

Shyrlei Estefania Dias

**APOIO DE REDE: OS CAMINHOS DE UM NOVO ATOR NA GESTÃO
DO TRABALHO E CUIDADO NA SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

**São Paulo
2021**

Shyrlei Estefania Dias

**APOIO DE REDE: OS CAMINHOS DE UM NOVO ATOR NA GESTÃO
DO TRABALHO E CUIDADO NA SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Stella Maris Nicolau

São Paulo

2021

Dias, Shyrlei Estefania

Apoio de rede: os caminhos de um novo ator na gestão do trabalho e cuidado na saúde / Shyrlei Estefania Dias - São Paulo, 2021.
xii, 114p.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências.

Título em inglês: Network support : the paths of a new actor in work management and health care

1. Assistência à Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3. Integralidade em Saúde. 4. História Oral.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM
SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE

Diretor da Escola Paulista de Enfermagem:

Prof. Dr. Alexandre Pazetto Balsanelli

Diretor do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde:

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em
Ensino em Ciências da Saúde:

Prof^a. Dr^a. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

Shyrlei Estefania Dias

**APOIO DE REDE: OS CAMINHOS DE UM NOVO ATOR NA GESTÃO DO
TRABALHO E CUIDADO NA SAÚDE**

Presidente da Banca:

Prof^a. Dr^a. Stella Maris Nicolau

Membros Titulares:

Prof^a. Dr^a. Nádia Vitorino Vieira

Prof^a. Dr^a. Ângela Aparecida Capozzolo

Prof^a. Dr^a. Sabrina Helena Ferigato

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Elisabete e Geraldo, por proporcionarem que aquela menina pudesse sonhar, realizar e conquistar. O meu crescimento só foi possível porque fui amada de forma incondicional e livre. Mãe, o seu carinho, seu afeto, sua compreensão e a sua capacidade de amar a ponto de entregar tudo de si para o bem-estar do outro me tornou essa mulher doce, sensível, sonhadora, forte e lutadora, com desejo que o mundo seja um lugar de oportunidade para todos, sem exceções. Pai, a sua força e braveza sempre foram base para que eu trilhasse o caminho correto e explorasse toda a minha capacidade para ultrapassar meus limites. Todo meu amor, admiração e agradecimento a esse casal que constituiu uma família da qual me orgulho de fazer parte.

Aos meus queridos irmãos Sheyla, Clayton e Maycon pela amizade, cumplicidade e companheirismo. Ao lado de vocês aprendi as melhores lições da vida, como amar, compartilhar, discordar, argumentar e caminhar lado a lado nos dias ensolarados e nublados.

Aos meus amados sobrinhos Bernardo, Bianca, Evellyn e Benício (*in memoriam*) por serem o sol da minha vida e me ensinar o que é amor incondicional. À minha cunhada Fernanda, por se tornar membro dessa família e compartilhar a vida conosco.

Agradeço à minha orientadora Stella pela parceria, afeto, compreensão e acima de tudo confiança. Obrigada por acompanhar meus desafios pessoais, profissionais e acadêmicos e continuar ao meu lado nessa caminhada repleta de aprendizado, dores e conquistas. Por não permitir que eu desistisse e entender o meu tempo e processo.

Aos professores da banca examinadora Marco Akerman e Nadia Vitorino, pelo cuidado e carinho com que conduziram as contribuições, provocações e críticas que possibilitaram melhorias no meu processo reflexivo e construtivo para a continuidade nesse processo de aprendizagem.

A minha equipe matriz de apoiadoras Viviane, Jana e Daniela (*in memoriam*), pela amizade, cumplicidade, parceria, risadas, choros, abraços e vida. Com vocês aprendi muito, amei muito, sofri muito e viveria cada dia novamente pelo prazer de estar com vocês.

A minha equipe multi Aline, Charliane, Nayara, Priscila e Thaisa que se uniram a mim para lutar e defender os processos que acreditamos: tornar o SUS mais acessível e focado no cuidado em saúde integral. Obrigada por terem sido meu abrigo em dias tempestivos e por serem o arco-íris após a tempestade.

A última das panteras, minha amiga e parceira do abraço mais aconchegante do mundo, das reflexões mais profundas, das discussões mais intensas, aquela que entrava nas minhas brigas só para me dar fôlego ou me tirava delas para eu não me machucar tanto. Gratidão, Mawusi, por ter me dado tanto em tempos extremamente solitários.

A minha querida Mayara que chegou na minha vida só para me mostrar que era possível, que eu já tinha andado milhas e milhas e não precisava desistir porque eu não estava sozinha nessa caminhada.

A minha querida turma do MP 2019, com vocês vi meu sonho se tornar realidade, aprendi, sorri, me desesperei e a cada nova emoção, dificuldade, conquista vocês estavam lá vibrando, torcendo e vivendo isso comigo. Perto ou longe sou muito grata porque esse sonho se realizou com vocês.

A minha amiga Cristiane que eu encontrei em 2017 e voltou para minha vida para fazer morada e me ensinar muito sobre mim e sobre o mundo.

Aos colegas que fiz ao longo da minha trajetória profissional em São Bernardo do Campo, pelo aprendizado, crescimento e trocas coletivas.

A minha querida Cândida, que acompanhou todo meu crescimento profissional e sempre foi um exemplo de imparcialidade, justiça e coerência. Gratidão pelos ensinamentos e pela amizade.

Gratidão ao meu amigo Ricardo, que sempre acreditou no meu potencial, capacidade, inteligência e habilidades. Obrigada por nunca ter facilitado as minhas ações acreditando na minha capacidade de lidar com todas as adversidades. Obrigada por dizer que eu não poderia desistir e que precisava concluir as etapas mesmo que isso fosse dolorido e pesado muitas vezes. Obrigada por ter sido a voz da minha consciência e dos meus sonhos quando eu já não tinha mais forças para seguir.

E para finalizar, o meu agradecimento mais especial: obrigada a Deus, por permitir que eu vivesse todas essas experiências, encontrasse todas essas pessoas e crescesse tanto emocionalmente, espiritualmente e intelectualmente.

"Ninguém nasce feito, é experimentando-nos no mundo que nós nos fazemos"

Paulo Freire

RESUMO

Introdução: O apoio institucional é uma ferramenta de gestão instituída pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (2010), adotado anteriormente no município de São Bernardo do Campo (SBC) a partir de 2009 com o intuito de aproximar os espaços de gestão dos espaços de assistência visando qualificar o cuidado em saúde. O modelo adotado pelo município de SBC visava uma atuação mais ampliada do apoio institucional e foi nomeado como apoio de rede. **Objetivo:** Esta pesquisa objetiva identificar as contribuições do trabalho do apoiador, que emerge como um novo ator nessa política, e apreender os significados e contribuições de seu trabalho a partir da visão de apoiadores, de trabalhadores das equipes de saúde e de gestores de SBC. **Métodos:** Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, compreensiva-interpretativa, com entrevistas de história oral temática junto aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde, apoiadores e trabalhadores da rede de atenção à saúde visando a reconstituição histórica da experiência do apoio entre 2009 até o momento presente. Foram entrevistados dois gestores, três apoiadores e três trabalhadores dos serviços que relataram sua experiência nessa década de apoio institucional em SBC. **Resultados:** As narrativas abordam: as dificuldades iniciais com esse novo dispositivo do apoio, as novas ferramentas implementadas para garantir maior acesso e resolutividade nos atendimentos, as reuniões de rede intersetorial e intersecretarial e a construção de uma rede viva que se dá nos encontros interpessoais e para além dos protocolos. Os depoentes também relatam as sucessivas mudanças no papel do apoiador a ponto de descaracterizá-lo das proposições iniciais, lamentam essas mudanças e reafirmam a potência do apoio em rede tal qual foi implementado em seu período inicial. **Conclusão:** O apoio em SBC mostrou-se uma importante estratégia de gestão do cuidado no SUS, propondo uma análise coletiva da produção do cuidado e dos encontros que o tecem, na perspectiva da heterogeneidade de seus elementos e conexões.

Palavras-chave: Assistência à Saúde, Gestão em Saúde, Integralidade em Saúde, História Oral.

ABSTRACT

Introduction: Institutional support is a management tool established by the National Humanization Policy of the Ministry of Health (2010), adopted in the municipality of São Bernardo do Campo (SBC) from 2009 in order to bring the management spaces closer to the spaces assistance aiming to qualify health care. The model adopted by the municipality of SBC aimed at a broader role of institutional support and was named network support. **Objective:** This research aims to identify the contributions of the supporter's work, who emerges as a new actor in this policy, and to apprehend the meanings and contributions of his work from the perspective of supporters, health team workers and SBC managers. **Methods:** This is a qualitative, comprehensive-interpretative research, with thematic oral history interviews with managers of the Municipal Health Department, supporters and workers of the health care network, aiming at the historical reconstruction of the experience of support between 2009 and the present moment. Two managers, three supporters and three service workers who reported their experience in this decade of institutional support in SBC were interviewed. **Results:** The narratives address: the initial difficulties with this new support device, the new tools implemented to ensure greater access and resoluteness in care, the intersectoral and intersecretarial network meetings and the construction of a living network that takes place in interpersonal and beyond the protocols. The deponents also report the successive changes in the supporter's role to the point of mischaracterizing it from the initial propositions, regret these changes and reaffirm the power of network support as it was implemented in its initial period. **Conclusion:** Support in SBC proved to be an important care management strategy in the SUS, proposing a collective analysis of the production of care and the meetings that weave it, from the perspective of the heterogeneity of its elements and connections.

Keywords: Delivery of Health Care, Health Management, Comprehensive Health Care, Oral History.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO.....	vi
ABSTRACT	vii
SUMÁRIO.....	Viii
LISTA DE SIGLAS	10
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 O apoio institucional	4
1.2 O apoio de rede em São Bernardo do Campo/SP	7
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo geral	11
2.2 Objetivos específicos	11
3 METODOLOGIA.....	12
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	18
4.2 Apresentação dos colaboradores.....	24
4.3 A construção do apoio em SBC	27
4.4 A perspectiva do trabalho do apoio para as equipes.....	41
4.5 Educando ao educar	47
4.6 Será o fim da linha ?	52
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS.....	61
APÊNDICES.....	64
Apêndice 1 – Transcrição das Narrativas: “ <i>Primaveras em diferentes estações</i> ” ...	64
Apêndice 2 – Roteiro da entrevista de história oral temática.....	1055
ANEXOS	107

Anexo I – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	107
Anexo II – Carta de Anuência do Departamento de Educação Permanente do Município de São Bernardo do Campo	114

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
EOT	Equipe de Orientação Técnica
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio de Saúde da Família
PNH	Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção à Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SBC	São Bernardo do Campo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde públicos enfrentam desafios no mundo todo por diversas razões, como: desigualdades sociais, diferentes condições demográficas, dificuldades no acesso a saneamento básico e infraestrutura, diferentes características dos processos de trabalho, entre tantos outros.

No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) inaugura a saúde enquanto um dever do Estado e institui uma política pública de grande impacto, fruto da reforma sanitária e movimentos populares. Um grande marco da saúde acontece com a aprovação da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que versa sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como o funcionamento dos serviços e instituições relacionadas (BRASIL, 1990).

Mesmo após 30 anos da implantação do SUS, persiste a fragilidade da educação permanente de seus trabalhadores, que precisam responder a constantes mudanças na sociedade, como o surgimento de novos problemas de saúde e de tecnologias para seu enfrentamento, mudanças no perfil epidemiológico da população, surgimento e erradicação de doenças, além do desafio de ampliar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde prestados à população (SANTOS et al., 2018).

Ceccim e Feuerwerker (2004) apontam a necessidade de integração entre gestão-assistência-controle social-ensino, o que denominam de “quadrilátero da formação em saúde”, cujo desafio é construir, organizar, proporcionar e provocar uma educação inclusiva e interativa capaz de promover mudanças, construir processos de forma coletiva, promover autonomia e protagonismo e valorizar os processos individuais, coletivos e institucionais que estão em constante transformação.

Porém, desde a criação do SUS, está colocado o desafio de recriar constantemente os modelos de organização da gestão na tentativa de concretizar seus princípios organizativos e doutrinários presentes na Constituição de 1988, que

são: regionalização, descentralização, participação popular, equidade, universalidade e integralidade (BRASIL, 1990).

Dessa forma, não é possível pensar separadamente na atenção e no cuidado em saúde, ou na gestão em saúde isoladamente do cuidado, porque ambos os conceitos estão diretamente ligados e são interdependentes para que a política pública de saúde seja concretizada. Segundo a Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção à Saúde (PNH), é necessário unir a produção de saúde e a forma de gestão dos processos de trabalho e serviços, relacionando atenção e gestão, clínica e política, produção de saúde e produção de subjetividade.

O desafio é despertar e promover novas práticas de produção e cuidado de saúde e novas práticas gerenciais, proveniente das equipes e coletivos e de suas realidades e particularidades com o intuito de promover uma gestão compartilhada onde quem produz o cuidado também tem voz e poder para pensar, opinar e produzir a gestão (BRASIL, 2010).

Para Merhy, pensar na renovação e reinvenção do modo de fazer saúde passa obrigatoriamente pelos territórios onde a rede viva atua ancorada nas tecnologias leves, sendo na visão do autor a tecnologia leve pautada no campo das relações e dos vínculos sem invalidar as demais tecnologias (SANTOS et al., 2018).

Embasado no conceito da transversalidade é importante incorporar outros recursos e tecnologias leves – as tecnologias relacionais – para a produção do cuidado e gestão na saúde, tais como: a criação e/ou consolidação das redes de atenção à saúde e a implementação do trabalho intersetorial envolvendo secretarias de assistência social, educação, esporte, lazer, cultura e demais organizações do território. Além disso, a corresponsabilização na tríade usuários, trabalhadores e gestores, o estímulo ao protagonismo e autonomia dos sujeitos individuais e coletivos tendem a fortalecer uma atenção integral, humanizada e resolutiva (BRASIL, 2010).

A PNH apresenta o apoio institucional como uma estratégia de cogestão. Tal apoio se efetiva na figura do trabalhador que assume o papel de apoiador institucional, tendo entre as suas principais funções: a problematização das realidades institucionais, a ampliação do diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários, a

construção junto às equipes de um processo reflexivo sobre a prática da produção de cuidado e a mediação de conflitos no processo de trabalho. O apoiador pode ser definido como um agente de intervenção e inclusão nos serviços de saúde pública (BRASIL, 2010).

No município de São Bernardo do Campo/SP (SBC), o apoio institucional foi remodelado e adaptado para que atuasse como apoio de rede utilizado como uma importante ferramenta de gestão para qualificação dos processos de trabalho, cuidado em saúde e formação de rede intersetorial.

A partir do ano de 2009, o município de SBC incorporou na Secretaria Municipal de Saúde 50 apoiadores institucionais como estratégia fundamental para a transformação das práticas de saúde, através da formação e consolidação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), demais secretarias e da educação permanente (SBC, 2009).

O apoio institucional na saúde pública é uma prática relativamente nova comparada à Política Nacional de Saúde, sendo constituída na tentativa de ampliar a capacidade de as pessoas lidarem com o poder, a circulação de afetos e o saber, somados às suas realizações, trabalho e tarefas (PEREIRA, CAMPOS, 2014).

Após dez anos de implantação dessa ferramenta de gestão no município de SBC é possível identificar marcas do apoio no cotidiano da gestão e dos serviços da rede, assim como momentos de maior ou menor investimento no trabalho dos apoiadores, bem como em transformações em seu rol de atribuições e responsabilidades junto à rede de saúde deste município.

Desde a implantação do apoio de rede em SBC muitas mudanças ocorreram na forma de atuação e atividades desenvolvidas, algumas delas descaracterizando as atribuições iniciais previstas na idealização do projeto, colocando assim em pauta se a estratégia de apoio em rede corre o risco de ser extinta ou substituída, e se existe a necessidade de consolidá-la como política pública de Estado – e não de governo – na medida em que foram estratégias de governos que apresentaram impactos positivos para os serviços públicos.

Dessa forma, verifica-se que é fundamental identificar e refletir sobre as repercussões do dispositivo do apoio de rede em SBC na atuação de profissionais, gestores e equipes de saúde dos serviços, bem como seu desdobramento na vivência e compreensão da atuação do apoiador e da construção de suas relações com a gestão e produção do cuidado na saúde.

1.1 O apoio institucional

O nascimento do apoio institucional no Brasil não tem um marco oficial. O apoio foi acontecendo nos territórios de acordo com suas necessidades a partir da reforma sanitária recebendo ou não nomenclatura específica para sua atuação e forma de trabalho.

O apoio institucional surge em território nacional a partir da década de 1990, sendo a nomenclatura escolhida para descaracterizar as funções hierárquicas dos supervisores, consultores e gestores. A ideia do apoio carrega a possibilidade de vínculo e horizontalidade das relações e processos. Nessa época, alguns municípios do interior de São Paulo implantaram o apoio institucional como ferramenta de gestão e suas atribuições seguiam o modelo instituído pela gestão ou de educação permanente (OLIVEIRA et al., 2017; OLIVEIRA, 2011).

Os municípios de Campinas, Sumaré, Amparo e Santa Bárbara do Oeste optaram pela implantação de um apoio institucional com modelo próximo de uma gestão formal. Já os municípios de Jacareí e Pindamonhangaba optaram por uma estratégia voltada para educação permanente entre trabalhadores e gestores (YAHN, YASUI, 2014).

O método Paidéia sistematizado por Campos, teve influência direta na construção do apoio institucional. Sendo um instrumento de cogestão de coletivos em diversas áreas com destaque para a saúde. A ideia principal foi proporcionar espaços favoráveis de reflexão sobre o sujeito e sua relação com o mundo, com a intenção que

essa reflexão venha a emergir das experiências do próprio sujeito (FURLAN, CAMPOS, 2014).

O método Paidéia proposto por Campos se apresenta com o objetivo de fortalecer os sujeitos e a construção da democracia institucional através de espaços coletivos e colaborativos.

Campos (2003) define o método como uma possibilidade e tentativa de amplificar a relação com o poder por meio da circulação de afetos, experiências e saberes durante o processo de trabalho. Podendo ser aprofundada como uma nova forma de construir a cidadania e as sociedades democráticas por meio das suas relações.

De forma objetiva, o método Paideia não dissocia os meios de cogestão dos processos produtivos da vida dos sujeitos, dessa forma uma gera influência sobre o outro. Nessa perspectiva, o apoio articula objetivos institucionais aos saberes e interesses de usuários e trabalhadores (PEREIRA, CAMPOS, 2014; CAMPOS, 2003).

Em 2003 foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), até aquele momento sem portaria. A nova política apresentava características inclusivas e transversais com objetivo de fortalecer o SUS e seus princípios eram: I. indissociabilidade entre o modelo de gestão e de atenção; II. autonomia e protagonismo dos sujeitos; III. transversalidade (MORI, OLIVEIRA, 2014).

Em meados de 2003, inicia-se a implantação do apoio institucional em duas vertentes: I. apoiar a gestão descentralizada; II. apoiar os novos modelos de gestão e atenção dos sistemas e serviços da saúde (PEREIRA, CAMPOS, 2014).

O modelo da PNH era uma reação ao modelo de gestão hegemônico predominante, suas diretrizes eram voltadas para a cogestão e implicação dos sujeitos, a clínica compartilhada para a promoção de mudanças no campo do trabalho (MORI, OLIVEIRA, 2014).

Em 2011, o Ministério da Saúde reformulou sua intenção com relação ao papel do apoio institucional para trabalhar a articulação interna. Dessa forma, o apoio institucional tem como proposta inovar o campo da saúde, com novas formas de fazer,

intervir, operacionalizar, gerir, gestar e cuidar. A PNH apresenta esse novo ator como possibilidade de realizar seus princípios e diretrizes, um ativador das equipes em toda a rede de saúde (BRASIL, 2010).

A partir de então, o Ministério da Saúde efetuou a contratação dos chamados apoiadores institucionais integrados para acompanhar, monitorar e avaliar a implantação e implementação de vários projetos, entre eles o QualiSUS-Rede. O objetivo era fomentar a cooperação interfederativa neste programa. A experiência aponta a legitimação da função do apoio através da produção e gerenciamento de conexões inovadoras, apesar da pouca autonomia gerencial e financeira que fragiliza sua atuação (OLIVEIRA et al., 2017).

Pode-se dizer que há diversas práticas de apoio institucional, ligadas às esferas federal, estadual e municipal, cada um com a sua particularidade e forma de fazer, porém, todos baseados no que preconiza a PNH.

O apoio institucional é considerado uma estratégia de gestão participativa e educação permanente adotada por vários serviços do SUS. Em alguns casos também é utilizado como metodologia de investigação de projetos institucionais (FURLAN, CAMPOS, 2014).

O apoio é definido pela sua forma de atuação, que proporciona agenciamentos diversos, práticas de gestão e impulso para organização dos processos de trabalho e cuidado em saúde. Essas características produzem uma infinidade de possibilidades e arranjos de trabalho que definem a diversidade do apoio (SUNDFELD, 2016).

O apoio não é uma função com atribuições definidas e estruturadas, tendo em vista que suas atividades vão se moldando a partir das necessidades de gestão, dos trabalhadores, dos serviços e dos territórios. A atuação do apoio é viva e dinâmica sempre respeitando o coletivo e o território onde está inserido.

Entre as principais funções do apoio, destaca-se o fortalecimento do diálogo como estratégia de aproximação da gestão do cotidiano do trabalho e a facilitação dos processos críticos-reflexivos das equipes sobre o seu processo de trabalho.

O método Paidéia é proposto por Campos em 2000, e se apresenta com o objetivo de fortalecer os sujeitos e a construção da democracia institucional através de espaços coletivos e colaborativos (CAMPOS, 2003). Assim, para Campos, o apoio institucional é o ator responsável pela criação de espaços coletivos que proporcionam diálogo, análise reflexiva e estimulam a escuta das necessidades de conflito e alinhamentos.

Diante do exposto, percebe-se o quão dinâmico, potente e singular pode ser o apoio. Este será moldado, desenhado e ressignificado conforme a necessidade local e proporção que suas intervenções vão tomando técnica e politicamente dentro de um território.

1.2 O apoio de rede em São Bernardo do Campo/SP

O ano de 2009 foi um divisor de águas na história da saúde pública no município de SBC. A gestão empregou muito recurso na reforma e construção de serviços de saúde. Na época, a rede de assistência à saúde era composta por: 34 unidades básicas de saúde (UBS), sendo 32 estratégias saúde da família (ESF); 08 centros de atenção psicossocial (CAPS); 06 residências terapêuticas; 02 repúblicas terapêuticas, 01 consultório na rua; 01 pronto atendimento de psiquiatria; 04 centros de especialidades; 01 centro especializado de reabilitação; 02 centros especializados de odontologia; Hospital das Clínicas Municipal; Hospital Anchieta; Pronto Socorro Central; Hospital Municipal Universitário; 01 Centro de atenção integral à saúde da mulher; 01 casa da gestante; programa de atenção as vítimas de violência e abuso sexual; programa de internação domiciliar; 01 centro de referência a saúde do trabalhador; 01 laboratório municipal de saúde; e 01 serviço de verificação de óbitos.

O município de SBC era dividido em nove territórios de saúde, o que foi pensado de acordo com a distribuição das unidades de pronto atendimento (UPA) e os serviços de atenção ao seu redor. Cada território tinha uma equipe de apoio formada por 05 apoiadores de formações distintas, 02 facilitadores de educação

permanente e 01 orientador de aprendizagem, exceto o território 07, que tinha uma equipe de 10 apoiadores devido à sua extensão territorial e vulnerabilidade.

A escolha de compor equipes multiprofissionais era potencializar as discussões a partir das diferentes formações e experiências vivenciadas, induzindo cada equipe a um olhar ampliado para aumentar sua capacidade de matriciamento, sua capilaridade entre as equipes com disparador das discussões de rede.

Apesar da grande autonomia das equipes de apoio para construção e planejamento das suas atividades a partir de demandas da gestão e das equipes, existia uma rede de suporte para cada equipe de apoiadores composta por 02 facilitadores de educação permanente.

Os facilitadores de educação permanente auxiliavam na análise de processos de trabalho, organização de agendas, discussão de casos complexos, articulação entre os diferentes serviços. Eles abriam o caminho para o apoiador em situações onde muitas barreiras eram encontradas. Cada equipe de apoiadores contava com uma dupla de facilitadores que estrategicamente ocupavam diferentes funções dentro dos diferentes departamentos da secretaria municipal de saúde. Os facilitadores ocupavam funções com elevado poder de negociação e decisão e tinham também facilidade em permear outros departamentos (BERTUSSI et al., 2016)

As equipes de apoio e do território contavam com um orientador de educação permanente. Este sujeito estava ligado às instituições de ensino, pesquisa e projetos. A sua função era facilitar processos de educação permanente no território, envolvendo todo o coletivo, apoiadores, gestores e trabalhadores dos diferentes serviços de saúde do território, além de facilitadores e outros profissionais da secretaria de saúde que estavam envolvidos nos processos e demandas daquele território (BERTUSSI et al., 2016).

O orientador de educação permanente era fundamental para aproximar a política escrita, a base conceitual dura e a teoria com a qual os trabalhadores não se identificavam para a realizada e processos de trabalho do território. Era a possibilidade de despertar o desejado sentido no trabalho.

Já as reuniões denominadas “EP do apoio” eram o espaço para analisar as práticas cotidianas, planejamento, pactuações e ações dos apoiadores no território. Para além dos apoiadores, também participavam desse encontro mensal facilitadores e referências de Atenção Básica. (BERTUSSI et al., 2016).

A palavra “apoio” deriva do verbo apoiar, que significa suporte, base, sustentação, amparo, contribuição, sustentação, favorecimento. Nesse sentido, utilizaremos a ação “apoiar” no SUS inserida no contexto do processo de trabalho e gestão das equipes de saúde.

Pensar, planejar e utilizar o apoio como uma ferramenta de produção do cuidado e gestão não é mais uma novidade, mas esse apoio pode ser configurado de diferentes formas em cada território e realidade. De maneira geral, pode-se dizer que o apoio é aplicado em diferentes espaços, sendo produzido e adaptado de acordo com as intenções, necessidades e realidades locais.

Bertussi (2010) classificou os diferentes tipos de apoio praticados na saúde e discutiu as várias vertentes na saúde. São elas:

- Apoio intervenção: organizado a partir de trabalhadores de saúde representando a gestão, tendo sua atuação referenciada por indicações institucionais, não proporcionando construções coletivas, apenas delegando regras e normas. Se aproxima muito da supervisão administrativa-gerencial;
- Análise institucional: indicada na metodologia Paideia como apoio institucional, produzindo uma autoanálise dos coletivos de gestão. Foca, também, em produzir através dos encontros com as equipes uma análise dos seus problemas no campo da gestão, bem como conduzir decisões que visam diminuir a distância entre a gestão e as equipes;
- Apoio matricial temático: também apresentado pela metodologia Paideia como uma estratégia para interlocução de diferentes profissionais ou entre diferentes níveis de atenção para troca de diferentes saberes técnicos para a produção e cooperação no manejo terapêutico.

Diante desta realidade, estratégias foram traçadas pela gestão para aumentar a potência dos territórios, sendo a inserção do apoio na rede umas dessas estratégias.

No município de São Bernardo do Campo, a estratégia de apoio utilizada consistiu em uma recriação do apoio institucional e do apoio matricial somada a uma necessidade de formação de rede intersetorial, intitulado “apoio de rede”. O diferencial desse modelo era a criação de uma rede intersetorial por meio do diálogo entre a gestão, os serviços e os profissionais, criando uma “rede viva” em um território dinâmico capaz de potencializar e qualificar o cuidado nas redes de atenção à saúde por meio da atuação institucional e matricial, cujos caminhos delineados serão detalhados no decorrer desta dissertação.

2. OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Discutir as possibilidades, limites e tensões do trabalho do apoiador institucional como parte da gestão do cuidado.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar as possibilidades, limites e tensões da experiência do apoio.
- ✓ Compreender os significados atribuídos ao trabalho do apoiador por apoiadores, gestores e equipes de saúde.
- ✓ Apreender de que forma a prática do apoio desenvolve a gestão do cuidado.
- ✓ Detectar que aprendizagens são legados do trabalho do apoiador.

3 METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido no município de São Bernardo do Campo, no estado de São Paulo, no âmbito do SUS, tendo como colaboradores gestores, apoiadores e trabalhadores da rede de saúde do município. Os critérios de seleção para inclusão na pesquisa foram:

- Ser gestor municipal que atuou ou atua diretamente com apoiadores desde a implantação do “Projeto Apoiadores de Rede”;
- Ser apoiador que esteja atuando no município há mais de cinco anos;
- Ser profissional que esteja atuando na rede desde a implantação do “Projeto Apoiadores de Rede”.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter retrospectivo e compreensivo-interpretativo, que utilizou como instrumento para produção de dados as entrevistas de história oral temática com gestores, trabalhadores e apoiadores de SBC/SP.

Foram contatadas dez pessoas, sendo quatro gestores, três trabalhadores, dois apoiadores e um orientador de aprendizagem (profissional ligado a universidades federais ou estaduais com experiência em educação permanente em saúde que atuava como facilitador dos espaços de EP do território). Desse total de convidados, oito aceitaram o convite: três gestores, dois trabalhadores, dois apoiadores e um orientador de aprendizagem. Dois dos convidados não enviaram a aprovação da transcrição. Dessa forma, utilizamos apenas as seis transcrições validadas pelos convidados.

Vale ressaltar que o rito processual da pesquisa com seres humanos, conforme orientação normativa do Comitê de Ética na Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo e dos princípios que regem a pesquisa científica, os dados de fonte empírica ficarão à disposição da comunidade científica por um prazo de cinco anos, conforme estabelecido na documentação correspondente da CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa a Plataforma Brasil, segundo CAEE 36267120.1.0000.5505 – (Anexo I).

Nesse sentido, registra-se que o desenvolvimento da pesquisa também foi autorizado pelo Departamento de Educação Permanente do Município de São Bernardo do Campo, conforme Carta de Anuência assinada em agosto de 2020, em Anexo II deste memorial. Acrescenta-se que todos os participantes receberam e assinaram o TCLE (termo de consentimento Livre e esclarecido).

Devido à pandemia da COVID-19 e medidas de distanciamento social, as entrevistas foram realizadas através de aplicativo de reunião online (Google Meet), em horário de maior conveniência dos entrevistados entre os meses de dezembro de 2020 a março de 2021. Iniciou-se com uma breve apresentação entre a pesquisadora e colaborador, com o objetivo de apresentar o estudo, sanar qualquer dúvida referente a pesquisa e, em seguida, a história contada era gravada.

Os sujeitos da pesquisa foram convidados a relatar a experiência do apoio e do trabalho do apoiador desde sua implantação em SBC por meio de entrevistas abertas e baseadas na metodologia da história oral temática (MEIHY, HOLANDA, 2019).

As entrevistas foram gravadas e os relatos transcritos pela pesquisadora e editados em um texto mais fluido e organizado em uma sequência temporal. Esse texto “transcrito” foi devolvido aos depoentes para que pudessem retirar ou acrescentar trechos ao seu relato. Eles tiveram, portanto, liberdade para editá-los conforme a fidedignidade do seu relato. A identidade dos entrevistados foi mantida em sigilo, atribuindo-se codinomes de flores para identificar cada narrativa. O roteiro das entrevistas encontra-se no Apêndice II.

A história oral foi escolhida como metodologia a ser adotada por sua possibilidade de apresentação da história viva sempre relatada em tempo presente do ponto de vista de quem vivenciou a história. Para Meihy (1996):

História oral é um recurso moderno usado para a elaboração de documentos, arquivamentos e estudos referentes à vida social de pessoas. Ela é sempre uma história do tempo presente e também conhecida por história viva. Como história dos contemporâneos, a história oral tem de responder a um sentido de utilidade prática e imediata. Isto não quer dizer que ela se esgote no momento da apreensão e da eventual análise das entrevistas. Mantém um compromisso de registro permanente que se projeta para o futuro sugerindo que outros possam vir a usá-la (p.13).

A história oral trata tanto de experiências e memórias individuais quanto de sentimentos, sensações, reações e impactos produzidos em cada indivíduo. Dessa forma, cada experiência é única em uma pesquisa que a utiliza história oral como metodologia (MOREIRA et al., 2014).

Trata-se de um recurso para a apreensão, registro e trabalho analítico relativo às experiências de pessoas e grupos que se disponibilizam a relatar sobre determinado tema/fato/acometimento/fenômeno ou período histórico sob a perspectiva de quem o testemunhou (ALMEIDA, 2007).

A história oral deve ser captada por meios eletrônicos, tais como gravadores de áudio e/ou vídeo, e possibilita análises de processos sociais do meio imediato dos depoentes (MEIHY; HOLANDA, 2019). Ela tem sido vista como ferramenta, técnica, metodologia, forma de saber e disciplina, além de ser reconhecida por historiadores orais e por profissionais de outras áreas em contextos diversos com diferentes alvos.

A história oral produz conhecimento que permite a criação teórica acerca da realidade multideterminada, diferenciada, irregular, interativa e histórica que representa a subjetividade humana. Os praticantes de história oral, independentemente de sua área de atuação, são reconhecidos como oralistas (MEIHY; HOLANDA, 2019).

O relato oral é a forma primária de conhecimento de qualquer natureza. Deste modo, as narrativas têm caráter científico atribuído a partir de um conjunto de procedimentos sistematizados em um projeto, sendo a junção de articulação, planejamento e atitudes pensada como um conjunto (MEIHY, HOLANDA, 2019).

Minayo (1993) postula que o pesquisador interage de forma constante com o seu informante na metodologia da história oral, buscando captar as experiências vivenciadas.

O processo de história oral permite que seu relator retome suas vivências anteriores, liberando pensamentos reprimidos e fornecendo um material repleto de detalhes que dão riqueza para a análise. Esse processo muitas vezes apresenta uma dimensão coletiva a partir de um olhar individual (BONI, QUARESMA, 2005).

A história oral é entendida como uma narrativa abrangente que possibilita uma melhor explicação, clarificação e contextualização do tema abordado, que é comumente resgatado muitas vezes ao longo do relato de forma espontânea.

O cerne fundamental da história oral são as narrativas extraídas por meio de entrevistas abertas e não diretivas, como aquelas utilizadas por sociólogos e antropólogos em pesquisa qualitativa (MEIHY; HOLANDA, 2007). As entrevistas se organizam a partir de alguns fundamentos elementares, tais como a explicitação do tema e dos objetivos da pesquisa para o entrevistado e a presença de poucas perguntas de corte, não exigindo roteiro determinado nem sequência de perguntas. O narrador tem a fala livre.

O presente trabalho utilizou a história oral como técnica metodológica com o objetivo de produção de dados através da gravação das narrativas, transcrição, transcrição, avaliação por parte do entrevistado, conservação e publicização da entrevista, valorizando as narrativas históricas.

A maioria das pesquisas em saúde busca estudar e se aprofundar em problemas e suas soluções relacionadas a gestão-assistência-comunidade. Ao utilizar a história oral na pesquisa objetiva-se resgatar e compreender fenômenos sob a ótica de quem vivenciou as experiências (atores sociais). Os atores sociais são os únicos capazes de descrever suas experiências, possibilitando a compreensão de acontecimentos de uma determinada prática (MOREIRA et al., 2014).

O trabalho utilizou a história oral temática, definida como vínculo entre o testemunho e a abordagem sobre um assunto específico, nesse caso o apoio institucional, fazendo um recorte entre as vivências e aproximações dos entrevistados com questões internas, externas, objetivas, factuais e temáticas (MOREIRA et al., 2014).

A história oral temática possui grande teor de subjetividade. É possível, porém, identificar, a partir de datas, fatos, nomes e situações, o concreto que permeia a subjetividade apresentada. A história oral temática faz referência à busca de esclarecimento de situações conflitantes, polêmicas e contraditórias (MEIHY, HOLANDA, 2019). As narrativas orais resgatam as singularidades dos sujeitos. À

medida que cada um conta sua história, também conta a história de outros. Uma história de vida é, afinal, parte de um contexto sócio histórico que não pode ser abandonado. As narrativas, por sua vez, repercutem mudanças tanto em quem narra quanto em quem escuta.

Optou-se por uma construção de história oral híbrida, que ocorre quando as entrevistas dialogam com os documentos. Essa classificação foi escolhida por valorizar a narrativa realizada através das entrevistas, garantindo a autonomia e consistência analítica (MOREIRA et al., 2014).

As vantagens desse método é a produção inédita de documentos e o estabelecimento de diálogo entre entrevistado e pesquisador. Essa produção apresenta sempre algo novo e desconhecido ao pesquisador e se reapresenta ao entrevistado através de suas memórias, ressignificando acontecimentos e criando algo novo a partir do compartilhamento (MOREIRA et al., 2014).

Segundo Portelli (2016), existe uma relação estabelecida entre entrevistador e entrevistado que resulta em uma co-criação, sendo a história oral rica de relatos inesperados, inusitados e, às vezes, contraditórios, não existindo certo ou errado.

Portelli (2016) afirma que o entrevistador/pesquisador, ao realizar um trabalho utilizando história oral, deve desenvolver a arte da escuta de diferentes formas, uma vez que a história oral é, para além de dialógica, performática. Dessa forma, é impossível separar a linguagem verbal das expressões, gestos e reações ao longo da narração.

A entrevista é a troca de olhares entre duas pessoas. O pesquisador deve promover uma atitude de estímulo à interação para que a narrativa seja autêntica e o narrador se sinta à vontade para narrar sem preocupar-se com o certo ou errado.

É importante destacar que não há uma história única, mas sim tantas histórias quanto narradoras. É, também, importante apreender as diferentes maneiras de contar e interpretar uma história pelos distintos atores e os significados que eles atribuem ao apoio em SBC no decênio 2009-2019.

O material produzido nas entrevistas foi analisado do ponto de vista compreensivo-interpretativo, buscando pinçar temáticas relevantes no trabalho do apoiador nessa década em SBC e analisando-o à luz das políticas que formularam o apoio institucional no SUS.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Uma narrativa em primeira pessoa - o nascer de uma apoiadora

Uma das principais motivações para essa pesquisa é a minha vivência na função de apoiadora matricial de rede em SBC, permitindo-me a pertinência de oferecer também um relato em primeira pessoa acerca dessa experiência, contribuindo com mais uma história a ser contada dentre as demais. Parto da premissa de que não existe uma história única e sim uma pluralidade de interpretações acerca de uma mesma experiência vivida por diversos atores com múltiplas visões acerca do mesmo fato.

Iniciei minhas atividades como apoiadora em São Bernardo do Campo em 2013. No meu primeiro dia de trabalho, fui recepcionada por uma figura intitulada como facilitadora de território e minha primeira atividade oficial foi participar de uma “educação permanente (EP) de território”. Nesse espaço, estavam presentes: um orientador de aprendizagem, duas facilitadoras de território, uma referência de atenção básica, quatro coordenadoras de unidade básica de saúde, uma coordenadora de unidade de pronto-atendimento, um profissional representante do centro de atenção psicossocial, um profissional representante do ambulatório de saúde mental de referência e quatro apoiadoras de rede.

Após uma breve rodada de apresentação, a atividade foi iniciada e me deparei com um universo completamente novo: um espaço onde as pessoas discutiam problemas relacionados a saúde de um território que iam desde a gestão local, demandas transversais e sazonais, dificuldades e facilidades do processo de trabalho até as relações entre profissionais.

A discussão em pauta tratava da necessidade de engrenagens principais – gestão central, gestão local e trabalhadores –, que diretamente refletiam na assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde. Alguns atores que participavam do espaço realizavam a mediação fazendo algumas reflexões,

problematizações e às vezes algumas intervenções para que os presentes pudessem refletir sobre o sentido de suas práticas e as suas consequências para o trabalho. Ao final da reunião, foram dados os devidos encaminhamentos e a atividade foi finalizada após quase quatro horas.

Após a reunião pude de fato conhecer e interagir com as pessoas que iriam compor, a partir daquele momento, a minha equipe. Posteriormente, uma conversa breve foi interrompida com a chegada das facilitadoras e do orientador de EP, que vieram realizar uma avaliação informal do encontro. Uma frase chamou muito a minha atenção naquele momento: “As coordenadoras cuidam das unidades de saúde como se fossem a casa delas. Elas são excelentes donas de casa, mas isso não basta para um serviço de saúde”.

Essa afirmação me deixou em alerta, pois todos os presentes na conversa concordaram com o que foi dito e complementaram dizendo que essa era uma das grandes dificuldades para obter avanços gerenciais. Nesse momento pude sentir de forma sutil que o sujeito apoiador fica exposto a diversas relações de interesse e poder.

Demoraram alguns meses para que eu entendesse quais as atividades e objetivos do trabalho do apoiador. Foi um processo longo e doloroso por diversas razões, porém minha primeira grande dificuldade era o “não lugar” e a resistência dos trabalhadores quando me apresentava como apoiadora.

O termo “não lugar” sempre foi muito utilizado em todos os espaços de gestão para descrever a atuação do apoiador. Era o “não lugar” físico que não permitia a instalação do profissional nos serviços de saúde e que, de forma subjetiva, não o tornava parte da equipe mesmo que fosse necessária uma atuação próxima das equipes de saúde. De forma objetiva, o apoio de saúde no município não era de equipe alguma, apesar de todas as equipes que apoiava. Já o apoio de saúde não era a gestão, apesar de desempenhar atividades de gestão.

O trabalho do apoio me foi apresentado de forma objetiva e, entre essas atividades bem estruturadas, apareciam elementos subjetivos que só podem ser

construídos e realizados por meio das relações, vínculos e afetos. Dentre as atribuições que me foram dadas, destaco os seguintes elementos:

- Trabalhar em equipe multiprofissional, facilitando a articulação entre os diferentes trabalhadores de diferentes unidades de saúde em cada núcleo profissional e respeitando e valorizando os diferentes saberes;
- Realizar o apoio matricial às equipes de atenção básica, especializada, de urgência e de emergência e de saúde mental, incluindo a construção compartilhada de projetos terapêuticos e a ampliação das ferramentas das equipes para a produção do cuidado integral e enfrentamento de casos complexos;
- Apoiar, em articulação com a gerência das unidades, a reorganização do processo de trabalho das unidades de atenção à saúde, no sentido de responsabilização, vínculo, a atenção e olhar ampliado e principalmente visando a integralidade do cuidado e sujeitos;
- Realizar trabalho na comunidade por meio de ações no domicílio, trabalhos educativos e articulação necessária para a produção da integralidade na atenção à saúde;
- Realizar escuta ampliada e ampla interação com trabalhadores, usuários e seus familiares para identificar os problemas e construir alternativas de enfrentamento ou encaminhamento no plano de atenção, promoção e prevenção a saúde;
- Buscar articulação com os segmentos organizados da sociedade e outros equipamentos relevantes para a ampliação da qualidade de vida e do cuidado à saúde no território;
- Contribuir para melhor articulação entre os trabalhadores, gestão e comunidade;
- Trabalhar para produzir a articulação e cooperação entre os diferentes equipamentos e estruturas da secretaria de saúde, de outros setores do governo e segmentos da sociedade, promovendo os princípios da intersetorialidade.

As atribuições do apoiador no município se apresentavam de forma muito abrangente, ao mesmo tempo com particularidades advindas de cada território e do

perfil de cada equipe. Dessa forma, a produção nunca acontecia de maneira padronizada, porém, o objetivo sempre foi o mesmo: “a produção do cuidado individual e coletivo com perspectiva ampliada orientadas pelos princípios da integralidade, respeitando a complexidade do processo saúde-doença e promoção da autonomia do usuário”.

A atuação do apoio nos serviços de saúde gerava em alguns momentos tensão. Cada serviço tem um gestor que muitas vezes identificava o apoiador como um avaliador, alguém da gestão que ia apenas buscar informações do que não estava funcionando e não como alguém para somar e construir novas formas de cuidado na perspectiva da resolução de problemas como a equipe. Já em outros serviços, os gestores se comportavam como chefia do apoio, o que também não deixava o trabalho fluir de forma harmônica. As relações interpessoais sempre foram fundamentais para a construção das atividades de apoio à saúde.

Atuei no município por sete anos e durante esse período a atuação foi se transformando de acordo com os avanços produzidos no território e com as mudanças e adequações da gestão.

Quando o apoio foi instituído, a sua atuação era na perspectiva mais próxima dos serviços de atenção básica com foco na humanização dos atendimentos e cuidados no território, identificados pela gestão central como uma necessidade latente.

A reforma das UBSs era uma das principais demandas da população que foi atendida. Das 34 unidades de saúde, 32 foram reformadas, entretanto as queixas de acesso, atendimento e descontinuidade do cuidado permaneciam. Não bastava ter prédios bonitos e agradáveis se a assistência e o acesso permaneciam da mesma forma. O propósito da gestão era humanizar e conscientizar as equipes de saúde.

Sendo assim, os apoiadores realizaram diagnósticos situacionais nos territórios e estabeleceram junto com as equipes metas para melhoria e intervenção. Após a reorganização e humanização dos serviços de atenção básica, o novo desafio era a criação de rede intersetorial. Mediante aos indicadores de saúde foi identificada a

necessidade de fortalecimento da rede intersetorial para que a gestão dos casos fosse mais efetiva, com cuidado longitudinal e transversal.

Desse modo, as equipes de apoio passaram a atuar na rede de atenção à saúde e também em outros serviços de suporte à população, de órgãos governamentais e entidades sem fins lucrativos à espaços da comunidade.

Nesse momento de atuação do apoio, pude sentir como meu trabalho era potente e transformador. Aproximar-se das redes de apoio de um indivíduo e com ele construir autonomia e novos caminhos era muito maior do que o cuidado em saúde. Era o cuidado do sujeito na sua integralidade e o respeito dos seus desejos. Toda a potência de um trabalho na transformação da vida das pessoas: esse era meu sentimento a cada caso complexo encaminhado, a cada indicador melhorado, a cada intervenção bem-sucedida.

Essa atuação era sempre em parceria com as equipes de saúde, reforçando e fortalecendo a capacidade da equipe na resolução dos problemas e gerenciamento dos casos. Os louros eram sempre destinados a equipe e isso era muito satisfatório.

No início da minha atuação, ouvia “que o apoiador desempenhou bem o seu papel a partir do momento em que não é mais necessário”. Nessa época, isso fazia todo o sentido. Meu trabalho era bem-sucedido quando a equipe se apropriava do cuidado e construía sua própria rede a partir das necessidades do usuário.

Um exemplo prático era a atuação do apoio na construção de rede para a alta hospitalar, no qual os apoiadores participavam de reuniões diárias com as equipes multiprofissionais hospitalares para discutir a alta dos pacientes e a continuidade do cuidado nos territórios.

O modo de vida, condições econômicas, suporte familiar e outras características eram levadas em consideração no planejamento da alta hospitalar. Isso foi um grande avanço no cuidado tendo em vista que o conhecimento das equipes de atenção básica era levado em consideração no cuidado hospitalar, possibilitando uma alta planejada conjuntamente entre as equipes mediadas pela atuação do apoio.

O último período das minhas atividades foi marcado pela desconstrução do modelo de apoio instituído anteriormente. Nos últimos dois anos, a gestão entendeu que a atuação do apoiador não deveria mais seguir de forma a articular e fortalecer a rede e, sim, se aproximar da assistência na atenção primária junto às equipes do núcleo ampliado de saúde da família (NASF).

Foi um processo longo de construção do papel do apoio nos serviços de saúde e uma mudança brusca e sem justificativa gera desconforto e confusão nas expectativas e na operacionalização do trabalho. As equipes continuam enxergando os apoiadores da mesma forma e demanda de acordo com a necessidade, porém, o apoiador não possui autonomia para desempenhar as funções que um dia foram sua base de trabalho.

Esse novo modelo me trouxe o sentimento de retrocesso na gestão do cuidado e do trabalho na saúde daquele território. Por sua vez, isso me fez refletir sobre o sentido da continuidade do meu trabalho como apoiadora.

A minha escolha de estudar a concepção do apoio em saúde no município de São Bernardo do Campo originou-se do desejo de me aprofundar nas experiências territoriais do SUS. Nessa gestão, houve uma decisão da gestão local de encarar a proposta em sua política de governo.

No entanto, após diversas mudanças em sua configuração, ainda não se solidificou como uma política pública de saúde nos territórios. Penso que esses movimentos experimentados nos territórios devem ser discutidos, problematizados, investigados e publicizados para o fortalecimento e constante construção do SUS.

Independente das experiências se apresentarem exitosas ou não, o processo de trabalho do apoio em saúde mobilizava os territórios e criava um novo jeito de cuidar das pessoas, além de possibilitar, em alguns momentos, a construção de uma gestão compartilhada, aproximando os diferentes atores envolvidos no cuidado.

Desempenhei o papel de apoiadora por seis anos e, após essa vivência, posso dizer que não existe uma formação acadêmica profissional que habilite um indivíduo a ser apoiador. O sujeito apoiador é uma construção que vai sendo gerado, nutrido e

formado até que esteja minimamente pronto para nascer. E com o seu nascimento surgem as grandes descobertas, desafios, inquietações e às vezes convicções que fazem esse sujeito crescer e se desenvolver a partir de interações, experiências, conexões e rompimentos.

Quando penso em como me tornei apoiadora, é inevitável a associação com a gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento de um ser. Fui construindo e sendo construída pelas minhas relações profissionais e por tudo aquilo a que ficava exposta nessa atividade que passei a exercer.

Posso comparar também que o desenvolvimento de um apoiador é como o de uma lagarta à borboleta, em virtude por todos dos desafios e dificuldades até que a sua transformação aconteça. No entanto, essa construção segue contínua, inacabada, tendo em vista que o apoiador permanece sendo construído ao longo das suas atividades, interações, desafios e atuação.

Ser apoiador vai além das habilidades técnicas. É necessário afeto, vínculo, interação e empatia, para que seja possível desencadear reflexões e mudanças nos territórios de atuação.

4.2 Apresentação dos colaboradores

Relacionou-se a abaixo uma síntese do perfil dos participantes das narrativas, em que os colaboradores foram nomeados com os respectivos pseudônimos, em alusão a nomes de flores.

A seguir, discorreu-se sobre o processo de conformação do apoio em SBC em sentido cronológico, resgatando os trechos das narrativas com os relatos mais relevantes desse período no intuito de ilustrar a implementação do apoio em SBC. As narrativas na íntegra podem ser lidas no apêndice, que denominamos: “Primaveras em diferentes estações”.

- CRAVO

Algumas questões que observava como impeditivo do bom desenvolvimento do projeto era a relativa distância da gestão central dos serviços e da fragilidade de alguns profissionais que o grupo tinha. Eram deficiências que partiam de limitações técnicas à postura ética. Existia uma dificuldade nas relações que repercutiam diretamente no engajamento do apoio dentro das unidades.

Atuou em São Bernardo do Campo de 2009 até 2018. Apresenta no seu relato uma ambivalência em relação ao trabalho do apoiador que, em alguns momentos, coloca a “mão na massa” com as equipes e em outros, tem uma postura de deslegitimar a autoridade do gestor.

- GIRASSOL

“Embora a atuação fosse revolucionária, ela também enfrentava muitas realidades que eram desafiadoras. Afinal, dialogar não é fácil não”.

Atuou como Apoiadora em Saúde em São Bernardo do Campo de 2011 até 2021. Na visão de Girassol, as grandes capacidades de escrever novos caminhos na saúde pública e agir positivamente na vida das pessoas de maneira humanizada e integral foram os principais motivadores para desempenhar a função do apoio.

- HORTÊNSIA

O apoio é importante porque consegue fazer o elo entre a unidade e outros serviços. Ele consegue sensibilizar o paciente e compreender quais suas necessidades e limitações, além de entender a necessidade real do paciente para cada serviço.

Atua em SBC desde 2009. Relata que no início das atividades do apoio de rede, a relação entre os ACS's e apoiadores era desconfortável e às vezes tensa, mas que, após vínculo e a construção compartilhada do cuidado, o apoiador passou a ser um fundamental aliado das equipes.

- MAGNÓLIA

“O apoio institucional para mim sempre foi o apoio mesmo. Acho que a palavra é maravilhosa. É assim que sempre vi o apoio”.

Atua em SBC desde 2014. Com a mudança do processo de trabalho ao longo dos anos, a equipe de apoiadores se transforma em equipe multiprofissional, com Magnólia passando a compor essa equipe.

- ORQUÍDEA

O apoio trouxe à tona para discussão situações complexas carregadas de uma série de questões, com fragilidade no cuidado e dificuldade de articulação. Isso mostrou que era possível cuidar de forma mais qualificada. Era sim possível melhorar a vida das pessoas nos territórios e fazer a diferença.

Atuou em SBC de 1988 até 2017. Atuava como facilitadora de educação permanente, com o papel de discutir as dificuldades do apoio na rede e nos serviços, facilitando os processos de trabalho e construindo redes de atenção. Muitas vezes seu papel era acolher as expectativas, as tristezas, as angústias e decepções dos apoiadores.

- ROSA

“Hoje esse é meu sentimento depois de tudo que nós construímos. Foram tantas coisas boas, mas eu tenho um sentimento de tristeza com todas essas perdas e retrocessos”.

Atua em SBC desde o ano de 2010. Considera que o trabalho do apoio transformou a saúde no município principalmente no acesso e na qualidade dos serviços prestados. Ao longo dessa década de atuação, vivenciou a construção e desmontagem do trabalho dos apoiadores.

4.3 A construção do apoio em SBC

O apoio de rede idealizado e praticado no município de São Bernardo do Campo nasceu do modelo de apoio institucional que ganhou popularidade com a PNH e que tem sido discutido por diversos autores como Campos, Meihy e Feuerwerker. Dessa forma, a figura do apoiador foi ganhando espaço na saúde pública e incorporada nas instâncias federal, estadual e municipal.

Segundo Campos (2003), o apoio institucional é o construtor de espaços coletivos para facilitar a fala, a escuta e a análise reflexiva das necessidades e conflitos vivenciados pelos profissionais das equipes de saúde.

O apoiador institucional atua a partir dos acordos constituídos com a equipe sempre visando o processo de trabalho e sua organização. A ideia central é ampliar o olhar da equipe por meio da troca de saberes, problematização da prática, negociação e decisão coletiva/compartilhada (CAMPOS, 2003).

A PNH (2000) apresenta a organização e sistematização do apoio, classificando o sujeito apoiador como “agente de contágio das políticas públicas de saúde”, atuando como referência da equipe e acompanhando seu modo de trabalho e fazeres sem a intenção de fiscalizar. A intenção, pelo contrário, é de participar das produções e construções, resignificando as normas institucionais rígidas por meio da integração da subjetividade da voz, desejos, frustrações e visão dos trabalhadores sobre os processos. Esse modelo de experimentação possibilita a construção constante, fluida e permanente.

Merhy (2010) descreve o apoio como uma estratégia de gestão pautada na experimentação, sendo o apoiador alguém que dispara, transita e possibilita. Desse modo, o sujeito apoiador deve ter habilidades de sair de si mesmo, não impor suas ideias, não executar pelo outro e não se tornar porta-voz ou supervisor, tendo, assim, que se distanciar do papel de autoridade.

O apoio de rede em São Bernardo do Campo foi organizado a partir dos nove territórios de saúde do município e cada equipe de apoiadores era composta por cinco

membros com diferentes formações profissionais. No início da sua atuação, esperava-se que apoio se fizesse presente prioritariamente na Atenção Básica, trabalhando as demandas apontadas pela gestão central. Dessa forma, foram levantados os diagnósticos locais e elaborado junto às equipes estratégias para melhoria daquelas situações. Conforme pode ser identificado na fala de Cravo:

“O apoio institucional inicialmente chegou na unidade básica de saúde (ainda atuava como enfermeiro) em meados de 2010, chegando com uma proposta de apoiar as unidades na organização dos processos de trabalho e matriciar as equipes de acordo com as necessidades do serviço e suas respectivas demandas”. Em virtude da composição multiprofissional houve uma grande expectativa do trabalho que seria implementado, que logo foi ofuscada por conta da dificuldade de relação entre as equipes, gestão da unidade e gestão central.

Os membros das equipes de apoiadores tinham formações distintas para potencializar as discussões matriciais, institucionais e de rede. Apesar desses profissionais terem uma vasta bagagem de saúde pública, é importante ressaltar que não existe uma formação para tornar o sujeito apoiador, essa construção é feita ao longo do caminho. Isto é reforçado no discurso de Girassol:

O profissional apoiador tinha uma formação prévia, mas também constituía a sua formação em ato e era impulsionado a isso: a melhorar sua realidade formativa para oferecer o melhor para seu território. Dentre as possibilidades de identificação das necessidades, o apoiador trabalhava tanto junto às equipes na atuação direta da resolução do problema, como no âmbito da gestão ou na articulação dos serviços, buscando criar diretrizes que promovessem melhor cuidado para a população (...)

Foi assim quando descobrimos uma rede de abrigo de crianças filhas de usuárias de drogas, quando contribuimos com o aumento do aleitamento materno, diminuição dos índices de mortalidade infantil e ampliação das visões de classificação de risco e regulação para a Atenção Especializada e Hospitalar

Na Atenção Básica o foco do trabalho do apoio foi potencializar a atuação das equipes, despertando o significado do trabalho, valorizando os saberes e a singularidade de cada território. A construção de Projeto Terapêutico Singular compartilhado, o agenciamento das equipes, a transição e retomada do cuidado foi construída a partir da produção de encontro entre trabalhadores de diferentes serviços que muitas vezes extrapolavam o campo da saúde. As construções além de envolver toda a RAS em alguns momentos envolviam outras secretarias como assistência

social, educação, segurança pública entre outras (BERTUSSI et al., 2016). Aos olhos de Hortênsia:

(...) com a chegada do apoio, a equipe tinha bastante demanda, encaminhamentos e também a solução para os problemas. O apoiador é um profissional que contribui para o andamento da UBS, era um profissional que circulava na rede e tinha muita bagagem, a bagagem dele é muito maior do que a nossa que está ali naquele único espaço, o conhecimento dele é muito importante para os serviços.

A atuação do apoio como dispositivo é pautada na prática relacional, nos encontros, afetos, vínculos e trocas, o que fomenta a produção da micropolítica. Apesar da formação técnica nuclear ser importante nesse lugar, ela não é a protagonista (BERTUSSI et al., 2016).

Porém, foi necessário tempo para a criação de vínculos e afetos para que todo o potencial do apoio de rede fosse explorado. Acredito que o apoio de rede em SBC ao longo dessa década passou por diferentes fases, cada uma com suas potencialidades e fragilidades.

A chegada das equipes de apoiadores nos territórios não foi algo brando ou tranquilo, causando grande inquietação para gestores, trabalhadores e aos próprios apoiadores que estavam descobrindo como era ser um apoio de rede.

Muitos enxergavam os apoiadores como espiões da gestão, fiscalizadores dos processos, aqueles que só enxergavam defeitos. Isso acabou atrasando a construção das relações de afeto e confiança. Para Girassol:

(...) o início do apoio se deu pela Atenção Básica e ao longo dos anos apresentou diferentes desenhos. Inicialmente, era conectado diretamente ao gabinete do Prefeito. Assim, era um braço da gestão direta dentro dos serviços. Índices e Indicadores eram apresentados de tal modo a garantir que pontos mais abrangentes da saúde pudessem ser atingidos. O trabalho do apoio foi implementado posterior à descentralização da saúde mental e concomitante a ampliação dos serviços de urgência e emergência.

De forma tácita, o ato de o apoiador ser um “olho” da gestão nos territórios era reforçado pelos gestores locais e até mesmo pela gestão central, a depender da demanda solicitada aos apoiadores. Apesar do projeto escrito ser bem delimitado com a prática nos territórios, outras demandas, necessidades, oportunidades foram surgindo e o trabalho do apoio foi sendo construído dia a dia a partir dessas novas

necessidades e demandas. Em suas narrativas em sequência, Cravo e Rosa, trazem reflexões que se complementam:

Um ponto que reforço e que foi muito marcante eram as interferências que o apoio tinha nas decisões dos gerentes de serviço. Nos encontros que o apoio tinha com a gestão central, esse tema era abordado amplamente, expondo inclusive os gerentes que divergiam das opiniões dos apoiadores. Dessa forma, criou-se uma certa dificuldade de vínculo dos apoiadores com os serviços, que definitivamente foi ruim para o projeto (Cravo).

Em muitas vezes a equipe já estava bem esgotada, às vezes tinha uma reação negativa em cima de nós. Em muitos momentos, recebíamos a demanda da gestão e tínhamos que cumprir junto das equipes e desenvolver, então ficávamos sempre no meio. Tínhamos que ter equilíbrio entre gestão e equipe, pensar como iríamos abordar e conduzir todo o processo.

Apesar de ter sido feito um grande movimento pela gestão central de disseminar entre suas lideranças qual era o objetivo do trabalho do apoio, não houve boa capilaridade da informação, de maneira que as equipes foram compreendendo o que era o apoio de rede na prática. Quanto aos gestores locais e apoiadores, foram descobrindo como seria o melhor caminhar, observando as melhorias identificadas nos serviços. Cravo pontua isso claramente:

Um ponto que reforço e que foi muito marcante eram as interferências que o apoio tinha nas decisões dos gerentes de serviço. Nos encontros que o apoio tinha com a gestão central, esse tema era abordado amplamente, expondo inclusive os gerentes que divergiam das opiniões dos apoiadores. Dessa forma, criou-se uma certa dificuldade de vínculo dos apoiadores com os serviços, que definitivamente foi ruim para o projeto.

Atendendo uma parcela da demanda da implantação da humanização dos serviços na Atenção Básica, foi identificada a necessidade de estruturação da rede intersetorial, de maneira que o cuidado acontecesse transversalmente ao longo do caminho percorrido pelo usuário. Assim, o apoio foi expandido para vários serviços aos cidadãos. O que pode ser constatado nos trechos trazidos por Orquídea e Magnólia, respectivamente:

Quando o apoio foi introduzido no município, trouxe a concepção da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, na perspectiva que se

constituíssem a ideia de que fosse um apoio de rede, de cuidado e, que esse profissional de alguma forma estabelecesse uma conexão rede nesse território, que qualificasse o cuidado dando e desse resolutividade na atenção.

Em 2016, as apoiadoras já ficavam pouco na atenção básica, elas estavam indo para hospital, para a policlínica. Elas estavam mesmo articulando de forma muito maior a rede. A ampliação da rede era o foco do trabalho.

O objetivo da atuação dessa equipe era construir uma conexão entre os trabalhadores de diversos pontos da rede de atenção à saúde para qualificar o cuidado e garantir o acesso em diferentes situações (BERTUSSI et al., 2016). O que pode ser traduzido no depoimento de Orquídea:

Essa é uma crítica que eu faço: o apoiador acabou recebendo muitas “tarefas” e muitas “encomendas”, digamos assim, suas atribuições extrapolaram o apoio ao cuidado, a tecer redes e articular o cuidado e penso que isto aconteceu para tentar suprir uma necessidade de gestão daquele território. Então, em dado momento ele tinha que além de resolver todos os problemas de saúde mais complexos daquele território, muitas vezes até precisava ser milagroso para resolver todos os problemas da rede de cuidado, mas tinha também que solucionar diversos outros problemas dando conta também de apoiar a gestão daquele território, até mesmo “ser” a gestão na figura do gerente, vamos dizer assim (...). E muitas vezes as falhas de gestão foram atribuídas aos apoiadores, da mesma forma que as falhas e dificuldades de articulação local, quando sabemos que sozinho o apoiador não daria conta dessa articulação.

Ao longo do processo algumas problemáticas foram emergindo, fragilidade de vínculo entre os próprios apoiadores, fragilidade de vínculo com as equipes e a constante disputa entre gestores locais e apoiadores se propagaram, sendo necessário em alguns momentos a intervenção da gestão para mediar esses conflitos.

Alguns gestores relataram o incômodo de ter apoiadores em seus serviços. Em vários momentos, as posturas e entendimentos sobre como o processo de trabalho deveriam acontecer eram muito divergentes, ocasionando tensão e até mesmo questionamento sobre a autonomia e autoridade desses gestores. Isto pode ser reafirmado na fala de Cravo, bem como uma das críticas reportadas por Orquídea, respectivamente:

Já pontuando algumas questões que observava como impeditivo do bom desenvolvimento do projeto (apoio institucional), era a relativa distância da gestão central dos serviços e da fragilidade de alguns

profissionais que o grupo tinha. Eram deficiências que partiam de limitações técnicas até postura ética. Existia uma dificuldade nas relações que repercutiam diretamente no engajamento do apoio dentro das unidades.

Essa é uma outra crítica que tenho a quem representava a gestão naquele território. Muitas vezes, via o apoiador como um profissional que queria seu lugar de gestor, mas muitas outras vezes foi necessário ir para o enfrentamento com a gestão local para poder produzir nas equipes reflexão de suas práticas. E nos serviços onde houve abertura, o trabalho reflexivo foi fundamental para mudar os processos ali instituídos.

Foi um trabalho bem árduo. Em alguns lugares isso foi mais difícil, mas penso que sementes foram plantadas. Algumas até germinaram e, se esse trabalho mais reflexivo continua, só dependeu de quem está dentro das unidades. Se incorporou toda essa mudança de paradigma de prática em saúde, de articulação. Infelizmente, ainda temos profissionais que pensam que é muito mais fácil fazer sozinho no seu mundinho, que se deu certo, ótimo e se não, paciência. E ainda fazem o tal jogo de "empurroterapia".

Ser apoiador é estar numa posição de disputa, negociação e muitas vezes de intervenção. Esse é o não-lugar do apoiador, aquele que está em constante movimento e que apesar da necessidade de construção de vínculos para execução do seu trabalho não pode se enraizar em posição alguma (SUNDFELD, 2016).

Apoiador não tem posição definida, ora ele está na perspectiva da gestão, ora pode estar na perspectiva de orientador dos processos de trabalho de uma equipe com base nas suas vivências e sua leitura daquele território. Ele sofre árduas críticas de ambos os lados, no entanto, nenhum deles quer ocupar seu lugar ou trazer sugestões com resolutividade quem é preciso. Preferem soltar o "é papel do apoiador", papel este que se torna dinâmico e múltiplo a depender de quem o enxerga.

Girassol, nos traz um pouco de outro lado do apoio, onde é valorizada sua habilidade em comunicar-se, conseguindo ressaltar a preocupação com o cuidado dos usuários, fazendo-os sentir-se acolhidos, como nos conta no trecho abaixo:

Tais condições de trabalho, embora extenuantes, eram gratificantes. Era como se tivéssemos poderes mágicos. Conseguíamos tocar as pessoas por meio do diálogo. E a mágica era o cuidado humanizado. Era a preocupação de que todas as pessoas, independentemente da condição social, etnia, desde que neste território nacional, teriam

acesso a saúde de acordo com suas necessidades. Era colocar a legislação tão rica do SUS em prática de verdade.

É importante ressaltar que ao longo do caminho alguns apoiadores também se perderam, pois nem sempre ter autonomia para construir seu processo de trabalho é algo fácil de organizar e planejar. Antes de serem apoiadores, a maioria dos profissionais experimentaram uma atuação de executores do processo. Vivenciar o “pensar”, o “problematizar”, o “gerir compartilhado” era um desafio. Era algo desafiador todos os dias, tendo em vista que o mesmo problema tinha possibilidades distintas de soluções de acordo com a habilidade de cada território e de cada mediador.

Um pouco disso é exemplificado por Cravo, que relata a ausência dos apoiadores nos serviços por não conseguir priorizar estar lá:

Visto que, de uma forma geral, os apoiadores ficavam divididos também por unidade dentro de determinado território, era muito comum irem com uma frequência menor nas unidades que não eram referência. Nesse sentido, já observava como uma certa fragilidade a composição do grupo para discussões multiprofissionais. Claro que existiam tais encontros, porém com intervalo que considerava longo, aumentando o tempo de resposta às demandas das equipes e do serviço.

No entanto, quando haviam situações em que as dificuldades eram ultrapassadas e os vínculos eram estabelecidos, existia um reconhecimento da equipe que era bastante gratificante e motivador para os apoiadores envolvidos. Esse reconhecimento é percebido no relato de Cravo:

Entre esses desafios, alguns profissionais do apoio se destacavam positivamente: eram proativos e engajados, se destacavam da maioria e agregavam para o serviço trazendo inúmeros benefícios para o município e para os profissionais. Mas reforço: eram minoria”.

As equipes de apoio tinham autonomia para organizar sua forma de atuação e adequar seu processo de trabalho. Algumas equipes se organizavam por referência de serviço (CAPS, UBS, UPA, Hospital) e outras se organizavam por linhas de cuidado (mortalidade infantil, saúde mental, reabilitação, violência, doenças crônicas não transmissíveis, entre outras) (BERTUSSI et al., 2016). Rosa e Orquídea descrevem, respectivamente, o processo de trabalho do apoio:

Também tínhamos os encontros entre nossa equipe e as reuniões por frente de trabalho. Nós nos organizávamos por linha de cuidado (a linha materno infantil, a linha dos crônicos, a linha de obesidade). Na linha materna infantil, que envolvia a rede cegonha, tínhamos discussões com o HMU, discutíamos as dificuldades e entendíamos quais eram as demandas. Assim o trabalho ia sendo construído.

O apoio trouxe uma nova forma de trabalho, de processos de formação de rede e de novas práticas nos processos de trabalho usuais. Essa mudança impactou a saúde do município.

A agenda dos apoiadores era flexível e construída a partir das suas articulações, diagnósticos, necessidade dos serviços, demandas da gestão, casos complexos, afetos e vínculos, se apresentando diferentemente em cada território (BERTUSSI et al., 2016).

A articulação da rede ganhou visibilidade com alguns projetos e mudanças no processo de trabalho operacionalizados, em grande parte, pelos apoiadores. Construir espaços de discussão, identificar os nós-críticos que dificultam o acesso à assistência e pensar em formas de resolvê-los eram as atividades mais comuns dos apoiadores. Isso exigia muita habilidade e destreza para mobilizar, discutir e gerar comprometimento com os envolvidos. Do contrário, isso se tornaria apenas uma ação pontual.

A intenção do apoio é que o mesmo tipo de problema não seja recorrente e que as possíveis estratégias possam ser efetivas e minimizadoras do desgaste. Isso agrega e gera qualidade aos serviços, como pontuado por Cravo:

Outro ponto que não pode deixar de ser abordado e que foi de extrema importância para o município foi a organização da rede. Penso que foi, de fato, muito importante a presença do apoio para essa articulação. O salto de qualidade na saúde, considerando também a ampliação dos serviços na época, foi significativo.

Muitos desses nós-críticos eram disparados pela Atenção Básica que, em tese, assiste ao paciente ao longo da sua vida. E após a identificação desses nós-críticos, o apoio iniciava a articulação e o agenciamento de encontros para possibilitar mudança no processo de trabalho, podendo envolver 1 ou 2 serviços e até mesmo a rede toda. Um exemplo disso é a fala da Rosa:

Esse trabalho mais de rede foi construído através de várias questões de rede e várias conformações. Nesse formato o nosso vínculo maior era dentro da atenção básica. A gente, porém, foi construindo os outros vínculos com a atenção especializada, urgência e emergência. Nós fizemos um vínculo muito grande dentro das UPAS – cada território tem uma UPA. A gente, então, trabalhou também bastante a questão da educação permanente nesse serviço em que estávamos alocados.

Nem sempre o trabalho era pautado na mudança de processo e em alguns momentos, ele era focado no sujeito “usuário”. Esse foco servia para identificar suas dificuldades de adesão e cuidado; a existência ou não de rede de apoio; desejos e limitações que permitissem o proporcionar do cuidado. Rosa traz um desses exemplos em seu relato:

Outra construção legal era com os pacientes do CER. Diante das suas dificuldades de acessar o serviço ou da baixa adesão e absenteísmo, discutíamos com as equipes de saúde esses dados e fatores para pensarmos juntos em novas possibilidades para esses pacientes, garantindo a sua assistência. As dificuldades eram diversas: moradia, acesso do território, enfim. Depois levávamos as respostas ou discussões novamente para o CER.

Trabalhar as expectativas das equipes também era uma pauta constante, juntamente em entender que o cuidado é compartilhado com o usuário e responsabilizá-lo pelo seu desejo quando for divergente das propostas da equipe. Discutir que não temos a tutela do paciente é importante para delimitar nossa atuação, sendo essa uma questão que só se aprende “in ato”. Orquídea aborda muito bem esse quesito:

A expectativa é nossa de idealizamos um desfecho, porém, a decisão também é do usuário. Aprendemos isso a duras penas: muitas vezes entender que aquilo que a gente gostaria não era o melhor para o usuário ou que ele entendia que não era o melhor nos levou a lidar com os limites da nossa atuação e tivemos que aceitar

O compartilhamento de casos e a possibilidade de fazer referência e contrarreferência através do encontro entre trabalhadores, constituía a famosa “rede viva” ou “rede quente” e possibilitou um salto de qualidade na recuperação de pacientes atendidos em diversos pontos da rede.

Casos com maior complexidade necessitam de assistência na atenção primária, secundária e terciária e muitas vezes essas ofertas são segmentadas e transformam o cuidado em algo compartilhado, trazendo muitos ganhos aos usuários. Isto pode ser retratado por Magnólia:

O município estava muito além nas discussões de rede. O município conseguia fazer a equipe da policlínica discutir caso na atenção básica, a realizar consulta compartilhada com a UBS. Tínhamos grupos de linhas de cuidado dentro da policlínica onde tínhamos a oportunidade de discutir com eles os casos.

O apoio teve papel importante para a constituição das redes, já está comprovado que uma lei, decreto, portaria, protocolos e fluxos não garantem acesso, cuidado e processos de trabalho estruturados. O apoio vem humanizar toda a teoria e construir com as equipes como é “fazer isso” na prática, e também, ver o que precisa ser discutido para transformar em política/teoria. Nem tudo que está escrito é feito e nem tudo que é feito está escrito. Rosa, consegue traduzir isso muito bem em sua fala:

Hoje acredito que minha contribuição no início do apoio dentro do cuidado foi de grande valia. Eu pude perceber que nós construímos uma rede bem fortalecida e muito bem estruturada. Nós percorríamos vários serviços. Isso se dava através dos espaços que percorríamos em outros serviços, os vínculos que tínhamos nos outros serviços, o conhecimento que construímos na rede e voltávamos para discutir a atenção básica. Construíamos como as equipes iriam abordar, como iriam fazer o cuidado e isso acontecia através de alguns casos disparados em outros espaços. Um exemplo é um Kanban.

Entre tantas ferramentas utilizadas para o desenvolvimento do trabalho do apoio e a construção da rede de cuidado, destaco o Kanban. Surgido no Japão na década de 70 na Toyota Motor, que buscava um método de controle da produção de veículos com a demanda específica de diferentes modelagens, cores e com o menor tempo de produção. Segundo Taiichin Ono, ex-vice-Presidente da Toyota, o método da produção em massa era bastante útil na redução de custos. O Kanban é considerado um dos instrumentos básicos e essenciais para a implantação do método Just-in-times (SILVA, 2018).

Em SBC, o Kanban foi utilizado para nomear o encontro realizado nos hospitais municipais para a discussão dos casos de internação entre os trabalhadores da rede

de assistência hospitalar e os apoiadores dos nove territórios. O objetivo desses encontros era produzir compartilhamento do cuidado no período de internação e pós-alta.

Esse espaço possibilitava a troca de saberes e olhares sobre o mesmo caso. A equipe hospitalar tinha contato com o histórico de saúde do paciente no território, sua condição de moradia, fatores sociais e tudo que tinha relação direta ou indireta com suas condições e agravos à saúde. Já os apoiadores entravam em contato com as condutas e raciocínio biomédico. Apesar de haver constantes tensões e desafios, o Kanban possibilitou a ampliação do olhar relacionado ao cuidado em saúde e criou outras conexões e redes vivas que garantiam continuidade no cuidado dos pacientes (BERTUSSI et al., 2016).

Segue abaixo os relatos das nossas colaboradoras sobre o Kanban:

Para Rosa, o Kanban era um espaço dentro dos hospitais do município. Os apoiadores frequentavam o hospital de clínicas e o PS Central, discutiam com as equipes hospitalares sobre os usuários que estavam internados e quais eram as trajetórias, as dificuldades e os entraves no cuidado e para o processo de alta. Após essa construção coletiva, voltávamos com essa demanda para atenção básica ou outros serviços de apoio para pensar o pós-alta desse paciente, como iria se dar o cuidado dele. Organizávamos e pensávamos tudo antes desse paciente ter alta hospitalar e isso era uma construção incrível.

Para Orquídea, o apoio trouxe esse ganho para os serviços de saúde e outros equipamentos do território. Trouxe à tona para discussão situações complexas, carregadas de uma série de questões, com dificuldade de articulação, com fragilidade no cuidado e dificuldade de articulação e mostrou que era possível cuidar de forma mais qualificada. Era sim possível melhorar a vida das pessoas nos territórios e fazer a diferença.

Para Girassol, na Hospitalar estávamos inseridos nos Kanbans, e com isso acompanhávamos a trajetória dos usuários garantindo otimização de leitos, menores gastos, maior resolutividade e diminuição das reinternações. O cuidado ampliado e longitudinal garante a otimização dos serviços e as possibilidades de atuação integrada da rede.

Com a visibilidade do trabalho do apoio e colheita dos seus frutos, alguns processos foram inseridos na rotina das equipes. A autonomia das equipes em mobilizar e articular a rede foi um termômetro para indicar que o movimento estava dando resultados.

Pensar em ampliar a discussão para garantir acesso a todos foi necessário. Os casos complexos sempre foram disparadores para pensar no processo de trabalho em SBC, e então, iniciou-se uma discussão sobre o que era difícil para as equipes lidarem. Alguns casos eram complexos e por que não estavam no radar das equipes?

E assim iniciou-se um trabalho com os casos perdidos, aqueles que não tinham solução, que não davam para fazer mais nada e que a equipe conscientemente ou inconscientemente ignorava. Isto pode ser constatado no relato de Orquídea:

O apoio foi fundamental para trazer a discussão para dentro dos serviços de saúde e da rede de atenção. Esses casos que eram ignorados pela rede, não eram casos ignorados porque eram desconhecidos, eram ignorados porque eram muito complexos.

Apesar de ser uma atuação caracterizada pela autonomia e flexibilidade de agenda, existia uma estrutura permanente para garantir aos apoiadores espaço de fala, reflexão, construção, suporte e apoio para o desenvolvimento de suas atividades (BERTUSSI et al., 2016).

O apoio possuía encontros com os facilitadores de educação permanente e com o orientador de aprendizagem junto com as equipes do território, como relatado por Rosa (apoiadora):

Além da facilitadora, nós tínhamos encontros mensais com a coordenação dos apoiadores para falarmos e vivenciarmos um pouco das dificuldades encontradas nos territórios. Eram encontros mensais e também tínhamos educação permanente. Era um encontro com a rede toda, espaços chamados de reunião de rede para discutir um pouco as necessidades dos territórios e da gestão central, qual era à frente, o que nós precisaríamos trabalhar. Então, era essa a nossa rotina.

A problematização e análise das práticas é o dia a dia do apoiador proporcionando a experiência do coletivo sair da zona de conforto, incentivando um pensar reflexivo-questionador para analisar a forma que as políticas, portarias, protocolos e programas estão inseridos e como são desenvolvidos na rotina do trabalho e se necessário propor e construir um novo jeito de fazer, de transformar e de produzir (BERTUSSI et al., 2016)

Girassol destaca: o trabalho do apoio passava pelo identificar fatores de risco, possibilidades e problemas, criar estratégias dentro do

território para resolvê-los e articular rede, seja dentro da saúde ou com outros setores de atenção. Éramos identificados como profissionais potentes, que criam possibilidades, que abrem caminhos do cuidado por meio do diálogo, da legislação e sustentam os princípios de universalidade, equidade e integralidade.

A discussão do apoio fomenta o pensar no sistema de saúde e integralidade do cuidado mesmo que isso extrapole as instâncias da saúde. A rede intersetorial e intersecretarial também foi aquecida pela atuação do apoio de acordo com as necessidades dos territórios, sempre disparado por casos complexos. Pensar e discutir o sistema de saúde é muito mais amplo que discutir processo de trabalho no serviço, como nos conta Girassol:

A realidade de muitos serviços era que a saúde ainda era instrumental e baseada em necessidades individuais. A regulação, embora existisse era baseada em desejos e aspirações individuais ou de grupos. Não vivenciei essa fase, só ouvi falar e passei pelo processo de transformar os processos de trabalho por necessidades de saúde, classificação de riscos e estabelecimento de prioridades.

A atuação do apoio contribuiu muito para a construção e solidificação da rede, possibilitando que os serviços pudessem se conhecer tanto nas suas figuras pessoais como na sua estruturação dos processos de trabalho. Foi um trabalho árduo, porém, extremamente necessário para que os serviços pudessem qualificar e humanizar a sua assistência se enxergando dentro do sistema de saúde e não apenas um serviço à parte de tudo que acontecia no município, o que pode ser percebido na afirmativa de Girassol: “Embora a atuação fosse revolucionária, ela também enfrentava muitas realidades desafiadoras. Afinal, dialogar não é fácil, não”.

Despertar significado na prática e deixar a rede de assistência quente transformou a atuação de trabalhadores e melhorou o cuidado à saúde dos municípios. Rosa descreve saudosa:

Eu acredito que a rede se fortaleceu muito pela contribuição do apoiador em saúde. A rede conseguiu resolver seus entraves por conta do apoiador de saúde. Então, o apoiador de saúde, na minha perspectiva, no meu olhar, é o responsável pelo fortalecimento da rede de São Bernardo do Campo.

Em SBC o investimento nas equipes de apoio foi uma aposta para transformar o trabalho em saúde, reconhecendo a disputa entre os diferentes serviços e

trabalhadores, proporcionando espaços de diálogos e construções coletivas, além da tentativa de aproximar a gestão dos trabalhadores e processos (Sundfeld, 2016). Isto corrobora com a narrativa de Rosa:

Foi uma construção bem interessante porque realizávamos uma discussão bem ampla. Conseguimos observar os caminhos que o usuário percorria nos territórios e serviços de saúde. Na verdade, os caminhos que ele escolhia, e essa foi uma construção feita a partir do trabalho do apoio. Aprendi muito nesse tempo, então tudo o que eu não sabia, o que era o papel da apoiadora em saúde, eu fui aprendendo e desenvolvendo isso até meados de 2016, o que durou 6 anos.

Ao longo dos anos as equipes de apoio foram ganhando características próprias, ficando evidente as particularidades de cada território e de cada equipe. Algumas equipes mantinham a essência de rede, outras do matriciamento, outras institucional e poucas conseguiam transitar em todas as modalidades, o que nos foi trazido no relato de Orquídea:

Eu penso que com o caminhar este apoio foi mudando. Ele deixou de ser apenas um apoio de rede com o objetivo apenas do cuidar e se transformou em apoio também de gestão e apoio institucional; isto aconteceu em maior ou menor medida de acordo com o território.

A forma como o apoio se consolidou em cada território ocorreu a partir de maior ou menor valorização desse profissional pelos serviços desse território e de acordo com sua maior necessidade: apoio na rede de atenção, apoio institucional ou de apoio em gestão.

Ao longo dessa década de atuação, o apoio de rede foi se transformando a partir das realidades, demandas e construções coletivas. Em algum momento, estava muito autônomo e sendo acionado pela gestão como a solução de todos os problemas e demandas. Se houvesse algo difícil ou com alto volume de demanda no território, era só atribuir a responsabilidade para os apoiadores e seria resolvido. Orquídea conseguiu traduzir bem isso em seu relato:

O apoiador acabou ficando com as “costas enormes e largas” e tudo caiu em cima dele, e certamente houve um caminho errôneo percorrido. E com isso, a depender da característica das equipes de saúde locais e da gerência local, o apoiador passou a ser “amado” ou “odiado”. Sendo que também a depender da característica e entendimento do apoiador, esse desvirtuar do papel foi cômodo para uns, pois queriam o papel de “gestor” do “poder local”; mas para aqueles que acreditavam

no seu papel real, na proposta da articulação de rede de atenção certamente foi um grande sofrimento (Orquídea). Mas é inegável que a estratégia dos apoiadores teve muita potencialidade, e essa potencialidade eu pude vivenciar nos serviços.

Eu trabalhei por um longo tempo no município vivenciado a “era” antes do SUS, e depois o SUS, e estar em área que a transversalidade é bem potente. Mostrou que o apoio trouxe uma importante e nítida mudança nos processos de trabalho dos territórios, e de todos os serviços que estão nesse território, sejam da saúde ou outros equipamentos que de alguma forma dialogam com a saúde.

Foi muito clara essa mudança de processos de trabalho e de como houve impacto positivo do apoiador nos serviços de saúde e em seus parceiros. O apoiador trouxe uma prática mais reflexiva do trabalho, porém é lógico que isso se deu em maior ou menor medida de acordo com o que ele encontrava de abertura, porque o papel maior dentro da unidade de saúde acabava sendo do gerente e muitas vezes esse gerente não era tão facilitador dos processos quanto deveria ser, nem tão parceiro.

4.4 A perspectiva do trabalho do apoio para as equipes

Quando o apoio de rede foi implantado no município de SBC existiam muitas incertezas de como se daria a atuação e os processos de trabalho desses profissionais e de como as equipes reagiram a essa nova estratégia. Entre as percepções trazidas por Magnólia, temos: “O apoio para mim sempre foi o apoio mesmo, acho que a palavra ‘maravilhosa’ é como eu sempre vi o apoio”.

Reconhecer que as equipes de referência precisam de mais ferramentas e, portanto, de apoio, para ampliar sua potência e a compreensão do cuidado, é um avanço. Agregar apoio especializado e/ou profissional pode ser uma oportunidade de apoio matricial para qualificar a clínica, mas é preciso discutir como construir esse apoio para que ele efetivamente potencialize mudanças nas práticas de atenção (BERTUSSI, 2010). Esse primeiro momento nebuloso do que seria esse apoiador pode ser observado na fala da Hortênsia:

A equipe de apoio veio integrar um tempo depois quando a unidade se transformou em estratégia saúde da família, no começo foi meio turbulento essa integração porque nem o agente comunitário sabia como trabalhar em conjunto e nem a equipe de apoio sabia como apoiar e ajudar no trabalho do agente comunitário porque a gente ainda não tinha acesso direto aos domicílios, a população não conhecia o trabalho, não sabia o que nós fazíamos.

Os trabalhadores das equipes de apoio atuavam de maneira articulada com a ESF, atuando tanto no plano da clínica como do processo de trabalho, nas ações individuais e coletivas (Bertussi, 2010). A priori, as equipes não tinham clareza de como isso se daria, mas isso era relativo com experiências anteriores vivenciadas pelas equipes, conforme compartilhado por Magnólia:

A minha UBS já tinha uma visão formada do apoio. O apoio era visto com olhos muito positivos, então a sensação que me deu é que não importava muito quem chegasse, a não ser que a pessoa fizesse coisas absurdas, mas quem chegava seria bem acolhida porque a minha UBS já via o apoio como uma coisa legal e eu sei que não é todo UBS daquele daquela cidade que vê o apoio com uma coisa legal.

Inserir o apoio como uma estratégia na produção da gestão e do cuidado era uma novidade, que foi sendo trabalhada de diferentes modos – tanto no campo da formulação, como nas experimentações desenvolvidas em diferentes espaços de construção do SUS (BERTUSSI, 2010).

Para Michele Vasconcelos e Aline Morshel (2009), o objetivo central do apoio articula-se ao do analista institucional, qual seja: fomentar análises sobre a dinâmica de relações, de poderes, de práticas, de significações, de afetos que permeiam o estabelecimento de saúde, colocando-as a serviço de todas as pessoas aí situadas, conferindo-lhes, assim, meios para pensarem sobre sua função e funcionamento, aliando-se a eles na análise dos ranços institucionais, problemas organizacionais e na subsequente abertura de sentidos, construção de redes e de práticas inéditas, discursivas e não-discursivas.

Para Evelyne Nunes Ervedosa Bastos e Rosane de Lucca Maerschner, em outro texto produzido para o 2º Seminário Nacional de Humanização (2009), a função apoiadora se insere no contexto do trabalho das equipes, auxiliando na análise da gestão e da organização do seu processo de trabalho, na construção de espaços coletivos para além das equipes, transversalizando outros coletivos da área da saúde e de outros setores, disseminando a capacidade de se construir coletivos sociais na comunidade, por meio de projetos de intervenção com respaldo da gestão para sua atuação, reforçando ou não os objetivos a serem atingidos pela Política de Saúde vigente.

De fato, o que se modelava em SBC se alinhava a essa perspectiva da literatura, mas ia mais além disso, de forma que abria espaço para todo o coletivo se comprometer com o cuidado proposto. Um pouco disso pode ser identificado na fala de Magnólia:

Então o apoio era isso, era realmente pensar num plano para cada unidade naquele território e a gente nunca esquecer o plano e fazer várias coisas sem mesmo nomear, mas a gente tinha a ideia da matriz de intervenção. Existia um PTS e tudo isso a gente fazia na prática, mesmo que a gente não nomeasse e eu aprendi muito. Acho que foi uma das grandes diferenças da minha vida, eu não tenho que falar porque esse começo para mim em São Bernardo e essa gestão que dava essa liberdade pra gente fazer um matriciamento mesmo, pra gente atuar no SUS como na época as portarias desejavam, apesar de ter mudado todas as portarias 2017 praticamente, mas na época o que era atenção básica.

O apoiador mergulha nesse espaço de disputa, procurando criar espaços de encontro que favoreçam o diálogo e a pactuação entre gestão e trabalhadores, entre os trabalhadores e entre trabalhadores e usuários – tanto incidindo sobre a organização dos processos de trabalho, como sobre a produção do cuidado em si.

No âmbito da produção do cuidado pode possibilitar agregação e combinação de diferentes saberes e tecnologias para enfrentar a complexidade e desestruturação dos problemas de saúde, favorecendo a construção de redes de conversação (BERTUSSI, 2010). Estas redes extrapolavam os protocolos, políticas e diretrizes, criando um olhar individualizado e integral para cada situação, as nuances identificadas ajudam a traçar os possíveis caminhos para o cuidado. Como nos relata nossa colega Hortênsia:

No meu ponto de vista, o apoio contribuiu com a qualidade de vida e com o olhar mais humanizado no cuidado, os pacientes não eram vistos como doença e remédio, às vezes vai além de medicar, às vezes a situação de saúde dele não está só no remédio, muitas vezes o apoio consegue dar um norte, um caminho que muitas vezes o paciente não encontra sozinho, até para nós mesmos agentes comunitários muitas vezes temos demandas do território e isso causa um sofrimento. Quando tinha o apoio a gente sentava e conversava e encontrava um norte, uma direção, um caminho, havia uma qualidade melhor no trabalho do apoiador, que consegue trazer expectativas e melhorias para a equipe e para os pacientes.

Entretanto, é difícil transitar em todos esses espaços sem tensões com as equipes, porque apesar da teoria dizer que o apoiador está em um não lugar e deve não impor suas opiniões e verdades na prática estar nesse lugar demanda grande disposição e energia evidenciando muitas vezes que alguns profissionais não possuem características necessárias para essa atuação.

Este ponto do perfil, das vivências e do querer fazer diferente do apoiador é uma linha tênue. Há momentos em que eles precisam incorporar um papel múltiplo de escutar, acolher, mediar, mas também propor direções e alinhamentos. A forma como os vínculos foram se formando influenciariam diretamente na trajetória do apoiador, como um exemplo que nos traz a Magnólia:

Na minha UBS as apoiadoras que chegaram foram bem recebidas pelo menos eu nunca vi nada assim as pessoas olharam com uma cara feia, mas a TO ficou muito pouco na UBS então meio que eu não trabalhei diretamente com ela, só fizemos alguns grupos, mas era perceptível que ela manjava de saúde pública como as outras, mas talvez não tivesse tanto tato para as relações.

Já com a apoiadora farmacêutica eu trabalhei alguns anos, e aí era o apoio que eu já tinha tido mesmo um apoio que manjava de saúde pública, que tinha uma visão de defesa do SUS, um apoio que acrescentou no nosso grupo de cuidado de dor crônica, porque éramos uma apoiadora fisioterapeuta, uma apoiadora farmacêutica e eu psicóloga, então o grupo ficou mais potente eu aprendi coisas de fitoterapia, e foi uma troca de conhecimento também então foi tranquilo a minha relação.

As equipes reconheciam nos apoiadores a potência de resolver casos o que o seu serviço não conseguia, seja por falta de conhecimento da rede, por falta de referência, por falta de RH. As discussões de caso traziam à tona não só uma necessidade de saúde do paciente, apresentava também as tensões e disputas entre os envolvidos e uma necessidade de estabelecer fluxos e canais mais claros para o encaminhamento de casos parecidos. O apoiador agenciava e esperava o empoderamento da equipe quando algo similar acontecia.

O apoiador conseguia muitas vezes enxergar fragilidades da equipe em conduzir certas situações e com sua visão mais ampliada e sua governabilidade conseguia fazer interlocuções com outros pontos da rede, fortalecendo a continuidade

do cuidado, bem como, valorizando o cuidado que foi iniciado na Atenção Básica. Isso é trazido fortemente no relato de Hortênsia:

Nesse processo, o apoio teve uma importância muito grande porque ele não só apoiava internamente, como externamente em alguns casos que a equipe da UBS tivesse um pouco mais de dificuldade em questão de orientação de serviço, em construir um trajeto na rede entre a atenção especializada ou pronto socorro, orientação da rede que muitas vezes o enfermeiro ou um médico não conseguia nos orientar quanto a isso, pois se entendia que isso fugia da demanda ou obrigações de dentro da UBS.

Despertar o empoderamento e olhar crítico a ponto da equipe se sentir à vontade e legitimada para expor suas possibilidades e impressões. Democratizar a fala era uma das atribuições e também um desafio do apoio. E ter o retorno da equipe que isso estava fazendo diferença no cuidado estimulava outros a tentarem.

Era muito gratificante quando era possível a total mudança dos caminhos do usuário após o momento de conversação e validação da equipe. Todos saíram dali mais confiantes e comprometidos, como nos mostra Hortênsia:

Após esse encaminhamento, descobrimos que não era hanseníase, porém, através do apoio voltou para a equipe com um possível diagnóstico e com atendimento na geriatria. E em atendimento com a geriatria foi diagnosticado mal de Parkinson. Ele não apresentava os sintomas mais comuns e perceptível, então, com o apoio orientando e dando direções, a equipe conseguiu dar uma qualidade de vida melhor para os pacientes, um deles ainda viveu por mais seis anos, porém, com qualidade de vida. Suas articulações desincharam, ele teve sua mobilidade melhorada, a qualidade de vida dele voltou.

Se não fosse o apoio, continuaríamos encaminhando de médico para médico, especialidade para especialidade e o paciente continuaria sem diagnóstico. Durante o trabalho, o apoio sempre apresenta outro olhar e saía da resposta pronta “é assim mesmo”, com o apoio não teve mais essa história de dizer “é assim mesmo”, os pacientes e os casos eram vistos de forma singular.

Ter uma equipe de apoio e parceira validava a atuação das equipes e aproximava a teoria da prática, despertava sentido nas práticas e dava vida às políticas, muitas vezes, não entendidas pelos profissionais. A atuação do apoio diminuiu o discurso “sempre foi assim”, “eu faço porque mandaram”. Eles passaram a fazer porque começaram a integrar aquela construção, enxergaram que o seu olhar seria levado em consideração e poderia mudar o norte do que vinha sempre se

repetindo. A valorização desse saber fica muito evidente no trecho de Magnólia e Hortênsia, respectivamente:

A gente podia atuar segundo a cartilha, vamos dizer assim, porque essa gestão me apoiava. Inclusive, em reuniões a gente falou sobre isso e aí uma pessoa do departamento perguntou para mim se eu estava matriciando. Eu falei: “estou”. E a pessoa afirmou: “então está fazendo certo”. Então, tinha esse aval. Você está matriciando, então está fazendo o certo. Não era tem que ser ambulatório fingindo que é um matriciamento por uma questão dos os pacientes não gostarem.

Teve um período em que o apoio ia para os hospitais. Por exemplo, o pronto-socorro central acompanhava os casos de internação. Se era recorrente, quais os problemas de saúde relacionados a internação, um quadro geral do paciente e trazia para a UBS para discutir o caso e pensar no pós-alta desse paciente. Para mim, a rede demandava muito desse profissional, faltava profissional e também existia a má divisão de tarefas. Alguns profissionais ficavam sobrecarregados.

Desde o início da implantação do apoio, existia uma expectativa das equipes que eles resolveriam todas as questões administrativas, assistenciais, internas e externas. E nos últimos meses a atuação se tornou extenuante e pouco resolutiva pela demanda de trabalho e diminuição de profissionais.

Os apoiadores ampliaram tanto seu escopo de demandas que se tornaram insuficientes para dar andamento a todas elas. Reflito que pode ter faltado mais matriciamento e autonomia para que as equipes conseguissem avançar independente da presença do apoio. Um pouco dessa “dependência” pode ser percebida na fala de Hortênsia:

Já nos processos internos da UBS havia algumas complicações. Nem sempre temos as ferramentas necessárias e RH está sempre reduzido, poucos profissionais realizando o apoio. Apenas uma equipe para dar conta de uma população de 4000 pessoas, entre elas 1500 tem problemas sérios de saúde. Fazer visita, absorver as demandas da própria unidade, fica difícil às vezes montar essa agenda compartilhada com o apoio, porque eles são deslocados para outras unidades e serviços. Então, só trabalhando aquela rede de cuidado na atenção básica, eles também atuam em outras redes.

4.5 Educando ao educar

A educação permanente (EP) acontecia de várias formas no município de São Bernardo do Campo, com destaque para as EPs de apoiadores e as EPs de território.

A educação permanente de território em SBC é realizada com apoiadores, facilitadores do apoio e referências do território (reunia profissionais da atenção primária, da atenção hospitalar, da urgência e emergência de diferentes serviços do território CAPS, Centro de Referência de Assistência Social, Consultório na Rua). Consiste num espaço de discussão sobre serviços e projetos, de trocas e de aprendizados, onde se desenham novas possibilidades e arranjos para o apoio.

As EPs de território eram construídas de acordo com as necessidades dos territórios, sendo uma prática constante a discussão de casos complexos que as equipes entendiam ter usado de todos os recursos e ainda assim não obtido êxito. As EPs eram a oportunidade de discutir com diferentes pontos da rede arranjos possíveis para garantia do cuidado.

Rosa, nos relata suas impressões sobre esse momento:

[...] Outra possibilidade era a educação permanente com os diferentes serviços, os espaços que proporcionávamos para os profissionais da rede um exemplo é a UPA. A UPA é um serviço que não tem rotina, é um serviço de emergência que a cada dia tem novas e diversas ocorrências e os profissionais muitas vezes não entendiam a rede de serviço, então proporcionamos encontros com outros profissionais de outros serviços para conhecer a UPA e contar um pouco para esses profissionais o funcionamento do outro serviço, o que ele atendia e como era feito o cuidado e isso foi uma ação bem bacana com bons resultados.

Os profissionais da UPA conseguiram participar em outros espaços, conhecer outros espaços e serviços, como funcionavam, suas potencialidades e fragilidades, foi muito bacana. E foi possível realizar esse trabalho com vários serviços da rede e os trabalhadores conseguiram abrir o olhar, ampliar o olhar, modificar o olhar. Porque muitas vezes esses trabalhadores tinham a sensação que tudo era encaminhado para UPA. Eles não sabiam como os outros serviços funcionavam, eles puderam vivenciar perceber que o CAPS é uma

casa e não é um hospital, é um lugar de convivência. Por mais que a gente explicasse na teoria, na prática eles visualizaram uma coisa totalmente diferente. Então foi bem bacana foi uma parceria muito legal, na época foi possível fazer isso com todos os turnos.

A EP, configura-se como um espaço dinâmico, tenso e concorrido, que ora agenda reflexões e análise das práticas com os apoiadores, ora se ocupa de pautas determinadas pela gestão central/departamentos. A gestão de SBC enxergava a EP como ferramenta com potência para produção de avaliação sobre as práticas de cuidado, ressignificados de processos de trabalho, interlocução da rede de atenção à saúde e fortalecimento da referência contrarreferência.

Esses encontros eram pré-definidos mensalmente em momentos distintos, sendo um encontro a cada 15 dias com facilitadores, outro uma vez ao mês com facilitadores e outro com o território.

Nossa colaboradora Orquídea, nos ratifica isso em suas declarações: “Esse movimento com o apoio tinha três tempos: uma conversa dos facilitadores e apoiadores a cada 15 dias, era uma agenda quase fixa” [...]. Tinha também mensal com participação dos apoiadores facilitadores e convidados com coordenação da Gestão Municipal”.

Cada território tinha uma equipe de apoio formada por cinco apoiadores de formações distintas, dois facilitadores de educação permanente e um orientador de aprendizagem. A figura do facilitador ficava fragilizada em alguns grupos de apoiadores pela pouca disponibilidade de tempo e uma grande demanda de atividades. Os facilitadores eram indicados pelos diretores de departamento e nem sempre faziam sinergia aos movimentos do apoio, tudo era relativizado de acordo com as expectativas de cada departamento, o que repercutia diretamente nos resultados com o apoio.

Orquídea traz a seguinte partilha:

A minha relação era como facilitadora de educação permanente, com o papel de discutir as dificuldades do apoio na rede e nos serviços, e de ser facilitadora desse processo, de alguma forma ser o disparador para facilitar os processos de trabalho, a construção de redes de atenção. Como em todos os processos, há relações. Muitas vezes,

meu papel era também de conduzir as expectativas, as tristezas, as angústias e decepções desse profissional.

As reuniões do apoio envolviam várias pautas: demandas do cotidiano, informes, discussão de casos acionados pela UPA, Kanban, Equipe de Orientação Técnica (EOT), matriciamento de ciclos de vida, atenção psicossocial, tensionamentos entre trabalhadores; nas reuniões de equipe; discussão para a produção do cuidado no território; planejamento de ofertas com os trabalhadores como grupo de tabagismo, grupo de obesidade, gestantes, de práticas integrativas etc. Esse momento era importante para nortear os trabalhadores para trilharem os mesmos caminhos de forma que esses fossem convergentes. Existia um alinhamento com base em um referencial teórico.

Orquídea, também nos conta que:

[...] uma outra agenda maior mensal que envolvia o território, os diversos serviços e seus representantes junto com o grupo de apoiadores e o orientador de aprendizagem com o intuito de formação, através de temáticas relacionadas às questões do território para dar subsídio para as equipes a partir de um referencial teórico para subsidiar os processos na prática.

Observo que cada um desses encontros deveria possibilitar uma melhor afinidade entre os profissionais trazendo maior concretude naquele espaço como protegido, onde houvesse a abertura para socializar os desafios, fragilidades e receber apoio e ideias para superação das dificuldades, levando uma autoavaliação de todo o coletivo que esteja envolvido direto ou indiretamente na situação posta.

Nessas ocasiões, destaca-se a figura do orientador de educação permanente, o qual tem um papel fundamental na problematização da situação dada, fazendo o coletivo refletir sobre seu comprometimento com a causa, além de encaminhar os possíveis desdobramentos que competem a cada área, repercutindo sobre mudanças nos processos baseados nas aprendizagens compartilhadas e efeitos das ações cotidianas.

Trazemos aqui um trecho da narrativa de Girassol, para ajudar nessa reflexão:

[...] Apoiadores trabalhavam estabelecendo diálogos entre os diferentes pontos de atenção e diferentes atores do processo para

assim estabelecer melhores caminhos. Trabalhadores e gestores tinham espaços de discussão que aconteciam das mais diferentes formas. Embora os espaços informais também fossem uma realidade, havia espaços estabelecidos de discussão para pensar processos transformatórios. Essas eram as diferentes EP e reuniões que existentes.

Durante os momentos de EP dos apoiadores surgiam problemáticas e incertezas comuns que aproximam os apoiadores, também com os facilitadores e demais gerentes das UBS. No geral, eram trazidos casos mais complexos que mobilizam as equipes e desafiam arranjos e ofertas dos serviços.

Por outro lado, há desgastes frequentes que envolvem disputa de projetos e de agendas; descontinuidade de ações; ruptura de pactuações e responsabilização dos apoiadores. Estes, ligam o alerta para necessidade de maior integração, diálogo e de elaboração de estratégias mais efetivas para alinhamento e monitoramento das ações. A problematização coletiva ajuda a construir apoio às equipes por meio de agendas compartilhadas, alternativas de cuidado e fortalecimento da rede.

Essa perspectiva é trazida na fala de Orquídea: “O apoio trouxe a possibilidade de uma prática reflexiva, de busca de parceiros no cuidado, de identificar singularidades e acionar uma rede de atenção”.

A EP pode ser potencializada pela utilização de ferramentas que possibilitam reflexões a respeito de situações delicadas que afetam gestores, trabalhadores e apoiadores, tais como a delimitação da governabilidade para o enfrentamento de conflitos, sugestões propositivas de caminhos a serem seguidos, disputas de poder nos espaços comuns de circulação dos envolvidos, situações veladas pelo silêncio e ruídos que circulam na rádio corredor e nunca são dirimidos. Era difícil atender a todas as expectativas que se imputam sobre o apoio, especialmente porque no tocante à EP, os desdobramentos eram influenciados pelo perfil do apoiador que conduzia.

Os desgastes entre os territórios, os diferentes níveis de atenção e a gestão central geram tensionamentos que podem ser relativizados por meio da reflexão induzida pela EP, embora saibamos que as disputas são recorrentes e alternam o foco central.

Em sua narrativa, Magnólia consegue externar o quanto o perfil do apoiador pode influenciar nas discussões da EP:

[...] Porque o apoio basicamente nessa época era um apoio institucional de fato, de fazer várias coisas legais, mas não é um apoio que atendia, não fazia assistência. Esse atendimento dependia muito da profissional, então tinha profissional que fazia uma super educação permanente.

Essa experiência pedagógica se reforça ao possibilitar o diálogo com as experiências acumuladas que os indivíduos carregam em sua trajetória, tendo em vista que o aprendizado vivenciado pode ser disparador para ressignificar conceitos e mudar realidades. Estas discussões proporcionavam a construção compartilhada, autoavaliação, o reajuste de fluxos e criação de novos desenhos. Ressalto que em alguns territórios, entretanto, a EP é um espaço interditado, onde os indivíduos não se sentem à vontade para trazer suas reais demandas, pois há um temor em acirrar conflitos.

As narrativas aqui metaforicamente tomadas como obra de arte, retratam as experiências dos nossos colaboradores, ficando claro na fala da Orquídea:

No processo do trabalho do apoio não dá para caracterizar nenhuma situação de fracasso porque eu entendo que todas as situações têm limites, e o que a gente entende como fracasso não foi um fracasso de fato. Eu acho que é isso: é respeitar o limite de atuação, respeitar o limite de intervenção. Assim, se eu fosse enumerar aqui os êxitos são muitos, eram encontros muito ricos mesmo. Acho que assim que vimos potências, descobrimos formas de fazer, descobrimos possibilidades e eu acho que isso de descobrir, inclusive, os limites, foi bem interessante.

4.6 Será o fim da linha?

Pensar no apoio de rede em SBC é refletir sobre uma política de governo que teve impactos positivos e pontos que poderiam ser melhorados, mas que de fato fizeram diferença na vida dos seus trabalhadores e população.

Ao longo da construção dessa pesquisa, foi possível observar que quando temos políticas de governo com grande impacto na melhoria dos serviços seria interessante que pudéssemos transformar essas políticas de governo em políticas públicas de Estado.

A mudança de gestão e a necessidade de deixar uma marca muitas vezes descaracteriza e desconstrói ações que têm impacto relevante na vida da população.

Quando observamos a linha do tempo construída desde a implantação do apoio de rede no município de SBC, vemos inicialmente um projeto de fácil implantação, porém, de difícil aceitação pela falta de conhecimento da proposta. Posteriormente, um projeto que avança muito nas suas propostas e com um salto de qualificação da gestão e assistência à saúde; a construção de rede de saúde, rede intersetorial e rede intersecretarial; a mudança de gestão e a desconstrução paulatina do projeto. Um pouco dessa percepção é trazida no relato de Rosa:

Quando eu entrei aqui em 2010 era uma rede, ela se fortaleceu por conta do trabalho do apoiador. Esse é meu olhar, hoje estamos fragilizados. Hoje o município tem um hospital para ser inaugurado com grande potencial, vários outros serviços que irão inaugurar. Isso me corrói muito porque não estamos nesses espaços para conseguir articular a rede e potencializar os serviços e a assistência.

As narrativas trazem essa linha do tempo de forma bem delimitada. Com a saída da gestão que apostou no apoio como uma ferramenta de gestão para ampliação do acesso, qualificação dos serviços, humanização no atendimento, construção de rede viva e assistência de qualidade, aproximação entre gestão, trabalhadores e usuários, foi possível observar uma mudança no processo de trabalho do apoio, o que é ratificado por Rosa: “A gestão atual não entende muito bem o nosso papel que é muito visto como um profissional assistencialista”.

A gestão atual entendeu que o trabalho do apoio era muito pulverizado. Dessa forma, determinou que o apoio ficasse concentrado na AB e que todas as suas reuniões e encontros fossem suspensos.

Então, as EP de apoio, as reuniões de equipe só de apoiadores, as reuniões com os facilitadores e as EP de território deixaram de existir, como nos conta abaixo, Girassol:

Há cerca de cinco anos, temos observado uma retração da rede e uma retração do processo de trabalho do apoio. Saímos da Especializada, da Urgência Emergência e das UPAs. Estamos focados cada vez mais nos processos de trabalho da atenção básica. Embora isso seja muito potente no sentido de qualificação da atenção, especialmente devido às constantes mudanças profissionais e dos cenários de saúde, a impossibilidade de diálogo com outros pontos de atenção dificulta a potencialidade das resoluções.

A priori, parecia que o trabalho de apoiador restrito a AB diminuiria, porém, não foi o que aconteceu. As determinações da gestão não tiveram capilaridade nos serviços e territórios, e para os trabalhadores, que estavam acostumados com o trabalho do apoio e sua autonomia, inclusive para direcionar, dar encaminhamentos e solucionar problemas, não conseguiam entender o novo modelo de trabalho dos apoiadores, e continuaram demandando a interlocução com toda a RAS.

Houve um desgaste intenso das relações entre trabalhadores e apoiadores, já que a demanda da equipe não era mais atendida como no passado, e, portanto, não fazia mais sentido ter apoiador nessa nova configuração. Essa percepção é trazida no relato de Magnólia:

As equipes foram tendo dificuldade de entender o papel do apoio. As apoiadoras antigas foram tendo essa dificuldade de entender o que poderia ser feito ou não. Não existia uma ordem clara para eles serem NASF, porém, existia uma cobrança velada para isso. Só que na prática, o departamento estava mandando eles serem NASF, mas um NASF que também faz apoio institucional. Como era isso: então assim, eu tenho que ser um apoiador institucional, mas eu também tenho que ser NASF, no entanto, eu continuo sendo apoio institucional, mas um apoiador pobre porque não tenho mais a liberdade de antes. Eu não tenho mais o apoio daquela gestão para ser um apoiador institucional de fato, porque nada nessa vida a gente faz no SUS se tiver apoio da gestão imediata. Então, tudo que eu fiz dentro das UBS as gerentes permitiram, tudo que eu fiz eu estava junto com as apoiadoras e a gerente também.

Não havia mais consenso das atribuições dos apoiadores e tudo acontecia conforme a conveniência dos gestores. Em alguns momentos, os apoiadores eram vistos como apoio de rede, em outros apenas membros das equipes multiprofissionais, porém, por uma questão trabalhista não poderiam prestar assistência individual. Isso deixa a rede muito confusa e instável. Essa fragilidade do processo fica evidente na fala de Rosa:

Eu acredito que isso é um pouco falha da gestão central, eles não sabem o que é o apoio, o trabalho do apoio e como o apoio poderia contribuir. E eu acho que eles também têm um pouco de medo do apoio, então a gestão prefere deixar o apoio nesse limbo.

Nesse novo formato, o apoio deixa de ser um braço da gestão para ser subordinado aos gestores locais da AB. Essa mudança na perspectiva do apoio pode ser identificada no relato de Magnólia e Rosa, respectivamente:

Antes, eles tinham outras atribuições e já era difícil, agora é muito mais, eles têm muito mais afazeres, não trabalham apenas com o objetivo de fazer rede, dar suporte para uma UBS e para os profissionais. Eles têm outras funções, além da parte burocrática, eles absorvem vários trabalhos porque a gestão parece não entender o papel do apoio agora.

[...] Os apoiadores hoje são sanitaristas no município dando assistência dentro da atenção básica e as intervenções que os apoiadores construíam a gente constrói bem pouco. Um exemplo é na saúde mental. Hoje, as intervenções são mais na micropolítica com os outros profissionais assistencialistas, então penso que a gente perdeu bastante, tentamos construir várias coisas dentro da assistência, com outros profissionais, tentamos trabalhar um pouco mais o fortalecimento do cuidado, fortalecimento dos outros profissionais, mas ainda é uma coisa muito rasa.

Após tantas mudanças e descaracterização importante do papel do apoio no município, muitos profissionais foram desligados e outros pediram desligamento da empresa, fragilizando ainda mais um grupo que tentava ser resistência. Muitos estavam desmotivados e nem conseguiam mais entender qual seu papel, como dito por Hortênsia: “Porém hoje, infelizmente, os poucos profissionais que sobraram não têm mais ferramentas para realizar esse trabalho” e, reforçado por e Magnólia:

Eu não vejo perspectiva no apoio institucional em São Bernardo do Campo. Eu acho assim, que as poucas apoiadoras que resistirem, na verdade, não sei se elas vão resistir. Não acredito que irão demiti-las,

mas acho que cada vez mais o trabalho do apoio institucional vai ser diluído. Não entendido e vai acabar.

Fica evidente que o apoio nasceu com um propósito e ao longo do tempo sofreu muitas mudanças, avanços e perdas e com a mudança da gestão isso fica ainda mais evidente.

A essência do apoio de rede construída no município de SBC, a partir dos modelos de apoio institucional e de apoio matricial parece ter terminado. Isso é ratificado no depoimento de Orquídea:

Esse processo não continuou, mas certamente sementes foram plantadas e para profissionais que de fato conseguiram entender que essa mudança de prática era fundamental para o cuidado qualificado, eu não tenho dúvida que continuou com ou sem apoio. Porém, é certo que para aqueles que viam o apoio como um “produtor de problemas e produtor de críticas ao trabalho até então realizado”, o apoio foi uma estratégia pouco aceita, infelizmente.

As incertezas ainda são muitas com relação ao que a atual gestão entende ser melhor para a saúde da sua população. No entanto, é claro que o apoio que existiu no município no passado não é realidade no presente. E não há perspectivas para um futuro. Essa ideia é fortalecida nos relatos de Rosa e Girassol, trazidos abaixo:

Hoje não existe mais perspectiva do apoio em SBC. O que eu escuto falar é que o cargo de apoiador é um cargo de vacância, que está para acabar, então nunca mais houve contratação. Pelo meu olhar, hoje eles preferem contratar outros profissionais para assistência. Agora, para o futuro, não sei o que esperam como funcionalidade do apoio. Em uma realidade nacional em que a atenção básica tem cada vez menos investimentos. Em uma realidade local, em que o cuidado integral e longitudinal é menos valorizado. Em que os processos visam ser solucionados imediatamente.

[...] As funções do apoio como transformadores e produtores de cultura acreditam que não cabem mais para as expectativas do atual governo. Nossa atuação tem sido o desafio de trabalhar indicadores, contribuir com o sentido das ações e pensar em como potencializar processos de trabalho.

E o impacto da ausência do apoio de rede tem efeito cascata: inicialmente com as equipes e de forma devastadora com a população, que perdeu a potencialidade do cuidado integral e compartilhado com a rede. Tal conclusão toma bastante concretude na narrativa de Hortênsia:

A perspectiva para o futuro é praticamente nenhuma, porque você não tem incentivo profissional, tornando o profissional desgastado e cansado, que ainda está no trabalho fazendo o essencial e infelizmente não tem reconhecimento, não tenho incentivo, não é como no início do apoio de rede.

O apoio de rede está e vai fazer muita falta. Eu penso que quem mais vai sentir é a população, porque mesmo esses profissionais não sendo conhecidos pela população como nós conhecemos, a população não tem ideia da falta que esse profissional faz dentro da unidade.

Ele, às vezes, é aquela pecinha que faz a engrenagem da unidade toda funcionar. Ele senta, ele faz a divisão de área e trabalho, ele consegue ajudar a equipe a pensar, sem ele muitas vezes isso é complicado, elaborar as estratégias é bem complicado, sem o apoio fica cada dia mais difícil. Para mim, muitas coisas foram resolvidas pelo apoio, porque sinceramente não encontrávamos solução dentro da UBS.

Atualmente o cargo ainda existe no município e o formato de seleção e contratação não são mais pautados nas qualificações profissionais, experiências anteriores ou formação. Hoje os apoiadores são classificados como cargos de confiança, e a sua contratação, apesar de acontecer via Organização Social, se assemelha muito aos cargos comissionados. Isto fica bastante claro no relator de Rosa:

[...] Até porque o apoiador é visto como um cargo de gestão e os últimos apoiadores contratados foram selecionados por meio de escolhas políticas. Acredito que se tiver mais contratações, mais processo esse será o critério (Rosa).

Agora os novos apoiadores que foram contratados na gestão atual, em 2017-2019, elas não possuíam nenhum conhecimento de rede, nenhum não tinha muito conhecimento de SUS. Depois de anos com esse apoio bacana que eu tive, com esse apoio potente, [...] o pior de saber que eu não poderia contar com esse novo apoio porque ele não tinha condições técnicas de me apoiar e também estavam aprendendo. A arrogância dos que não queriam aprender, e os que queriam aprender e mandar em quem estava há 10, 15 anos, como as enfermeiras que estão lá há 1000 anos.

Apesar do cenário não ser muito favorável, aparece com muita força a potência do apoio nas RAS e a diferença que ele traz para o dia a dia das equipes. Rosa, nos conta um pouco disso na sua perspectiva:

Eu acredito que nós, trabalhadores, temos essa potência de fortalecer, mais uma vez, a saúde e os espaços. Esse é meu sentimento sempre: não desistir, porque eu acho que é por isso que eu ainda estou nesse papel a todo esse tempo. Me emociono só de falar.

Os sentimentos causados por essa trajetória são os mais diversos possíveis, fica evidente os impactos positivos da atuação, as fragilidades do processo e a finitude por não ser uma política pública de saúde. Orquídea e Rosa compartilham um pouco desse sentimento abaixo, respectivamente:

Hoje o meu sentimento depois de tudo que nós construímos, foram tantas coisas boas, mas eu tenho um sentimento de tristeza com todas essas perdas e retrocessos, de te contar tudo isso e ver tanta coisa construída sendo destruída e hoje não fazemos esse trabalho, trabalhamos com outro olhar que não de apoiador (Rosa).

Para mim todas as situações foram extremamente exitosas, todas foram extremamente positivas e trouxeram muito aprendizado, e aquelas que não chegaram a um resultado esperado é porque outros fatores influenciaram como o protagonismo do usuário e da rede de parceiros no cuidado.

[...] Mas eu ainda tenho um sentimento que isso possa ser retomado, porque é um fortalecimento para o nosso serviço de saúde, é um fortalecimento do SUS e nós sabemos o quanto que perdemos nesses longos anos em processo e em incentivos.

Rosa finaliza ressaltando a potência do apoio de rede nessa década de investimentos e desinvestimentos nesse dispositivo no município de SBC:

[...] Então o apoiador de saúde é um papel fundamental nesse processo, se eu pudesse dar um conselho para os gestores, secretários e prefeitos eu ia falar isso, contratem apoiadores saúde porque ele é um profissional que tem uma contribuição excelente no papel do fortalecimento do SUS no município.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção e execução dessa pesquisa me permitiram entrar em contato com a relação construída ao redor da experiência do apoio de rede. A cada narrativa, foi possível acessar fatos e impressões descritos a partir do ponto de vista de apoiadores, trabalhadores e gestores que se engajaram com o dispositivo do apoio de rede.

As narrativas produzidas a partir da história oral possibilitaram uma grande interação entre a pesquisadora e seus colaboradores e provocou reflexões e produção de sentidos sobre o passado, o presente e as perspectivas futuras do apoio de rede de SBC.

A experiência do apoio em SBC foi potente e transformadora. Ter a possibilidade de se aproximar de profissionais e equipes para juntos construir a autonomia e novos caminhos que proporcionaram maior acesso, integralidade no cuidado, qualificação e humanização respeitando os limites dos serviços, trabalhadores e principalmente dos usuários.

Apoiadores vivenciaram que ser apoiador vai além das habilidades técnicas, sendo necessário afeto, vínculo, interação, empatia para que seja possível desencadear reflexões e mudanças nos territórios de atuação.

A gestão identificou potência nesse dispositivo, investiu recursos diversos para que a sua atuação pudesse ter maior capilaridade possível. Em certo momento, atribuiu muita responsabilidade e afazeres aos apoiadores extrapolando suas atribuições.

As equipes estranharam esse novo ator no cuidado em saúde, porém, após um período de alinhamento e adaptação foi possível experimentar os avanços relacionados à atuação do apoio, o aumento na resolutividade dos casos, a ampliação da rede de cuidado e a educação permanente.

O dispositivo apoio pode mobilizar essas experimentações ao propor a análise coletiva da produção do cuidado e dos encontros que o tecem, na perspectiva da

heterogeneidade de seus elementos e conexões. Neste sentido, saberes, poderes e práticas podem ser interrogados, bem como, vizinhanças com lógicas medicalizantes e impositivas podem ser desfeitas. Em algumas reuniões de equipe, foi possível acompanhar momentos interessantes de desconstrução de perspectivas preconcebidas sobre modos de vida e produção de saúde.

Ao longo do processo de pesquisa, as tensões presentes no dia-a-dia do apoio de rede identificadas com maior frequência foram: a inconstância e fragilidade das relações que aconteciam em maior ou menor medida de acordo com a discussão e processo em pauta; o não-lugar físico e subjetivo do apoiador; as inquietações, frustrações e a necessidade de se distanciar das suas certezas para construir com o coletivo; o volume de encomendas a serem desenvolvidas nos territórios, e; a falta de colaboração por parte de alguns gestores.

Essas limitações impactavam diretamente a gestão do cuidado, sendo possível identificar avanços e entraves diferentes em cada território de saúde do município. As variáveis são muitas e, nessa pesquisa não se tem a pretensão de tratar sobre todas elas, apenas destacar que os arranjos territoriais e os seus atores impactavam diretamente no resultado das ações do apoio de rede.

O sentimento dos profissionais que permanecem no município é quase nostálgico, porém, acreditam no potencial para a continuidade daquele trabalho iniciado há dez anos atrás, desde que exista vontade política e investimento da gestão.

O processo da pesquisa foi intenso, porém, através das narrativas pude captar muito mais que relatos sobre uma experiência, tive a oportunidade de acolher emoções, inquietações, indignações, satisfação, felicidade, tristeza e lágrimas que me mostraram o quão revolucionário foi a atuação do apoio no município.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. R. C. B, LABRONICI, L. M. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral TT. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 263–274, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000100030>

BERTUSSI, D. C.; SUNDFELD, A. C.; FEUERWERKER. L. C. M. Apoio como dispositivo visto de dentro-fora: potências, invenções e desafios. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. 380p.

BERTUSSI, D. C. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde [dissertation on the internet] Rio de Janeiro: universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, 2010. 234f. Available from: http://objdig.ufrj.br/50/teses/d/CCS_D_DeboraCristinaBertussi.pdf

BONI, V.; QUARESMA, J. Aprendendo a entrevistar como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese**, v. 2, n. 1, p. 68–80, 2005. DOI: <https://doi.org/10.5007/%25x>

BRASIL. Legislação Informatizada - LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 - Publicação Original. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html>

BRASIL. Cadernos Humaniza SUS - Atenção Básica. Ministério da Saúde, v. 2, p. 256, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e Gestão: Um ensaio sobre o Apoio Paidéia no trabalho em saúde. 2003.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?format=pdf&lang=pt>

FURLAN, P. G.; CAMPOS, G. W. S. Pesquisa-apoio: Pesquisa participante e o método Paideia de apoio institucional. Interface: Communication. **Health Education**, v. 18, p. 885–894, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0285>

MERHY, E. E. Micropolítica do encontro intercrssor apoio-equipe, substrato para um agir intensivista. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro v. 34, n. 36, p. 433-435, jul/set. 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341769004.pdf>

MEIHY, J. C. S. Manual de história oral. São Paulo: Loyola; 1996.

MEIHY, J. C. S.; HOLANDA, F. História Oral: Como fazer, como pensar. 2º ed., 7º reimpressão. São Paulo: Contexto, 2019. 2. ed., 4a reimpressão. - São Paulo : Contexto, 2015.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. 2a edição. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

MOREIRA, A.; MOREIRA, A. C. V.; VIEIRA, G. O.; BARBOSA, L. M. A.; CUNHA, S. C.; APERIBENSE, P. G. História oral como método de pesquisa: possibilidades para a pesquisa em Enfermagem. **Enfermagem Brasil**. Julho/Agosto2014; v. 13, n. 4. <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/3701>

MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. Apoio institucional e cogestão: A experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal, Brasil. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 18, p. 1063–1075, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0316>

OLIVEIRA, E. A., et al. O apoiador local como ator estratégico na implementação do QualiSUS-Rede: engenheiros de conexão? *Saúde em Debate*, v. 41, n. spe, p. 275–289, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MS6kVLR8jCPMGqLDTKYp68f/?lang=pt&format=pdf>

OLIVEIRA, G. N. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio [Dissertação]. p. 175, 2011.

PEREIRA Jr., N.; CAMPOS, G. W. S. O apoio institucional no sistema Único de Saúde (SUS): Os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 18, p. 895–908, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0424>

PORTELLI, A. História oral como arte da escuta. Trad. Ricardo Santhiago. São Paulo: Letra e Voz, 2016.

SANTOS, D. DE S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861–870, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>

Prefeitura Municipal de São Bernardo do Campo. Plano municipal de saúde de São Bernardo do Campo: 2010-2013. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/plano-diretor-sao-bernardo-do-campo-sp>

SILVA, J.; ANASTÁCIO, F. Método Kanban como Ferramenta de Controle de Gestão. **Revista de psicologia** [Internet]. 2018 Dez 18; [Citado em 2021 Set 25]; v. 13, n. 43, p. 1018-1027, 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1575>

SUNDFELD, A. C. Apoio com dispositivo: conexões, invenções e provocações à produção coletiva do cuidado e da gestão no município de São Bernardo do Campo [tese]. São Paulo. Universidade de São Paulo; 2016.

YAHN, P. I. F. C.; YASUI, S. O apoiador caipira: o desafio/arte de articular redes regionais a partir de territórios/desejos singulares. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 18, p. 871–884, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0214>

APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice 1 – Transcrição das Narrativas: “*Primaveras em diferentes estações*”

NARRATIVA DE GIRRASOL - *“Embora a atuação fosse revolucionária ela também enfrentava muitas realidades eram desafiadoras. Afinal, dialogar não é fácil, não”.*

Desde 2011 atuo como Apoiadora em Saúde em São Bernardo do Campo, função esta que mudou ao longo dos anos. Mas que me atraiu para esse cargo foi a grande capacidade de escrever novos caminhos na saúde pública e agir positivamente na vida das pessoas de maneira humanizada e integral.

Em minha trajetória profissional, comecei a fazer fisioterapia depois de muitos anos tentando entrar num curso de medicina. Acreditava que como médica poderia dar uma atenção às pessoas, criar condições de autocuidado e transformar vidas. Os caminhos tortuosos da vida me levaram/apresentaram a fisioterapia. No terceiro mês de curso, compreendi que o que eu buscava era algo próximo do *Modus Operandi* da fisioterapia, especialmente em relação ao cuidado longitudinal. Assim, segui a vida acadêmica e os caminhos foram permitindo construir uma história de vida integral. Aprimoramento em Fisioterapia em Terapia Intensiva, Atuação em Ambulatório e Hospitalar, Residência em Saúde da Família e Comunidade, Aperfeiçoamento em Impactos da Violência na Saúde, Saúde dos Idosos e Condições de Fragilidade, Contextos de Fisioterapia respiratória, Atendimento Domiciliar, Especialização em Processos Educacionais e horas de treinamento e especializações em Escuta me fizeram compreender a que a minha atuação no Atendimento domiciliar poderia ser ampliada.

Abandonei um trabalho estatutário, estável e específico da minha área para defender a saúde que eu acredito de maneira abrangente. Havia feito residência com abordagem institucional. Desse modo, compreendia que minhas expertises matricial e institucional poderiam ser utilizadas de maneira integrada. Além disso, o trabalho do apoio se apresentou como possibilidade de transformação da realidade de saúde, articulação de rede e principalmente educação permanente.

Cheguei em São Bernardo em 2011 e passamos pela ampliação da rede de atenção básica, Especialização de Gestão de Saúde Coletiva e principalmente pela compreensão dos princípios do SUS, em especial da universalidade. A realidade de muitos serviços era que a saúde ainda era instrumental e baseada em necessidades individuais. A regulação, embora existisse, era baseada em desejos e aspirações individuais ou de grupos. Não vivenciei essa fase, só ouvi falar e passei pelo processo de transformar os processos de trabalho por necessidades de saúde, classificação de riscos e estabelecimento de prioridades.

O trabalho do apoio passava por identificar fatores de risco, possibilidades e problemas, criar estratégias dentro do território para resolvê-los e articular rede, seja dentro da saúde ou com outros setores de atenção. Éramos identificados como profissionais potentes, que criam possibilidades, que abrem caminhos do cuidado por meio do diálogo, da legislação e sustentam os princípios de universalidade, equidade e integralidade.

O início do apoio se deu pela Atenção Básica e ao longo dos anos apresentou diferentes desenhos. Inicialmente era conectado diretamente ao gabinete do Prefeito. Assim, era um braço da gestão direta dentro dos serviços. Índices e Indicadores eram apresentados de tal modo a garantir que pontos mais abrangentes da saúde pudessem ser atingidos. O trabalho do apoio foi implementado posterior a descentralização da saúde mental e concomitante a ampliação dos serviços de urgência e emergência. Dessa forma, os primeiros serviços que a atenção básica ampliou o apoio foram estes. No desenho estabelecido, apoiadores acompanhavam a trajetória dos usuários para que esta pudesse ser a disparadora de transformações no processo de trabalho. Apoiadores trabalhavam estabelecendo diálogos entre os diferentes pontos de atenção e diferentes atores do processo para assim estabelecer melhores caminhos. Trabalhadores e gestores tinham espaços de discussão que aconteciam das mais diferentes formas. Embora os espaços informais também fossem uma realidade, havia espaços estabelecidos de discussão para pensar processos transformativos. Essas eram as diferentes “EPs” e reuniões que existiam.

O profissional apoiador tinha uma formação prévia, mas também constituía a sua formação em ato e era impulsionado a isso: a melhorar sua realidade formativa para oferecer o melhor para seu território. Dentre as possibilidades de identificação das necessidades, o apoiador trabalhava tanto junto às equipes na atuação direta da

resolução do problema, como no âmbito da gestão ou na articulação dos serviços, buscando criar diretrizes que promovessem melhor cuidado para a população. Foi assim quando descobrimos uma rede de abrigo de crianças filhas de usuárias de drogas, quando contribuimos com o aumento do aleitamento materno, diminuição dos índices de mortalidade infantil e ampliação das visões de classificação de risco e regulação para a Atenção Especializada e Hospitalar. Na hospitalar, estávamos inseridos nos Kanbans e com isso acompanhávamos a trajetória dos usuários garantindo otimização de leitos, menores gastos, maior resolutividade e diminuição das reinternações. O cuidado ampliado e longitudinal garante a otimização dos serviços e as possibilidades de atuação integrada da rede.

Tais condições de trabalho, embora extenuantes, eram gratificantes. Como se tivéssemos poderes mágicos conseguíamos tocar as pessoas por meio do diálogo. E a mágica era o cuidado humanizado. Era a preocupação de que todas as pessoas independentemente da condição social, etnia, desde que território nacional, teriam acesso a saúde de acordo com suas necessidades. Era colocar a legislação tão rica do SUS em prática de verdade.

Embora a atuação fosse revolucionária, ela também enfrentava muitas realidades desafiadoras. Afinal, dialogar não é fácil.

Há cerca de cinco anos, temos observado uma retração da rede e uma retração do processo de trabalho do apoio. Saímos da Especializada, da Urgência Emergência e das UPAs. Estamos focados cada vez mais nos processos de trabalho da atenção básica. Embora isso seja muito potente no sentido de qualificação da atenção, especialmente devido às constantes mudanças profissionais e dos cenários de saúde, a impossibilidade de diálogo com outros pontos de atenção dificulta a potencialidade das resoluções.

Agora, para o futuro, não sei o que esperam como funcionalidade do apoio. Em uma realidade nacional em que a atenção básica tem cada vez menos investimentos. Em uma realidade local em que o cuidado integral e longitudinal é menos valorizado. Em que os processos visam ser solucionados imediatamente. As funções do apoio como transformadores e produtores de cultura acreditam que não cabem mais para as expectativas do atual governo. Nossa atuação tem sido o desafio de trabalhar indicadores, contribuir com o sentido das ações e pensar em como potencializar processos de trabalho.

NARRATIVA DA MAGNOLIA – *“O apoio institucional para mim sempre foi o apoio mesmo, acho que a palavra é maravilhosa é como eu sempre vi o apoio”.*

Atuou em SBC desde 2014 como psicóloga da Atenção Básica. O apoio institucional para mim sempre foi o apoio mesmo, acho que a palavra “maravilhosa” é como eu sempre vi o apoio. Quando eu cheguei em 2014, o apoio institucional já tinha mais ou menos uns quatro ou cinco anos na rede. Na UBS que eu cheguei, eles já tinham feito aquele processo de ajudar as equipes a serem saúde da família, então eu cheguei em uma UBS com equipes de saúde da família com um apoio muito firme. Era uma equipe que apresentava ter muito vínculo entre elas e uma sintonia. A equipe de apoio era composta por uma educadora física, uma terapeuta ocupacional, uma fisioterapeuta e uma psicóloga. Quando eu cheguei, a equipe de apoio era de quatro pessoas e depois chegou outra fisioterapeuta que ficou pouco tempo e saiu a TO também, posteriormente chegou uma enfermeira. Enfim, era assim nesse primeiro período de 2014 a 2016 inteiro. Eu acho que eu fui muito feliz com meu apoio porque embora a gente não tivesse uma equipe NASF como tem que ser, no sentido de ter a equipe, de você poder ter um ambulatório tradicional, e também fazer visitas domiciliares, consulta compartilhada, a parte assistencial do NASF não existia a não ser da minha parte. Porém, a parte do apoio institucional, da articulação de rede existia por elas e eu achava que com elas a minha vida ficava muito mais fácil, vamos dizer assim. Então, elas iam nas reuniões de equipe, a gente tinha mais ou menos a mesma visão do que eu, como psicóloga matriciadora, deveria fazer e eu me senti muito acolhida, porque a gente fechava junto algumas coisas com as equipes e elas apoiavam muito essa visão. Então, as equipes às vezes queriam fazer a coisa ambulatorial, biomédica mesmo. Porque é difícil desconstruir o modelo e o apoio sempre estava ali para lembrar a gente, as equipes, que nós não éramos um modelo biomédico. Nós não éramos um modelo médico centralizado, que a gente tinha que olhar o paciente como um todo e que a psicóloga não tinha só que atender sozinha dentro de uma sala trancada. Tinha que ter sentido no meu apoio, no meu trabalho, no meu matriciamento, que não fosse só um atendimento ambulatorial ou fazer grupo.

Então, eu achava assim, quando elas iam nas reuniões para mim, fazia muita diferença porque era o meu primeiro trabalho mesmo em saúde pública. Eu já tinha feito muitos estágios em saúde da família e também trabalhava em um hospital pelo SUS, mas eu nunca tinha trabalhado na UBS, só tinha estagiado, então, pra mim era meu primeiro emprego de carteira assinada na UBS. Não estava fazendo estágios, aprimoramento, nem nada disso. Fez muita diferença porque eu já tinha uma visão, já tinha uma noção boa de SUS, segundo as apoiadoras da época. Elas falavam pra mim, não estou dizendo que eu sabia muito, mas eu tinha uma noção já do que era a função, do que era o papel do psicóloga matriciadora, do que era o NASF, mesmo eu não tendo um NASF no município. Tendo, na verdade, só o psicólogo, o psiquiatra e o assistente social para matriciar as UBS, mas eu já tinha uma visão e as apoiadoras me ajudaram muito a construir melhor minha visão, a fortalecer minha visão e até não deixar que a equipe me levasse a um caminho que eu não queria ir porque eu não nasci pra fazer um ambulatório na atenção básica. E não é só que eu não nasci para isso. Essa não era a proposta do município, não era a proposta da gestão da época, não era a proposta do SUS. Então, estar com elas me ajudava muito. Era apoio de apoio mesmo. Uma vez eu brinquei com uma delas, disse: “Você é muito meu apoio” e ela respondeu: “Eu também sou gente”. E eu disse: “É gente, mas é apoio, porque sem vocês é muito mais difícil as reuniões de equipe”. Porque a gente sempre tem apoio, quando tem pessoas que pensam muito parecido, estão ali pela luta de um SUS de qualidade. Quanto mais gente que pensa parecido para fortalecer a ideia era melhor. Então se tinha eu e mais duas apoiadoras, mais a enfermeira que gostava da saúde pública e sabia o que era saúde pública, mais um ACS, mais um dentista, mais pessoas que pensavam parecido, a gente conseguia conter muitos absurdos... Vamos dizer assim, que alguns médicos falavam, alguns ACS, alguns técnicos de enfermagem, sempre querendo essa questão de do modelo biomédico, do modelo privado como se fosse a melhor opção e não é. Os julgamentos de valor que tinham às vezes nas equipes dos pacientes e as apoiadoras elas continham muito, enfim pra mim essa primeira época, era e foi de muito aprendizado com elas.

De como funcionava nossa rede, porque eu cheguei sem saber mesmo, eu não sou de São Bernardo. Também teve muito essa questão de eu me sentir muito acolhida, de saber que eu tinha sempre pontos de referência e saber que eu não estava sozinha na luta pelo SUS e principalmente para fazer o meu trabalho da melhor

maneira. Elas ajudam nessa parte emocional e de trabalho, meio metafórico, parece, mas elas também me ajudavam muito na parte prática. Vou dar um exemplo, quando eu cheguei na UBS tinha ficado dois anos sem psicólogo mais ou menos, dois ou três anos, não me lembro agora. E tinha uma fila de espera porque minha UBS tinha ficado totalmente sem retaguarda nenhuma, alguns poucos casos iam para uma UBS vizinha e eu não sabia o que fazer com uma fila de espera. Aí a gente pensou, eu pensei, na verdade, em conhecer mesmo o território e triar as pessoas para pensar nas estratégias que eu ia levar, e nisso eu passei um ano tentando resolver essa fila de espera.

A fila de espera que era relativamente pequena até para dois ou três anos, triplicou em seis meses porque os médicos viram que tinha chegado uma psicóloga. Então, por que eu vou acolher a um paciente que chora? Por que eu vou fazer consulta compartilhada? Eu acho que na época que eu cheguei ainda era muito difícil para médico e enfermeiro entender a consulta compartilhado com o psicólogo. Acho com todo mundo, pra ser sincera, porque quando eu cheguei aqui, o psiquiatra também era puramente ambulatorial. Ele estava lá há mais anos que eu, então eu acho que é muito difícil em algumas ferramentas que o NASF usaria e eu queria usar, óbvio. Estava muito disposta a usar, eu conhecia e as apoiadoras acho que se empolgaram porque eu conhecia, vamos lá e vamos fazer. E deu errado. Por que deu errado? Porque eu percebi que para diminuir a fila de espera, eu tinha que atingir várias frentes, eu tinha que ouvir essas pessoas da fila de espera, eu tinha que criar escopo de ofertas para atender quem eu triasse e eu também tinha que ajudar a equipe a perceber o que eles deveriam encaminhar ou não, o que a gente podia discutir na reunião de equipe, o que a gente podia fazer consulta compartilhada, o que a gente podia mandar direto para o grupo, o que eu iria atender sozinha. Então, a gente tinha que atender e fazer em várias frentes, então como é que eu ia fazer para que a equipe entendesse melhor a saúde mental? Vou fazer matriciamento, vou fazer uma oficina, eu vou fazer uma coisa com educação permanente. Nisso, a gente teve essa ideia, eu a apoiadora, que ficava mais na minha UBS. Nós achamos lindo. Fizemos reunião, pensamos em ideias, criando os casos fictícios com uma mistura dos casos que eu já conhecia para fazer. Era meu primeiro ano de UBS, e na verdade, as equipes me sabotaram, na verdade sabotaram a gente, porém com as apoiadoras, a equipe já tinha mais vínculo e comigo não. A gente achou a ideia boa, na nossa

cabeça daria certo. E hoje, depois que eu fiz pós na área, e para ser bem sincera, pensar no meu primeiro ano de UBS e fazer uma meia culpa, eu percebi que eu estava e eu fui muito além das pernas da equipe. A equipe tinha quase cinco anos de saúde da família, então na minha cabeça eles já tinham uma noção, mas fazer saúde da família é falar o tempo todo as mesmas coisas, e o apoio estava nesta função “de a gente já fez um monte de coisa aqui, a gente já falou sobre um monte de coisa, a gente construiu muita coisa, mas a gente vai ter que ir falar até cansar” e isso é uma coisa que o apoio faz, que o NASF faz, porque tem que fazer, eu vou falar a vida inteira e tudo bem para mim.

E na época eu achei que a oficina dar certo. E aí só uma da equipe, que era justamente a única enfermeira em saúde da família de fato, formada pós-graduada nisso, aquela pessoa que já chegou na cidade já tendo sido enfermeira de saúde da família no interior. Só na equipe que ela coordenava que eu consegui fazer uma das oficinas porque o resto das equipes, que eram pessoas de saúde da família porque entraram em São Bernardo e acabaram fazendo algum curso. Mas não tinham aquela experiência de saúde da família me sabotaram muito e foi uma sabotagem linda de se ver. Principalmente, de uma enfermeira que nunca foi de saúde da família e fazia mestrado e doutorado de outras áreas, mas estava ali pela grana e que tinha uma questão muito pessoal comigo e chegou a falar com as apoiadoras que ela não ia fazer porque eu queria que ela fizesse meu trabalho. E não é a visão matriciamento, não é a pessoa fazer o seu trabalho e invadir o seu núcleo, mas sim, você ajudar ela a fazer melhor trabalho dela e você aprender com isso também. É uma troca de aprendizado, e ela não via oficina com uma troca de aprendizado. Ela não via a oficina como alguma coisa que iria dar mais ferramentas para ela poder estar no acolhimento, em uma reunião de rede ou em uma consulta, ela via como se eu quisesse que ela fizesse meu trabalho. O apoio chegou a me avisar: “olha, eu acho que vai ser muito difícil com essa equipe, mas vamos tentar” e acabou que a gente tentou algumas vezes, não conseguiu e eu fiquei muito angustiada. Uma das apoiadoras falou isso pra mim, que esse era meu primeiro ano, que eu ia conhecer na demanda e conhecer a equipe, que eu não iria conseguir fazer grandes coisas que no ano seguinte com certeza, pelo menos eu iria conseguir começar os grupos, mas que nesse primeiro ano não adiantava ficar estressada e ansiosa. E isso fez muita diferença na minha vida, porque foi quando caiu minha ficha de que eu ia acabar ficando muito louca com

essa fila de espera, sendo que a equipe não estava no mesmo momento que eu. Era como se eu e as apoiadoras tivéssemos dando uns passos a mais do que a equipe podia. Então, vamos voltar pra atrás. E aí voltei para atrás, e no ano seguinte, os outros dois anos seguintes na verdade 2014 até 2016, eu corri para acabar com a fila de espera e eu fui percebendo que o apoio que eu teria das equipes não era um apoio da equipe inteira, era uma coisa individual e junto com as apoiadoras, a gente foi encontrando esse membros da equipe de saúde da família que estariam dispostos a compor o trabalho: uma enfermeira que gosta de saúde da mulher, aquela ACS que gosta de adolescente, a técnica de enfermagem que gosta de idosos, a assistente social, pessoas que estavam dispostos a fazer algumas atividades fora da caixinha da consulta individual. A minha gerente também me apoiou na época, disse que quem quisesse estava liberado para fazer as coisas junto comigo e as apoiadoras sempre ali. Aí quando eu aumentei o meu escopo de ofertas da minha parte junto com o apoio, as pessoas da equipe de saúde, os da família e entrou de novo uma das apoiadoras para me ajudar a acabar com fila de espera. Aí a gente fez milhões de grupos de escuta, milhões, muitos. Tinha mês que a gente fazia cinco grupos de escuta, mas pra gente poder ver todo mundo da fila de espera, até não ter mais fila de espera na nossa unidade.

E a gente conseguiu, mas a gente passou acho que 2015 inteiro e uma parte de 2016 fazendo isso. Então, ao mesmo tempo que fazia isso de acabar com a fila de espera, fazia os grupos, ampliava também o alcance de grupos e atendia individual, melhorava as consultas compartilhadas porque a gente foi insistindo muito nas estratégias de consulta compartilhada com os enfermeiros e ainda fazer a reunião de equipe e estava ali para sempre lembrar o que o psicólogo faz na UBS. Eu já havia feito logo no começo, quando eu cheguei com os ACS, uma fala sobre o meu trabalho como psicóloga matriciadora, então não dá para dizer que eu não tinha feito nenhuma sensibilização. Quando eu cheguei eu fiz, mas eu fiz com os ACS que para mim sempre funcionou mesmo, com os enfermeiros e com os médicos foi muito mais desafiador e se não fosse o apoio o processo tinha sido infinitamente mais difícil, muito mais difícil. A alegria que eu tenho que saber que em 2016 já não tinha mais fila de espera e que eu tinha agenda de grupo, que eu tinha agenda para marcar compartilhada naquele próprio mês não ficava longe. Os enfermeiros foram entendendo que consulta compartilhada dava muito mais certo do que eu atender

sozinha, do que elas atenderem sozinhas. E o dia que uma enfermeira conseguiu fazer uma anamnese de uma criança com queixa de comportamento, um adolescente junto com a mãe, porque naquele dia eu tive uma reunião e não pude ficar com ela na consulta compartilhada, nossa, foi uma vitória. Era uma enfermeira muito legal e muito disposta, mas mesmo assim ela conseguiu fazer uma anamnese sem a minha presença. De tudo o que ela já tinha olhado junto comigo e aí tudo isso que eu fui conquistando dentro da UBS, para mim tem o tempo todo o dedo do apoio, seja me ajudando nas reuniões de equipe, seja indo comigo no CAPS. Porque as reuniões do CAPS geralmente não eram fáceis, seja olhando comigo para minha agenda, porque eu via o apoio como pessoa, elas não eram minha equipe. Como na época a gente não tinha NASF, o apoio tinha uma chefia separada, eles estavam ligados ao gabinete praticamente no departamento, então meio que eu não tinha uma equipe. Eu era uma psicóloga matriciadora, dessas equipes de saúde da família que demoraram anos para me ver como equipe dela e o apoio também não era minha equipe. Mas eu sentia que eu não estava sozinha mesmo assim porque elas, “as apoiadoras”, estavam ali sempre me ajudando nas minhas dúvidas. E uma coisa que eu sempre lembro muito também é que sempre fui muito independente para fazer e aplicar as minhas ideias de processo dentro da UBS, mas é tão legal poder trocar ideia... Então assim, você está sozinha, é um EUNASF, porque o psiquiatra já não estava mais ali, a assistente social tinha uma outra visão da coisa, então eu não tinha uma equipe oficial, mas eu tinha alguma coisa para mim melhor, que era uma equipe ali para me apoiar que eu respeitava a opinião, que eu admirava como profissional. Então, todo final de ano eu fazia meus projetos para o ano seguinte e apresentava para elas, para a apoiadora que estivesse ali. Não tinha uma regra de precisar ser essa ou aquela apoiadora, geralmente eu apresentava para apoiadora referência da minha UBS. Às vezes eu apresentava para todas em vários momentos diferentes, ouvia a ideia delas e depois apresentava para minha gerente para ver como eu respeitava a opinião delas e como elas me faziam sair da caixinha. Eu tinha uma ideia, apresentava isso pra elas e aí a gente discutia todas as ideias, não na base da chefia porque elas não eram minhas chefes e nem a minha equipe, mas eram profissionais que me ajudavam a ver as coisas de uma outra maneira.

Depois eu apresentava para minha gerente para ver como naquela época a gente tinha liberdade de trabalhar. Então, a gerente aceitando o meu projeto mesmo

entendendo que tem coisas que não sairiam do papel, porque tem grupos que eu demorei dois ou três anos para conseguir tirar do papel e era muito legal, era uma relação de igual para igual. Existia muito respeito e muita admiração, não tinha uma invasão, não tinha brigas. Assim, eu nunca briguei com uma apoiadora minha e nunca tivemos conflitos, eu acho que isso é muito legal e aí eu fico pensando muito nisso, de coisas que eu precisava muito de ajuda e a gente fechava em reuniões.

Por exemplo, reunião que juntava o território. Existia uma solicitação para eu ficar em duas UBS e eu queria ficar só na minha UBS, porque tinha muitos projetos e processo de trabalho em andamento, e se eu ficasse em duas não seria possível desenvolver os projetos na minha UBS, que é mais vulnerável do território. E aí eu lembro que eu falava com as apoiadoras: “você fecha comigo pra eu não ter que voltar a cobrir a outra UBS?”. Se a psicóloga que estava lá foi embora, tem que deixar essa falta aparecer para eles contratarem. Eu não vou ficar em duas UBS que são super fora de mão, pois o ônibus demorava uma hora e meia para chegar. Às vezes nem conseguir almoçar eu conseguia. Também conversei com a gerente da época, conseguiram nessa reunião dizer que eu não voltaria a cobrir a segunda UBS para eu poder me dedicar para minha e fazer os projetos que eu tinha. Então, o apoio era isso, era realmente pensar num plano para cada unidade naquele território e a gente nunca esquecer o plano e fazer várias coisas sem mesmo nomear. Mas a gente tinha a ideia da matriz de intervenção, existia um PTS e tudo isso a gente fazia na prática, mesmo que a gente não nomeasse. Eu aprendi muito, acho que foi uma das grandes diferenças da minha vida e eu não tenho que falar porque esse começo para mim em São Bernardo e essa gestão que dava essa liberdade pra gente fazer um matriciamento mesmo, pra gente atuar no SUS como na época as portarias desejavam, apesar de ter mudado todas as portarias 2017 praticamente. Mas na época o que era atenção básica, tudo isso a gente podia atuar segundo a cartilha, vamos dizer assim, porque essa gestão me apoiava. Inclusive, em reuniões a gente falou sobre isso e aí uma pessoa do departamento perguntou para mim se eu estava matriciando e eu falei que estava. A pessoa afirmou: “então está fazendo certo”. Então tinha esse aval, você está matriciando, então está fazendo o certo. Não era tem que ser ambulatório fingindo que é um matriciamento por uma questão dos o pacientes não gostarem. E aí, conforme mais forte você ia ficando dentro da UBS, no sentido de você saber com quem você pode contar e aprender com quem está disposto, também

ir mostrando quem você é e fazendo vínculo, mais fácil ficava consulta compartilhada, mais fácil ficava no grupo, mais fácil ficava tudo. E estava lindo o trabalho, vamos dizer assim. Eu acho que uma das minhas melhores parcerias de trabalho foi uma das apoiadoras, porque no final da gestão do PT e começo do PSDB a gente ficou muito sozinha, pois teve gente foi demitido pessoas transferidas e nós fizemos muitos grupos juntas.

No começo eu sentia que aprendia muito com elas. Eu aprendia muito e não tinha muito que dar, às vezes eu tinha mais não percebia e a partir do momento que eu comecei a fazer os grupos de escuta com uma delas eu acho que eu comecei a dar também alguma coisa. A gente foi ficando mais segura juntas, porque tinha grupos que eu também tinha uma insegurança. Então eu sou de fazer grupos, porque eu sou psicóloga, não é porque talvez eu goste, porque não é todo psicólogo que sabe fazer grupo também. Porque é uma coisa que a gente é tão forte na faculdade, as pessoas acham que psicólogo sabe fazer grupo, mas não necessariamente. E aí eu tinha algumas inseguranças de fazer grupo. Claro que estudei bastante, mas tinha dúvidas e aí eu cheguei a ir em CAPS, cheguei a ir para outra UBS, como a minha gerente era muito aberta e eu tinha dúvida, ela me autorizava a ir a outros lugares ver como as coisas aconteciam.

A apoiadora disse que não sabia fazer grupo de escuta e eu não tinha experiência também, mas como tinha ido visitar outro serviço começamos a fazer e a gente aprendeu juntas coisas que foram bem intensas, porque teve gente com surto esquizofrênico no grupo de escuta, gente que nunca passou na UBS, a irmã pediu encaminhamento e estava no grupo, várias coisas loucas. A gente chamou um homem pensando que era mulher, porque a gente não via o sexo e o nome que estava escrito que era unissex. Aí a gente pegou essa faixa etária e sexo e chamou um homem no meio de um monte de mulheres de 20 anos porque na nossa cabeça era um nome feminino. Eu não vi o sexo, é difícil também fazemos com os pais.

Fomos aprendendo juntas, eu aprendi muito com elas questões de fisioterapia porque ela resolveu fazer um grupo de dor crônica. O apoio basicamente nessa época era um apoio institucional de fato, de fazer várias coisas legais, mas não é um apoio que atendia, não fazia assistência. Esse atendimento dependia muito da profissional, então tinha profissional que fazia uma super educação permanente. Por exemplo, uma apoiadora educadora física articulou uma educação permanente de terapia

comunitária com uma médica que era formada em terapia comunitária. Ela deu capacitação de Lian Gong para todo mundo do território e quem quisesse dos outros territórios, ela era muito boa nos embates das reuniões e tinha uma visão muito legal de saúde pública, fazia muito bem.

A outra apoiadora fisioterapeuta, por exemplo, tinha tudo isso, mas ela também tinha uma disposição para atendimento assistencial. Se precisasse, ela fazia visitas domiciliares, fazia os grupos comigo, se precisasse fazer, ela fazia e gostava de fazer. Ela resolveu fazer esse grupo de dor crônica, que foi uma opção, e depois virou obrigatório no município. A princípio eu não queria participar, estava cansada em um momento pré-férias e quando eu voltei me envolvi com o grupo. Então ela tinha essa disposição para atender junto comigo, nesse período eu acho que essa foi uma grande parceria porque eu aprendi muito nesses grupos de cuidados de dor crônica e ela também fala pra mim que aprendeu bastante nessa questão de grupos saúde mental. Juntas, a gente tentou e conseguiu, na verdade, fazer um grupo de crianças que era o nosso maior desafio, porque a gente não curti a ideia, porém, o número de atendimentos individuais de criança estava muito elevado e o serviço não dava conta, então resolvemos fazer um grupo, que era um grupo de educação e orientação para pais e com as crianças ao mesmo tempo. A gente conseguiu apoio para fazer isso dentro da UBS, tinha sala na época para esses grupos e demorou anos pra gente começar. Mas a gente começou sim, e aí foi difícil no começo, claro, mas foi muito legal essa construção. Então eu sou muito grata.

Terapia comunitária na minha UBS só existiu porque tinha uma apoiadora enfermeira e educadora física lá comigo que eram pessoas que sabiam terapia comunitária e junto comigo capacitaram os ACS para a gente ter terapia comunitária. Foi um projeto que eu comecei a idealizar em 2015 ou 2014, acho que foi 2014, que eu fiz a capacitação de terapia comunitária e eu só consegui colocar em prática no final de 2016 na UBS. Era um ano assim, só que era a mesma equipe de apoio, basicamente, mesmo com algumas mudanças. Algumas saíram para ser gerentes, entraram outras que eram bacanas e me ajudaram, a apoiadora enfermeira é um exemplo.

Esse início do trabalho com as apoiadoras foi muito tranquilo, elas estavam há muitos anos juntas, tinham as mesmas visões, tinha uma sintonia entre elas e me ajudaram muito a fazer esses projetos assim muito diferentes na UBS. Então, foi muito

legal. Bom, falando de mim, mas eu acho assim que para a equipe também. A equipe no começo, elas me contaram (as apoiadoras), eu não estava lá, que a equipe fica com aquele olhar delas de “estão aqui pra dedar a gente, estão aqui para mandar na gente, são espiões da gestão”, mas conforme o tempo foi passando elas foram sendo vistas como pessoas que estavam ali para ajudar de fato e as equipes apoiavam muito elas. Não, desculpa, não é bem a palavra, na verdade, as equipes contavam muito com a opinião delas, e contavam muito com elas para fazer algumas coisas que a equipe não tinha tempo ou não queria fazer muitas vezes. E aí a gente vai aprendendo quando está ali observando. O que eu faço pra equipe para criar vínculo e o que eu digo “não” porque a equipe precisa fazer e eles precisam aprender com esse “não” e elas faziam isso muito bem feito. Então, esses primeiros três anos foram muito legais, aprendi muito e depois também pude ensinar um pouco.

Ocorreu a mudança de gestão e houve toda uma mudança na estrutura dos serviços e na composição do apoio. Algumas apoiadoras foram demitidas, outras transferidas e no meu território chegou duas novas apoiadoras, uma farmacêutica e uma terapeuta ocupacional. E foi um processo difícil porque eu senti que nenhuma apoiadora gostaria de ter mudado de território, nem as que saíram nem as que chegaram, então, assim, foi diferente. Eu acho que foi uma tristeza para todo mundo, uma tristeza das que estavam saindo do território sem saber porque estavam saindo e uma tristeza de quem estava chegando pela mesma razão.

E nesse começo de uma nova gestão estava tudo muito incerto, ninguém sabia se iam continuar apoiadoras, se todas seriam demitidas, o que iria acontecer. Então, acho que o começo, assim, de vincular, não foi difícil, mas vincular comigo. Porque eu sempre vi o apoio como apoio mesmo, com uma equipe para me ajudar e se eu pudesse ajudar também seria bom, mas eu acho que a chegada daquele jeito, com aquela incerteza, não deve ter sido fácil não para todo mundo e principalmente para elas.

Mas para a equipe eu acho que não, a minha UBS já tinha uma visão formada do apoio, o apoio era visto com olhos muito positivos, então a sensação que me deu é que não importasse muito quem chegasse, a não ser que a pessoa fizesse coisas absurdas, mas quem chegava seria bem acolhida porque a minha UBS já via o apoio como uma coisa legal e eu sei que não é toda UBS daquela cidade que vê o apoio como uma coisa legal. Na minha UBS todo mundo via muito bem, então as apoiadoras

que chegaram foram bem recebidas, pelo menos eu nunca vi nada assim. As pessoas olharam com uma cara feia, mas a T. O. ficou muito pouco na UBS, então meio que eu não trabalhei diretamente com ela, só fizemos alguns grupos, era perceptível que ela manjava de saúde pública como as outras, mas talvez não tivesse tanto tato para as relações.

Já com a apoiadora farmacêutica eu trabalhei alguns anos, e aí era o apoio que eu já tinha tido mesmo um apoio que manjava de saúde pública, que tinha uma visão de defesa do SUS, um apoio que acrescentou no nosso grupo de cuidado de dor crônica, porque éramos uma apoiadora fisioterapeuta, uma apoiadora farmacêutica e eu psicóloga, então o grupo ficou mais potente eu aprendi coisas de fitoterapia, e foi uma troca de conhecimento também então foi tranquilo a minha relação.

Porém, eu também penso e tenho uma visão de quem está de fora, que essa gestão nova não vê o apoio da mesma maneira que era visto antigamente, como apoio institucional. Então meio que ficou um não-lugar, ao mesmo tempo que eu tenho que fazer a parte institucional da coisa, eu não tenho mais essa liberdade talvez, ou essa orientação diretamente e eu tenho que ficar restrita a atenção básica. Em 2016, as apoiadoras já ficavam pouco na atenção básica, elas estavam indo para hospital, para a policlínica, elas estavam mesmo articulando de forma muito maior a rede do que quando eu entrei em 2014. Elas ficavam ainda muito na atenção básica e em 2016, dois anos depois, a ordem pelo que eu entendi já era ampliarem essa articulação de rede, mais do que já havia. Porque quando eu cheguei, já tinha uma articulação com o CAPS ou com o CRAS, porém, o município estava muito além nas discussões de rede. O município conseguia fazer a equipe da policlínica ir discutir, caso na atenção básica, a realizar consulta compartilhada com a UBS. A gente estava com grupos de linhas de cuidado dentro da policlínica que tinha um dia para você ir lá discutir com eles os casos. Na época, eu lembro que eu estava com um caso mais complicado de uma criança que estava acima do peso e a apoiadora foi numa reunião com a atenção especializada onde esse caso foi discutido. A apoiadora trouxe o caso para mim e fez essa ponte, e a nutricionista da especializada fez um atendimento compartilhado comigo e com a família na UBS. Então a gente estava em 2016 estourando na articulação de rede, estava tudo lindo e de repente em 2017 tudo foi para o chão. Elas foram obrigadas a ficar na atenção básica, mesmo sendo muito bom para mim com minhas apoiadoras ali junto comigo. Eu não tenho do que reclamar, mas ao mesmo

tempo, caramba, e a nossa articulação de rede? Como vamos chegar no CRAS agora? Antes eu mesma por eu mesma nem precisava de apoiadora mais para me levar ao CRAS, porque a gente já tinha articulado e então, naquela insegurança no comezinho, quando a gente sempre ia com uma apoiadora e o psicólogo no CAPS, eu não precisava mais da apoiadora para circular na rede, eu já podia ir sozinha. Não gostava, mas podia ir sozinha. No CRAS, que eu me sentia sempre muito mais tranquila, eu cheguei com apoiadores, mas também cheguei aqui sozinha, porque a gente tinha uma liberdade de articular a rede muito melhor e o que eu tinha mais dificuldade, pelo menos, o que eu tinha dificuldade, eu acionava o apoio. Por exemplo, tentei contatos em algum equipamento da rede e não consegui mesmo. Então o apoio ajudava, mas eu já tinha conhecido o caminho das pedras através do apoio, porque elas já tinham me ajudado a conhecer essa rede, já tinham me articulado junto, me levado nos lugares. E o que eu ainda tinha dificuldade de sozinha com a EOT, por exemplo, eu precisava contar com esse apoio, porque era meu primeiro ano lá, eu precisava desse apoio comigo mesmo porque eu não conhecia e algum tempo depois eu já conseguia fazer sozinha. E em 2017 tudo isso foi pro chão, foi pro lixo mesmo tudo que era bom mundo junto na UBS. Fazer grupo é maravilhoso, mas é a parte do Kanban e a parte da policlínica e a parte do além do trabalho da UBS onde estava. Eu acho que elas ficaram muito chateadas, porque do mesmo jeito que eu odiei perceber que nossa rede estava dando passos para trás de novo, eu acho que para elas foi muito mais doloroso. Acho que isso com certeza influenciou na minha relação com elas porque não era mais uma equipe de apoio com quatro ou cinco pessoas, às vezes ficou em duas apoiadoras, às vezes ficou apenas uma, e como é que apenas uma apoiadora vai conseguir apoiar todo mundo? Então, chegou um ponto que eu não via quase a minha apoiadora de referência, porque ela tinha que ensinar apoiadores novos, recém contratados, que não tinham vivência de SUS que ela tinha, que eu tinha, que as enfermeiras de UBS tinham. Tinha que ensinar esse NASF novo a ser NASF e as pessoas contratadas não sabiam ser NASF. E querendo ou não, o que eu acredito é que apoiadora tinha uma agenda tecnicamente mais flexível para estar com essa galera nova, porque eu estava ali atendendo, fazendo grupo e os outros psicólogas também. Então acho que as apoiadores nesse começo devem ter sofrido muito mesmo, tenho certeza que elas sofreram muito, não só do meu território de todos os territórios. Mas o meu território ficou muito desfalcado e tem uma diferença

entre as apoiadoras antigas, aquelas que entraram em 2009 até 2013, que participaram de um processo seletivo e estavam ali por conta do seu currículo profissional, já tinham experiência de SUS, já tinham anos de rede. A troca de ideias e conhecimentos era uma troca muito mais legal, mais respeitosa, na minha opinião. Agora, os novos apoiadores que foram contratados na gestão atual em 2017-2019, não possuíam nenhum conhecimento de rede, nenhum tinha muito conhecimento de SUS, então, pra mim, era muito complicado. Vou dizer a verdade: eu não tive uma relação bem próxima, nenhuma parceria ali. Se precisasse, é claro, de uma explicação da minha parte eu faria, mas eu vivia a vida como se não precisasse contar, por que no que elas me ajudariam que eu já não soubesse depois de anos de rede? Depois de anos com esse apoio bacana que eu tive, com esse apoio potente, por que eu ia pedir para uma menina recém-formada de uma faculdade particular que nunca tinha trabalhado na vida no sistema público? Eu não iria pedir nada de informação ali, porque eu sabia eu não ia rolar. E o pior de saber que eu não poderia contar com esse novo apoio porque ele não tinha condições técnicas de me apoiar e também estavam aprendendo, a arrogância dos que não queriam aprender, e os que queriam aprender e mandar em quem estava há 10-15 anos, como as enfermeiras que estão lá há 1000 anos.

Como eu vou chegar no lugar, mesmo que eu seja alguém muito conhecedor das coisas e eu vou chegar mandando, eu vou chegar impondo? Não pode ser assim, mesmo que eu seja o doutor na área, quem dirá uma recém-formada.

Então eu comecei a olhar o apoio muito dessa maneira, as pessoas que eu admirava como profissional, porque eu trabalho por e com admiração. Quem eu achava que a gente podia fazer trocas bacanas, gente faz e eu já estava mais segura também do meu trabalho, então com quem eu pudesse fazer troca, eu faria. Porém, quem chegava e queria impor e determinar coisas para o meu trabalho eu não aceitava, porque eu sabia o que estava fazendo, e quem poderia impor alguma coisa para mim seria minha gerente ou departamento. E ainda assim, se eu discordasse eu ia brigar, lutar pela minha opinião. Quem dirá alguém que mal chegou e não sabe nada mesmo... Nesse ponto, para mim, o apoio degringolou.

Não dá para um apoiador chegar sem a experiência do SUS. Eu acho que dá sim, que é possível você aprender tudo nessa vida, acho que a gente não pode também ser assim. Então dá pra aprender com acerto, com erro, com tudo, mas o jeito

que chegaram, acho que é um jeito que foi muito difícil pra mim. Não que não pudessem aprender, não pudessem ser legais, mas uma parte desse pessoal não estava muito disposto a aprender, nem a ser legal com quem estava lá que nem eu, que fiz prova e estava lá há muitos anos. Tem uma parte que talvez pudesse ser muito bacana, mas não deu tempo de conhecer, não ficou ali tempo suficiente. Mudou de cargo, eu não sei as experiências dos outros territórios São Bernardo, mas para mim esse período foi um fator de estresse de verdade na nossa relação com o apoio. Porque o apoio já não era mais o apoio que a gente conhecia, a equipe do apoio não era mais aquela que nos apoiava, era apoio junto com o NASF, os apoiadores se viam como apoio e algumas pessoas do NASF viam o apoio como NASF e as equipes já não sabiam o que era apoio ou NASF naquele momento de fusão. Então assim eu sou apoio ainda, mas eu tenho que atender também, porém, não posso atender porque na minha carteira de trabalho eu sou apoiadora, mas na prática não tem outro profissional fisioterapeuta, por exemplo, para dar assistência no meu território, então vou ter que fazer grupo e atendimentos.

Nesses momentos, as equipes foram tendo dificuldade de entender o papel do apoio. As apoiadoras antigas foram tendo essa dificuldade de entender o que poderia ser feito ou não, não existia uma ordem clara para eles serem NASF, porém, existia uma cobrança velada para isso. Só que na prática o departamento estava mandando eles serem NASF, porém, um NASF que também faz apoio institucional. Como era isso então? Assim, eu tenho que ser um apoiador institucional, mas eu também tenho que ser NASF, mas eu continuo sendo apoio institucional, mas um apoiador pobre porque não tenho mais a liberdade de antes. Eu não tenho mais o apoio daquela gestão para ser um apoiador institucional de fato, porque nada nessa vida a gente faz no SUS se tiver apoio da gestão imediata, então tudo que eu fiz dentro das UBS as gerentes permitiram, tudo que eu fiz eu estava junto com as apoiadoras e a gerente também.

E na prática como era isso, teoricamente eu sou apoiadora ainda, mas as pessoas que mandam em mim agora nem sabem muito bem o que é o apoio institucional e estão mandando eu ser NASF, de forma indireta por questões trabalhistas. E aí ficava uma sensação de que muitas coisas aconteciam nessas reuniões com apoiadores e que a gente não tinha acesso. Então, eu nunca fui equipe com as apoiadoras, porque eu não sabia das informações, como eu posso compor

equipe com alguém que eu não sei que as coisas acontecem? Até hoje, para falar a verdade, elas escondem porque as apoiadoras antigas, elas são apoiadoras, elas se entendem como apoiadoras e elas podem ver a gente do NASF como equipe, mas elas ainda escondem coisas da gente, coisas que elas ficam sabendo dos departamentos e outros setores da gestão. Então assim, eu sou equipe porque estamos na mesma reunião juntas, porque fazemos grupo? Acho que não. Para mim, ser equipe é compartilhar, trocar informações, é ir em uma reunião e depois discutir com a minha equipe e não esconder coisas. E essas apoiadoras que entraram depois de 2017 fazem isso. Na gestão anterior a 2017, elas não tinham que fazer porque a gente não partilhava a noção de equipe, de tudo misturado assim, NASF e apoio, então para mim era bom. A ignorância às vezes é uma defesa, então elas passavam para a gente as demandas e informações do departamento. Mas como apoiadoras da saúde da família, faziam as reuniões, passavam as coisas para o gerente e para a gente o que era necessário passar do departamento e, para mim, era tranquilo. Porém, a partir do momento que a gente vira uma equipe mesmo que meio torta, meio sem saber e mesmo assim, eu fico no escuro, como aconteceu muito e ainda acontece, acho que desde que entrou essa gestão de 2017.

Porém, esse ano ficou muito claro isso, quanto as apoiadoras não compartilham com a gente as coisas e o quanto isso me deixa no escuro para eu poder ajudar na UBS, ao invés de me ver como alguém que está ali faz quase dez anos e posso ser alguém que vai ajudar numa reunião de equipe. Porém, existe várias divisões na equipe entre NASF e apoiadores e a potência se perde. Às vezes a equipe NASF e apoio não tem alinhamento porque eu não sei o que foi combinado com a minha gerente, o que foi combinado com a enfermeira.

Me recordo que em 2017 e 2018, com o apoio antigo, tivemos algumas conversas sobre a falha de comunicação. Se eu não sei o que foi combinado eu não consigo cumprir a palavra e fechar com a equipe, não conseguimos resolver. Porém, existia espaço de fala e de conversa, eu conseguia falar disso pelo menos, porque as gerentes, as equipes iam se aproveitando das falhas de comunicação. Por exemplo, a equipe me questionava sobre algo e eu respondia “A”, se a equipe não gostava dela, ia consultar outra pessoa que dava a resposta “B” e se a equipe não achasse adequado, ia em busca da resposta C com outro membro da equipe. Então era necessário melhorar a comunicação para melhorar o processo de trabalho.

Mas a gente conseguia falar um pouco disso pelo menos, não que tenhamos conseguido resolver, mas pelo menos dava para falar. A gente discutia e pensava sobre nossos erros como equipe, com nossos erros também na tentativa de ser uma equipe, porque a gente não conseguia ser uma equipe de verdade, porque nosso território, como eu disse teve vários apoiadores que entraram e saíram, vários profissionais do NASF que mudaram. Em dois anos tivemos dois fonoaudiólogos, três assistentes sociais, três educadores físicos, apoiadora mesmo que entrou e saiu, umas quatro. Então assim, nossa equipe teve muita dificuldade em ser formar e se ver como equipe. Nosso território passou por todas essas mudanças que não facilitaram a formação e trabalho de uma equipe. Desde 2017, que foi o primeiro ano de formação do NASF, nossa equipe só conseguiu passar um ano com a mesma formação em 2019, então como é que a gente vai ser equipe? Como que a gente vai entender o novo papel do apoio? Como é que vai entender o que desejam do NASF? Porque é muito fácil falar que a gente seja a equipe NASF e o apoio seja NASF com a gente, quando na prática, na verdade, querem que a gente seja um grande ambulatório. O que querem desse apoio? Eu não sei mais, antes eu sabia: era atuar como apoio institucional, apoiando a equipe, fazendo articulação de rede, porém, o que é do apoio agora? Eu não sei mais, meio que ficou tudo perdido e eu também não sei se as próprias apoiadoras sabem, nem as apoiadoras novas, nem as apoiadoras antigas. O que vem acontecendo é uma saída gradual das apoiadoras antigas, talvez por essas incertezas, e a cada apoiadora antiga que vai embora é uma tristeza para mim porque essas apoiadoras fizeram toda a diferença na minha vida profissional e para o resto da vida. Porque se eu sair de São Bernardo eu sempre vou ter aprendido com todas elas, com todas as apoiadoras antigas com quem eu estive. Até no erro que eu cometia junto com elas eu aprendo, até no erro elas cometeram em uma reunião e eu fiquei quieta observando eu aprendo. Não é porque elas são apoiadoras que sabem tudo, e não é porque eu sou psicóloga que também sei, então a gente errava e acertava juntas e era tão bom, tão gostoso, eu sinto tanta saudade... E hoje em dia eu já não tenho isso. Hoje em dia eu trabalho sozinha e é um sozinha muito pior do que antes, porque antes eu trabalhava sozinha, mas tinha as minhas apoiadoras. Agora é um eu trabalho sozinha com algumas pessoas que eu trabalho bem na minha equipe do NASF. Psicólogo já é uma profissão que fica muito só porque é atendimento individual. Atendimento em grupo é difícil, também quer que as

profissionais do NASF estejam comigo no grupo quando elas também têm outras demandas. Então eu tenho que ajudar nos grupos delas e também receber ajuda nos meus, mas se não puderam estar comigo eu vou fazer sozinha, logo é um trabalho chatinho fazer sozinho. E agora com essa coisa das apoiadoras perdidas eu já não olho mais os apoiadores como alguém com quem eu posso contar, isso já não existe mais para mim.

Hoje quando eu tenho alguma dúvida ou algum grande problema eu ainda recorro a uma apoiadora fisioterapeuta que chegou transferida, então hoje eu tenho duas apoiadoras no meu território, duas que são da gestão antiga, mas só uma que eu consigo olhar pra ela e pensar que é uma apoiadora mais velha, que tem um conhecimento de rede, um conhecimento de articulação, que vai me ajudar a sair da casinha, então é ela que eu vou recorrer quando eu preciso muito. Mas se a coisa mais tranquila, coisas simples que antes eu recorria muito mais facilmente porque elas estavam muito próximas a mim. E essa sensação que eu tenho com as duas apoiadoras minhas atuais é que elas escondem coisas, seja por ética de perceber algumas coisas de não rolar mesmo dela falar pra gente e deixar que a gente fique no escuro, seja por outras coisas, como é o caso da nova apoiadora que entrou esse ano. E aí fica difícil, essa sensação de a gente não saber o que está acontecendo, e saber que elas (as apoiadoras) se veem como uma dupla, mas ao mesmo tempo querem fazer parte da nossa equipe NASF, mas escondem as coisas. A minha apoiadora atual ela combina, articulada, faz e acontece e nós do NASF dela não sabemos.

Antes tínhamos um NASF de território, hoje esse NASF foi dividido, então as duas apoiadoras se dividem entre esses dois NASFs. Nesse caso, a apoiadora que está no meu NASF, que fica a semana inteira na mesma UBS que eu, não sei o que ela está fazendo ou articulando, muitas vezes a gente bate de frente porque eu falo “A”, eu dei de “A” para algum problema e ela já tentou o “A” e não me contou, e se torna uma confusão porque a equipe não tem alinhamento. A sensação é que não está nada dando certo, a um ponto de a gente ter conversas muito tensas mesmo e de claramente ter que conversar a respeito de hierarquia, coisas como: “olha ninguém aqui manda em ninguém”, ou “a gente é uma equipe ou não é?”, de ter que colocar cada um no seu lugar mesmo, de ter que olhar para a apoiadora e dizer: “minha gerente aqui é só fulana ou se você quer que eu te ajude você tem que contar o que

“você falou para nossa gerente e não esperar que eu adivinhe, e você tem que me falar o que você pretende quando você faz um problema com as enfermeiras porque aí eu dou várias ideias para os problemas das enfermeiras e na real você já falou ‘X’ para enfermeira e não tem mais como resolver aquele problema”.

Então a relação está muito mais difícil, acho que não é uma relação difícil só pelas as pessoas envolvidas, acho que tem uma questão dessa gestão de ter tirado o lugar do apoio institucional para virar uma coisa mista. Este braço da gestão e ao mesmo tempo o apoio institucional só dá atenção básica, regrediu um apoio ao mesmo tempo ainda tem que ser o NASF, um mal NASF porque não dá conta de fazer tudo isso e ainda ser NASF. No sentido de ir na reunião de equipe, de discutir caso, de atender caso, embora digam que não é para o apoio fazer assistência, mas na prática é cobrado sim, na minha opinião, que hoje em dia que o apoio atenda. Porque é cobrado também da gente que sejamos ambulatoriais às vezes. Então, o apoio está muito distante hoje em dia das equipes e distante do NASF também. O apoio está com dificuldade de se perceber no processo em SBC depois que as coisas mudaram.

Todos nós temos um pouco disso, quando a gestão muda e as coisas mudam, como muitas coisas mudaram e algumas coisas ficaram para trás com a articulação de rede forte, como a liberdade de articular a rede. Agora é bem burocrático, se eu quero conversar com o CREAS eu tenho que mandar um relatório para o meu departamento, autorizar e fazer contato com o departamento de assistência social que fará contato com o CREAS e até chegar no CREAS o paciente morreu, como já aconteceu de fato na minha UBS. Então é complicado a gente conseguir trabalhar na incerteza do que a gente é, e eu acho que está difícil pela certeza do que a gente é e pela incerteza também se a gente vai ficar. Penso que as apoiadoras têm muito isso mais do que o próprio NASF, de que “quanto tempo vai demorar para eu ser demitida?”. Porque eu sou lá gestão passada, o meu cargo não é político, o meu currículo era o meu indicativo de contratação, de coisa bacana, então quanto mais tempo eles vão precisar de mim? Eu acho que isso deve causar algumas inseguranças também, e tristeza por tudo que elas já viveram de potente na rede e não existe mais. Dá tristeza em mim, deve dar nelas também, deve dar nos enfermeiros também, deve dar em toda a rede basicamente. Mas estou falando por ela e por mim. Eu acho que é triste, então acho que agora é totalmente diferente a relação assim. 2016 era uma e em 2020 é outra.

Eu não vejo perspectiva no apoio institucional em São Bernardo do Campo, eu acho que as poucas apoiadoras que resistirem, na verdade, não sei se elas vão resistir, não acredito que irão demiti-las, mas acho que cada vez mais o trabalho do apoio institucional vai ser diluído. Não entendido e vai acabar sumindo.

Ao mesmo tempo o NASF aprende com o apoiador, então se tiver um apoiador que ainda saiba o que eu sei apoio, que lembre e ele ensine o NASF algumas coisas não vão ser perdidas. Porque eu aprendi com as apoiadoras, eu sei o que é apoiar as equipes em uma reunião de equipe, sabe assim, de ajudar discutir um caso de uma maneira ampla, de saber como a rede funciona pra eu poder encaminhar um paciente para uma coisa que ele precisa, coisas que o apoiador sempre fez no começo quando eu entrei aqui. Eu aprendi com eles, então isso que eu aprendi com as minhas apoiadoras as mais velhas eu não esqueço, eu internalizei para mim, então sei discutir um caso multiprofissional, interprofissional, transdisciplinar por causa delas. Claro que tem a minha qualificação pessoal e profissional também. Estudei, fiz pós-graduação em apoio à saúde da família, tem umas coisas minhas também, mas na prática aprendi muito com apoio e também já tinha feito estágios em saúde da família, então eu já tinha uma bagagem mínima, mas depois eu estudei mais dentro da UBS, eu também aprendi muito com elas.

Eu não esqueço esse caminho da rede, acho que não vai morrer, o legado não morrer mais a função de apoiador eu acho que não vai existir mais daqui algum tempo. E esses novos apoiadores, a tendência é ser NASF com nome de apoiadores. Não acredito que irão ampliar esse horizonte, investir na expansão de rede ou que vão dar grandes entendimentos sobre o que o apoio fazia em 2016, não acho. Como eu disse, a não ser que os apoiadores novos que entram a partir 2017, tenham estudado, aprendido na raça, e tenham tido alguém do apoio para contar a história e devem ter tido, porque as apoiadoras antigas estão saindo devagar. Não é todo mundo no mesmo momento porque senão morre.

Fica o legado pelas equipes de saúde da família, pelos psicólogos, os poucos que ainda são antigos como eu, porque também saiu muita gente nesse último ano. Começou a sair em 2019 algumas pessoas, em 2020 saiu muito mais e a tendência é cada vez mais profissionais deixarem a rede. Então, eu acho que enquanto tiver de pessoas que trabalharam com essa ideia do apoio entre 2009 a 2016, o legado fica, e isso é muito legal, falo com empolgação. As apoiadoras deveriam ter orgulho disso,

porque elas fizeram muita diferença na vida dos pacientes, nas nossas vidas, elas fizeram que basicamente o que o NASF tem que fazer mesmo, o que é dito no caderno 39 da atenção básica, que é apoiar as equipes e fazer essa troca maravilhosa com as equipes. É matriciar as equipes tanto no núcleo quanto no campo, e ainda ajudar na parte assistencial. Eu tento sempre manter isso que eu tenho que fazer, essa parte de ajudar a equipe. Eu tenho que apoiar, tenho que fazer o meu melhor nesse aspecto, capacitar essa equipe, aumentar o escopo de oferta, mas também tenho que fazer a parte assistencial, o psicólogo sempre tem que fazer a parte assistencial na atenção básica. Só que toda essa visão ampliada eu tive com elas e pude aprender, então enquanto eu estiver no município não vai morrer, porque eu aprendi eu vou levar sempre, estando com uma apoiadora do meu lado ou não. Agora já não faz tanta diferença, porque eu aprendi com as apoiadoras mais antigas lá atrás e eu vou levar para a vida. Vou levar o meu trabalho até enquanto eu ficar e depois que eu for embora? Quem aprendeu comigo o que eu aprendi com as apoiadoras vai levar para a frente? Eu acho que sim, mas se essa pessoa também sair, e se todos que tiveram contato com essa história sair como vai ser? Os profissionais podem lembrar, mas acho que o legado correr o risco de morrer porque, como eu disse, no SUS temos que repetir diversas vezes, construir e reconstruir os processos, repetir, falar de outra maneira. Você falou a mesma coisa dez vezes de dez maneiras diferentes.

E se não tiver ninguém para relembrar, para lembrar que o CAPS é diferente do PA de psiquiatria, é coisa que a gente fala a 1000 vezes. Eu falo isso desde que entrei e eu explico os lugares, eu explico os endereços. Me recordo que uma das primeiras reuniões que nós tivemos na minha UBS para falar da rede de saúde mental nessas nossas tentativas, eu e as apoiadoras de capacitar a equipe foi justamente quando os apoiadores contam a rede de novo saúde mental de São Bernardo, não tínhamos estrutura, nem computadores, fizemos cartazes e essa apoiadora explicou de novo toda a rede, sabe, isso foi lá em 2015.

Então eu continuo explicando essa rede desde então, então enquanto a gente tiver essas pessoas que gostaram do trabalho vai manter, mas agora não acredito que vai ter contratação ou investimento no apoio.

Eu agradeço poder falar da minha experiência em São Bernardo. Acho que é importante fazer essa reflexão, ainda mais nesse período das nossas vidas em que a gente está refletindo sempre no processo do SUS e o prazer que foi trabalhar com

quem acredita no SUS. Nossa, isso é muito bacana e a maioria das apoiadoras que eu conheci praticamente todas acreditam mesmo no SUS, elas acreditam no SUS. As antigas não, as a partir de 2017, estão trabalhando no que acreditam, querem o melhor para o nosso paciente, não só o paciente que eu atendo, mas o nosso paciente do nosso território. É muito mais amplo, não é o cara que vai no meu consultório e o paciente do nosso território inteiro, mesmo que a gente não conhece, e isso é muito lindo e foi um prazer falar disso e falar das apoiadoras. Pode colocar isso daí, porque é um amorzinho que sinto por vocês, apoiadoras.

NARRATIVA DA ROSA - *“Hoje o meu sentimento depois de tudo que nós construímos, foram tantas coisas boas, mas eu tenho um sentimento de tristeza com todas essas perdas e retrocessos”.*

Vou contar um pouco da minha atuação como apoiadora. Eu entrei no apoio no meio do ano de 2010, conhecendo bem pouco a questão da saúde pública. Tinha uma vivência anterior como NASF e entrei sem saber como seria essa função de apoiadora em saúde e ao longo dos anos fomos construindo o que seria esse papel em apoiadora em saúde e fomos desenvolvendo esse trabalho através do cuidado em rede a partir da atenção básica.

Nós ficamos alocados na atenção básica e através da atenção básica a gente foi percorrendo os outros serviços e isso perdurou por seis anos.

Esse trabalho mais de rede foi construído através de várias questões de rede, várias conformações e nesse formato o nosso vínculo maior era dentro da atenção básica, porém, a gente foi construindo os outros vínculos com a atenção especializada, a urgência e emergência. Nós fizemos um vínculo muito grande dentro das UPAS, que era cada território tem uma UPA e aí trabalhamos também bastante a questão da educação permanente nesse serviço que a gente estava locado.

Foi uma construção bem interessante porque realizávamos uma discussão bem ampla, conseguíamos observar os caminhos que o usuário percorria nos territórios e serviços de saúde, na verdade os caminhos que ele escolhia e essa foi uma construção feita a partir do trabalho do apoio. Aprendi muito nesse tempo, então tudo

o que eu não sabia era o papel da apoiadora em saúde, eu fui aprendendo e desenvolvendo isso até meados de 2016, o que durou seis anos.

Houve uma mudança de gestão e o nosso trabalho mudou completamente. Hoje estando aqui há dez anos e meio tudo o que foi construído com essa mudança de gestão foi se perdendo para mim. Ainda tenho um período que eu faço algumas intervenções de rede, mas é o mínimo da minha carga horária. Hoje a gente é muito mais visto com um profissional do NASF, sendo um profissional mais da assistência.

Os apoiadores hoje são sanitaristas no município dando assistência dentro da atenção básica e as intervenções que os apoiadores construíam a gente constrói bem pouco. Um exemplo é na saúde mental, hoje as intervenções são mais na micropolítica com os outros profissionais assistencialistas, então penso que a gente perdeu bastante, tentamos construir várias coisas dentro da assistência, com outros profissionais, tentamos trabalhar um pouco mais o fortalecimento do cuidado, fortalecimento dos outros profissionais, mas ainda é uma coisa muito rasa.

A gestão atual não entende muito bem o nosso papel que é muito visto como um profissional assistencialista.

Hoje acredito que minha contribuição no início do apoio dentro do cuidado foi de grande valia, eu pude perceber que nós construímos uma rede bem fortalecida e muito bem estruturada, nós percorríamos vários serviços. Isso se dava através dos espaços que percorríamos em outros serviços, os vínculos que tínhamos nos outros serviços, o conhecimento que construímos na rede e voltávamos para discutir na atenção básica, construíamos como as equipes como elas iriam abordar, como iriam fazer o cuidado e isso acontecia através de alguns de casos disparados em outros espaços, um exemplo, é um Kanban.

O Kanban era uma espaço dentro dos hospitais do município, os apoiadores frequentavam o hospital de clínicas e o PS Central, discutíamos com as equipes hospitalar sobre os usuários que estavam internados e qual era a trajetória, as dificuldades e os entraves no cuidado e para o processo de alta e após essa construção coletiva, voltávamos com essa demanda para atenção básica ou os outros serviços de apoio para pensar o pós-alta desse paciente, como iria se dar o cuidado dele, organizávamos e pensávamos tudo antes desse paciente ter alta hospitalar e isso era uma construção incrível.

Outra construção legal era com os pacientes do CER que em qualquer dificuldade de acessar o serviço ou então os pacientes que possuíam muitas faltas, discutíamos com as equipes de saúde esses dados e fatores para juntos pensarmos em novas possibilidades para esses pacientes, porque as dificuldades eram diversas como moradia, acesso do território, enfim, depois levávamos as respostas ou discussões novamente para o CER.

Outra possibilidade era a educação permanente com os diferentes serviços, ps espaços que proporcionávamos para os profissionais da rede. Um exemplo é a UPA. A UPA é um serviço que não tem rotina, é um serviço de emergência que a cada dia tem novas e diversas ocorrências e os profissionais muitas vezes não entendiam a rede de serviço, então proporcionamos encontros com outros profissionais de outros serviços para conhecer a UPA e contar um pouco para esses profissionais sobre o funcionamento do outro serviço, o que ele atendia e como era feito o cuidado. Isso foi uma ação bem bacana com bons resultados.

Os profissionais da UPA conseguiram participar em outros espaços, conhecer outros espaços e serviços, como funcionavam, suas potencialidades e fragilidades, foi muito bacana. E foi possível realizar esse trabalho com vários serviços da rede e os trabalhadores conseguiram abrir o olhar, ampliar o olhar, modificar o olhar. Porque muitas vezes esses trabalhadores tinham a sensação que tudo era encaminhado para UPA, eles não sabiam como os outros serviços funcionavam. Eles puderam vivenciar perceber que o CAPS é uma casa e não um hospital, é um lugar de convivência. Por mais que a gente explicasse na teoria, na prática eles visualizaram uma coisa totalmente diferente, então foi bem bacana. Foi uma parceria muito legal. Na época foi possível fazer isso com todos os turnos. Porém, hoje isso acabou, o contato que temos hoje com a UPA estão relacionados a casos pontuais quando eles não conseguem algum contato familiar ou territorial. A prática de construção de rede, de ter uma agenda programada para discutir casos nos serviços acabou.

Eu acredito que a minha contribuição dentro do meu papel, da minha função foi muito rica para todos os serviços, já teve alguns serviços que a gente tinha mais dificuldade de acessar, porém, estávamos construindo porque esse é o trabalho, é uma construção diária e hoje é uma pena falar isso. Falo com muita dor no coração, pois um trabalho tão bonito, tão potente se acabou, então hoje os apoiadores estão

mais voltados ao cuidado e a micropolítica e fico entristecida. Eu não consigo enxergar um avanço diante disso.

Tanto que agora, no meio de uma pandemia, tanta potência neste trabalho não conseguimos realizar. Nós estamos aqui trabalhando junto com as equipes, tentando realizar um trabalho mais estruturante, porque nós tivemos também uma renovação muito grande da equipe e muitas mudanças de profissionais e isso acaba fragilizando um pouco também os serviços.

Muitas vezes os profissionais não têm experiência, eles não têm conhecimento, e o que estamos tentando fazer na micropolítica é não deixar a atenção básica virar um ambulatório. Estamos trabalhando para que as pessoas que estão aqui tenham um olhar ampliado, porque a atenção básica é um espaço ampliado de cuidado, não é um ambulatório de ofertas de consultas.

Então é um pouco disso o que estamos fazendo, fico até sensibilizada de falar isso. Tivemos um grande avanço, porém, tivemos que recuar agora estamos nesse passo. Eu acredito que isso é um pouco falha da gestão central, eles não sabem o que é o apoio, o trabalho do apoio e como o apoio poderia contribuir e eu acho que eles também têm um pouco de medo do apoio, então a gestão prefere deixar o apoio nesse limbo.

No início do apoio nós éramos uma equipe com cinco pessoas, cinco apoiadores por território, isso foi diminuindo, tanto que hoje nós somos duas trabalhadoras no território. Um território grande, um território vulnerável. Tínhamos uma facilitadora por território que auxiliava muito nas nossas dificuldades, porque nós trabalhamos muito com relações e as relações trazem algumas dificuldades, alguns entraves e essas facilitadoras auxiliam muito. Além da facilitadora, nós tínhamos encontros mensais com a coordenação dos apoiadores para falarmos e vivenciarmos um pouco das dificuldades encontradas nos territórios. Eram encontros mensais e também tínhamos educação permanente, era um encontro com a rede toda, espaços chamados de “reunião de rede” para discutir um pouco as necessidades dos territórios e da gestão central, qual era à frente, o que nós precisaríamos trabalhar, então era essa a nossa rotina.

Também tínhamos os encontros entre nossa equipe, as reuniões por frente de trabalho, nós nos organizávamos por linha de cuidado (a linha materno infantil, a linha dos crônicos, a linha de obesidade). Dessa forma, o trabalho da equipe era dividido

por linha de cuidado. A linha materno infantil, que envolvia a rede cegonha, tínhamos discussões com o HMU, discutíamos as dificuldades, entendíamos quais eram as demandas e assim o trabalho ia sendo construído.

E hoje não temos mais esse trabalho, não temos mais as reuniões de rede, não temos esse facilitador, hoje estamos alocados na atenção básica e reportamos tudo ao gerente da UBS e algumas questões mais lógicas a gente tem o departamento de atenção básica que dá algum respaldo, algumas respostas, e não temos mais encontros frequentes, reflexo também da pandemia, ultimamente os encontros eram a cada três ou quatro meses.

Meu sentimento é um sentimento de gratidão por ter estado nesse papel porque eu aprendi muito (sorrisos), aprendi muito sobre o SUS, aprendi a conhecer mais sobre os SUS, aprendi mais sobre esse trabalho, aprendi trabalhar mais com relações, aprendi a ter mais empatia pelo outro, porque muitas vezes o apoio não estava nem na assistência nem na gestão. A gente sempre estava no meio, em todos os processos, não éramos assistência e não éramos gestão, sempre fomos o meio, a ligação.

Em muitas vezes a equipe já estava bem esgotada. Às vezes tinha uma reação negativa em cima de nós, em muitos momentos recebíamos a demanda da gestão e tínhamos que cumprir junto das equipes e desenvolver, então ficávamos sempre no meio, tínhamos que ter equilíbrio entre gestão e equipe, pensar como a iríamos abordar e conduzir todo o processo. Esse trabalho me deixou bem resiliente, talvez essa seja a palavra para poder lidar com o processo de ser apoiador e estar sempre no meio.

Hoje, o meu sentimento depois de tudo que nós construímos, foram tantas coisas boas, mas eu tenho um sentimento de tristeza com todas essas perdas e retrocessos, de ter contado tudo isso e ver tanta coisa construída sendo destruída e hoje não fazemos esse trabalho, trabalhamos com outro olhar que não de apoiador.

Mas é eu ainda tenho um sentimento de que isso possa ser retomado, porque é um fortalecimento para o nosso serviço de saúde, é um fortalecimento do SUS e nós sabemos o quanto que perdemos nesses longos anos em processo e em incentivos.

Eu acredito que nós trabalhadores temos essa potência de fortalecer mais uma vez a saúde e os espaços, esse é meu sentimento sempre, não desistir porque eu

acho que é por isso que eu ainda estou nesse papel a todo esse tempo. Me emociono só de falar.

Quero contar um caso que aconteceu. Tinha uma usuária aqui no território, usuária de várias de substâncias, como crack e outras drogas. A equipe já tinha feito de tudo que acreditava ser possível, quando eu entrei falei que a gente precisaria olhar mais, discutir outras formas para acionar outro serviço, porque a pessoa ela tinha residência e família, mas até sua residência estava sendo usada como espaço de uso para ela e até para outras pessoas.

A equipe estava bem esgotada, era como se eu tivesse uma ideia, uma super ideia para resolver tudo e a equipe dizia: “você está doida, isso não vai mais rolar, a gente já fez de tudo, já chega”. Depois de longas discussões e intervenções, por fim conseguimos uma aproximação mais potente com o CAPS e com o consultório na rua, por mais que essa pessoa não fosse moradora de rua, a gente conseguiu uma aproximação do consultório na rua porque ela ficava bastante tempo na rua.

Ela era uma paciente muito agressiva, não conseguíamos aproximação adequada e conjuntamente a equipe da atenção básica, o CAPS e o consultório conseguimos um vínculo com essa paciente, ela passou a frequentar os grupos CAPS, então o consultório na rua buscava ela que passasse o dia no CAPS depois retornava. E aí essa paciente foi se fortalecendo, ela tinha uma família, uma filha menor de idade, ex-marido, e essa família tinha muita vontade de que ela se recuperasse e voltasse para a sociedade, mas só que isso é um processo muito longo. Demoramos por volta de três anos e hoje essa paciente conseguiu se recuperar, conseguiu se restabelecer e voltou para os braços da família dela, voltou a morar com a filha dela que é uma criança, cuidar da filha dela. Hoje é uma paciente que está muito bem.

Mas para a equipe era um caso que já não tinha mais solução, era algo perdido e por muita insistência por muitas tentativas frustradas até a gente conseguir auxiliar a paciente a se restabelecer, conseguir seguir o tratamento, e o resultado foi a paciente conseguir retornar a família dela, ao berço dela, então isso me marcou bastante.

Hoje ela nem mora mais no nosso território foi realmente morar com a família dela em outra região. E eu sempre recordo muito da equipe dizendo: “nem vem não dá para discutir, não dá, a gente já está cansado, a gente não consegue, e aí vai ser

só uma discussão perdida”. Eu escutei isso não foi uma vez, foram várias vezes ao longo desse processo, então é algo que me deixa muito feliz depois de tudo que mobilizamos. Muitas pessoas dessa equipe já não se encontram mais nesse trabalho, eu até gostaria que as pessoas soubessem disso que aquele caso perdido, aquela pessoa se recuperou. Porque eu continuo no território, eu sei o que aconteceu “não é porque às vezes vamos encontrar caso perdido e histórias frustradas em outros espaços, mas nunca podemos perder as nossas esperanças e nosso potencial, e nós do serviço de saúde temos um potencial muito grande de transformar a vida das pessoas” e isso me emociona muito.

Eu acredito que a rede se fortaleceu muito pela contribuição do apoiador em saúde, a gente conversava, a rede conseguia resolver seus entraves por conta do apoiador de saúde, então o apoiador de saúde na minha perspectiva, no meu olhar é o responsável pelo fortalecimento da rede de São Bernardo do Campo.

Quando eu entrei aqui em 2010 era uma rede, ela se fortaleceu por conta do trabalho do apoiador esse é meu olhar, hoje estamos fragilizados, hoje o município tem um hospital para ser inaugurado com grande potencial, vários outros serviços que irão inaugurar, isso me corrói muito porque não estamos nesses espaços para conseguir articular a rede e potencializar os serviços e a assistência.

Então o apoiador de saúde é um papel fundamental nesse processo. Se eu pudesse dar um conselho para os gestores, secretários e prefeitos eu ia falar isso: contratem apoiadores saúde porque ele é um profissional que tem uma contribuição excelente no papel do fortalecimento do SUS no município.

Hoje não existe mais perspectiva do apoio em SBC, o que eu escuto falar é que o cargo de apoiador é um cargo de vacância, que está para acabar então nunca mais houve contratação, pelo meu olhar hoje eles preferem contratar outros profissionais para assistência.

Até porque o apoiador é visto como um cargo de gestão, e os últimos apoiadores contratados foram selecionados por meio de escolhas políticas, acredito que se tiver mais contratações, mais processo esse será o critério e infelizmente os critérios não será por tudo isso que eu falei.

NARRATIVA DA HORTÊNSIA – *“O apoio é importante porque consegue fazer o elo entre a unidade e outros serviços, ele consegue sensibilizar o paciente e compreender quais suas necessidades e limitações, entender a necessidade real do paciente para cada serviço”.*

Sou agente comunitária de saúde de São Bernardo do Campo há dez anos. Iniciamos há dez anos atrás como a primeira equipe de agente comunitário na época não era estratégia saúde da família era PACS só tinha enfermeiro e médico e não tínhamos equipe de apoio.

A equipe de apoio veio integrar um tempo depois, quando a unidade se transformou em estratégia saúde da família, no começo foi meio turbulento essa integração porque nem o agente comunitário sabia como trabalhar em conjunto e nem a equipe de apoio sabia como apoiar e ajudar no trabalho do agente comunitário porque a gente ainda não tinha acesso direto aos domicílios, a população não conhecia o trabalho, não sabia o que nós fazíamos.

Então começou um trabalho primeiro de reconhecer o território, de fazer a divisão de área e ver quais as áreas eram mais vulneráveis e quais as que não demandavam tanto atendimento pela UBS, nessa época tinha uma equipe legal que contribuía mais para o andamento da UBS. Até mesmo no entendimento de como seria o nosso trabalho junto com a população e começamos a nos conhecer e a conhecer a população que iríamos cuidar.

Nesse processo o apoio teve uma importância muito grande porque ele não só apoiava internamente, como externamente em alguns casos que a equipe da UBS tivesse um pouco mais de dificuldade em questão de orientação de serviço, em construir um trajeto na rede entre a atenção especializada ou pronto socorro, orientação da rede que muitas vezes o enfermeiro ou um médico não conseguia nos orientar quanto a isso porque se entendia que isso fugia da demanda ou obrigações de dentro da UBS.

No início foi um trabalho árduo, difícil, mas ao longo do tempo a gente conseguiu se integrar mais, se apropriar de saberes, foram se construindo alguns grupos de atendimento na UBS tanto de exercícios como os de terapias que envolvia vários profissionais. No início do apoio no território tínhamos educador físico, psicóloga, assistente social, havia uma nutricionista e junto com esses profissionais a

gente foi conseguindo ter um outro olhar e um cuidado melhor com os pacientes. Muitas vezes a gente não sabia como lidar com alguma situação ou demanda, não apenas com a questão da saúde, às vezes com a questão de moradia, ou de limitações que a gente tinha na rede.

Um evento que me marcou foi que eu tinha dois casos, dois senhores com perda de movimento, inchaço das juntas e outras complicações, já havia passado em consulta com o clínico era hipertenso, mas nada que evoluísse para aquela perda motora. E toda vez que eu visitava, eu via que gradativamente ele estava perdendo o movimento, já tinha sido encaminhado para diversos serviços, para reumatologista, para neurologista, e nenhum serviço absorvia a demanda ou resolvia a queixa. Simplesmente passava pelo médico voltava para a unidade, mas sem ter diagnóstico, sem fazer absolutamente nada, simplesmente um atendimento em que se falava para o familiar é assim mesmo, isso pode acontecer com qualquer pessoa.

Com a rede do apoio em uma discussão de equipe, eu tive a oportunidade de fazer um curso de hanseníase ofertado pela rede e na aula nós falamos dos sintomas e a cada sintoma que ela falava eu via esse meu paciente, só que ele não tinha a perda da sensibilidade, ele tinha pouca sensibilidade, mas sentia calor, sentia frio nas mãos, nas extremidades, em alguma mancha. Tive a oportunidade de perguntar sobre os casos raros de um que não apresentava alguns sintomas, e nesse curso ela falou para mim pode ser hanseníase, conversa com a equipe.

Numa reunião de equipe eu falei com o apoio que estava na reunião, afirmei que no meu olhar poderia ser, e a apoiadora disse que era interessante meu apontamento e que deveríamos encaminhar, depois disso uma das apoiadoras foi e realizou todo encaminhamento para rede junto ao médico, e após esse encaminhamento descobrimos que não era hanseníase, porém, através do apoio voltou para a equipe com um possível diagnóstico e com atendimento na geriatria. E em atendimento com a geriatria foi diagnosticado mal de Parkinson. Ele não apresentava os sintomas mais comuns e perceptível, então, com o apoio orientando e dando direções a equipe conseguiu dar uma qualidade de vida melhor para os pacientes. Um deles ainda viveu por mais seis anos, porém, com qualidade de vida, suas articulações desincharam, ele teve sua mobilidade melhorada, a qualidade de vida dele voltou. Nisso entrou uma das fisioterapeutas apoiadoras, como não é muito fácil conseguir atendimento de fisioterapia no município e muitas vezes para o familiar

levar o paciente para realizar a fisioterapia em outros serviços como uma clínica escola ou até mesmo na rede fica difícil. Então essa fisioterapeuta apoiadora orientou fazer o exercício em casa, a família conseguia lidar melhor com isso e os resultados era uma melhora gradativa da qualidade de vida, graças ao apoio e essa rede de cuidado.

Dessa forma o paciente era reavaliado a cada dois meses para novas orientações, e o paciente teve um ganho na sua qualidade de vida. Se não fosse o apoio continuaríamos encaminhando de médico para médico, especialidade para especialidade e o paciente continuaria sem diagnóstico. Durante o trabalho o apoio sempre apresenta outro olhar e sai da resposta pronta “é assim mesmo”, com o apoio não teve mais essa história de dizer “é assim mesmo”, os pacientes e os casos eram vistos de forma singular.

Já nos processos internos da UBS havia algumas complicações, nem sempre temos as ferramentas necessárias e RH está sempre reduzido, poucos profissionais realizando o apoio. Apenas uma equipe para dar conta de uma população de 4000 pessoas entre elas 1500 tem problemas sérios de saúde, fazer visita, absorver as demandas da própria unidade, fica difícil. Às vezes montar essa agenda compartilhada com o apoio é difícil, porque eles são deslocados para outras unidades e serviços e nem sempre então só trabalhando aquela rede de cuidado na atenção básica, eles também atuam em outras redes.

Teve um período em que o apoio ia para os hospitais, exemplo pronto-socorro central, acompanhava os casos de internação, se era recorrente, quais os problemas de saúde relacionados a internação, um quadro geral do paciente e trazia para a UBS para discutir o caso e pensar no pós-alta desse paciente. Para mim, a rede demandava muito desse profissional, faltava profissional e também existia a má divisão de tarefas, alguns profissionais ficavam sobrecarregados.

No meu ponto de vista, o apoio contribuiu com a qualidade de vida e com o olhar mais humanizado no cuidado. Os pacientes não eram vistos como doença e remédio, às vezes vai além de medicar, às vezes a situação de saúde dele não está só no remédio, muitas vezes o apoio consegue dar um norte, um caminho que muitas vezes o paciente não encontra sozinho, até para nós mesmos agentes comunitários muitas vezes temos demandas do território e isso causa um sofrimento, quando tinha o apoio a gente sentava e conversa e encontrava um norte, uma direção, um caminho,

havia uma qualidade melhor no trabalho o apoiador consegue trazer expectativas e melhorias para a equipe e para os pacientes.

No último ano os profissionais que estão atuando, atuam porque gostam do que fazem, porque eles não têm suporte nenhum, está bem difícil. A maioria dos profissionais atuantes não tem suporte da gestão, cada dia que passa está mais estreito para o apoio realizar suas atividades. Antes eles tinham outras atribuições e já era difícil, agora é muito mais, eles têm muito mais afazeres, não trabalham apenas com o objetivo de fazer rede, dar suporte para uma UBS e para os profissionais, eles têm outras funções, além da parte burocrática, eles absorvem vários trabalhos porque a gestão parece não entender o papel do apoio agora.

A perspectiva para o futuro é praticamente nenhuma, porque você não tem incentivo profissional, tornando o profissional desgastado e cansado, que ainda está no trabalho fazendo o essencial e infelizmente não tem reconhecimento, não tenho incentivo, não é como no início do apoio de rede. O apoio de rede está e vai fazer muita falta, eu penso que quem mais vai sentir é a população, porque mesmo esses profissionais não sendo conhecidos pela população como nós conhecemos. A população não tem ideia da falta que esse profissional faz dentro da unidade, ele às vezes é aquela pecinha que faz a engrenagem da unidade toda funcionar, ele senta, ele faz a divisão de área e trabalho, ele consegue ajudar a equipe a pensar, sem ele muitas vezes isso é complicado, elaborar as estratégias é bem complicado, sem o apoio fica cada dia mais difícil. Para mim muitas coisas foram resolvidas pelo apoio, porque sinceramente não encontrávamos solução dentro da UBS.

Com a chegada do apoio a gente tinha bastante demanda, encaminhamentos e também a solução para os problemas, o apoiador é um profissional que contribuía para o andamento da UBS, era um profissional que circulava na rede e tinha muita bagagem, a bagagem dele é muito maior do que a gente que está ali naquele único espaço, o conhecimento dele é muito importante para os serviços.

Infelizmente não só o apoio, mas a estratégia “saúde da família” aqui no município ainda engatinha, ela não chegou a andar, ela começou a ficar de pé, mas já está se sentando de novo, está perdendo as pernas de novo.

Porém, hoje a gente sai na rua e consegue resolver coisas que no passado parecia impossível, resolver sem ir para unidade, ou então na reunião de equipe junto

com o apoio solucionar muito mais coisas do que só médico e enfermeiro. Hoje eu observo que na reunião de equipe que não tem apoio muita coisa fica sem solução.

Tem um caso de agora que eu acho que se eu tivesse aquele apoio efetivo não estaria nessa situação, uma senhora que sofreu um AVC e só tem um familiar que se recusa a cuidar dela pelo histórico passado, nunca se casou, não tem filhos e fez muitos inimigos. Ela mora sozinha, não anda, essa sobrinha paga o domicílio onde ela reside, a equipe de saúde não consegue um abrigo ou asilo para inserir a paciente. A sobrinha paga uma pessoa que vai de manhã e à noite na casa, quem dá comida para essa senhora é a locatária da casa por piedade.

Se a gente tivesse aquele apoio do passado, que formava rede, que circulava em diversos espaços, pode ter certeza de que ela já estaria no asilo, não estaria ali nessa situação, esperando a boa vontade dos acontecimentos. Porque o médico encaminha, faz o laudo, mas ele não tem como acompanhar o processo pela rede inteira, por isso o apoio é importante porque consegue fazer o elo entre a unidade e outros serviços, ele consegue sensibilizar o paciente e compreender quais suas necessidades e limitações, entender a necessidade real do paciente para cada serviço. Porém, hoje, infelizmente, os poucos profissionais que sobraram não tem mais ferramentas para realizar esse trabalho.

NARRATIVA DA ORQUÍDEA – *“O apoio trouxe à tona para discussão situações complexas carregadas de uma série de questões, com dificuldade de articulação, com fragilidade no cuidado e dificuldade de articulação e mostrou que era possível cuidar de forma mais qualificada, era sim possível melhorar a vida das pessoas nos territórios e fazer a diferença”.*

Sou enfermeira de formação e atuei em São Bernardo do Campo de 1988 até 2017. Especificamente em relação ao apoio de saúde, a minha relação era como facilitadora de educação permanente, com o papel de discutir as dificuldades do apoio na rede e nos serviços, e de ser facilitadora desse processo, de alguma forma ser o disparador para facilitar os processos de trabalho, a construção de redes de atenção.

Como em todos os processos há relações, muitas vezes meu papel era também de conduzir as expectativas, as tristezas, as angústias e decepções desse profissional.

Esse movimento com o apoio tinha três tempos: uma conversa dos facilitadores e apoiadores a cada 15 dias, era uma agenda quase fixa; uma outra agenda maior mensal que envolvia o território, os diversos serviços e seus representantes junto com o grupo de apoiadores e o orientador de aprendizagem com o intuito de formação, através de temáticas relacionadas às questões do território para dar subsídio para as equipes a partir de um referencial teórico para subsidiar os processos na prática; e a terceira agenda também mensal com participação dos apoiadores facilitadores e convidados com coordenação da Gestão Municipal.

O espaço de conversa maior envolvia não só os apoiadores, mas também a gerência de unidade de saúde e os parceiros daquela rede constituída em determinado território, sendo que o município era dividido por territórios de saúde e o apoio era dividido nesses territórios. O meu território, embora geograficamente próximo, tinha unidades de saúde bem diferentes umas das outras, e foi um trabalho para mim muito rico. O apoio trouxe uma nova forma de trabalho, de processos de formação de rede, e de novas práticas nos processos de trabalho usuais. Esta mudança impactou a saúde do município.

Quando o apoio foi introduzido no município veio da concepção da gestão da Secretaria Municipal de Saúde e a ideia era que fosse um apoio de rede, de cuidado e, que esse profissional de alguma forma estabelecesse uma rede nesse território que qualificasse o cuidado e desse resolutividade na atenção.

Eu penso que com o caminhar este apoio foi mudando, ele deixou de ser apenas um apoio de rede com objetivo apenas do cuidar e se transformou em apoio também de gestão e apoio institucional; isto aconteceu em maior ou menor medida de acordo com o território. A forma como o apoio se consolidou em cada território ocorreu a partir de maior ou menor valorização desse profissional pelos serviços desse território e de acordo com sua maior necessidade: apoio na rede de atenção, apoio institucional ou de apoio em gestão. Em cada território havia uma característica com uma necessidade mais exacerbada. Não sei se era uma impressão minha do lugar onde eu estava, porque atuando na vigilância em saúde e na vigilância epidemiológica que são áreas com muita transversalidade na atenção eu tinha o contato em todos os momentos com todos os territórios e com vários apoiadores de todos os territórios não

só aqueles do qual eu era facilitadora e isso era perceptível, havia territórios e momentos que o apoio era mais de rede e, em outra era de gestão ou institucional.

Essa é uma crítica que eu faço. O apoiador acabou recebendo muitas “tarefas” e muitas “encomendas” digamos assim, suas atribuições extrapolaram o apoio ao cuidado, à tecer redes e articular o cuidado e penso que isto aconteceu para tentar suprir uma necessidade de gestão daquele território, então assim, em dado momento ele tinha que além de resolver todos os problemas de saúde mais complexos daquele território, muitas vezes até precisava ser milagroso para resolver todos os problemas da rede de cuidado, mas tinha também que solucionar diversos outros problemas dando conta também de apoiar a gestão daquele território, e até mesmo “ser” a gestão na figura do gerente vamos dizer assim. E muitas vezes as falhas de gestão foram atribuídas aos apoiadores, da mesma forma que as falhas e dificuldades de articulação local, quando sabemos que sozinho o apoiador não daria conta dessa articulação.

Com essas diversas “faces” do apoio, na minha opinião houve um dado momento que tudo isso se desvirtuou, levando ao desgaste do apoio, à interpretação equivocada do seu papel. As falhas de gestão nos serviços de saúde tinham que ser supridas pelo apoiador e esse sem dúvida alguma não era seu papel. Com seu papel desvirtuado a própria gestão em alguns momentos tinha no apoio seu representante, que passou a ser canal de comunicação e implantação de processos de gestão nas suas unidades ou no seu território.

O apoiador acabou ficando com as “costas enormes e largas” e tudo caiu em cima dele, e certamente houve um caminho errôneo percorrido. E com isso a depender da característica das equipes de saúde locais e da gerência local o apoiador passou a ser “amado” ou “odiado”. Sendo que também a depender da característica e entendimento do apoiador esse desvirtuar do papel foi cômodo para uns, pois queriam o papel de “gestor” do “poder local”; mas para aqueles que acreditavam no seu papel real, na proposta da articulação de rede de atenção certamente foi um grande sofrimento

Mas é inegável que a estratégia dos apoiadores teve muita potencialidade, e essa potencialidade eu pude vivenciar nos serviços. Eu trabalhei por um longo tempo no município vivenciado a “era” antes do SUS, e depois do SUS, e estar em área que a transversalidade é bem potente mostrou que o apoio trouxe importante e nítida

mudança nos processos de trabalho dos territórios, e de todos os serviços que estão nesse território, sejam da saúde ou outros equipamentos que de alguma forma dialogam com a saúde.

Foi muito clara essa mudança de processos de trabalho e de como houve impacto positivo do apoiador nos serviços de saúde e em seus parceiros, o apoiador trouxe uma prática mais reflexiva do trabalho, porém é lógico que isso se deu em maior ou menor medida de acordo com o que ele encontrava de abertura, porque o papel maior dentro da unidade de saúde acabava sendo do gerente e muitas vezes esse gerente não era tão facilitador dos processos quanto deveria ser, nem tão parceiro.

Essa é uma outra crítica que tenho, não ao apoio mais a quem representava a gestão naquele território, que muitas vezes via o apoiador como um profissional que queria seu lugar de gestor. Mas muitas vezes foi necessário ir para o enfrentamento com a gestão local para poder produzir nas equipes reflexão de suas práticas. E nos serviços onde houve abertura o trabalho reflexivo foi fundamental para mudar os processos ali instituídos. Foi um trabalho bem árduo, em alguns lugares isso foi mais difícil, mas penso que sementes foram plantadas, algumas até germinaram, e se esse trabalho mais reflexivo continua e só dependeu de quem está dentro das unidades, se incorporou toda essa mudança de paradigma de prática em saúde, de articulação. Infelizmente ainda temos profissionais que pensam que é muito mais fácil fazer sozinho no seu mundinho, e que se deu certo ótimo, se não paciência e ainda fazem o tal jogo de “empurroterapia”.

O apoio trouxe a possibilidade de uma prática reflexiva, de busca de parceiros no cuidado, de identificar singularidades e acionar uma rede de atenção.

Atualmente não sei como está o município porque não estou mais atuando em SBC, mas ouço muito que esse processo não continuou. Certamente sementes foram plantadas e para profissionais que de fato conseguiram entender que essa mudança de prática era fundamental para o cuidado qualificado, eu não tenho dúvida que continuou com ou sem apoio. Porém é certo, que para aqueles que viam o apoio como um “produtor de problemas e produtor de críticas ao trabalho até então realizado”, o apoio foi uma estratégia pouco aceita, infelizmente.

Penso que o apoio foi uma estratégia que foi disparadora de reflexão, para promover mudança nos processos de trabalho. Mas é isso, se você tem pessoas com

resistências a essa forma de trabalho, se você não continua com esse disparador, porque o ideal seria que as pessoas fossem mudando à medida que elas vão entendendo o processo, infelizmente se perde todo um trabalho realizado.

No processo do trabalho do apoio não dá para caracterizar nenhuma situação de fracasso porque eu entendo que todas as situações têm limites, e o que a gente entende como fracasso não foi um fracasso de fato, eu acho que é isso, é respeitar o limite de atuação, respeitar o limite de intervenção. Assim se eu fosse enumerar aqui os êxitos são muitos, eram encontros muito ricos mesmo, acho que assim que vimos potências, descobrimos formas de fazer, descobrimos possibilidades e eu acho que isso de descobrir inclusive os limites foi bem interessante.

Entender que muitas vezes você caminha até um certo momento, você faz tudo que pode até um determinado ponto, mas você depende do outro também e que se o outro de alguma forma não entra nessa lógica de rede você não consegue avançar. Para mim todas as situações foram extremamente exitosas, todas foram extremamente positivas e trouxeram muito aprendizado, e aquelas que não chegaram a um resultado esperado é porque outros fatores influenciaram como o protagonismo do usuário e da rede de parceiros no cuidado. A expectativa é nossa de idealizarmos um desfecho, porém, a decisão também é do usuário. Aprendemos isso a duras penas: muitas vezes entender que aquilo que a gente gostaria não era o melhor para o usuário ou que ele entendia que não era o melhor nos levou a lidar com os limites da nossa atuação e tivemos que aceitar. Creio que as situações de sucesso abrandaram as decepções do caminho mas as intervenções em equipamentos importantes como casas de acolhimento e todo um trabalho de rede mesmo em situações de risco como as tentativas de suicídio, as lesões auto-provocadas, tiveram papel fundamental do apoio na articulação em trazer para dentro do radar da saúde situações que antes ficavam totalmente ignoradas; o apoio foi fundamental para trazer a discussão para dentro dos serviços de saúde e da rede de atenção. Esses casos que eram ignorados pela rede, não eram casos ignorados porque eram desconhecidos, eram ignorados porque eram muito complexos.

O apoio trouxe esse ganho para os serviços de saúde e outros equipamentos do território, trouxe à tona para discussão situações complexas carregadas de uma série de questões, com dificuldade de articulação, com fragilidade no cuidado e

dificuldade de articulação e mostrou que era possível cuidar de forma mais qualificada, era sim possível melhorar a vida das pessoas nos territórios e fazer a diferença.

NARRATIVA DO CRAVO – *“Algumas questões que observava como impeditivo do bom desenvolvimento do projeto era a relativa distância da gestão central dos serviços, e da fragilidade de alguns profissionais que o grupo tinha, eram deficiências que partiam de limitações técnicas até postura ética, existia uma dificuldade nas relações que repercutiam diretamente no engajamento do apoio dentro das unidades”.*

Atuei em São Bernardo do Campo de 2009 até 2018.

O apoio institucional inicialmente chegou na unidade básica de saúde (ainda atuava como enfermeiro) em meados de 2010, chegaram com uma proposta de apoiar as unidades na organização dos processos de trabalho e matricular as equipes nas necessidades do serviço e suas respectivas demandas. Por conta da composição multiprofissional houve uma grande expectativa que logo foi ofuscada por conta da dificuldade de relação entre as equipes, gestão da unidade e gestão central.

Quando tive a oportunidade de ir para gestão do serviço em outro território, (atuava em uma região com grandes demandas e alta vulnerabilidade e fui para uma outra região menos periférica com vulnerabilidade, baixa), como o apoio tinha sua composição dividida por território, conheci outros profissionais que compunham o grupo. Após realizar um diagnóstico situacional do território, foram iniciadas algumas reuniões com os apoiadores para entendimento do papel de cada um dentro da unidade.

Visto que de uma forma geral os apoiadores ficavam divididos também por unidade dentro de determinado território era muito comum irem com uma frequência menor na unidade que não eram referência, nesse sentido já observava como uma certa fragilidade a composição do grupo para discussões multiprofissionais, claro que existiam tais encontros, porém com intervalo que considerava longo aumentando o tempo de resposta às demandas das equipes e do serviço.

Já pontuando algumas questões que observava como impeditivo do bom desenvolvimento do projeto (apoio institucional) era a relativa distância da gestão central dos serviços, e da fragilidade de alguns profissionais que o grupo tinha, eram deficiências que partiam de limitações técnicas até postura ética, existia uma

dificuldade nas relações que repercutiam diretamente no engajamento do apoio dentro das unidades.

Um ponto que reforço que foi muito marcante eram as interferências que o apoio tinha nas decisões dos gerentes de serviço, nos encontros que o apoio tinha com a gestão central esse tema era abordado amplamente expondo inclusive os gerentes que divergiam das opiniões dos apoiadores. Dessa forma criou-se uma certa dificuldade de vínculo dos apoiadores com os serviços, que definitivamente foi ruim para o projeto.

Entre esses desafios alguns profissionais do apoio se destacavam positivamente, eram proativos e engajados, se destacavam da maioria e agregavam para o serviço trazendo inúmeros benefícios para o município e para os profissionais, mas reforço, eram minoria.

Sempre dialogava com os apoiadores a necessidade de nos organizarmos internamente para que pudéssemos articular junto à equipe as melhores estratégias de enfrentamento das demandas que surgiam, como também a articulação para o melhoramento para os processos de trabalho.

Nesse período houve uma aproximação importante do serviço com o apoio, justamente por conta em partes da composição dessa equipe e por conta da frequência desses encontros.

Outro ponto que não pode deixar de ser abordado e foi de extrema importância para o município foi a organização da rede, penso que foi de fato muito importante a presença do apoio para essa articulação. O salto de qualidade na saúde foi significativo considerando também a ampliação dos serviços na época.

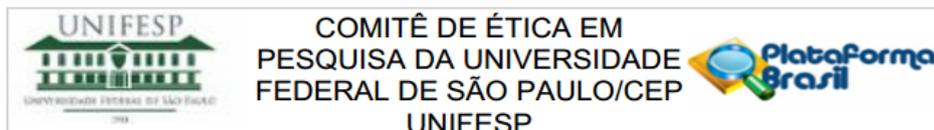
Em resumo acredito muito na participação do apoio nos serviços, mas acho que na época os objetivos não estavam bem definidos, pois havia uma ideia de composição similar a equipes de núcleo ampliado de apoio a estratégia de saúde da família com apoio puramente institucional, acredito que isso se deu pela vaidade de alguns atores da gestão central, entraves políticos e a incrível incapacidade de não dialogar com os gestores das unidades também dificultaram bastante o bom desenvolvimento dos apoiadores criando resistência e travando projetos muito potentes na rede.

Apêndice 2 – Roteiro da entrevista de história oral temática

1. Nome: _____
2. Profissão: _____
3. Período em que atuou em SBC: _____
4. Função que exercia: _____
5. Como se desenvolveu o trabalho de apoio institucional e do apoiador institucional em SBC ao longo dessa década no tempo que você atuou/atua (planejamento, concepções, formação desse profissional, cotidiano de trabalho, organização do trabalho, situações marcantes, desafios, dificuldades, limites, conflitos, situações marcantes, situações de êxito e fracasso, contribuições desses profissionais e perspectivas futuras).

ANEXOS

Anexo I – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Apoio institucional: os caminhos de um novo ator na gestão do trabalho e cuidado na saúde

Pesquisador: Stella Maris Nicolau

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36603620.6.0000.5505

Instituição Proponente: Departamento de Saúde, Clínica e Instituições

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.359.004

Apresentação do Projeto:

-Projeto CEP/UNIFESP n:0982/2020 (parecer final)

-Trata-se de Projeto de MESTRADO de SHYRLEI ESTEFANIA DIAS (Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde - Mestrado Profissional).

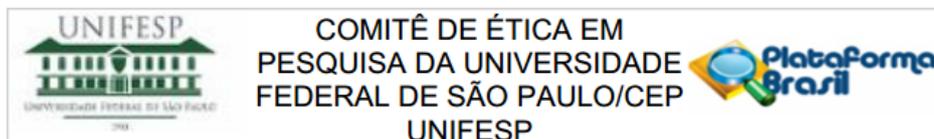
-Orientadora: Profa. Dra. Stella Maris Nicolau;

-Projeto vinculado ao Departamento de Saúde, Clínica e Instituições, Campus Baixada Santista, e ao Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - Unidade São Paulo, UNIFESP.

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1562808.pdf, gerado em 10/8/2020)

APRESENTAÇÃO: O apoio institucional é uma ferramenta de gestão instituída pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (2010), adotado no município de São Bernardo do Campo (SBC) em 2009 com o intuito de aproximar os espaços de gestão dos espaços de assistência visando qualificar o cuidado em saúde. Esta pesquisa tem como objetivo identificar as contribuições do trabalho do apoiador institucional, que emerge como um novo ator nessa política, e apreender os significados e contribuições de seu trabalho a partir da visão de

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.359.004

apoiadores, de trabalhadores das equipes de saúde e de gestores de SBC. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, compreensiva-interpretativa, com entrevistas de história oral temática junto aos gestores, trabalhadores e apoiadores do município. Espera-se com este trabalho relatar os momentos significativos na história da experiência do apoio institucional em SBC, seus desafios, limites, possibilidades e desdobramentos.

-HIPÓTESE: A atuação do apoiador institucional é capaz de transformar a gestão do trabalho e cuidado na saúde.

Objetivo da Pesquisa:

-OBJETIVO PRIMÁRIO: Identificar as contribuições do trabalho do apoiador institucional ao longo da década em que se constituiu e apreender os significados atribuídos por apoiadores, trabalhadores e gestores do município de SBC sobre o trabalho do apoiador institucional e seus desdobramentos a partir de situações vivenciadas no cotidiano do trabalho.

-OBJETIVO SECUNDÁRIO: Compreender os significados atribuídos ao trabalho do apoiador institucional do ponto de vista de: apoiadores, gestores e equipes de saúde em articulação com os objetivos estabelecidos pelo SUS ao implantar esse dispositivo. Apreender como a prática do apoio institucional – que completou dez anos - vem sendo percebida por trabalhadores e apoiadores nesse período histórico. Identificar as tensões, possibilidades, limites e contribuições da experiência do apoio institucional identificando quais aspectos se apresentam como contra-hegemônicos às formas tradicionais de gestão do trabalho e quais acabam por reafirmar a racionalidade gerencial hegemônica no SUS que separa a gestão da execução do trabalho em saúde. Construir narrativas de gestores, trabalhadores e apoiadores institucionais acerca do trabalho em SBC ao longo dessa década.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

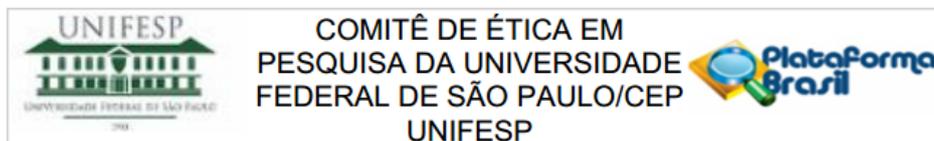
-RISCOS: A priori esta pesquisa não oferece riscos aos envolvidos, uma vez que os indivíduos participarão da pesquisa de forma voluntária e será preservado seu anonimato.

-BENEFÍCIOS: Com os resultados desta pesquisa poderemos identificar os caminhos que o apoio institucional trilhou no município de SBC, identificar suas fragilidades e potencialidades no contexto institucional e do trabalho e cuidado em saúde, bem como nortear o processo de trabalho no momento atual.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TIPO DE ESTUDO: Trata-se de uma pesquisa de cunho compreensivo-interpretativo e qualitativa,

Endereço: Rua Botucatu, 740
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.359.004

com metodologia de entrevista de historia oral temática para resgatar impressões dos depoentes em uma perspectiva histórica.

LOCAL: O estudo será realizado no município de São Bernardo do Campo - SP, sendo um estudo desenvolvido no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) explorando os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e demais serviços envolvidos no cuidado aos usuários a partir da atuação dos apoiadores de saúde.

PARTICIPANTES: Participarão 10 pessoas relacionadas ao serviço de saúde (gestores, trabalhadores e apoiadores).

-Critério de Inclusão: Os critérios de seleção para participação na pesquisa são: a) gestores municipais que atuaram ou atuam diretamente com apoiadores desde a implantação do projeto apoiadores de rede; b) apoiadores que estejam atuando no município há mais de 5 anos; c) profissionais que estejam atuando na rede desde a implantação do projeto apoiadores de rede.

-Critério de Exclusão: Profissionais que não atuaram com apoiadores institucionais.

PROCEDIMENTOS:

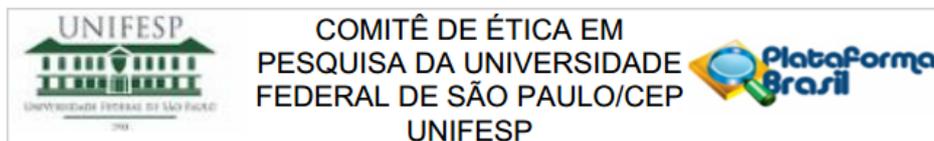
-Serão contactados gestores atuais e aqueles que acompanharam o início da experiência de apoio institucional. Estes serão convidados a relatar a experiência do apoio institucional e do trabalho do apoiador desde sua implantação em SBC por meio de entrevistas abertas e baseadas na metodologia da história oral temática, podendo optar em manter seu anonimato ou serem identificados. Os relatos serão gravados em uma ou mais tomadas, transcritos pela pesquisadora e organizados em um texto mais fluido e seguindo uma sequência mais lógica temporalmente, denominado de transcrição. Tal relato escrito será devolvido ao depoente que pode retirar ou acrescentar trechos ao seu relato, podendo, portanto, editá-lo e decidir se terá uma participação anônima ou identificada na pesquisa.

-Também serão realizadas entrevistas de história oral com profissionais de diversas categorias que trabalharam na rede municipal de saúde de SBC desde 2009 até os dias atuais, e, com apoiadores institucionais de SBC.

- As entrevistas seguem um roteiro com pontos a serem abordados, mas com abertura para novas contribuições dos participantes acerca da temática do apoio institucional e do apoiador institucional no município em questão.

(mais informações, ver projeto detalhado).

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.359.004

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma apresentados.
- 2- TCLE a ser aplicado aos participantes.
- 3- outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:
 - a)- autorização da Secretaria de Saúde do Município de São Bernardo do Campo (concordancia.pdf, postado em 10/8/2020)
- 4- O Roteiro de coleta de dados história oral está anexado no final do projeto detalhado

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respostas ao parecer nº 4329039 de 08 de Outubro de 2020. PROJETO APROVADO.

PENDÊNCIA 1- Foi informado no TCLE que haverá a realização de oficinas. Entretanto, na metodologia do projeto, este procedimento não foi descrito. Solicita-se adequar.

R: Não haverá realização de oficinas, a informação foi excluída do documento.

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 2- Foi informado no cadastro CEP/UNIFESP que este projeto tem como objetivo acadêmico, mestrado. Na folha frontal(capa) do projeto, consta o nome de Shyrlei Estefania Dias. Infere-se que seja ela, a aluna de mestrado. Entretanto, esta informação deve estar clara na folha de capa do projeto. O CEP/UNIFESP precisa dessas informações para inserir com certeza, os dados corretos na carta de aprovação.

R: O termo mestranda foi inserido antes do nome.

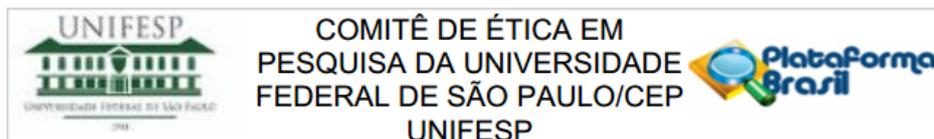
PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 3- Solicitamos completar a folha de capa do projeto, inserindo: a natureza/objetivo acadêmico do trabalho (dissertação de mestrado); nome do orientador e do aluno;

R: As informações a seguir foram inseridas: Dissertação de Mestrado, Mestranda Shyrlei Estefania Dias e Orientadora Stella Maris Nicolau.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Endereço: Rua Botucatu, 740	CEP: 04.023-900
Bairro: VILA CLEMENTINO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162
	E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.359.004

PENDÊNCIA 4- O TCLE e o Termo De Confidencialidade E Sigilo foram enviados em sequência em um só arquivo (TCLE.pdf, postado em 10/8/2020). O correto é anexar cada Termo como um documento/arquivo individualizado, e portanto será necessário separá-los.

R: Os documentos foram separados.

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 5- Em relação ao TCLE:

5.a)- na parte inicial do TCLE, na qual o pesquisador dá informações aos participante deve ser incluída a informação de que haverá garantia de sigilo em relação ao nome e dados do participante.

R: As informações a seguir foram adicionadas: garantindo o sigilo e proteção dos dados dos entrevistados.

PENDÊNCIA ATENDIDA

5.b)- na parte inicial do TCLE, na qual o pesquisador dá informações aos participante deve ser incluída a informação de que não haverá custos ou compensações financeiras pela participação.

R: As informações a seguir foram adicionadas: a participação na pesquisa não tem custos ou compensação financeira.

PENDÊNCIA ATENDIDA

5.c)-informar os benefícios da pesquisa, diretos ou indiretos.

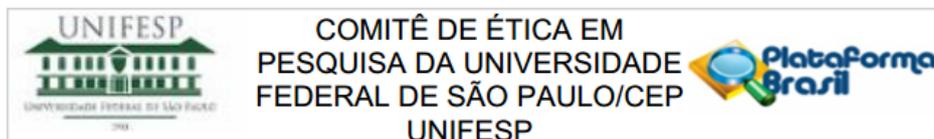
R: As informações a seguir foram adicionadas: os benefícios com os resultados da pesquisa serão: identificar os caminhos que o apoio institucional trilhou no município de SBC, identificar suas fragilidades e potencialidades no contexto institucional e do trabalho e cuidado em saúde, bem como nortear o processo de trabalho no momento atual.

PENDÊNCIA ATENDIDA

5.d)- **ATENÇÃO:** o endereço e o horário de atendimento do CEP/UNIFESP mudaram: Rua Botucatu, 740, Vila Clementino, São Paulo/SP - CEP: 04023-900. Horário de atendimento telefônico e presencial: Segundas, Terças, Quintas e Sextas, das 9 às 12hs. Telefone e e-mail continuam os mesmos: E-mail: cep@unifesp.br. Telefones: (11)-5571-1062; (11)-5539-7162);

R: As informações foram alteradas.

Endereço: Rua Botucatu, 740	CEP: 04.023-900
Bairro: VILA CLEMENTINO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162
	E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.359.004

5.e)- para dar mais clareza ao documento, separar o texto que se refere ao pesquisador dando informações ao participante (toda a parte inicial), do texto que se refere à declaração do participante de concordância com o estudo (parte final, a partir da frase "Eu.....entendo que meus registros de pesquisa estão disponíveis...") : separar com um novo parágrafo, e com um subtítulo: "Consentimento do participante".

R: A adequação no documento foi realizada.

PENDÊNCIA ATENDIDA

5.f)- todas as páginas devem ser numeradas (no formato: 1/4, 2/4, etc. ou 1 de 4, 2 de 4 etc). Ressaltamos que as páginas deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa no momento da aplicação do TCLE. (ATENÇÃO: sugerimos verificar o modelo de TCLE na página da CEP/UNIFESP, link: UNIFESP - Pesquisa - Comitê de Ética em Pesquisa – Projeto envolvendo seres humanos -Plataforma Brasil: Modelo de TCLE, ou em: <https://cep.unifesp.br/links-uteis#modelos>)

R: a numeração foi inserida e o modelo sugerido consultado.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

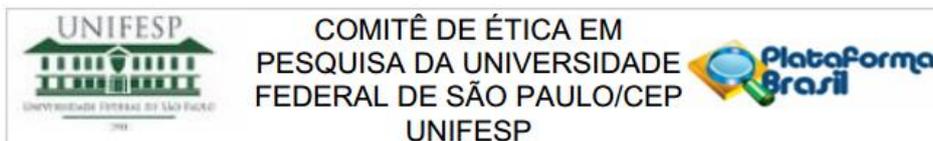
1 - O CEP informa que a partir desta data de aprovação toda proposta de modificação ao projeto original, incluindo necessárias mudanças no cronograma da pesquisa, deverá ser encaminhada por meio de emenda pela Plataforma Brasil.

2 - O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1562808.pdf	09/10/2020 14:55:40		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projotodepesquisa_versao2.pdf	09/10/2020 14:53:43	SHYRLEI ESTEFANIA DIAS	Aceito
Outros	Termodeconfidencialidade_versao2.pdf	09/10/2020 14:51:43	SHYRLEI ESTEFANIA DIAS	Aceito

Endereço: Rua Botucatu, 740
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO PAULO/CEP
UNIFESP

Continuação do Parecer: 4.359.004

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_versao2.pdf	09/10/2020 14:51:21	SHYRLEI ESTEFANIA DIAS	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_ CEP_4329039.pdf	09/10/2020 14:39:21	SHYRLEI ESTEFANIA DIAS	Aceito
Outros	Cartaderesposta.docx	09/10/2020 14:38:29	SHYRLEI ESTEFANIA DIAS	Aceito
Declaração de concordância	concordancia.pdf	10/08/2020 10:08:50	Stella Maris Nicolau	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	CEPUnifesp.pdf	10/08/2020 10:07:21	Stella Maris Nicolau	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	10/08/2020 10:01:25	Stella Maris Nicolau	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 24 de Outubro de 2020

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br

Anexo II – Carta de Anuência do Departamento de Educação Permanente do Município de São Bernardo do Campo



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde
Departamento de Apoio à Gestão do SUS

São Bernardo do Campo, 03 de agosto de 2020.

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Eu, Gislene Santiago do Nascimento Oliveira declaro ciência da participação da instituição Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo como instituição coparticipante no projeto de pesquisa intitulado “Apoio institucional : os caminhos de um novo ator na gestão do trabalho e cuidado na saúde ”, sob a responsabilidade da pesquisadora Shyrlei Estefania Dias, sendo a instituição proponente UNIFESP.

Serão disponibilizados ao pesquisador já citado os serviços de Saúde de Atenção Básica, após a emissão do parecer ético de aprovado pelo CEP da instituição proponente. Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.


Gislene Santiago do Nascimento Oliveira
Diretora de Divisão de Educação Permanente

Gislene S. do N. Oliveira
Diretora de Divisão de
Educação Permanente
39.615-5