, o acompanhamento longitudinal, articulado em rede, dos usuários.

Para se trabalhar interdisciplinarmente não basta apenas agregar áreas de conhecimento. É necessário transformar a gestão e criar a possibilidade de que, no espaço coletivo, os profissionais descubram que têm o poder de mudar a forma que desenvolvem os processos de trabalho na saúde. E assim é, para que, cada vez mais, se aproximem da complexidade dos problemas dos usuários e possam criar conjuntamente intervenções para qualificar o cuidado. Para tanto, é necessário que o coletivo de profissionais envolvidos na operacionalização dos serviços esteja apropriado de alguns conteúdos conceituais e dos fundamentos orientadores da proposta apresentada pela gestão, de modo que transcendam a prática disciplinar rompendo as fronteiras de saberes.

Uma prática interdisciplinar tem que produzir conhecimento a partir das conexões entre teoria e prática, na qual a ideia é uma mediação que jamais pode ser elemento de redução e sim a exploração de múltiplas possibilidades, como nos diz Furtado (2007).

Em seus discursos os profissionais apontam a dificuldade de estabelecer um processo de trabalho interdisciplinar porque a prioridade das ações que realizam estão voltadas para a execução de atividades pontuais e a gestão não tem direcionado essa equipe, conforme podemos constatar:

“... a gestão precisa dizer para que viemos. Não é mandar, mas é direcionar. Estamos num momento digamos stand by.” (8)

“...acho que nem eles sabem o que querem de nós.” (4)

“...eu penso assim: aonde a gente quer chegar? O que vamos fazer este ano? Quais os nossos objetivos? Quando vamos nos reunir para concretizar esse plano que a gente traçou? (5)

“... não dá para fazer trabalho interdisciplinar se não há possibilidade de reunião, de troca, de aprendizado, de abertura para experimentações. Quando se dá espaço, as potencialidades aparecem”. (10)

É importante problematizar a gestão, analisando os diferentes dispositivos e estratégias colocados em operação, pois a gestão não é única, nem exercida somente a partir do núcleo central. Há vários coletivos operando e se atravessando mutuamente. Portanto a gestão central precisa estar atenta para o que deseja e para conectar-se com as múltiplas dimensões da realidade da saúde, se abrindo para a diferença, se deixando afetar para propiciar que os dispositivos e estratégias que viabiliza se ajustem, sem hierarquizar as relações, mas aumentando a co-responsabilização do cuidado a partir da potência do diálogo.

A SEATESC foi pensada como um dispositivo para disparar movimentos transformadores nos diferentes serviços. Mas um dispositivo está inscrito em um jogo de poder, que está ligado a uma configuração de saber, que também o condiciona. Por isso, é importante abrir espaço para a diversidade e trabalhar com as situações concretas que aparecem para criar possibilidades de experimentação. Os participantes comentam:

“...nesse período de trabalho na SEATESC já passei por momentos que me sentia tão perdida, tem horas que a gente não consegue ver que são várias coisas. Cheguei a achar que para o colega que tem uma especificidade é mais fácil, ele vai e faz o dele. É muito conflitante, ao mesmo tempo que cobram esse atendimento tem gente cobrando por procedimento. Isso acontece até nas equipes das unidades, porque às vezes eu percebo que uma ou outra pessoa que tem um olhar mais ampliado, que tem interesse, e acontece dele ser totalmente desestimulado e incentivado a ficar no modelo do curativo. Então é muito conflitante isso na composição da equipe e para um trabalho junto. E isso aparece também no próprio usuário que deseja um atendimento de procedimento, não todos, mas eles cobram muito isso.” (3)

“...os profissionais tentam se inserir nas unidades, no que já acontece, como que pulam pra dentro desse modelo. É como pegar um trem andando, fora da estação, já que vários de nós está apenas um período da semana na unidade. Você vai andando no meio dos vagões e procura os problemas pra tentar ajudar a resolver. Repetimos o modelo.” (6)

Com relação à forma em que acontece o cotidiano do trabalho há uma preocupação que sinaliza para a facilidade de cair na repetição do mesmo, lembrando Cecílio (2011).

“... é muito fácil voltar para a especificidade, que é aonde se tem um pouco mais de segurança.” (8)

“... nós temos que fazer o nosso específico, mas com todos e não individualmente. As pessoas veem assim: é para atender especificamente e na verdade não é isso. Não têm a visão do nosso trabalho.” (1)

“...é fundamental o rearranjo das nossas agendas para a gente se encontrar e criar uma possibilidade para sair do específico.” (8)

“... dá trabalho mexer nisso. Então vai se consolidando o trabalho isolado.” (5)

Nas discussões os participantes apontaram algumas alternativas de reorganização do trabalho da equipe de profissionais: o estabelecimento de uma rotina de discussão de casos, o rearranjo das agendas, a redução do número de unidades, repensar a divisão de território para os apoiadores e, por fim, uma imersão na unidade para observação e intervenção.

“...em situações caóticas se estabelece uma nova ordem. Então tem que se ter essa ruptura brusca para se estabelecer uma nova ordem. Até para avaliar se essa proposta está conseguindo atingir o que seria a proposta inicial que era apoiar. É apoio o que nós estamos fazendo? Que tipo de apoio é esse?” (9)

“...eu só vejo um caminho para superar essas coisas, a discussão de casos. Acho que é a única forma de você ver a interação. É uma forma de ver a abordagem entre profissionais. A discussão leva a gente a abordar o todo, não há outra forma de você intervir como equipe.” (1)

“...uma outra divisão de território., Um território que a gente conseguisse trabalhar, não essa imensidão. Acho que as equipes se beneficiariam disso.” (9)

“...eu vejo que é uma equipe que apesar de ser multidisciplinar a gente não se encontra muito. Nossas agendas não se encontram nas unidades. A gente acaba fazendo ações que são separadas. Apesar de ter essa questão da gente trabalhar em equipe, a gente não tem equipe.” (1)

Os profissionais da SEATESC aguardam uma reorganização que venha do DEAB, não se percebem capazes para alterar o que está instituído, precisam de um direcionamento da gestão:

“...falta esse planejamento conjunto e o DEAB considerar o que os profissionais estão trazendo.”(5)

Não podemos esquecer que é o próprio município que produz e reproduz as políticas de saúde, portanto define as lógicas que operacionalizam o sistema. Entram em jogo o que está em disputa. Esse jogo é uma produção humana, portanto passível de sofrer modificações

que viabilizem o dispositivo da responsabilidade compartilhada, que permita acordos e contratos como ponto de partida. Há de se pensar em possibilidades de arranjos para responder à inseparabilidade entre gestão e serviços, sendo necessária muita disposição e criatividade para mudar o instituído.

É necessário reconhecer as forças de todas as ordens que impedem o surgimento do novo, reconhecer que as equipes também governam lá no espaço da micropolítica do trabalho e que os arranjos de gestão precisam ter natureza móvel. Engessá-lo só gera estagnação e a reprodução mecanizada da lógica de reprodução de procedimentos.

A pesquisa-intervenção: potencialidade para inventar-reinventar

A pesquisa-intervenção foi tomada como uma categoria analítica nesta produção de conhecimento porque os participantes foram se mostrando muito receptivos à experimentação e aos deslocamentos que os encontros e as discussões provocaram. Também nas avaliações, tanto ao final de cada oficina problematizadora quanto no preenchimento do instrumento final de avaliação do conjunto das oficinas, constatamos a potência do método ao abrir espaços de diálogo para o exercício de uma prática pautada no movimento de ação-reflexão-ação.

Por ser uma metodologia que não almeja chegar a um resultado único e conclusivo, ao contrário, se propõe acompanhar um processo, deter-se em acontecimentos, torná-los visíveis, pensar sobre eles e sentir as múltiplas afetações, a pesquisa-intervenção se caracterizou como sendo uma possibilidade criativa. Isso porque pode ser acionada pelos participantes, ou pela gestão, como uma ferramenta que possibilita uma melhor compreensão dos processos de trabalho, o aprofundamento do conhecimento da realidade e consequentemente abre espaços para a alteração de caminhos com a participação ativa das pessoas.

Ao se mostrar como uma estratégia, a pesquisa-intervenção pode ser acionada sempre que houver o desejo de compreender a subjetividade dos processos de trabalho para construir ou reconstruir, coletivamente, linhas de fuga, pois no seu próprio percurso vai estabelecendo uma relação horizontalizada entre os sujeitos envolvidos estabelecendo, assim, a co-responsabilização pelo processo.

Observemos alguns comentários dos participantes sobre a experiência de ter participado desse processo, retirados do instrumento de avaliação, portanto sem identificação do participante:

“... os encontros foram muito importantes para prestar atenção no desenvolvimento do nosso trabalho e possibilitar uma reflexão sobre as potencialidades e como avançar no processo, principalmente nas Unidades que encontramos dificuldade de trocar.” (avaliação final)

“... gostei muito de participar destes espaços reflexivos e acredito que toda a experiência é sempre uma bagagem e um tempo feliz que ninguém nos tira. Obrigada.” (avaliação final)

“... foi muito bom participar. Sempre passamos a enxergar as coisas por outros ângulos.” (avaliação final)

A utilização da pesquisa-intervenção permite que os sujeitos se expressem e a partir daí passem a pensar coletivamente algumas possibilidades de invenção ou reinvenção, também necessária para a produção de conhecimento.

“...como seria bom continuar nossos encontros, faz tanta falta isso pra nós.” (avaliação final)

“... se a gente continuasse, a questão do território tinha que ser um tema.” (avaliação final)

“... gostei de participar, estou esperançosa com as possibilidades de mudanças e me sinto mais fortalecida.” (avaliação final)

Por ser um método que permite a aproximação entre pesquisador e pesquisado, onde os sujeitos se equivalem em importância, como aponta Rocha (2006), entendo que a pesquisa-intervenção, ao ser acionada como instrumento de gestão, pode aproximar a gestão dos trabalhadores, favorecendo que o conhecimento emergja da realidade, ora operando agenciamentos produtivos que trazem o novo, ora atuando no que já é instituído.

Dessa forma, cortes e recortes que constituem a forma como a realidade se apresenta revelam as forças que contribuem para a formação de sujeitos e manifestam tanto as linhas duras das relações como as linhas de fuga que as afetam e as desestabilizam.

Por isso a pesquisa-intervenção produz diferença, quebra a hierarquização das relações de poder e abre espaço para que os sujeitos se constituam como sujeitos responsáveis e implicados para enfrentarem a complexidade das questões da saúde.

Com relação à vivência da metodologia da pesquisa-intervenção, os participantes, ao registrarem suas opiniões no instrumento proposto para avaliação, concordam que ela

favoreceu à reflexão, à troca de saberes e aprendizados, motivando-os a experimentá-la no cotidiano de suas práticas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciei este estudo com o objetivo de realizar uma análise do processo de trabalho dos profissionais da Equipe SEATESC, por entender que uma equipe composta por várias áreas de conhecimento, desenvolvendo sua atuação na Atenção Básica, dentro de uma lógica de apoio merecia um olhar sobre essa práxis.

Para dar conta metodologicamente do trabalho investigativo optei por realizar um estudo qualitativo, orientando-me pela pesquisa-intervenção por entender que esse método abre espaço para uma reflexão sobre processos de trabalho e permite cartografá-los, de tal modo que emergja dos participantes possibilidades de alteração do instituído.

É importante destacar que, no dinâmico processo de produção dos dados, com frequência havia situações em que se fazia necessária a articulação das propostas que eram apresentadas pelos sujeitos, o que nos obrigava a colocar em questão o funcionamento institucional, os limites impostos ao processo de trabalho desses profissionais e as alternativas que cada profissional encontrou para realizar seu trabalho.

Nossa pretensão, porém, não era realizar uma análise institucional como um dispositivo analítico, e sim cartografar o processo de trabalho dos profissionais apoiadores, tendo como orientadores da análise diversos aspectos que dizem respeito a: forma que se processa o cuidado; como se dá o trabalho em equipe; o que entendem por apoio e como operacionalizam no cotidiano das unidades que acompanham; que ideias tinham de como poderia vir a ser a intervenção nos serviços de saúde dos quais estavam referenciados; como sair dessa lógica para tornar seu fazer mais poroso e aberto a novas invenções.

A partir dos dados reunidos, pode-se constatar que a equipe investigada apresentou a necessidade de discutir com a gestão seu papel de apoiadora para construir uma proposta de trabalho a partir da experimentação do encontro que mobiliza distintas ofertas relacionadas à organização do processo de trabalho.

A análise do processo de trabalho da equipe SEATESC, realizada neste estudo, permitiu vislumbrar algumas possibilidades e a potência que há nos pressupostos de um

trabalho em equipe para a integralidade e resolutividade das ações de saúde. Para além disso, o estudo nos mostra as expectativas dos profissionais que compõem o grupo estudado com relação às alternativas que conseguem perceber, para desempenhar seu papel de apoiador, com vistas à transformação do que está instituído.

Portanto, considero que o estudo atingiu seus objetivos que diziam respeito a analisar o processo de trabalho dos profissionais que compõem a equipe SEATESC para pensar conjuntamente possibilidades de modificação desse fazer.

O estudo permitiu constatar que os problemas enfrentados pelos profissionais da SEATESC, que interferem na dinâmica do processo de trabalho, só são passíveis de serem superados na própria experiência cotidiana, com a criação e experimentação do novo, em uma atuação de abertura para as inúmeras possibilidades que surgem a partir do encontro com o outro, com o diferente.

Apesar do estudo se propor a demonstrar e problematizar o processo de trabalho da SEATESC, sem nenhuma pretensão de esgotar as discussões dos limites e possibilidades da proposta de apoio à Atenção Básica da Secretaria Municipal de Santos, ele delimita alguns entraves e vislumbra medidas norteadoras para aproximar a proposta da gestão às reais necessidades do SUS. Demonstra-se, assim, que a fragilidade da proposta de apoio em operação no município está na tensão entre o proposto e o instituído.

O estudo aponta para a urgência do estabelecimento de espaços de discussões coletivos, na dinâmica de trabalho dos profissionais da SEATESC, que podem acontecer a partir da discussão de casos, como sugestão apresentada pelos próprios profissionais, ou a partir de outras estratégias de gestão que valorizem a grupalidade. Esses espaços precisam acontecer rotineiramente, na dinâmica do trabalho, pois somente assim pode ser possível estabelecer uma prática mais porosa a ponto de olhar mais amplamente a realidade e, conseqüentemente, o processo de trabalho, caminhando com uma atitude de aprender a aprender, que é também uma exigência da contemporaneidade.

A questão colocada para a gestão central é que há necessidade de redefinição das estratégias de operacionalização da equipe apoiadora, enquanto um dispositivo de gestão, para que possa potencializar as ações de cuidado em rede. Lembramos, neste momento, que os dispositivos disparados pela equipe de gestão só se consolidam como ato inovador se forem cuidados, como aponta Cecílio (2011).

Neste momento de finalização do estudo posso dizer que há necessidade de promover a reorganização do processo de trabalho dos profissionais da SEATESC para que estes possam organizar-se para caminhar no sentido da integralidade da atenção, a partir do trabalho interdisciplinar e não mais como um apêndice dentro dos serviços de saúde.

Assim, a grande possibilidade de quebra da lógica instituída para o processo de trabalho é a sua desconstrução, a dar-se no espaço da micropolítica. Por isso é importante estabelecer espaços coletivos de discussão, de aprendizados, que favoreçam a construção de saberes sem fronteiras disciplinares para qualificar a Atenção Básica a partir da constituição de uma lógica de trabalho matricial.

Lembramos que a proposta de apoio matricial apresentada por Campos e Domitti (2007) caracteriza a prática de apoio como sendo eminentemente interdisciplinar e essa ideia não é nova, mas tem se manifestado recentemente como uma ideia-força, na medida em que a fragmentação do cuidado necessita ser rompida para atender à crescente e complexa realidade da área de saúde contemporaneamente.

Agora com mais clareza do que quando iniciei meu processo enquanto profissional-pesquisadora, entendo que pensar e reinventar são fundamentais num processo de abrir-se para o novo, para um devir. Aprendi, através dessa experimentação, que a força para as transformações dos processos está em instaurar uma prática a favor da autonomia, não pensando restritamente na autonomia dos usuários, mas entendendo que é fundamental que os trabalhadores também a exerçam.

Para tanto, é necessário que haja possibilidade de encontro entre gestores, trabalhadores e usuários. Aprendi também que nenhum profissional está pronto, mesmo quando apresente capacidade para lidar com a diversidade na produção do encontro. É importante e necessário investir em seu processo de formação profissional, utilizando-se de estratégias que favoreçam as trocas e não apenas a reprodução de conhecimento.

Assim feito, seriam alternativas possíveis de uso, para essa formação que pretende qualificar o cuidado, a pesquisa-intervenção e a educação permanente, as quais se apresentam como estratégias para capilarizar e favorecer o debate, tanto na gestão como na produção de cuidado. Porém não é mais possível imaginar que somente elas possam gerar transformações no processo de formação de trabalhadores. São, sim, maneiras de assegurar os processos democráticos para a construção de um SUS para todos.

O desafio é permanente, não há outro modo, pois é necessário encarar que há disputa de projetos e essa clareza é fundamental para o desencadeamento de um processo de análise que pode engendrar outros agenciamentos, até mesmo atingindo o plano das intencionalidades, dando novos sentidos capazes de transformar até o desejo, para produzir uma outra prática apoiadora.

Assim, é necessário ir definindo e redefinindo, num processo constante de ação-reflexão-ação que SUS desejamos enquanto profissionais e enquanto gestores. Portanto, sem espaço para inventar-reinventar outras formas de subverter o instituído, não será possível escapar dos modelos e dos protocolos tão bem consolidados que muitas vezes engessam até o desejo de transformação da prática de saúde.

Para finalizar, penso que há a necessidade de desterritorialização para depois efetivar a territorialização desse modo de desenvolver o processo de trabalho da Equipe SEATESC, para que possa, junto com a gestão municipal de saúde, encontrar novos espaços. Entendo que a perspectiva do trabalho de apoio está na construção de uma prática interdisciplinar. É necessário que os profissionais que estejam ocupando o não lugar que é uma marcada prática do apoio atravessem a rede de serviços de saúde, que possam criar um trabalho que se torne visível, partindo de experimentações, até conseguirem, junto com a gestão, estabelecer uma intervenção virtuosa e que faça sentido para romper com as relações de subordinação e com o medo que as instituições hierarquizadas favorecem.

5 REFERÊNCIAS

AGUIAR, K. F.; ROCHA, M. L. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. **Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília, n. 27, p. 648-663, 2007.

ALVES, R. F.; BRASILEIRO, M. C. E; BRITO, S. M. O. Interdisciplinaridade: um conceito em construção. **Episteme**. Porto Alegre, n. 19, p. 139-148, jul.-dez. 2004.

BANYAI, I. **Zoom**. Trad. Gilda Aquino. Rio de Janeiro: Brinque Book, 1995.

BERTUSSI, D.; FEUERWERKER, L. **O apoio matricial como arranjo da gestão em saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/dab/apoio%20Matricial.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria n. 648, 28 mar. 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, 24 jan. 2008, republicada em 4 mar. 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**. Brasília, n. 43, Seção 1, p. 38-42, 4 mar. 2008. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=04/03/2008&jornal=1&pagina=38&totalArquivos=72>. Acesso em: 20 ago. 2014.

_____. Lei n. 8080, 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. FERREIRA, L. A. M. **Os direitos sociais e sua regulamentação: coletânea de leis**. São Paulo: Cortez, 2011, p. 218-240.

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI. A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, G. W. S. et al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (org.). **Manual de práticas de Atenção Básica – Saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008, p. 132-153.

CECCIM, R. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**. Botucatu, vol. 9, n. 16, p. 161-168, set. 2004-fev. 2005.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**. Botucatu, vol. 15, n. 37, p. 589-599, abr.-jun. 2011.

CHIESA, A. M.; WESTPHAL, M. F. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, n. 46, p. 19-22, mar. 1995.

COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: modelos assistenciais em saúde. CAMPOS, G. W. S. e GUERRERO, A. V. P. (org.). **Manual de práticas de Atenção Básica– Saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008, p. 96-131.

COUTINHO, C. N. Pluralismo: dimensões teóricas e políticas. **Cadernos ABESS**. Ensino em Serviço Social: pluralismo e formação profissional. São Paulo, n. 4, p. 5-17, maio 1991.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. Apoio matricial e atenção primária de saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, vol. 20, n. 4, p. 961-970, out.-dez. 2011.

FRACOLLI, L.; ZOBOLI, E. Desafios presentes na qualificação do cuidado em saúde e humanização. IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E.; SEIXAS, P. H. (org.) **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011, p. 762-780.

FRANCO, T.B. O uso do fluxograma descritor e projeto terapêutico para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: O caso de Luz- MG. **O trabalho em Saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

FURTADO, J. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface**. Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, maio-ago, 2007.

GALETTI, M. C. **Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?** Goiânia: Editora UCG, 2004.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1996.

HORTALE, V. A et al. (org.) **Pesquisa em Saúde Coletiva: fronteiras, objetos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, p. 209-218.

HOUAISS, A. **Grande dicionário Houaiss beta da língua portuguesa**. Disponível em: www.houaiss.uol.com.br. Acesso em: 3 mar. 2014.

LANGBECKER, A.; CASTANHEIRA, E. Características históricas da construção do SUS em São Paulo. IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E.; SEIXAS, P. H. D'A. (org.) **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec/CEALAG, 2011, p. 649-662.

LEMINSKI, P. **Toda poesia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

LIBERMAN, F. et al. **Articulação prático-teórica e a produção de inovação no Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde**. Mimeo, 2013.

MARTINELLI, M. L.; RODRIGUES ON, M. L; MUCHAIL, S. T. (org.) **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. São Paulo: Cortez, 1995.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. Disponível em: http://www.uefs.br/pepscentroeste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf. Acesso em: 27 nov. 2014.

MELLO, T. **Estatutos do homem**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1978.

MENDES, E. V. O SUS e a Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**. Juiz de Fora, v. 8, n. 2, p. 218-219, jul.-dez. 2005.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Campos C. R. (org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Editora Xamã, 1998, p. 103-20.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____ **Cuidado com o cuidado:** o caso da fila do toque e a implicação do ato de cuidar. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-15.pdf>> Acesso em: 3 mar. 2014.

MILHAZES, B. **Serpentina.** Silkscreen on Waterford paper 638 g, 52 x 52 inches / 132 x 132 cm, 2003. Disponível em: http://www.galerie-obadia.com/artist_detail.php?ar=12af=1p=3g=2. Acesso em: 20 ago. 2014.

NEUVONEN, L. **Kutoja.** (The last knit; O último fio). Filme de animação. Prod. Anima Vitae, Finlândia, 2005.

PAULON, S. M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade.** Porto Alegre, v. 17, n. 3, p.18-25, set.-dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a03v17n3.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2014

ROCHA, M. L. Psicologia e as práticas institucionais: A pesquisa-intervenção em movimento. **Psico.** Porto Alegre: PUCRS, v. 37, n. 2, p. 169-174, maio-ago. 2006. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/download/1431/1124>. Acesso em: 20 ago. 2014.

SANTOS. Prefeitura Municipal. Decreto n. 5.489, 8 jan. 2010. Dispões sobre as atribuições e o funcionamento das unidades administrativas da Estrutura Organizacional da Prefeitura. **Diário Oficial de Santos.** Santos: Prefeitura Municipal, jan. 2010 p. 16-19.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde.** Promoção, vigilância e Saúde da Família. Salvador: EDUFBA, 2006.

VASCONCELOS, E. M. Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, n. 54, 1997, p. 132-157.

WENDERS, W. **Pina.** Filme documentário longa metragem. Prod. Neue Road Movies, Eurowide Film Production, ZweitesDeutschesFernsehen (ZDF). Alemanha/França/Reino Unido, 2011.

ANEXOS

Anexo I: Primeira Oficina Problematizadora

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

Nome do projeto: Apoio à Atenção Básica de Saúde: percurso da pesquisa-intervenção

Primeira oficina problematizadora

Data: 4 de Julho de 2013

Coordenadora: Carmem Lúcia Brandalise

Apoiadora: Christiane Abdala

Horário: 16:00 às 18:00 horas

Objetivo:

Apresentar aos sujeitos da pesquisa os objetivos do estudo e a opção metodológica que se caracteriza por ser uma pesquisa-intervenção. Essa modalidade de pesquisa possibilita um trabalho compartilhado que determinará os caminhos da própria pesquisa.

Metodologia:

- Apresentação e levantamento de expectativas dos participantes;
- Apresentação dos objetivos, da metodologia para produção, organização e análise dos dados;
- Esclarecimentos necessários quanto ao Termo de Consentimento Livre e esclarecido – TCLE, distribuindo para todos os presentes uma cópia para que possam acompanhar a leitura e posteriormente devolvê-lo assinado;
- Dinâmica da Oficina:
 1. Os sujeitos serão consultados com relação à utilização de gravador e de registro fotográfico dos encontros, os quais são recursos para a produção de dados e que serão utilizados a partir do segundo encontro se os sujeitos pesquisados assim o permitirem;
 2. Esclarecimento quanto aos papéis de apoiador e de coordenador. O papel de apoio será desempenhado por uma colega, que auxiliará com os recursos

audiovisuais e controlará o tempo. O papel de coordenação, desempenhado pela própria pesquisadora, caracteriza-se pela coordenação das discussões de forma participativa.

3. Nesse momento também será apresentada a metodologia do escriba, como uma possibilidade de registro dinâmico das oficinas, realizado pelos participantes que se habilitarem para a função a cada encontro. Serão esclarecidos os procedimentos para essa técnica, assim como com relação à leitura do registro do escriba, que se dará no encontro subsequente, como forma de retomada das discussões.

4. Os participantes terão a oportunidade de sugerir alguns temas orientadores das discussões dos demais encontros. Nesse momento será utilizada uma técnica de grupo que consiste em distribuir folhas de papel de diversas cores e canetas coloridas para que os participantes possam registrar as questões que surjam espontaneamente quando pensam no trabalho que realizam. Em um segundo momento será realizada a leitura desses registros, observando-se a frequência e pertinência das questões para que sejam escolhidas as mais expressivas desse coletivo e que servirão como orientadoras das reflexões dos demais encontros.

5. Para finalizar o primeiro encontro a apresentadora reproduzirá em mídia o livro *Zoom*, de Istvan Banyai, que motiva a reflexão e a discussão do que possam vir a ser as oficinas, uma vez que esse trabalho demonstra de forma prática como o foco em determinada questão pode ser relativizado, por limitante que possa ser ao se deixar de observar os problemas de forma mais amplificada e complexa; objetiva-se, com isso, a ampliação do olhar e a construção de possibilidades coletivas de intervenção.

- **Contrato:** Os participantes serão esclarecidos quanto à importância da participação nos demais encontros, para que seja possível o levantamento de dados representativos desse coletivo. Nesse momento o grupo se debruçará na tarefa de construir um cronograma que favoreça a participação de todos.

Avaliação do encontro: pela característica da primeira oficina, apresentação da pesquisa, não será utilizada nenhum instrumento ou dinâmica de avaliação.

Anexo II: Segunda Oficina Problematizadora

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

Nome do projeto: Apoio à Atenção Básica de Saúde: percurso da pesquisa-intervenção

Segunda oficina problematizadora

Data: 14 de agosto de 2013

Coordenadora: Carmem Lúcia Brandalise

Apoiadora: Christiane Abdala

Horário: 10:00 às 12:00 horas

Objetivo:

Refletir sobre o conceito de apoio para cada um dos participantes, que conseqüentemente perpassa a prática cotidiana dos sujeitos da pesquisa e objetiva também, posteriormente, definir um conceito de apoio comum do grupo participante para, num segundo momento, apresentar alguns referenciais teóricos quanto à prática de apoio.

Metodologia:

- 1) Dinâmica de boas vindas;
- 2) Breve relato do encontro anterior e definição do esboço do dia;
- 3) Dinâmica da oficina:
 - 3.1) Apresentação da proposta de trabalho do dia, que consistirá em construir coletivamente um conceito sobre apoio, partindo da elaboração individual, realizada em folha de papel e posteriormente socializada com um colega, formando duplas de trabalho que, a partir dos dois conceitos construídos anteriormente, vai fundir as ideias, construindo um conceito único de cada dupla; esses conceitos por sua vez serão apresentados aos demais participantes, de tal forma que todas as duplas possam ler o conceito que construíram, socializando-o com os demais. Em seguida será proposta a construção de um conceito síntese coletivo, momento em que os participantes se debruçarão na elaboração de um conceito único que expresse as ideias do coletivo participante, utilizando-se a lousa para registro desse conceito.

3.2) Após a tessitura do conceito síntese de apoio serão apresentados alguns referenciais teóricos, que serão projetados ao lado do que os participantes elaboraram objetivando aproximar o conceito produzido pelo grupo às referências teóricas, favorecendo as correlações entre teoria e prática.

3.3) Encerradas as discussões será confirmada a data do próximo encontro para 28 de agosto, estabelecendo-se conjuntamente o próximo tema norteador.

4) Ao final do encontro os participantes deverão responder por escrito: quais os aprendizados mais significativos do dia? O que poderia ser mudado ou alterado na realização das próximas oficinas?

Anexo III: Terceira Oficina Problematizadora

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

Nome do projeto: Apoio à Atenção Básica de Saúde: percurso da pesquisa-intervenção

Terceira oficina problematizadora

Data: 28 de agosto de 2013

Coordenadora: Carmem Lúcia Brandalise

Apoiadora: Christiane Abdala

Horário: 10:00 às 12:00 horas

Objetivo:

Dar continuidade à reflexão iniciada na oficina dois sobre o trabalho de apoio, tendo como foco orientador a temática o processo de trabalho da Equipe SEATESC. Pretende-se que nesse debate os participantes possam identificar e analisar as diversas situações de trabalho em saúde e os diferentes modos de fazer a assistência aos usuários, refletindo sobre o seu próprio fazer em saúde para criar linhas de fuga que ampliem o campo de cuidado aos usuários.

Metodologia:

- 1) Dinâmica de boas vindas;
- 2) Leitura do registro do escriba;
- 3) Esclarecimento da dinâmica de registro do escriba e estabelecimento do escriba do dia;
- 4) Retomada dos conteúdos da avaliação da oficina anterior para um melhor posicionamento quanto ao papel desempenhado pela pesquisadora no grupo e esclarecimento da importância da avaliação deles, com relação à dinâmica das oficinas para enriquecimento do processo coletivo de aprendizado;
- 5) Utilizar-se-á um fragmento do filme *Pina*, de Wim Wenders, sobre o trabalho da coreógrafa Pina Bausch como disparador da reflexão sobre o processo de trabalho. O fragmento escolhido é a representação de um homem transportando sozinho um

armário nas suas costas, demonstrando suas dificuldades e sua persistência para cumprir a missão e a derradeira desistência.

- 6) Após a apresentação se abrirá um espaço para que os participantes falem sobre suas impressões desse fragmento relacionando-o com sua rotina de trabalho.
- 7) Posteriormente se proporá a construção de um fluxograma, que represente o itinerário do trabalho desses participantes.

Dinâmica da Oficina:

- 1) Apresentação do roteiro para a construção do fluxograma descritor do processo de trabalho;
- 2) Escolha de um dia da semana como referência pra a elaboração desse percurso;
- 3) Divisão dos participantes em pequenos grupos, utilizando-se como referência a composição utilizada por eles para acompanhamento dos distritos sanitários para construção coletiva do itinerário;
- 4) Caso ocorra de algum profissional não ter um par do seu distrito sanitário de referência para construir seu itinerário conjuntamente, será proposto que ele registre seu itinerário individualmente em folha própria;
- 5) Disponibilização de folha grande de papel pardo e de canetas coloridas utilizando-se uma cor para cada participante poder registrar o seu itinerário na mesma folha, de forma que favoreça, posteriormente, uma melhor visualização;
- 6) Após a elaboração dos fluxogramas, as folhas serão fixadas, lado a lado, na parede para que todos possam visualizar os registros dos itinerários e a partir daí refletir sobre o emaranhado de conexões e desconexões do processo de trabalho, refletindo sobre as possibilidades de novos arranjos na organização do processo de trabalho com intuito de qualificar o cuidado;
- 7) Encerradas as discussões será solicitado que os participantes façam uma avaliação oral sobre a dinâmica de trabalho da oficina, propondo modificações e pensando no que a atividade da oficina contribuiu para seu aprendizado;
- 8) Encerradas as discussões será confirmada a data do próximo encontro para 11 de setembro, no mesmo local e se estabelecerá conjuntamente a temática da próxima oficina.

Anexo IV: Quarta Oficina Problematizadora

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

Nome do projeto: Apoio à Atenção Básica de Saúde: percurso da pesquisa-intervenção

Quarta oficina problematizadora

Data: 11 de setembro de 2013

Coordenadora: Carmem Lúcia Brandalise

Apoiadora: Christiane Abdala

Horário: 10:00 às 12:00 horas

Objetivo:

Dar continuidade à reflexão iniciada na oficina anterior com relação ao processo de trabalho da Equipe SEATESC. Pretende-se que nesse encontro os participantes, a partir dos fluxogramas que construíram na oficina anterior, façam uma análise sobre o seu próprio fazer em saúde e nesse processo de troca possam identificar as diversas situações de trabalho que necessitam ser modificadas para que novos modos de fazer se configurem.

Metodologia:

Leitura do registro do escriba:

- 1) Os cartazes elaborados na oficina anterior serão fixados na lousa, para que os participantes possam visualizar sua construção;
- 2) Os participantes que não apresentaram seu fluxograma oralmente serão convidados a apresentar para que seja possível a continuidade da discussão.
- 3) Após a apresentação se abrirá um espaço para que os participantes possam dialogar sobre seus processos de trabalho. Será proposta a construção coletiva de um único fluxo “ideal” que os participantes avaliem como o mais adequado e posteriormente será proposto olhar para o real e para o ideal e pensar os ajustes necessários para um processo de trabalho cuidador que aproxima o real do ideal.

Dinâmica da Oficina:

- 1) Os fluxos elaborados na oficina anterior serão fixados na lousa, antes da chegada dos participantes;

- 2) Os participantes que não apresentaram seus fluxos serão convidados a fazê-lo nesse momento;
- 3) Após as apresentações serão distribuídos um texto sobre processo de trabalho em saúde e os participantes serão convidados para uma leitura coletiva;
- 4) Posteriormente os participantes serão convidados a construir um único fluxo que represente o que seria o itinerário ideal, pautando-se nas questões apontadas nas suas experiências de trabalho e nos apontamentos do texto lido e nas orientações para confecção de fluxos, entregues na oficina anterior;
- 5) Será disponibilizada folha grande de papel pardo e de canetas coloridas para que os participantes possam registrar o itinerário ideal;
- 6) Posteriormente, será proposto que olhem novamente para seus fluxos iniciais e comparem com o fluxo ideal para, a partir dele, pensarem os arranjos necessários para aproximar o fluxo ideal do real e com isso sintam-se convidados a propor alterações no processo de trabalho;
- 7) Encerradas as discussões será solicitado que os participantes façam uma avaliação escrita sobre a dinâmica de trabalho da oficina, propondo modificações e pensando no que a atividade da oficina contribuiu para seu aprendizado;
- 8) Encerradas as discussões será estabelecida a data do próximo encontro e se estabelecerá conjuntamente a temática orientadora da discussão.

Anexo V: Quinta Oficina Problematizadora

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO CAMPUS BAIXADA SANTISTA

Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

Nome do projeto: Apoio à Atenção Básica de Saúde: percurso da pesquisa-intervenção

Quinta oficina problematizadora

Data: 23 de Setembro de 2013

Coordenadora: Carmem Lúcia Brandalise

Apoiadora: Christiane Abdala

Horário: 10:00 às 12:00 horas

Objetivo:

Dar continuidade às discussões sobre o processo de trabalho da Equipe SEATESC, tendo como tema orientador, o cuidado em saúde, uma vez que essa questão apareceu, na oficina anterior, como das questões que necessitam de aprofundamento.

Metodologia:

- 1) Dinâmica de boas vindas;
- 2) Leitura do escriba e definição do escriba do dia;

Dinâmica da Oficina:

- 1) Apresentação da proposta de trabalho do dia, que inicialmente consistirá em formar duplas para que discutam e respondam um questionário com questões referentes à ideia de cuidado, posteriormente será feita a leitura das respostas dadas por cada dupla, questão por questão, para socialização ao grupo anotando-se na lousa, sendo que a coordenadora utilizará as respostas que foram dadas por dois professores da Unifesp, ao responderem o mesmo questionário com intuito incrementar as discussões.
- 2) Após essa dinâmica serão distribuídos dois pequenos textos sobre cuidado, sendo que os participantes receberão aleatoriamente um dos textos para leitura e posteriormente se discutirá coletivamente os pontos que chamam atenção nos textos, relacionando o ato de cuidar com os apontamentos da primeira dinâmica e o processo de trabalho dos sujeitos pesquisados.
- 3) Encerradas as discussões será confirmada a data do próximo encontro para 2 de outubro, no Campus da Silva Jardim.

Anexo VI: Sexta Oficina Problematizadora

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CAMPUS BAIXADA SANTISTA

Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

Nome do projeto: Apoio à Atenção Básica de Saúde: percurso da pesquisa-intervenção

Sexta oficina problematizadora

Data: 9 de Outubro de 2013

Coordenadora: Carmem Lúcia Brandalise

Apoiadora: Christiane Abdala

Horário: 14:30 às 16:30 horas

Objetivos:

- Apresentar os dados preliminares do estudo, como forma de dinamizar as discussões e iniciar a socialização das informações sobre o processo de trabalho dos sujeitos pesquisados.

- Discutir os conceitos de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, apontados em uma das oficinas realizadas anteriormente, como sendo temas que necessitam de aprofundamento da discussão por sua relevância na prática dos sujeitos participantes. Esses objetivos entrecruzam-se para estimular a reflexão da potência existente no processo de trabalho dessa equipe com vistas a uma prática cuidadora.

Metodologia:

- 1) Dinâmica de boas vindas;
- 2) Leitura do escriba

Dinâmica da Oficina:

- 1) Inicialmente se apresentará uma síntese dos dados coletados até o momento, utilizando-se um *PowerPoint*, com falas selecionadas nas gravações dos encontros anteriores e representativas dos anseios coletivos com relação às conexões e desconexões do processo de trabalho, além de fluxos ilustrativos que os representem para que favoreçam a visualização do percurso feito até o momento;
- 2) Posteriormente será proposto um trabalho em grupo, dividindo-se o numero de participantes em dois, e nesse subgrupos, cada participante relatará um episódio marcante do seu processo de trabalho, que ele avalia que poderia ter um outro encaminhamento se houvesse um trabalho entre profissionais. Depois os

participantes vão escolher um dos episódios para que juntos possam propor uma intervenção criativa, potencializando o trabalho em equipe;

- 3) Cada subgrupo apresentará o episódio escolhido e a intervenção proposta aos demais participantes do encontro;
- 4) Posteriormente um subgrupo fará uma avaliação das estratégias apresentadas pelo outro subgrupo e se elas estão referendadas nas noções de interdisciplinaridade ou multidisciplinaridade, com espaço para defesa da proposta.
- 5) Para encerrar a dinâmica será entregue um texto sobre multidisciplinaridade e interdisciplinaridade para posterior leitura dos participantes;
- 6) Para finalizar os trabalhos será distribuído um instrumento de avaliação, sendo solicitada a colaboração dos participantes para respondê-lo.
- 7) Após a entrega dos questionários de avaliação se apresentará um *PowerPoint* final, com imagens dos participantes, feitas ao longo dos encontros, acrescida de música;
- 8) No encerramento dos trabalhos será servido um lanche de confraternização.

4. Os recursos audiovisuais (filmes e slides):

Nota	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
X										

5. As dinâmicas pedagógicas (duplas, desenhos, leituras):

Nota	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
X										

6. Com relação ao espaço físico:

Nota	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
X										

Nas questões 7, 8 e 9 você pode marcar vários itens se desejar.

7. Quando você foi convidada/o para participar deste estudo o que mais a/o motivou foi:

1	a oportunidade de sair da rotina	
2	a oportunidade de encontrar colegas	
3	a oportunidade de aprender	
4	a oportunidade de contribuir com um estudo	
5	não pensei em nada	

8. Com relação à metodologia de pesquisa intervenção, você considera que:

1	Aproximou pesquisador e pesquisados	
2	Favoreceu a reflexão	
3	Valorizou as experiências individuais	
4	Possibilitou a troca de saberes, o que favoreceu seu aprendizado	
5	Poderia ser utilizada na dinâmica do seu trabalho	
6	Motivou para tentar um espaço de discussão no serviço	
7	Ter um apoiador favoreceu os trabalhos e sua participação	

9. Com relação à metodologia de escrita você considera que:

1	Resgatou a memória coletiva	
2	Estimulou a escrita	
3	Favoreceu a conexão de um encontro com o outro	
4	Dinamizou o encontro	
5	Poderia ser utilizada na dinâmica do seu trabalho	

10. Comentários

.....

.....

.....

.....

.....

APÊNDICES

Apêndice A: Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Apoio à Atenção Básica de Saúde: Percurso da pesquisa-intervenção
Pesquisador: Camem Lúcia Brandalise
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 14320113.0.0000.5505
Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 746.005
Data da Relatoria: 13/08/2014

Apresentação do Projeto:
EMENDA (mudança de título da pesquisa)

Objetivo da Pesquisa:

Justificativa da Emenda:

Adequação do título da pesquisa após sugestão da banca de interlocução de pesquisa, que no mestrado profissional equivale à qualificação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

na

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Emenda enviada em 31/jul/2014 - MUDANÇA DE TÍTULO DA PESQUISA

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Emenda encaminhada com o novo título da pesquisa : "APOIO À ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: PERCURSO DA PESQUISA -INTERVENÇÃO", já corrigido na plataforma brasil acima.

Recomendações:

nada consta

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 Fax: (11)5571-1062 E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 746.005

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem inadequações, emenda aprovada, título já corrigido na plataforma brasil acima.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer acatado - emenda aprovada

SAO PAULO, 11 de Agosto de 2014

Assinado por:
José Osmar Medina Pestana
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 Fax: (11)5571-1062 E-mail: capunifesp@unifesp.br

Apêndice B: Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Santos



PREFEITURA DE SANTOS
Secretaria de Saúde

Santos, 03 de abril de 2013

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, através da Coordenadoria de Formação Continuada em Saúde, concorda que o pesquisadora Carmem Lúcia Brandalise, orientada pelo Prof. Dra. Rosilda Mendes, da Universidade Federal de São Paulo realize a pesquisa **“Análise do processo de trabalho de equipes multidisciplinares na atenção básica do município de Santos/SP”**, após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.

Maira Heise
Reg. 30.579-7
Assistente Social
COFORM-SMS

Maira Heise
Assistente Social
COFORM/SMS

Apêndice C: Encaminhamento do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Santos ao DEAB



PREFEITURA DE SANTOS
Secretaria de Saúde

Santos, 02 de abril de 2013

AO DEAB

O Comitê de Ética em Pesquisa, após análise e parecer favorável, conforme alínea c, do artigo 11 do Regimento Interno, encaminha a pesquisadora Carmem Lúcia Brandalise, da Universidade Federal de São Paulo, a essa Secretaria para realizar a pesquisa: **“Análise do processo de trabalho de equipes multidisciplinares na atenção básica do município de Santos/SP”** (anexo), solicitamos o preenchimento do questionário de acompanhamento, o qual deverá ser enviado a COFORM, após o término da mesma

Solicitamos que após a Conclusão da Pesquisa deverá ser encaminhada para o Comitê de Ética em Pesquisa e em caso de publicação, solicitar a Secretaria autorização através de ofício com cópia do artigo(anexo).

Colocamo-nos a inteira disposição para maiores esclarecimentos, através do telefone 3201 5000 ramal 5651

Atenciosamente,


Maira Heise
Reg. 30.579-7
Assistente Social
COFORM-SMS
Maira Heise
Assistente Social
COFORM/SMS

Apêndice D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

O presente estudo, “Apoio à Atenção Básica de Saúde: percurso da pesquisa-intervenção”, tem por finalidade analisar o processo de trabalho da Equipe SEATESC da Atenção Básica da Secretaria de Saúde de Santos utilizando como metodologia a pesquisa qualitativa. O levantamento de dados se dará através seis encontros, onde se desenvolverão oficinas problematizadoras. Essas oficinas acontecerão quinzenalmente, em local e hora definidos conjuntamente.

Você, na condição de profissional componente dessa equipe de trabalho, está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa. A participação é voluntária e você não é obrigado (a) a participar deste estudo, tendo o direito de retirar o consentimento da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo. Você poderá fazer qualquer pergunta de esclarecimento a cerca do estudo e da sua participação nele, e se tiver alguma dúvida, ela será esclarecida no decorrer do trabalho.

As oficinas serão gravadas e fotografadas, posteriormente transcritas e analisadas, porém o anonimato será preservado e seu nome ou qualquer outro dado que o (a) identifique não será revelado, nem mesmo na fase de conclusão e divulgação deste estudo. Todos os dados do estudo serão guardados em local seguro. Este estudo não oferece risco e não há benefícios diretos para o participante, pois iremos realizar apenas algumas discussões, pautadas em temas geradores com intuito de melhor compreender o processo de trabalho da equipe, bem como criar possibilidades de modificação nesse fazer.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Esse estudo tem como investigadora a mestrandia Carmem Lúcia Brandalise e como orientadora a Prof.^a D.^{ra} Rosilda Mendes, as quais podem ser encontradas, respectivamente, na Secretaria Municipal de Saúde de Santos, situada na Avenida Conselheiro Nébias, 274, Vila Mathias, Santos/SP – CEP 11015-003, telefone 3224-1221, e no Prédio Central da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista, situado na Rua Silva Jardim, 136, Vila Mathias –Santos/SP – CEP 11030-

400. Se você tiver alguma consideração ou dúvidas sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) através dos seguintes endereços: Rua Botucatu, 572, 1.º andar – cj. 14, Telefone 5571-1062, fax: 5539-7162 – e-mail: cepunifesp@epm.br.

Acrescentamos que, após a conclusão da pesquisa, comprometemo-nos a divulgar os resultados, assim como apresentá-los em seminários, congressos e eventos afins e reafirmamos que o seu anonimato será preservado e nem seu nome ou qualquer outro dado que o (a) identifique será revelado. Informamos que não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira à sua participação. E se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. O pesquisador se compromete a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

Consentimento livre e esclarecido.

Eu, _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância do estudo “Apoio à Atenção Básica de Saúde: percurso da pesquisa-intervenção” e ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou clara também que minha participação é isenta de despesas, sendo também voluntário (a) e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o desenvolvimento do trabalho na Equipe SEATESC.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Data: __/__/__.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Data: __/__/__.

Apêndice E: Produto técnico

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

Nome do projeto: Apoio à Atenção Básica de Saúde: percurso da pesquisa-intervenção

Oficinas problematizadoras para socialização dos resultados

Data e horário: a combinar com o DEAB

Coordenadora: Carmem Lúcia Brandalise

Apoiadora: Christiane Abdala

Objetivos:

- Apresentar os resultados do estudo para os sujeitos da pesquisa e demais profissionais do DEAB, como forma de refletir sobre o processo de trabalho da SEATEC e criar possibilidades conjuntas de intervenção na lógica instituída para o trabalho da equipe de apoio;
- Estimular a reflexão das possibilidades de constituição de uma prática apoiadora interdisciplinar para potencializar e qualificar o cuidado.

Dinâmica da Oficina:

- 1- Dinâmica de boas vindas;
- 2- Apresentação do filme de animação *O último fio* (“A tricoteira”) dirigido por Laura Neuvonen, para estimular a reflexão do cotidiano do trabalho em saúde;
- 3- Discussão sobre o filme relacionando-o com o processo de trabalho em saúde;
- 4- Apresentação dos resultados do estudo, utilizando-se um *PowerPoint* para favorecer a visualização do percurso metodológico e dos apontamentos da equipe SEATEC para redirecionar a prática de apoio;
- 5- Posteriormente será proposto um trabalho em subgrupo para que todos os participantes possam propor alternativas de intervenção;
- 6- Apresentação dos trabalhos dos subgrupos e discussão das propostas;
- 7- Elaboração de uma carta de compromisso para efetivação das propostas;
- 8- Para finalizar os trabalhos será distribuído um instrumento de avaliação, sendo solicitada a colaboração dos participantes para respondê-lo.
- 9- No encerramento dos trabalhos será servido um lanche de confraternização.