

**EXPERIENCI(AÇÕES) E  
PRÁTICAS DE APOIO E A  
INTEGRALIDADE NO SUS:  
por uma estratégia de rede  
multicêntrica de pesquisa**

## **UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Reitor: Ricardo Vieiralves de Castro  
Vice-Reitor: Paulo Roberto Volpato Dias

## **INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**

Diretor: Cid Manso de Mello Vianna  
Vice-Diretor: Michael Eduardo Reichenheim

## **LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE**

Coordenadora: Roseni Pinheiro

## **CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA**

Presidente: Cid Manso de Mello Vianna

## **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Presidente: Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza

### **Conselho Editorial**

Aluisio Gomes da Silva Junior (UFF)  
José Ricardo de C. M. Ayres (USP)  
Kenneth Rochel de Camargo Jr. (UERJ)  
Lilian Koifman (UFF)  
Madel Therezinha Luz (UFF e UFRGS)  
Maria Elisabeth Barros de Barros (UFES)  
Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque (UFPE)  
Roseni Pinheiro (UERJ)  
Yara Maria de Carvalho (USP)

### **Série EnsinaSUS**

#### **CEPESC Editora**

#### **Editora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva**

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar  
Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-900  
Telefones: (xx-21) 2334-0235 ramal 152  
Fax: (xx-21) 2334-0152  
URL: [www.lappis.org.br](http://www.lappis.org.br) / [www.ims.uerj.br/cepesc](http://www.ims.uerj.br/cepesc)  
Endereço eletrônico: [lappis.sus@ims.uerj.br](mailto:lappis.sus@ims.uerj.br)

O CEPESC é sócio efetivo do Sindicato Nacional dos Editores de Livros (SNEL).

Roseni Pinheiro  
Tatiana Coelho Lopes  
Fabio Hebert da Silva  
Alúcio Gomes da Silva Junior  
*(organizadores)*

**EXPERIENCI(AÇÕES) E  
PRÁTICAS DE APOIO E A  
INTEGRALIDADE NO SUS:  
por uma estratégia de rede  
multicêntrica de pesquisa**

1a. Edição

CEPESC • IMS-UERJ • ABRASCO

Rio de Janeiro - 2014

# **EXPERIENCI(AÇÕES) E PRÁTICAS DE APOIO E A INTEGRALIDADE NO SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa**

Roseni Pinheiro, Tatiana Coelho Lopes, Fabio Hebert da Silva e Aluisio Gomes da Silva Junior  
(organizadores)

1ª edição / agosto 2014

Projeto da capa e editoração eletrônica: Mauro Corrêa Filho

Revisão, preparação de originais e supervisão editorial: Ana Silvia Gesteira

Esta publicação contou com apoio de OPAS/OMS e CNPq

Indexação na base de dados LILACS

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

## CATALOGAÇÃO NA FONTE UERJ/REDE SIRIUS/CB-C

E96	Experienci(Ações) e práticas de apoio no SUS: integralidade, áreas programáticas e democracia institucional / Roseni Pinheiro... [et al.] (organizadores).- Rio de Janeiro: CEPESC / ABRASCO, 2014
	368 p.
	ISBN: 978-85-897-37-87-6
	1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Apoio Institucional. 3. Integralidade em Saúde. 4. Direito à Saúde. I. Pinheiro, Roseni. II. Lopes, Tatiana Coelho. III. Silva, Fabio Hebert da; IV. Silva Jr., Aluisio Gomes da. V. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.
	CDU 614.2

*Impresso no Brasil*

Direitos exclusivos, para esta edição, de Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), CEPESC Editora e Instituto de Medicina Social da UERJ. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada sem autorização expressa.

# SUMÁRIO

Introdução .....	9
ROSENI PINHEIRO, FABIO HEBERT DA SILVA E TATIANA COELHO LOPES	

## REGIÃO NORTE

O Apoio Institucional vivenciado na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco-AC .....	17
EUFRASIA CADORIN, DOMISY VIEIRA, ÉRICA FÁBIO LA SILVA, EUCINETE FERREIRA E RAFAELA CARVALHO	

A dor e o prazer de coordenar um grupo de trabalho em HumanizaSUS .....	37
SUELI CANEDO BORGES RODRIGUES, TEREZA CRISTINA DA SILVA SANTOS E AMANDA LUIZA CORVEL DE VIDAL NICOLAU	

## REGIÃO NORDESTE

A Rede Cegonha no Ceará: acolhimento, vínculo e responsabilização com mulheres e crianças .....	51
ALINE DE OLIVEIRA COSTA E MARLEY CARVALHO FEITOSA MARTINS	

Oficinas do Hospital Giselda Trigueiro na RAPS: Apoio para Clínica Ampliada em rede integrada .....	65
SHIRLEY MONTEIRO MELO, VICÉLIA DE M. M. FREIRE OLIVEIRA, MARIA DO SOCORRO P. CIPRIANO, ZELIA MOURA ROCHA DE SOUZA, MILENA MARIA COSTA MARTINS, MARCELO KIMATI DIAS, DULCIANA MARIA DA SILVA COSTA, MARIA DE FÁTIMA COUTO DO VALE PEREIRA, BRUNO HENRIQUE VARELA DA SILVA E LÍLIAN PATRÍCIA SILVA DE SOUZA	

O apoio institucional à cogestão e gestão participativa: a experiência de um hospital infantil em Teresina-PI .....	91
EMÍLIA ALVES DE SOUSA, ANNATÁLIA MENESES DE AMORIM GOMES, TEREZA CRISTINA REIS ASSUNÇÃO E LUCIANA MESQUITA DE ABREU	

## **REGIÃO CENTRO-OESTE**

“Nada sobre nós sem nós”: aprendizados a partir do Apoio na articulação entre o HumanizaSUS e a saúde indígena .....	103
CATIA PARANHOS MARTINS	

## **REGIÃO SUDESTE**

O Apoio Institucional como processo de intervenção na organização da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória-ES .....	121
ANDREA MARIA NEGRELLI VALDETARO BORJAILLE, ARLETE FRANK DUTRA, FABIANE LIMA SIMÕES, JOSILDA TEREZINHA BERTULOZO FERREIRA E SÉRGIO RENATO MIRANDA TORRES	

Apoio matricial em saúde do idoso: a experiência do município de Vitória-ES .....	135
RENATA MARIA SALES MADUREIRA E SANDRA MARIA BISSOLI	

Apoio institucional à Gerência de Atenção Primária de Cariacica-ES .....	149
ANTÔNIO MARTINS VITOR JÚNIOR, ANA CRISTINA VIEIRA SEGATTO LUBIANA, LUCAS CÔ BARROS DUARTE E RAFAEL DIAS VALÊNCIO	

Apoiadores regionais: uma estratégia de Apoio Institucional do COSEMS-RJ .....	161
MARCELA DE SOUZA CALDAS E MANOEL ROBERTO DA CRUZ SANTOS	

Entre o real e o possível: tecendo a RAPS que desejamos a partir da Saúde Mental que temos .....	175
ALANA DE PAIVA NOGUEIRA FORNERETO GOZZI, MARY CRISTINA LACORTE RAMOS PINTO, MARIA TERESA LUZ EID DA SILVA E ALINE BARRETO DE ALMEIDA	

A trama não se tece sozinha: costuras coletivas em um território do estado de São Paulo .....	189
MÔNICA VILCHEZ DA SILVA, CRISTIANE RIBEIRO E MARIA TERESA LUZ EID DA SILVA	

## **REGIÃO SUL**

- A experimentação do Apoio na região da 15ª CRS:  
revisitando a história através da linha do tempo .....205  
DENIZE REJANE DA SILVA MAFALDA, GARZELON GLORIA ARAGONEZ, JOSÉ DARCI DO PRADO,  
LEÔNICIO OLIVEIRA DA ROSA, MARIA DE FÁTIMA MACHADO VARGAS, MIRTA DA SILVA LARANJEIRA,  
NOEMI SARAIVA KUSTER, REJANE RODRIGUES GUIMARÃES, VERA MARCIA LEHNEN LIMA E  
LIANE BEATRIZ RIGHI
- Apoio e produção de redes: experimentações  
em Palmeira das Missões-RS e região .....223  
LIANE BEATRIZ RIGHI, ANDRESSA MAGALHÃES FLORES, CRISTIANE MORAES DA SILVA,  
YOLANDA CONDORIMARI TASKY, VERA LEHNEN LIMA, DENIZE REJANE DA SILVA MAFALDA E  
LIAMARA DENISE UBESSI
- A construção do acompanhamento macrorregional  
na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul:  
a experiência da Macrorregião Norte no Apoio Institucional .....235  
ANNA LUIZA TREIN, JOSÉ INÁCIO LERMEIN, ADRIANO HENRIQUE CAETANO COSTA,  
LIANE BEATRIZ RIGHI, CARLA CRISTIANE FREIRE CORREA, LUIZA RUTKOSKI HOFF,  
ANDERSON BELTRAME PEDROSO E GISELE VICENTE DA SILVA
- “Ó eu aí: olha eu, apoiador institucional”: a experiência de  
Apoio Institucional com a 11ª Coordenadoria Regional de Saúde .....247  
JOSÉ INÁCIO LERMEIN, ELEOTÉRIA ROSANE DOS SANTOS, GIULIANA CHIAPIN E  
ROSE TERESINHA DA ROCHA MAYER
- Como tudo começou: motivação para fazer apoio .....263  
ELIANA SANDRI LIRA, VERA LÚCIA GRITTI ZIS E RENATO LUIS ZIS
- Matriciamento: vivência interdisciplinar relacionada a um  
grupo de trabalho em saúde no município de Santa Maria-RS .....273  
MIRELA MASSIA SANFELICE, JULIANA BEATRIZ RECKZIEGEL, LÍVIA HELEN GIMENEZ RIBAS,  
LIZIANE DA SILVA MOREIRA, THAMARA DIAS GOULART E GILSON MAFACIOLI
- Cia. do Recomeço: a constituição de um  
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  
e o caráter indissociável de gestão, atenção e formação .....289  
DOUGLAS CASAROTTO DE OLIVEIRA, ADRIANA VAN DER SAND, JULIANE HEINRICH E  
ANA CLAUDIA MORCÉLLI

A experimentação e constituição do Apoio em Santa Maria-RS .....	303
CARINE BIANCA FERREIRA NIED, MANOELA FONSECA LUDTKE, ANGELA MEINCKE MELO, ANA PAULA SEERIG, FERNANDA PENKALA E LIANE BEATRIZ RIGHI	

## **EXPERIENCI(AÇÕES) FORMATIVAS: NARRATIVAS EM PRIMEIRA PESSOA DE ESTUDANTES NA PRÁTICA DE PESQUISA SOBRE APOIO NO SUS**

Modificando as relações de trabalho, transforma-se a práxis .....	315
CAMILA PEREIRA PORTO DOS SANTOS	

Um novo olhar sobre a organização do trabalho no SUS .....	323
RENATA SILVA ALVES	

Potencializando caminhos através de um olhar transformador! .....	331
RUANI DE OLIVEIRA MACHADO	

Cogestão: uma experiência de SUS .....	337
GRASIELY NUNES MOÇO	

Da teoria à prática: uma experiência de encontro com os serviços de saúde .....	341
MATHEUS NETO PEIXOTO	

Experiências com as mulheres grávidas privadas de liberdade .....	345
BETÂNIA BELAN DA SILVA	

O Apoio e seus efeitos: uma experiência no município de Fortaleza-CE .....	349
MARCIA BORGES HENRIQUE	

Acompanhamento da experiência de Apoio no COSEMS-RJ .....	353
ROBERTA SANTANA LEONARDO	

SOBRE OS AUTORES .....	357
------------------------	-----

# INTRODUÇÃO

ROSENI PINHEIRO  
FABIO HEBERT DA SILVA  
TATIANA COELHO LOPES

*O erro do intelectual consiste em acreditar que se possa saber  
sem compreender e principalmente sem sentir.*

Gramsci

Esta coletânea reúne textos inéditos produzidos por apoiadores trabalhadores da saúde das cinco regiões do país, que descrevem suas experiências de agir praticando o apoio, de modo a visibilizar diferentes contextos de atenção, gestão e cuidado. Assim como os apoiadores descrevem suas experiências, oferecemos também narrativas de estudantes de graduação sobre suas experiências de pesquisar o apoio no SUS, fecundando implicações, repercussões e efeitos éticos, políticos e formativos desenvolvidos no âmbito da pesquisa *Ações estratégicas para o fortalecimento das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)*, conduzida pelo Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), Grupo de pesquisa do CNPq, com apoio do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde (DAPES/MS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Os capítulos são compostos pelo relato dos apoiadores sobre suas experiências selecionadas pela “Convocatória Nacional para Apresentação de Experiências de Apoio Institucional para Efetivação da Integralidade em Saúde”, lançada nos dias 26 e 27 de março de 2013, no Simpósio Nacional sobre Áreas Programáticas Estratégicas

e Direito à Saúde: construção da integralidade no contexto do apoio institucional, realizado no Rio de Janeiro. Foram inscritas 26 experiências, que foram submetidas a uma banca de seleção composta por pesquisadores da Saúde Coletiva e da temática de diversos estados e áreas. Foram selecionadas 11 experiências para serem sistematizadas; 14 foram aprovadas e uma foi excluída por não tratar de experiência de Apoio Institucional. Foi pactuado, então, pelos componentes da banca, que no movimento de ida dos pesquisadores às experiências selecionadas para sistematização, também seriam incluídas as outras experiências aprovadas do território para discussão da pesquisa.

Essa coletânea cumpre, assim, o objetivo de dar visibilidade ao movimento de construção coletiva em diferentes territórios em suas práticas de apoio na transformação dos contextos de saúde locais, sem perder a conexão com os movimentos de formulação e efetivação das políticas públicas de saúde no território nacional. Foram evidentes os tensionamentos e aprendizados dos atores envolvidos nas práticas do apoio, cujos processos institucionais de gestão e cuidado muitas vezes estiveram na contramão de consolidações teórico-metodológicas no campo da Saúde Coletiva. Partiu-se da perspectiva de alguém que busca acessar o concreto de experiências singulares, sem se preocupar em avaliá-las ou classificá-las como adequadas ou não, mas com atenção para o modo como se enfrentam os desafios da construção do SUS, na articulação com os temas “integralidade”, “apoio”, “áreas programáticas”, “formação”, “processos de trabalho” e “garantia do direito à saúde”.

Este volume também atualiza um dos princípios mais relevantes da pesquisa, que é o “fazer com” e não “fazer por”. A construção do SUS imprime novas marcas na incorporação de políticas e práticas, como o do Apoio Institucional, que tem contribuído para novos arranjos de gestão e de cuidado, mais democráticos, que reconhecem no seu desafio a inclusão da participação comunitária nesse processo.

Dessa forma, não poderíamos deixar de agradecer a todos os atores-autores, que de forma direta ou indireta participaram do desafio de criação de planos de compartilhamento e visibilidade das suas experiências e seus efeitos no cotidiano do apoio no SUS.

Essas experiências devem ser lidas e compreendidas na sua “singularidade”, de acordo com os contextos locais e não como modelos

que deram certo, pois apontam para a potencialidade construtiva das problematizações da gestão e cuidado no cotidiano do SUS. As construções realizadas por esses autores buscam apresentar pistas, indícios para se pensar nas formas de concretização de uma política e prática de apoio, no sentido de efetivar a integração das áreas programáticas para a integralidade do cuidado e defesa do direito à saúde da população. São experiências concretas, de caráter inovador, mas que também se apresentam como “dispositivos” de resistência a uma lógica hierárquica, determinada pelo contexto político-partidário local que desconecta o processo de gestão do processo de cuidado. A meta foi apreender, numa relação de construção e reflexão mútua entre atores-apoiadores e pesquisadores, os elementos constituintes das transformações e os desafios evidenciados no processo de construção de um SUS mais democrático, indispensáveis para a integralidade em saúde. Deseja-se conhecê-las a partir de uma descrição reflexiva dos próprios atores.

Os textos desta coletânea estão organizados regionalmente, buscando expressar o necessário respeito às especificidades locorregionais, ao mesmo tempo em que estas redesenham as experiências, transformando suas impressões iniciais no momento de apresentação para a convocatória.

Na Região Norte, encontramos “O Apoio Institucional vivenciado na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco-Acre”, que traz a experiência de apoio vivenciada por trabalhadores daquela Secretaria, iniciada em julho de 2012, como uma proposta de ressignificação do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários, tendo como objeto a produção de saúde a partir das reflexões produzidas nas práticas assistenciais, buscando fomentar a integralidade do cuidado na atenção básica. E ainda, “A dor e o prazer de coordenar um grupo de trabalho em HumanizaSUS”, que narra a experiência de coordenação desse grupo em um dos maiores hospitais de média e alta complexidade da Região Norte do país, que enfrenta o desafio de assegurar um espaço participativo e democrático, onde os membros tenham direito a voz e empreendam ações e atitudes que fortaleçam os princípios da integralidade e equidade no SUS.

Na Região Nordeste, os três trabalhos – “A Rede Cegonha no Ceará: acolhimento, vínculo e responsabilização com mulheres e crianças”, “Oficinas do Hospital Giselda Trigueiro na RAPS: apoio para clínica ampliada em rede integrada”, contextualizado em Natal, e “O apoio institucional à cogestão e gestão participativa: a experiência de um hospital infantil em Teresina-PI” – trazem aspectos importantes da articulação das práticas do apoio com as áreas programáticas e as redes temáticas nos territórios, pensando a integração dos serviços de saúde no processo formativo de apoiadores no cotidiano do SUS..

A Região Centro-Oeste não apresentou experiências para a Convocatória Nacional, mas o grupo de pesquisadores, no exercício de fomentar espaços dialógicos para que as singularidades regionais das experiências de apoio ganhassem visibilidade, realizou a 5ª Oficina Metodológica de Construção Coletiva da Pesquisa, que aconteceu nos dias 12 e 13 de agosto de 2013 e contou com 18 participantes, apoiadores dessa região. Todos os participantes foram convidados a apresentar textos para esta coletânea e recebemos um sobre experiência da PNH de apoio na Saúde Indígena, realizada em Dourados, Mato Grosso do Sul, intitulado “Nada sobre nós sem nós: aprendizados a partir do Apoio na articulação entre o HumanizaSUS e a saúde indígena”. Sua autora, que foi apoiadora da Política Nacional de Humanização, compartilha sua vivência sobre os desafios vivenciados na articulação e discussão das políticas voltadas para a saúde da mulher indígena e traz apontamentos sobre os desafios e aprendizados na busca por avançar dessa articulação e no compromisso com o direito à saúde de qualidade no SUS.

No Sudeste temos seis experiências de três estados: o Espírito Santo enviou os trabalhos “O Apoio Institucional como processo de intervenção na organização da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória-ES”, que traz aspectos da reorganização da gestão tendo o apoio institucional como dispositivo para democratização das relações entre os trabalhadores. No território, foi identificada a experiência do Centro de Referência ao Idoso (CRAI) da Secretaria Municipal de Vitória, que buscou reorganizar a lógica dos trabalhadores na integração do CRAI às Unidades Básicas de Saúde por meio do apoio matricial, buscando a integralidade da atenção à população idosa na

rede de atenção em Vitória. A experiência está descrita em “Apoio matricial em saúde do idoso: a experiência do município de Vitória-ES”. A terceira experiência trata da articulação e corresponsabilização entre Universidade, Política Nacional de Humanização e Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica, no sentido de formar e discutir o apoio na atenção básica. É apresentada no texto “Apoio Institucional à Gerência de Atenção Primária de Cariacica-ES”. O estado do Rio de Janeiro traz a experiência “Apoiadores Regionais: uma estratégia de Apoio Institucional do COSEMS-RJ”, na qual apoiadores do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio Janeiro descrevem a experiência do apoio às regiões de saúde do Rio de Janeiro. Do estado de São Paulo foram enviadas duas experiências, intituladas “Entre o real e o possível: tecendo a RAPS que desejamos a partir da Saúde Mental que temos” e “A trama não se tece sozinha: costuras coletivas em um território do estado de São Paulo”, as quais expressam o desafio de se realizar o apoio em uma dimensão da política estadual. Através da realização diferenciada de apoio técnico aos municípios, amparada amplamente pelas práticas da Educação Permanente, verifica-se a aproximação entre a gestão estadual e as gestões municipais, tendo como efeitos a implementação das políticas e o fomento das redes numa perspectiva regionalizada.

A Região Sul participa com oito relatos de experiências. Do município de Santa Maria-RS, três relatos foram apresentados e todos traziam elementos analisadores interessantes e potentes para refletir sobre o apoio na relação com a garantia do direito à saúde e a integralidade. Acompanhamos de forma articulada essas três experiências, que num certo sentido apontavam a necessidade de reorganização da Atenção Básica e da Saúde Mental no município, a partir da tragédia ocorrida na Boate Kiss, em janeiro de 2013. São elas: “Matriciamento: vivência interdisciplinar relacionada a um grupo de Trabalho em saúde no município de Santa Maria-RS”, “Cia. do Recomeço: a constituição de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e o caráter indissociável de gestão, atenção e formação” e “A experimentação e constituição do apoio em Santa Maria”. Outra experiência selecionada para acompanhamento das experiências de apoio foi o trabalho realizado na 15ª Coordenadoria Regional de

Saúde do Rio Grande do Sul, a partir do apoio realizado em Palmeira das Missões. Esta se articula também ao apoio à 11ª Coordenadoria Regional de Saúde e ao apoio realizado pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul à Macrorregião Norte do estado. As experiências que se inserem posteriormente são importantes signos dos efeitos do apoio institucional na discussão sobre produção de redes no território e fortalecimento dos processos de regionalização.

Por fim, no subtítulo “Experienci(ações) formativas: narrativas em primeira pessoa de estudantes na prática de pesquisa sobre apoio no SUS” trazemos narrativas de oito alunos de graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense (Polo Universitário de Campos dos Goytacazes), que participaram, sob orientação do Professor Fabio Hebert sobre sua vivência nos territórios de saúde, na fase de visita a campo e acompanhamento das experiências de apoio, em companhia dos pesquisadores do LAPPIS. Os relatos trazem aspectos importantes como a descoberta do sistema de saúde, novas formas de reconhecimento da estratégia do apoio no SUS, além da necessidade de repensar as práticas de gestão e cuidado para a busca da integralidade do cuidado aos usuários no SUS articulado e indissociável das práticas formativas.

Desejamos a todos uma boa leitura!

# **PARTE I**

---

## **Região Norte**



# O Apoio Institucional vivenciado na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco-Acre

EUFRASIA CADORIN

DOMISY VIEIRA

ÉRICA FABIOLA SILVA

EUCINETE FERREIRA

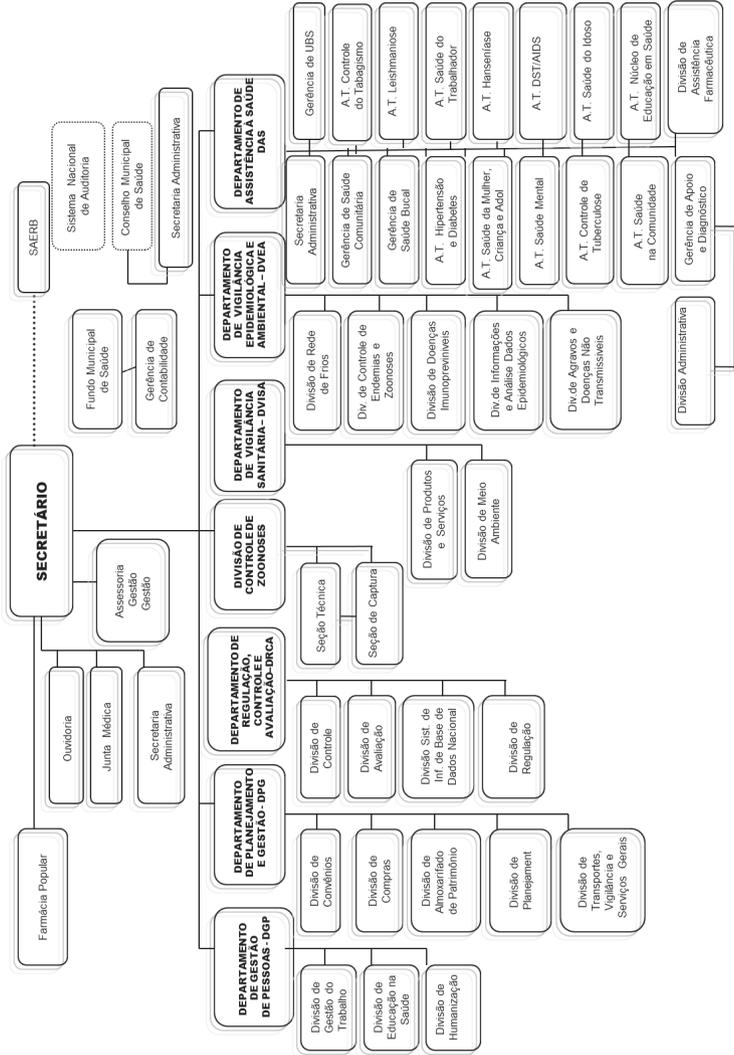
RAFAELA CARVALHO

## Introdução

A vivência do Apoio Institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco-Acre (SEMSA) iniciou-se em julho de 2012, orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Humanização (PNH), como estratégia de ressignificação dos processos de trabalho das equipes de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

No contexto da criação do Apoio Institucional na Secretaria (RIO BRANCO, 2009), a estrutura organizacional contava com o gabinete do secretário e os departamentos de Gestão de Pessoas, Planejamento e Gestão, Regulação Controle e Avaliação, Controle de Zoonoses, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental e de Assistência à Saúde, e suas estruturas vinculadas, conforme Lei nº 1.790, de 22 de dezembro de 2009 (ver figura 1).

Figura 1. Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (Lei nº 1.790, de 22 de dezembro de 2009)





Com esse arranjo, o Apoio Institucional foi criado buscando aproximação da Gestão e Atenção, com a proposta de envolvimento de todos os departamentos da secretaria, no cotidiano das práticas de saúde, considerando a indissociabilidade entre gestão e atenção. A condução do Apoio Institucional se deu nos Departamentos de Gestão de Pessoas, com as divisões de Educação na Saúde e Humanização, e no de Assistência à Saúde, com as Áreas Programáticas. A equipe de apoiadores contou também com pessoas dos Departamentos de Vigilância Epidemiológica, Sanitária, de Regulação Controle e Avaliação e servidores de quatro unidades de saúde. Um processo em experimentação, que foi se conformando no cotidiano a partir das análises dos diversos cenários de atuação da equipe de apoiadores, composta por 24 gestores e servidores da Secretaria. A equipe foi dividida em seis grupos com três ou quatro apoiadores, responsáveis por seis a dez equipes de saúde num total de 52 Unidades de Saúde da Família e seis equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

A prática do Apoio Institucional é orientada pelo reconhecimento da pluralidade e singularidade dos territórios, e busca contribuir com a efetivação do direito à saúde, incentivando espaços democráticos com a formação de coletivos que fomente o vínculo, a autonomia e a corresponsabilidade na produção de saúde.

Alguns efeitos já são percebidos no cotidiano das equipes de saúde, e como em todo o processo, existem potencialidades e fragilidades que fomentam as discussões e reflexões para o trabalho da equipe. É possível observar, a cada encontro, as transformações nas práticas e o envolvimento dos atores. Trabalhadores, gestores e usuários se sentem valorizados e incluídos.

### **A trajetória do Apoio Institucional**

O Apoio Institucional na SEMSA Rio Branco surgiu como proposta de ressignificação do processo de trabalho das equipes, tendo como objeto a produção de saúde, a partir das reflexões produzidas nas práticas assistenciais, fomentando a integralidade do cuidado, “numa perspectiva de integralidade em que a valorização da atenção e do cuidado desponta como dimensão básica para a política de saúde, que se desenvolve ativamente no cotidiano dos serviços” (PINHEIRO;

LUZ, 2007, p. 32). Percebe-se o modelo médico hegemônico ainda como indutor das práticas de saúde, centrado no individualismo, medicalização dos problemas, ênfase no biologismo e participação passiva e subordinada dos usuários (PAIM, 2012, p. 468).

A função Apoio Institucional, na concepção de Passos, Neves e Benevides (2006), implica uma ação “entre”, na interface entre produção de saúde e produção de subjetividade, entre análise das demandas e ofertas, entre as instituições de saúde e os movimentos que entranham seus funcionamentos, sejam eles movimentos sociais, analisadores sociais ou mesmo os movimentos sensíveis que operam aberturas e alteram os modos de sentir e perceber o mundo. (HERCKERT; NEVES, 2007, p. 154).

Ainda no ano de 2012, o Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS (CDG-SUS) e o Curso de Formação de Apoiadores da PNH foram disparadores de reflexões das práticas da gestão e da atenção, onde as redes explicativas<sup>1</sup> e as análises de cenário<sup>2</sup> produzidas demonstraram a fragilidade na relação entre gestão e atenção e na participação dos usuários nos serviços de saúde. Esses cursos contaram com a participação de gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde do município de Rio Branco.

A partir desses processos de formação, com o CDG-SUS e Apoiadores da PNH, e a adesão do município ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), criado pelo Ministério da Saúde em 2011, o Apoio Institucional foi priorizado na gestão da secretaria, através dos Departamentos de Assistência à Saúde e de Gestão de Pessoas, como estratégia de fortalecimento da atenção primária.

---

<sup>1</sup> Instrumento utilizado no Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS, realizado na SEMSA em 2012, como ferramenta de planejamento estratégico. Procura definir um problema, saber suas causas primárias e secundárias, e propor ações estratégicas que possam atuar nessas causas, de maneira a alterar a configuração dos problemas, com prazos e responsáveis pela execução.

<sup>2</sup> Ferramenta utilizada no Curso de Formação de Apoiadores Institucionais da Política Nacional de Humanização, realizado na SEMSA em 2012, com o objetivo de aproximar-se da realidade de trabalho e levantar possíveis demandas que poderão ser trabalhadas no seu Plano de Intervenção.

Na portaria que institui o PMAQ a função apoio é definida como:

[...] um modo específico de fazer gestão junto a coletivos/ equipes, vinculado a racionalidades que não se restringem à razão instrumental. Enquanto a supervisão opera na captura do trabalho vivo, o apoio pretende potencializá-lo, [...] busca auxiliar as equipes na tarefa de colocar o seu trabalho e as suas práticas em análise, por um lado, e na construção/experimentação de intervenções, por outro. [...] Em vez de negar ou reprimir, o apoiador institucional reconhece a complexidade do trabalho e toma os problemas concretos, os desafios e tensões do cotidiano como matéria-prima para o seu trabalho. (BRASIL, 2011a, p. 46).

É importante ressaltar que a Atenção Primária em Saúde propõe a reorientação do modelo assistencial, e de acordo com a Portaria nº 2.488/2011:

[...] é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações e territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2011b, p. 3).

O Apoio Institucional na SEMSA, norteado pelos princípios da PNH, tem como preceitos a indissociabilidade da gestão e atenção, o protagonismo e autonomia dos sujeitos e a transversalidade (BRASIL, 2008, p. 23), sendo uma ferramenta que possibilita a reflexão das práticas de saúde, tendo como principais objetivos

[...] fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Ofertar suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos e organizações. (BRASIL, 2008, p. 52).

O principal dispositivo utilizado pelos apoiadores é a Roda de Conversa, entendida como um espaço de fortalecimento da democracia institucional, do estímulo à autonomia dos protagonistas e a criação e estreitamento de vínculos. De acordo com a PNH, “a função de

Apoio Institucional trabalha no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações” (BRASIL, 2008, p. 53).

Definida a necessidade de criação do Apoio, primeiramente foi realizada uma reunião com gestores de todos os departamentos da secretaria, para apresentação e discussão da proposta. Com a composição da equipe, foi realizada uma oficina com a participação de gestores e trabalhadores, que teve como resultado a definição dos objetivos, método de trabalho, mecanismos de monitoramento e avaliação do processo.

Da formação inicial até dezembro de 2012, a equipe foi se configurando em 11 grupos com dois a seis apoiadores da gestão e da atenção, com 31 pessoas, sendo cada grupo responsável por dois a 15 ESFs e PACS. A definição dos grupos foi dinâmica, no decorrer do processo, novos atores foram se inserindo e outros foram se afastando, a partir da identidade com a função Apoio, que se traduz na aproximação com o contexto da Atenção Primária e do modo de fazer na perspectiva de promover reflexões para mudanças nos processos de trabalho das equipes de saúde, numa relação de horizontalidade, fomentando a gestão compartilhada.

A função do apoiador implica o desnudamento de valores e práticas já estabelecidas, para construir a partir do cotidiano, novos modos de ver e fazer, valorizando contextos e vivências das equipes de saúde. Nesse processo, os apoiadores que se identificaram com a função e a prática proposta permaneceram no grupo de apoio, alguns por não se identificar ou por não conseguir conciliar sua agenda de trabalho com a função apoio, saíram da função. Essa dinâmica interferiu no estabelecimento de vínculos entre as equipes de saúde e os apoiadores, dificultando o processo de trabalho da equipe do apoio.

As visitas dos apoiadores às equipes de saúde iniciaram-se no mês de outubro, quando no primeiro encontro foi apresentada a proposta e seus objetivos, buscando o estabelecimento de vínculos. Como dinâmica de trabalho, o grupo de apoiadores definiu a realização de dois encontros mensais por equipe. A partir daí, a tarefa foi realizar a análise do processo de trabalho com as equipes de saúde, identificando potencialidades e fragilidades. Além dos profissionais da saúde, em algumas unidades, essa atividade contou com a

participação dos usuários locais, representados por lideranças da área de abrangência da equipe, onde foram priorizados os problemas e construídas coletivamente as ações para reorientação do trabalho da equipe, utilizando a ferramenta da Rede Explicativa, respeitando as especificidades dos territórios.

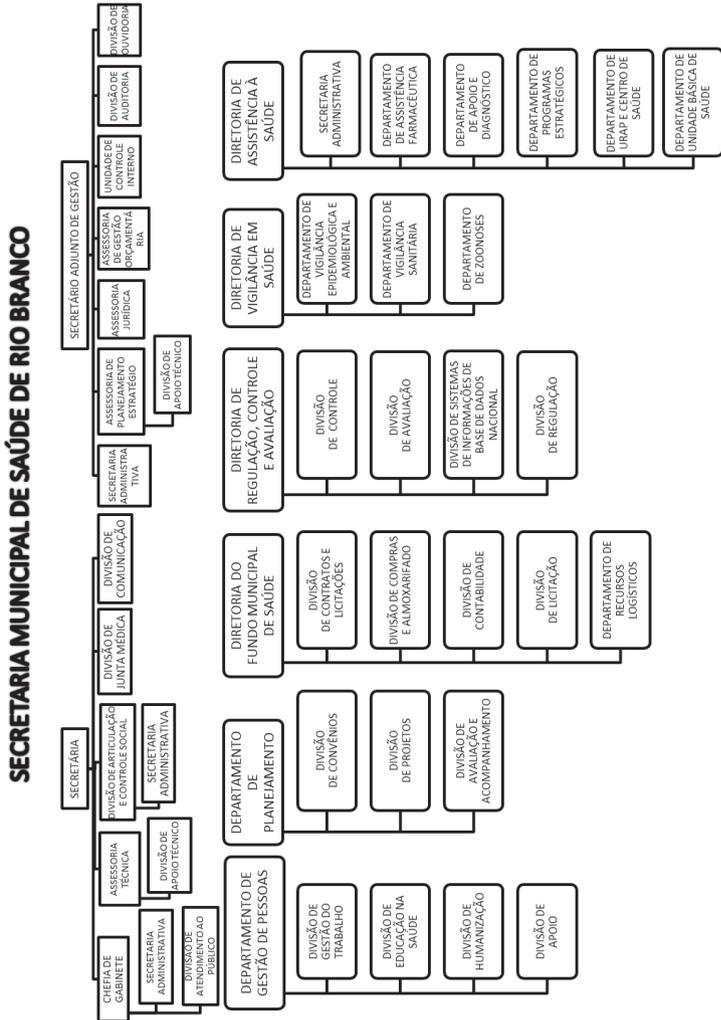
A participação dos usuários nos serviços de saúde ainda acontece de forma tímida, pois a gestão participativa não é uma prática comum. Tradicionalmente, as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde são planejadas no âmbito da gestão, de forma verticalizada, sem a inclusão dos trabalhadores e usuário. Silveira et al. (2013, p. 169) afirmam que

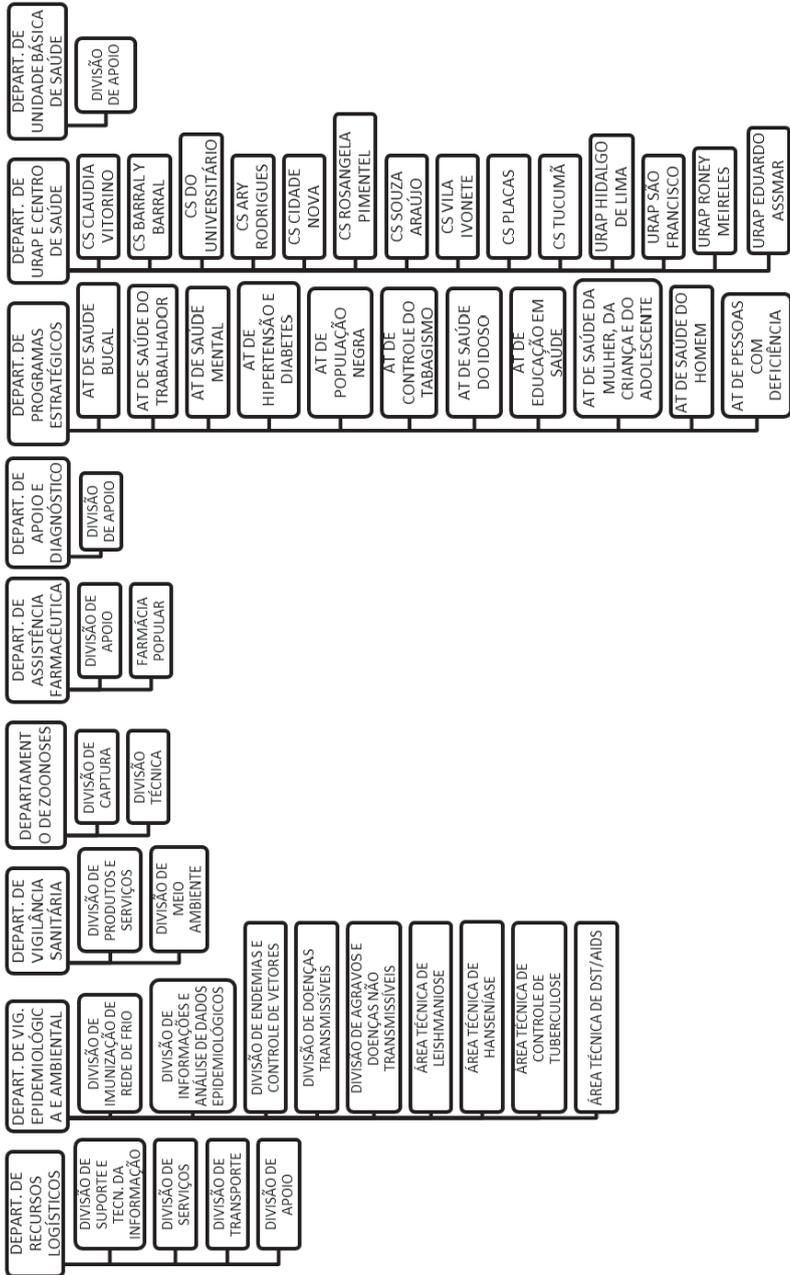
Produzir saúde envolve diferentes atores e saberes. O resultado dessa produção depende de como esses atores se articulam, e principalmente de como a gestão oportuniza esse encontro. Muitas situações são marcadas por modelos de gestão centralizados na qual a comunicação é verticalizada, ou seja, “eu planejo e você executa”, excluindo o trabalhador e o usuário da participação na elaboração do planejamento das ações e serviços.

Buscando superar esse modo tradicional nas práticas de saúde, o método do Apoio Institucional na secretaria tem como pressuposto a prática da democratização das relações institucionais, com a inclusão de gestores, trabalhadores e usuários como protagonistas e corresponsáveis na produção do cuidado em saúde, com estímulo a práticas que superem o modelo hegemônico.

Em 2013, ocorreu o processo de transição na Prefeitura de Rio Branco, com mudanças na gestão da secretaria, nos cargos de secretário, gerentes de departamentos, divisões e áreas programáticas. Esse contexto propiciou a mudança na estrutura organizacional da SEMSA, que no mês de março de 2013 passou a contar com a seguinte organização (RIO BRANCO, 2013): Gabinetes do Secretário e Secretário Adjunto, Diretorias de Vigilância em Saúde, de Assistência à Saúde, do Fundo Municipal de Saúde e de Regulação Controle e Avaliação com respectivos departamentos e divisões a eles vinculados e os Departamentos de Planejamento e Gestão de Pessoas com respectivas divisões (ver figura 2).

Figura 2. Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (Decreto nº 707/2013)





No momento a estratégia do Apoio Institucional é priorizada pela Diretoria de Assistência à Saúde, como ferramenta de trabalho das Áreas Programáticas vinculadas ao Departamento de Programas Estratégicos (DPE), onde foi criado o grupo condutor do Apoio Institucional, formado pela gestão do departamento e um apoiador, que dispara e organiza as demandas do grupo de apoiadores. Com esta configuração, a gestão do Departamento busca superar a fragmentação das ações das áreas programáticas, com ênfase na integralidade do processo de trabalho das equipes de saúde, fomentando a prática do cuidado.

Nesse contexto, novos gestores das áreas programáticas foram inseridos na equipe de apoiadores e nos encontros mensais do grupo e o método de trabalho foi problematizado, considerando que cada equipe de apoiadores foi desenvolvendo, no decorrer do processo, um método próprio de trabalho, pois em alguns momentos não se respeitava a dinâmica de cada equipe de saúde. Com esta reflexão, sentiu-se necessidade de definir valores para orientar o trabalho da equipe do Apoio, e surgiu como proposta a realização da 2ª Oficina de Apoiadores, que teve como objetivo: socializar e avaliar o método do apoio; reafirmar seus princípios e diretrizes; e avaliar a ferramenta da rede explicativa como metodologia de planejamento das equipes de saúde.

Como produto da oficina, foi elaborada a proposta de portaria para institucionalizar o Apoio na SEMSA, onde foram definidos os princípios, diretrizes e dispositivos do Apoio. A portaria proposta reafirmou, como objetivo do Apoio, fortalecer os princípios do SUS e a Política Nacional da Atenção Básica com os dispositivos da PNH,<sup>3</sup> que são propostos como ferramenta de atuação das equipes.

O método do apoio foi se construindo na prática, com erros e acertos, na lógica do aprender fazendo, avaliado cotidianamente de forma compartilhada por meio de rodas de conversa e oficinas com os apoiadores, trocando saberes e práticas a partir da vivência, respeitando a singularidade dos territórios. Atualmente são 21 apoiadores, distribuídos em seis equipes de Saúde da Família, com

---

<sup>3</sup> Para a viabilização dos princípios e resultados esperados com o HumanizaSUS, a PNH opera com dispositivos, entendidos como “tecnologias” ou “modos de fazer”.

três a quatro apoiadores para as 33 equipes. A equipe de apoiadores conta com 12 pessoas vinculadas à Diretoria de Assistência à Saúde, uma da Divisão da Humanização e uma da Educação na Saúde, uma da Diretoria de Regulação Controle e Regulação e cinco pessoas da assistência que semanalmente se encontram com as equipes de saúde, disparando os movimentos a partir das situações identificadas e discutidas como prioritárias pelos profissionais de saúde.

### **Estratégias de avaliação do Apoio**

O Apoio Institucional pressupõe avaliação contínua, onde são discutidas as potencialidades e fragilidades, do processo. É importante destacar que o monitoramento e avaliação são ferramentas indispensáveis nos processos de gestão e atenção à saúde, sendo esta uma fase importante da dinâmica de trabalho do grupo.

Pasche (2009, p. 14) afirma que a avaliação

[...] toma o sentido da formação dos sujeitos na prática, promovendo aprendizagem com a própria experiência e transformando-os, de imediato, nos próprios avaliadores. Este movimento vai na direção da produção de autonomia, pois os trabalhadores se alçam à condição de sujeitos, protagonistas e não mero executores, cuja ação avaliativa lhes escapa. (PASCHE, 2009, p. 14)

Para a avaliação das ações realizadas pelo Apoio Institucional, utilizam-se estratégias de encontros mensais com o grupo condutor e os apoiadores, onde são socializadas as experiências e as facilidades e dificuldades sentidas, como ferramenta de monitoramento e avaliação, acompanhando a periodicidade dos encontros e as ações promovidas. Vivências, angústias, expectativas e boas práticas são compartilhadas, fortalecendo o vínculo entre os apoiadores e resignificando o modo de fazer.

Outra estratégia de avaliação e monitoramento é voltada para o processo de trabalho das equipes de saúde, a partir das redes explicativas, construídas no planejamento na unidade. Com esta ferramenta, é possível que o apoiador, durante as visitas às equipes de saúde, fomente momentos de discussão com os profissionais para reflexão dos problemas cotidianos relacionados ao processo de trabalho

da equipe, identificando aspectos que dificultaram ou facilitaram a implementação das ações propostas no planejamento. A partir deste método, é possível agregar valores qualitativos aos indicadores de saúde pactuados anualmente.

### **Efeitos e repercussões do apoio**

Ao considerar as potencialidades e desafios do apoio, é importante conhecer a percepção do apoiador e de alguns profissionais das equipes quanto aos efeitos causados nos coletivos apoiados. Para perceber esses efeitos, na perspectiva dos apoiadores e equipes apoiadas, foram realizadas entrevistas com estes. O primeiro relato é de um apoiador que afirma

[...] conhecer como está o Grupo de Tabagismo, por exemplo, após uma visita de um grupo do Apoio a uma equipe em que fora implantado o programa, é fundamental, e a partir daí serem fornecidos por ela informações, instrumentos ou insumos necessários a esta Unidade, é um apoio para a continuidade deste programa, e para a Gestão além do cumprimento de seu papel, é uma aproximação. (Apoiador 1).

Para o Apoiador 1, a presença dos gestores das áreas programáticas na equipe de apoiadores aproxima a gestão e a atenção, sendo um importante elo para o fortalecimento do vínculo. Além disso, possibilita analisar, como estão sendo desenvolvidas as ações da área programática.

O segundo relato, também de um apoiador, demonstra que

[...] o efeito, o impacto que causou, posso até dizer (pausa) que foi uma valorização profissional, da autonomia da equipe para tomar decisões. [...] Nos retornos às unidades, pequenas mudanças, desde visual, até a autoestima da equipe [...] deu uma sacudida, é como se tivesse renascido, visto aquela luz no fim do túnel, e quisesse fazer novamente. A organização da unidade é outra. (Apoiador 2)

A análise indica como efeito, além da aproximação da Gestão e Atenção, a valorização dos trabalhadores. Através do apoio, a equipe se sente amparada em suas dificuldades e percebe que a gestão está envolvida com os problemas da Unidade.

O terceiro relato, agora de um trabalhador de equipe apoiada, demonstra que

[...] não é muito difícil percebermos as equipes de saúde desmotivadas, com um semblante triste ou de *descredibilidade* no sistema, tal sentimento vem arrastando-se ao longo dos tempos, especialmente devido ao anseio de falta de apoio por parte dos governantes para realização de atividades simples ou mais complexas como: montar grupos educativos, reformas dos ambientes de trabalho, manutenção de equipamentos, insuficiência de material educativo reformulado e atualizado, parcerias em cursos, atualização sobre a localização dos serviços (endereços, telefones, técnico responsável, etc.). (Trabalhador 1).

O Trabalhador 1, em seu relato, demonstra desmotivação com seu trabalho, e até certo grau de sofrimento, ao afirmar que as equipes estão com um “semblante triste”, o que na sua opinião é ocasionada pela falta de apoio dos gestores para o desenvolvimento do seu trabalho cotidiano. Esta fala é mais um desafio a ser considerado e problematizado pela equipe de apoiadores, para regatar a autoestima e promover a valorização do trabalho desenvolvido pelas equipes, a partir da estratégia da gestão compartilhada com mecanismos de inclusão dos trabalhadores e usuários.

Para o Trabalhador 2, como efeito do apoio

[...] percebe-se a importância de qualquer manifestação vinda da instituição à qual somos interligados, visando o auxílio das equipes multiprofissionais de saúde. [...] aproximando os trabalhadores em uma relação intersetorial, agindo em parceria com as equipes e através do conhecimento adquirido (por meio do diagnóstico situacional feito pelos apoiadores institucionais), [...] Os grupos de apoiadores têm contribuído notoriamente para elevar a autoestima dos profissionais e mostrar-lhes o seu valor e o tamanho de sua autonomia perante o serviço [...]. (Trabalhador 2)

Neste relato, percebe-se que o Trabalhador 2 não se sente como parte da instituição ao afirmar que são interligados, com a sensação de distanciamento da gestão e da atenção, que somado ao relato do Trabalhador 1, promove o sentimento de desvalorização do trabalhador, gerando angústias, tristezas e baixa motivação para o desenvolvimento

do trabalho. Apesar disso, o trabalhador compreende a proposta do Apoio Institucional na sua essência, ou seja, que o apoiador faz com a equipe, e não por ela, reafirmando a importância do protagonismo dos trabalhadores de saúde e a prática pedagógica que é indissociável do processo. Essa relação dialógica gera o vínculo e o sentimento de pertencimento, promovendo a autoestima e a valorização do trabalho e do trabalhador do SUS.

Em seu relato, o Trabalhador 3 afirma

[...] olha, pra mim o apoio não tem efeito nenhum, aquelas reuniões, com aquelas brincadeiras, sabe às vezes eu nem entendo pra que serve, e depois da última reunião, o colega que já odiava esse apoio, não quer mais nem ver pintado de ouro, depois que a colega entregou ele [...] mais cedo ou mais tarde ele ia ser penalizado, mas não devemos entregar nosso colega. O que vocês estão fazendo aqui a gente já fazia antes, só que estava parado, só veio pra acelerar. (Trabalhador 3)

A percepção do apoio como estratégia de aproximação da gestão e atenção não é percebida com o mesmo olhar, pois o Trabalhador 3, em seu relato, demonstra que a presença da gestão é incômoda e desconfortável, deixando transparecer sua insatisfação com a gestão, que se traduz na agressividade percebida no relato. Esse profissional tem o apoio como algo com caráter de fiscalização das equipes que resulta em penalidade, mesmo reconhecendo ao final do relato, que o apoio contribui para “acelerar” as ações realizadas pela equipe. O relato traz o desafio, para o apoiador, de compreender esse sentimento como um mecanismo de defesa frente a práticas verticalizadas e autoritárias, não contratransferindo esse sentimento para a equipe apoiada. É importante pensar em estratégias que possibilitem reflexões sobre a prática do Apoio Institucional, para que a equipe possa compreender os princípios e objetivos do Apoio.

O Trabalhador 4, em seu relato afirma que

[...] o Apoio Institucional começou a ter resultados com alguns meses de funcionamento, a primeira vista os funcionários da unidade me questionaram muito do porque das reuniões [...] o apoio veio trazer a importância da responsabilização de cada um dentro do grupo e que a construção de novos objetivos e realiza-los não dependem de um só mais de todos. A prova disso é formação

inicial de um grupo de hipertensos, fluxograma da unidade, e reuniões semanais entre outros. Enfim, realmente sinto que estou tendo apoio [...]. (Trabalhador 4).

Esse relato demonstra que o apoio produz movimento, possibilitando transformações nas práticas, com efeitos que começam a repercutir no sentido de diminuir as ações focadas no modelo biomédico, campanhistas e programas verticalizados, reafirmando a Estratégia de Saúde da Família como território singular para a produção de saúde.

Os relatos demonstram que o apoio institucional é uma importante estratégia de fortalecimento das equipes de saúde, ainda com desafios a serem superados. O processo possibilita a inclusão dos usuários e trabalhadores na gestão, estimulando e legitimando espaços de gestão democrática, promovendo a motivação dos trabalhadores para o desenvolvimento das ações de saúde, com resgate das experiências exitosas e a reinvenção dos processos de trabalho, a partir de análise crítica dos trabalhadores e a capacidade de inovação das equipes.

### **Potencialidades e desafios do Apoio Institucional na SEMSA**

A potencialidade do Apoio Institucional é a capacidade que o mesmo possui em reorganizar processos de trabalho a partir do diálogo entre os trabalhadores das equipes de saúde, que acontece nas rodas de conversa nos territórios, estimulando o protagonismo e autonomia dos atores envolvidos, ou seja, dos gestores, trabalhadores e usuários. Para Santos Filho e Barros (2012, p. 119):

o desafio constante do processo de apoio foi o de criar estratégias para a reafirmação e ampliação do exercício da descentralização e da autonomia nas unidades básicas, fomentando condições para a construção e sustentação de um modo de funcionamento pautado no dialogismo, visando à transformação radical nas práticas em saúde.

Nessa vivência, com o desenvolvimento do Apoio Institucional, alguns desafios são percebidos e causam inquietações para a prática do apoio, corroborando a análise dos autores sobre a sustentabilidade do processo. Assim, destacam-se como desafios a necessidade de manutenção das ações disparadas e de coletivos organizados, a apropriação do novo modo de fazer saúde com a participação dos

usuários, a reaproximação dos apoiadores da PNH<sup>4</sup> e a vinculação dos apoiadores com as equipes. Esses desafios devem ser enfrentados cotidianamente pela gestão, pela equipe de apoiadores, pelos trabalhadores da saúde e pelos usuários, com a inclusão de novos atores na roda, para que o Apoio Institucional se efetive como uma estratégia prioritária para fortalecimento da Atenção Primária, reorientando a atuação da gestão e da atenção da saúde.

Na vivência do apoio, destacam-se como potencialidades o modo de fazer, que se configura a partir da realidade, considerando a subjetividade dos sujeitos, o que possibilita refletir sobre o trabalho em equipe, com espaços que promovem trocas de saberes, vivências e a capacidade de reinvenção dos apoiadores e das equipes apoiadas, com a transformação das práticas.

### **Efeitos da convocatória na vivência do Apoio**

O relato da vivência do Apoio Institucional para participar na convocatória do Lappis possibilitou a reflexão sobre o modo de fazer, sobre a prática cotidiana do apoio com as equipes de saúde. O aprender fazendo gera expectativas e incertezas, e ao mesmo tempo enriquece a vivência, com o olhar de que não existe uma fórmula ou prescrições de como fazer o Apoio Institucional na prática.

Cada apoiador, cada equipe tem seu método, que vai se conformando no cotidiano, e isso foi sendo analisado mais profundamente, quando da necessidade de sentir ou perceber os efeitos do apoio nos coletivos, a partir da convocatória. Ao descrever a experiência, os autores buscaram relatos dos apoiadores e trabalhadores apoiados, refletindo sobre a prática, percebendo as potencialidades, fragilidades e desafios deste processo.

A seleção na convocatória também gerou expectativa no coletivo, pois os apoiadores desejavam que as equipes que estavam acompanhando fossem visitadas e o efeito do seu trabalho fosse percebido. Inicialmente, pensou-se na pesquisa como um processo

---

<sup>4</sup> Servidores e gestores da SEMSA que participaram do Curso de Formação de Apoiadores da PNH, realizado em 2012, com o objetivo de formar apoiadores institucionais da PNH para atuação na gestão e na atenção primária no município de Rio Branco-AC.

com caráter avaliativo, gerando insegurança – afinal, estávamos apenas começando e numa conjuntura de mudanças na gestão que sempre traz implicações. Porém, a visita dos pesquisadores possibilitou mais uma imersão sobre o modo de fazer, inicialmente com a reunião destes com os apoiadores, que foram instigados a falar das potencialidades e das fragilidades, traduzidas também nas angústias e inquietações do grupo – e depois, com a visita a algumas equipes de saúde, tidas como “modelo” e como equipe “problema”, quando também foi possível perceber os avanços e desafios existentes, relatados pelos profissionais.

Ao final da visita do grupo de pesquisadores, foi possível perceber que o método do apoio que está sendo desenvolvido vem alcançando resultados significativos. Algumas equipes de saúde já se mobilizam e se corresponsabilizam pelo processo de trabalho, buscando estratégias de enfrentamento para a resolução das fragilidades identificadas na atenção à saúde.

Participar da pesquisa foi um processo crítico reflexivo, de caráter avaliativo, na perspectiva pedagógica e participativa; ou seja, perceber a riqueza de um processo que se dá na prática, com erros e acertos, que se constrói com as reflexões e desafios e se traduz na potência do coletivo com a inclusão de gestores, trabalhadores e usuários na afirmação da saúde como direito e cidadania.

### **Considerações finais**

A trajetória do Apoio Institucional na secretaria se configura como importante ferramenta de aproximação da gestão e atenção, promovendo a gestão compartilhada e participativa com a inclusão dos diversos saberes e práticas, fortalecendo a autonomia e protagonismo na produção de saúde. O apoio é um processo de militância, uma prática ideológica cotidiana, produzindo identidade que implica um novo modo de fazer envolvendo a capacidade crítico-reflexiva da gestão e da atenção, reafirmando os princípios do SUS como produção de vida.

A estratégia de atuação das Áreas Programáticas a partir do apoio institucional, enquanto postura ética, no sentido da produção do cuidado, estética relacionada à capacidade de reinvenção e política enquanto reafirmação de direitos sociais, é uma aposta que vem dando

certo, mesmo com os desafios existentes para sustentabilidade das ações disparadas. Espera-se que essa ferramenta seja compreendida como método de trabalho e incorporada no cotidiano das áreas programáticas e demais setores da secretaria, potencializando as ações e superando a fragmentação das práticas nos serviços de saúde.

Por fim, é necessário reafirmar o Apoio Institucional enquanto ferramenta de gestão transversal envolvendo e corresponsabilizando gestores, trabalhadores e usuários na produção de sujeitos e coletivos, que são parte na construção de políticas públicas inclusivas, fomentando a responsabilidade solidária e o estreitamento de vínculos afetivos, tecendo redes de saúde para a integralidade e efetivação do cuidado.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Portaria GM nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, 2011a.

BRASIL. Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2011b.

HECKERT, A.L.C.; NEVES, C.A.B. Modos de formar e intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade*: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.p. 145-160.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C. et al. (Orgs.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 468.

PASCHE, D.F. In: SANTOS FILHO, S.B. *Avaliação e Humanização em Saúde*: aproximações metodológicas. Ijuí: EdUnijuí, 2009. p. 14.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc. p. 7-34.

RIO BRANCO. Decreto nº 707, de 11 de março de 2013. Estabelece a estrutura organizacional básica da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA. *Diário Oficial do Estado do Acre*, ano XLVI, nº 11.010, 19 de março. Rio Branco, 2013. p. 40.

RIO BRANCO. Lei Municipal nº 1.790, de 22 de dezembro de 2009. Dispõe sobre a organização da Secretaria Municipal de Saúde, sua estrutura; dá nova redação ao artigo 75 e Anexos da Lei Municipal nº 1.551, de 08 de novembro de 2005 e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado do Acre*, ano XLII, nº 10.200, de 24 de dezembro. Rio Branco, 2009. p. 469.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. O trabalho em saúde e o desafio da humanização: algumas estratégias de análise-intervenção. *Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, 2012, p. 119.

SILVEIRA, R. et al. Agenda em redes: construindo planejamento participativo responsável. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). *Apoiando a gestão do SUS em Rio Branco – Acre: a estratégia da incubadora de integralidade no desenvolvimento institucional local*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2013.p. 161-178

# A dor e o prazer de coordenar um grupo de trabalho em HumanizaSUS

SUELI CANEDO BORGES RODRIGUES

TEREZA CRISTINA DA SILVA SANTOS

AMANDA LUIZA CORVEL DE VIDAL NICOLAU

Este capítulo têm uns número de referência, parece nota de rodapé mas não tem as notas... Marquei os trechos em vermelho

Este relato se refere à experiência de coordenar o grupo de trabalho em HumanizaSUS em um dos maiores hospitais de média e alta complexidade da Região Norte do país. Depois de alguns anos ofertando apoio institucional, poderíamos contar várias experiências vividas aqui no Hospital Regional de Araguaína (HRA), as que deram certo e também as que não se sustentaram.

Nesse coletivo, nosso papel como apoiadoras tem sido o de estar sempre atentas, cuidando para que os trabalhos do Grupo de Trabalho em HumanizaSUS (GTH/HRA) não tomem outros rumos, diferentes do preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH). O desafio visa assegurar um espaço participativo e democrático, onde os membros tenham direito a voz, podendo trazer suas contribuições, propor sugestões, apresentar inferências, empreender ações e atitudes que fortaleçam os princípios da *integralidade* e *equidade* no SUS, verdadeiros vetores que guiam os olhares e as ações do grupo.

*Integralidade* entendida como “um dos princípios constitucionais do SUS que garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde” (BRASIL, 2008), contemplando desde ações de assistência em todos os níveis de complexidade, até atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e de promoção da saúde. Integralidade é compreendida ainda como “proposta de abordagem integral ao ser humano, superando a fragmentação do

olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais” (BRASIL, 2008).

Paralelamente, qualificamos a *equidade* como conceito norteador que rege as funções distributivas, as quais têm por objetivo compensar ou superar as desigualdades existentes, consideradas socialmente injustas em todos os nos aspectos. No vocabulário do Sistema Único de Saúde (SUS), diz respeito “aos meios necessários para se alcançar a igualdade, estando relacionada com a ideia de justiça social. Condições para que todas as pessoas tenham acesso aos direitos que lhe são garantidos” (BRASIL, 2008). Dessa forma, observa-se que o trabalho de apoio institucional se torna facilitado quando se amplia o conhecimento sobre alguns conceitos, principalmente buscando apropriar-se dos princípios do SUS.

A renovação dos atores que compõe o GTH no HRA é permanente; assim, procura-se manter a participação multiprofissional visando promover a intersectorialidade, a transversalidade, a comunicabilidade, evitando a desfragmentação dos processos de trabalho, de modo a fomentar e valorizar o trabalho em equipe... Em nossa realidade, a adesão de profissionais médicos ao grupo ainda é discreta; em 2014 contamos com apenas um representante da área. Nesse sentido, um dos nossos desafios é conseguirmos atrair mais médicos para o GTH. Nessa jornada, alguns vieram e não permaneceram, mas o que se percebe é que os profissionais que já participaram do GTH passaram a incorporar as práticas mais humanizadas em seus processos de trabalho – ainda que de forma minimalista ou incipiente, a semente floresce.

Nosso dispositivo de intervenção se dá através das rodas de conversa. Utilizamos o *Método da Roda*, visando à produção de compromisso, de novos padrões de subjetividade, de sublimação criadora. Nas rodas, buscamos a *reapropriação do direito à alegria, à criação, ao compromisso transformador, à paixão* (CAMPOS, 2000). Os principais objetivos dessa ação se amparam em: Ofertar as diretrizes e proposições da PNH, visando melhorias nos processos de trabalhos; Apresentar temas / problemas / demandas prioritários a serem enfrentados; pactuação de responsabilidades e encaminhamentos para mudanças de cenário; melhorar a comunicação entre setores; fomentar o trabalho em equipe;

Incentivar a corresponsabilização; reafirmar o protagonismo; planejar, monitorar e avaliar as ações do GTH no HRA.

A aposta metodológica para validação das (nossas) rodas é a construção de *memórias*, que é o método de acompanhamento e registro dos processos de produção do grupo. Em todas as rodas de conversas construímos (confeccionamos) a *memória* visando dar visibilidade e *dizibilidade* ao que este território nos mostra, e o que é possível dizer sobre ele através das leituras de seus movimentos para a produção de saúde. Acreditamos ser uma metodologia participativa de validação, pois é construída coletivamente e tem a finalidade de promover a apreensão de seu processo da intervenção, de refletir os entendimentos, impasses, queixas, mudanças, além de acompanhar os caminhos traçados, os ajustes de percurso, e algum estranhamento dos sentidos anteriormente expressos. A memória também aparece como um documento norteador dos encaminhamentos necessários aos gestores da instituição, contribuindo assim, indiretamente para a cogestão no processo de trabalho (CAMPOS, 2000).

Um dos nossos maiores desafios é aplicar as diretrizes da PNH, um pouco por desconhecimento de alguns atores do grupo sobre a política. Nesse sentido, em 2012 foi desenvolvido um projeto para implantação de Acolhimento e Acolhimento com Classificação de Risco em Rede em nível regional, mas apesar de ter sido apoiado pela Secretaria de Saúde do Estado de Tocantins (SESAU) e por consultores da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, todo nosso planejamento se perdeu em uma malfadada terceirização e desterceirização da saúde no nosso estado. O projeto continua em nosso planejamento anual e estamos juntando forças, construindo parcerias, para que assim que possível, possamos reiniciar este trabalho.

A SESAU, visando se preparar para esse desafio, em maio de 2014 realizou oficina para o desenho de um novo projeto de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco na rede de serviços de saúde do estado. Um efetivo ganho do GTH é a participação no Grupo de Trabalho de Urgência e Emergência, que está responsável pela implantação do projeto de ACCR no HRA.

Outra aposta fomentada pelo GTH em 2013 foi a oferta de um curso com ênfase na diretriz *acolhimento*, possibilitando o conhecimento sobre o SUS e a PNH por um maior número de trabalhadores. O grupo do GTH entendeu que, pela falta do empoderamento desses saberes, essa seria a diretriz que fortaleceria o trabalho do GTH e promoveria outras diretrizes da PNH, com possibilidade ainda de ampliar os conceitos de integralidade e equidade na média e alta complexidade.

Assim, construiu-se o projeto de um curso denominado “Acolhimento Institucional e Assistencial” para funcionários do hospital, e outros atores da rede de serviços, tais como Hospital Dom Orione - HDO e Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS, entendendo *acolhimento* como:

Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário. (BRASIL, 2008).

[...] Um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários (BRASIL, 2009).

A escolha tema “Acolhimento Institucional e Assistencial” veio ao encontro de uma necessidade que borbulha no cuidar em saúde, que é acolher de forma responsável. Muitos trabalhadores em saúde conhecem acolhimento apenas como triagem ou um tratar carinhosamente, e não como um direito do cidadão que procura os serviços de saúde pública. Sendo assim, é fundamental o aprofundamento de tal tema e foi desenvolvido o plano de ação, com a realização do curso citado.

Como resultado, obtivemos superação na expectativa de inscrições, pois o elevado interesse pelo curso foi mais do que satisfatório. Um dos parceiros na realização desta ação foi o Núcleo

de Educação Permanente/HRA, que colaborou com a indicação de apoiadora institucional para elaboração do projeto, intercedendo nos encaminhamentos junto à Escola Técnica do SUS (ETSUS/SESAU) nos trâmites para aprovação e a certificação do curso. Após esta fase, foram realizadas algumas rodas de conversa com técnicos da SESAU e consultores do Ministério da Saúde, para a qualificação da proposta e o alcance do objetivo.

Um dos maiores desafios na realização do curso foi o envolvimento do próprio GTH. Por isso, muitas vezes nos perguntamos: somos mesmo um grupo de trabalho? Entendendo grupo como uma equipe que trabalha na mesma tarefa, que une os esforços com o mesmo propósito. Nesse sentido, a experiência nos mostrou que temos que evoluir. Alguns dos participantes do curso ficaram pelo caminho, tais como os representantes do HDO e da SEMUS. Ao final, transcorreu de forma satisfatória, resultando na formação de 37 trabalhadores, o que reafirma que apesar da dor e dos desafios, podemos sentir prazer em produzir ações/conquistas que fortaleçam o SUS, promovendo e efetivando nosso sistema de saúde.

É importante destacar que alguns membros do GTH foram alunos neste curso, o que consideramos uma aposta para apropriação do saber e maior adesão nas ações da Política no Hospital.

A metodologia aplicada no curso valeu-se de estudo e discussão de textos; trabalho em grupo com apresentações; apresentação de vídeos; filmes; palestras dialogadas; rodas de conversa; entre outras. Dentre os assuntos abordados, destacamos: o Sistema Único de Saúde, 25 anos: desafios e avanços; Integralidade e Equidade em saúde pública; Política Nacional de Humanização; e noções sobre Planejamento, Construção e utilização de indicadores; Monitoramento e Avaliação na PNH; o Método Roda; GTH/grupo de trabalho em humanização; Apoio Institucional e concepção de planos de intervenção.

O produto final do curso foi a elaboração de Planos de Intervenção a serem desenvolvidos pelos concluintes do curso. Alguns deles: Realização de oficinas sobre Saúde Mental na média e alta complexidade: como acolher esse usuário; Ginástica Laboral para trabalhadores da enfermagem da UTI e Centro Cirúrgico; e Realização de rodas de conversas quinzenais na unidade de saúde.

Essas ações e outras serão acompanhadas pelo Grupo de Trabalho em Humanização, e algumas delas já foram realizadas na Semana Nacional de Humanização, uma vez que a *Educação Permanente é fundamental como ferramenta de transformações nas práticas de trabalho. E é por meio dela que se articulam ensino, gestão, atenção e participação popular na produção de conhecimento para o desenvolvimento da capacidade pedagógica de identificar pontos sensíveis e estratégias para a produção da integralidade e humanização* (BRASIL, 2008).

A realização do curso pode ser considerada como um grande passo do GTH, além dos formandos estarem inseridos como corresponsáveis dos planos de ação e nos processos de trabalhos no qual estão inseridos, ampliou-se o conceito de humanização no SUS/HRA para uma *humanização* que diz respeito a:

Uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. [...] se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008).

Nosso foco agora está voltado para o tema da gestão compartilhada, a acontecer de forma mais ampla e efetiva na unidade hospitalar, embora em nossas rodas / encontros / oficinas sempre se fala sobre gestão democrática, agora de forma ampliada, uma vez que mais atores aumentaram o grau de percepção sobre essa pauta.

No ano de 2013, realizamos grandes rodas com a participação da diretoria administrativa, gerentes, coordenadores e encarregados de setores. O projeto tem como proposta tornar essas rodas de conversas permanentes, uma vez por mês, tornando os processos de trabalho cada vez mais democráticos, não perdendo de vista os desafios a serem superados. No entanto, o maior orgulho do grupo é ter disparado desejos de instituir um colegiado gestor no hospital, como aposta de

que seja um espaço democrático de compartilhamento de problemas e decisões, estimulando compromissos e responsabilizações ético-políticas no hospital.

Dessa forma, o hospital estará dando mais um passo para adentrar outros caminhos ofertados pela PNH, avançando no processo de humanização da nossa unidade hospitalar. Com os desafios enfrentados hoje pelo sistema de saúde brasileiro, no nosso caso área hospitalar, torna-se evidente a necessidade de ofertas como as da: *Clinica Ampliada*, prática como nexos constituintes da integralidade em saúde; do Acolhimento, visando assegurar *universalidade* garantindo o acesso com mais equidade em benefício dos usuários.

Na diretriz da *Valorização do trabalho e do trabalhador*, apesar de ainda não termos grandes avanços elencados, a unidade hospitalar, através do setor de Saúde do Trabalhador, amparado pelo Decreto nº 4.210, de 16 de dezembro de 2010, e Portaria/SESAU nº 497, de 18 de agosto de 2011, constituiu a Comissão de Saúde do Trabalhador (COLSAT), para que a luta por melhores condições de trabalho seja um exercício ético e constante na desprecarização dos ambientes e condições de trabalho, minimizando as dificuldades do âmbito da organização e relações sociais de trabalho que ainda se faz presente no Sistema de saúde brasileiro (SANTOS FILHO; BARROS, 2007).

Em relação à *Defesa dos Direitos do Usuário*, trata-se de outro foco de interesse para nosso trabalho. Nesse sentido, já realizamos algumas rodas específicas, com trabalhadores da unidade de saúde para tratar da Portaria nº 1820, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários. Tais rodas tiveram como desdobramentos: revisão de alguns processos de trabalhos relacionados a como a unidade de saúde vem recebendo os usuários e acompanhantes; e também na confecção de cartilhas informativas a serem distribuídas com orientações para os usuários e acompanhantes. Nosso grande ganho nesse trabalho foi a ampliação do horário de visitas de 45 minutos para duas horas na nossa unidade de saúde.

Às vezes, pelas dificuldades (falta de apoio, rotatividade dos gestores, desconhecimento sobre a PNH de trabalhadores, fragmentação do processo de trabalho e das relações, dificuldade de trabalho em equipe,

sistema de saúde burocratizado, verticalizado...), emerge a vontade de desistir, mas o desejo de efetivar os princípios do SUS fala mais alto e agente não se vê mais atuando na área da saúde se não for pra lutar por um SUS verdadeiramente efetivo. Será que é assim se torna um apoiador(a)? Desses(as) que fazem do apoio institucional uma estratégia metodológica para enfrentamento de importantes desafios que é o trabalho em saúde?

De que *apoio institucional* se está se falando? Para Santos Filho et al. (2009):

O apoio institucional é uma estratégia metodológica para enfrentamento de importantes desafios que o trabalho em saúde, por toda sua complexidade, faz emergir: lidar com impotência, com os limites humanos, com a dor, com a morte<sup>5</sup>. Apoiar é produzir [...] modos de lidar com a emergência de situações problemáticas das equipes para sair da culpa e da impotência frente à complexidade dos desafios do cotidiano do trabalho em saúde. [...] **Apoiar é, antes de tudo, uma ética que se apresenta como modo de lidar com relações que os sujeitos constroem entre si e com seus objetos de trabalho**<sup>6</sup>.

Segundo Campos, existem alguns lugares institucionais de onde se pode realizar o trabalho de apoio: a) *de um lugar de poder institucional*; b) *de um lugar de suposto saber* e c) *de um lugar de paridade*. O trabalho de Apoio Institucional em nossa unidade de saúde se constituiu de *um lugar de suposto saber: alguém que em razão de um conhecimento presumido poderia agir valendo-se da metodologia do apoio*, deve-se considerar também, por um lugar de paridade, em razão de que se deu também por conta da constituição do GTH (CAMPOS, 2003).

De acordo com o Documento Base da Política Nacional de Humanização (PNH), o apoio institucional é posicionado para ampliar a capacidade de reflexão, entendimento e análise de coletivos, que assim poderiam qualificar sua própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde.

O apoiador institucional tem a função de: 1) ativar espaços coletivos, através de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos; 2) reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de saberes visando à viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais; 3) mediar a construção de objetivos comuns

e a pactuação de compromissos e contratos; 4) ao agir com os coletivos, atuar em processos de qualificação das ações institucionais; 5) promover ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, a proposta de Apoio Institucional no HRA nasceu em 2007 em meio a inúmeras incertezas. O HRA na época foi convocado para participar de oficinas e curso sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) na Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) e Ministério da Saúde (MS), e ainda, no II Seminário Nacional de Humanização: “trocando experiências, aprimorando o SUS”.

Desse percurso e como desdobramento de tais aprendizados, e ainda diante dos desafios que os hospitais brasileiros atravessam apontando para a necessidade de mudar os modos de produção de saúde, e após conhecer essa ferramenta de trabalho, a função apoiadora institucional da política foi assumida por uma servidora concursada que já exercia outras funções, tendo essa como mais uma função juntada a outras atribuições. Pode-se dizer que houve muita vontade dessa servidora de trabalhar como sanitarista militante na defesa do SUS: as condições de trabalho da organização eram ofertadas por meio do GTH; os recursos e espaços a serem conquistados; os desafios a serem enfrentados seriam os mais diversos já citados.

Naquele momento, tinha-se por objetivo implantar um processo que facilitasse a construção de espaços de reflexão, visando à elaboração de novos modos de produção do cuidado na unidade de saúde. Buscava-se a ampliação da corresponsabilização e da autonomia dos profissionais a partir da compreensão da PNH. E nessa função de facilitar a construção de espaços de discussão, a intenção principal é que os problemas institucionais possam ser articulados aos saberes dos trabalhadores e usuários. Para tanto, constituíram-se algumas comissões (citadas mais adiante) e o GTH. Não se tratava de controlar ou comandar pessoas, mas de apoiar/facilitar as possibilidades dos bons encontros entre os profissionais de forma potencializada. Buscava-se criar espaços em que a análise da situação facilitasse a tomada de decisão compartilhada.

Como referência, buscava-se suporte nas cartilhas, documentos, artigos de grandes pensadores relacionados à PNH que muito contribuíram para o conhecimento adquirido. Nessa perspectiva, aprendemos muito com Campos (2003):

O Apoio Paideia reúne uma série de recursos metodológicos voltados para lidar com estas relações entre sujeitos de um outro modo. Um modo interativo, um modo que reconhece a diferença de papéis, de poder e de conhecimento, mas que procura estabelecer relações construtivas entre os distintos atores sociais. Assim a supervisão e avaliação deveriam envolver os próprios avaliados tanto na construção dos diagnósticos como na elaboração de novas formas de agir; ou seja, formas democráticas para coordenar e planejar o trabalho.

No entanto, na época não houve contratualização do trabalho por parte da instituição numa dimensão mais formal ao apoio, aquele contrato que diz da definição do modo de vinculação do apoiador em questão. Se concursado, consultoria, servidor(a) ou funcionário(a) da organização, um agente externo, contrato temporário, também não houve questionamentos se existe um cargo de apoiador, ou se tratava de uma função a ser assumida por alguém que já exerce outras funções. Pode-se dizer que no primeiro momento de trabalho não houve tempo para essas preocupações (ou pode ter sido por desconhecimento do processo).

A constituição do trabalho de apoiadora emergiu e se constituiu nos encontros e formação do GTH e na realização das rodas de conversas. Isso explica, em parte, por que muitas vezes o planejado para o trabalho do apoio não desmoronou diante dos desafios que surgiram no cotidiano do exercício da função apoio ofertado sem formalizações. E o fato de não ter havido contratação formal para o trabalho de apoio institucional não impediu a realização do trabalho, os enfrentamentos dos desafios foram maiores, por certo.

Em que medida se tem dado conta disso? Ou seja, como esse tipo de atuação tem viabilizado a qualidade da atenção aos usuários e a reorganização dos processos de trabalho na direção da gestão efetivamente partilhada? Aqui, certamente, não se trata de uma avaliação do processo de trabalho, mas da construção de modos que

reafirmam os princípios do SUS. É certo que numa avaliação mais acurada teremos mais conquistas a serem elencadas, reconhecendo também que nosso trabalho, no início, pelos desafios a serem enfrentados, eram bem introdutórios – *trabalho de formiguinha*.

Nesta seara, citamos algumas das conquistas, a partir de indicadores que sinalizam os avanços da Política Nacional de Humanização (PNH) no HRA:

- Realização de Rodas de Conversas para discussão de processos de trabalho com encaminhamentos visando às soluções.
- Implementação de equipes multiprofissionais, com definição de métodos de atuação.
- Criação de comissões na unidade de saúde: Revisão de Óbitos, de Revisão de Prontuários, de documentação de Prontuário e Estatística, de Farmácia Terapêutica, de Nutrição Clínica, Comissão Local de Saúde do Trabalhador, entre outras.
- Criação, Estruturação e Fortalecimento do GTH – Grupo de Trabalho em HumanizaSUS no HRA.
- Ampliação do diálogo entre os trabalhadores.
- Fortalecimento da Rede Interna de Serviços.
- Confecção de cartilhas com orientações aos usuários e acompanhantes.
- Ampliação de horário de visitas.
- Capacitação de Servidores sobre a Política Nacional de Humanização.
- Ampliação dos conceitos: Humanização, Integralidade e Equidade em saúde pública, entre outros.
- Rodas e Oficinas para aprimoramento do Acolhimento e Acolhimento com Classificação de Risco.
- Rodas de Conversa para implementação de C-gestão.
- Fomento da capacidade de formulação de processo de trabalho de forma participativa.
- Realização de Ginástica Laboral para Servidores.
- Fomento para implantação de Colegiado Gestor na Unidade.
- Rodas de conversa e Oficinas sobre Atenção Psicossocial.
- Adesão de novos membros no GTH.

Hoje, após esse caminho percorrido, todos do GTH do HRA sabem que o HumanizaSUS apresenta importantes pontos de divergência de outras iniciativas e programas voltados para o aperfeiçoamento da qualidade dos serviços de saúde pública, sendo que esta é uma proposta com a abrangência de uma dimensão de integralidade e de equidade, de uma nova relação entre usuários e profissionais, de trabalho coletivo para que tenhamos um **SUS mais acolhedor e mais ágil**<sup>7</sup>.

Por fim, se o SUS é um sistema de saúde construído a partir de amplo debate e pelo acúmulo de forças na sociedade brasileira, conquistado após muita luta e sofrimento, embora nesse percurso dor e prazer se alternem, vence a certeza internalizada por nós que estamos na militância: o SUS é e continua sendo “um marco na direção do aprimoramento de nossa experiência civilizatória” (RODRIGUES, 2011). Sendo assim, torna-se impensável não lutarmos pelo seu fortalecimento e efetivação.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *11ª Conferência Nacional de Saúde: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social*. Relatório final. Brasília: Ministério da saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Acolhimento de Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, G.W.S. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec. 2000.

RODRIGUES, S.C.B. *Humanização: Uma estratégia para fortalecimento do SUS*. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Coletiva) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011. 92p.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M.E.B. (Orgs.). *Trabalhador da saúde, muito prazer!* Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: EdUnijuí, 2007.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E. de B.; GOMES, R. da S. A Política de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. Botucatu, v. 13, supl. I, p. 603-14, 2009.

## **PARTE II**

---

### **Região Nordeste**



# A Rede Cegonha no Ceará: acolhimento, vínculo e responsabilização com mulheres e crianças

ALINE DE OLIVEIRA COSTA  
MARLEY CARVALHO FEITOSA MARTINS

*O senhor... mire, veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas - mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam, verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra montão.*

João Guimarães Rosa

## O contexto da Rede Cegonha no Ceará

O estado do Ceará está situado na Região Nordeste do Brasil e possui uma população de aproximadamente nove milhões de habitantes. Destes, estima-se que 87% da população dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS). No que tange à atenção às mulheres e crianças, sobretudo no período perinatal, são estimadas 110 mil gestantes e 125 mil nascidos vivos (BRASIL/SIH; SINASC, 2013). Neste cenário, encontra-se como desafio a redução da morte materna e neonatal que, no ano de 2012, apresentou uma razão de 80,3 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos e uma taxa de 12,6 a cada mil nascidos vivos (BRASIL/MS/SIM/SVS, 2013).

Para superar tais desafios, que são de âmbito nacional, o governo brasileiro lançou em 2011, a Rede Cegonha (RC), que busca promover assistência integral ao parto, nascimento e puerpério no país.

A Rede Cegonha (RC)<sup>1</sup> tem como princípio implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e às crianças, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Trata-se de uma estratégia de mudança do paradigma de atenção obstétrica e infantil no Brasil, baseada no cuidado humanizado e em evidências científicas. Para sua implantação e efetivação em todo país, foi organizada em fases que compreendem desde o diagnóstico do território, desenho da rede até a contratualização dos pontos de atenção e certificação.

No desenvolvimento de todas estas fases, organizou como tecnologia de trabalho a estratégia do Apoio Institucional Temático e Apoio Institucional de Serviço. O apoiador temático apoia as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) na constituição de grupos cogestores de trabalho, a fim de organizar a atenção ao parto e nascimento em rede, construindo planos de ações regionais, preparando os serviços de saúde para garantir acesso e qualidade às mulheres e crianças, negociando os recursos financeiros, instituindo Fóruns Perinatais e promovendo espaços de formação permanente.

No Ceará, a RC é conduzida pelo Grupo Técnico RC, lotado no Núcleo de Atenção Especializada (NUESP), Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde (COPAS) da SES. Possui como principal função o monitoramento da implementação das ações da RC nas regiões do estado e o apoio ao funcionamento dos hospitais públicos e filantrópicos conveniados ao SUS.

A proposta de implementação da RC se baseia no modelo de gestão proposto pela Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), centrado no trabalho em equipe, em espaços coletivos que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente (BRASIL, 2010). Para sua efetivação, foi instituído o Grupo Condutor Estadual das Redes de Atenção à Saúde (GCE-RC), formado pelos membros

---

<sup>1</sup> BRASIL – Portaria GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

do Comitê Executivo da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), por representantes do COSEMS, Apoiador Institucional de Redes de Atenção à Saúde e Apoiador Temático da Rede Cegonha do Ministério da Saúde (MS).

Para construção da RC do Ceará, foram realizadas reuniões mensais do GCE-RC, organizando as ações de gestão e atenção ao pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção à criança até dois anos em 17 redes, que compreendem as 22 regionais de saúde do Estado.

O Plano Estadual da Rede Cegonha do Ceará se consolidou por um processo de construção coletiva pelas Comissões Intergestoras Regionais (CIR), Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), apoio técnico da equipe do NUESP, da Vigilância Epidemiológica, do Controle e Avaliação e apoio do Ministério da Saúde. Para garantir resolutividade nos três níveis de atenção, algumas regiões de saúde decidiram se integrar para se constituir em uma única rede, após análise com base em critérios populacionais, sustentabilidade técnica, financeira e estrutura mínima de serviços, foi o caso das Regiões de Aracati / Limoeiro / Russas, Fortaleza / Cascavel, Maracanaú / Baturité e Canindé / Tauá.

Os planos de ação para as 17 redes da RC no Ceará foram aprovados em junho de 2012 e, desde então, são realizadas reuniões quinzenais entre os técnicos e gestores da SESA e apoiadores institucionais do Ministério da Saúde (MS), com vistas a apoiar os municípios e serviços de saúde na ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, na vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, na garantia do transporte seguro, na implementação das práticas de atenção ao parto e nascimento baseadas em evidências científicas, em todas as unidades hospitalares, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher, e a atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses e acesso às ações de planejamento reprodutivo. Além disso, são realizadas ações de apoio institucional para cadastros de projetos de ambiência, construção e ampliação de serviços em todas as regiões do estado.

Contudo, para lidar com esta complexidade que é a reorganização do modelo de gestão e atenção ao parto e nascimento e atingir os

objetivos da RC, o MS adotou a estratégia do Apoio Institucional como modo de relação interfederativa entre os estados e municípios, bem como para produção de alteração das práticas nas instituições de saúde. Em conjunto, a SES-CE tem desenvolvido diversas estratégias, tais como o Programa “Acolhimento, Vínculo e Responsabilização”, que inclui o apoio aos Fóruns Perinatais Estadual e Regionais; processos de formação e educação permanente dos trabalhadores, como o curso “Saúde Primal”, com o professor Michel Odent, e ações para implantação do acolhimento e classificação de risco em obstetrícia em todos os serviços que realizam partos no Ceará.

### **Programa “Acolhimento, Vínculo e Responsabilização”**

A Rede Cegonha tem tido grandes avanços no estado do Ceará, desde a ampliação da assistência ao pré-natal, por meio de novos exames e investimentos para hospitais de referência para gestantes de alto risco. Todavia, existe ainda um grande desafio a ser enfrentado: a necessidade de difundir o *acolhimento* como uma postura ética e responsável, no sentido de promover o acesso, o atendimento resolutivo e a continuidade da assistência por meio do acionamento de outros pontos de atenção da rede, garantindo o princípio da integralidade como direito das usuárias do SUS.

O *acolhimento* é uma diretriz da PNH que se traduz em três dimensões: ética, estética e política. *Política* porque implica o compromisso coletivo de se envolver na ação de aproximar e incluir os sujeitos, potencializando protagonismos e a vida nos diferentes encontros. *Ética* no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, dores, modos de viver, sentir e estar na vida. *Estética* no que diz respeito à invenção de estratégias, nas relações e encontros do dia a dia, que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade (BRASIL, 2010).

Operacionalmente, consiste num modo de organizar os processos de trabalho de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos, analisando as demandas e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários e sua rede social. Este modo promove

a responsabilização com as resoluções dos casos e a qualificação da produção da saúde, através da complementaridade dos diversos saberes.

A fim de garantir os direitos das mulheres e crianças cearenses, a partir da reorganização dos serviços que realizam partos, para que assumam postura de vínculo e responsabilização, o programa está dividido em duas etapas: a I Etapa consistiu na análise da situação dos serviços de saúde materno e infantil de quatro municípios do estado, no intuito de identificar os desafios e potencialidades para a implantação das diretrizes da Rede Cegonha. Estes municípios foram identificados como prioritários pela vigilância epidemiológica e pela Ouvidoria Ativa da RC/MS.

Como referencial para a análise, foram utilizados os *marcadores de qualidade* da assistência ao pré-natal e as “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento” da Organização Mundial da Saúde.<sup>2</sup> Como metodologia, foram realizadas: reuniões ampliadas nos serviços, rodas de conversa com gestantes, entrevistas com puérperas, parturientes e familiares, observação participante nos diversos setores em que percorre a mulher na rede de assistência.

A II Etapa do programa consistiu no Apoio Institucional ao processo de *qualificação da assistência obstétrica e neonatal* inserido nos Planos Regionais da RC-CE, a partir dos referenciais da PNH e das diretrizes da RC.

O apoio institucional se configura como um modo de fazer, baseado na interação, na troca entre sujeitos de um coletivo, que se dispõe a pôr em discussão seus próprios modos de funcionamento e de organização. Tem como função:

- 1) Um modo complementar para realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe;
- 2) Um recurso que procura intervir com os trabalhadores de forma interativa;
- 3) Uma função que considera que a gestão se exerce entre sujeitos,

<sup>2</sup> Em 1985, foi realizada uma reunião em Fortaleza-CE, da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que teve como produto uma série de recomendações de práticas na atenção ao parto e nascimento baseada em evidências científicas e após dez anos a OMS publica o documento: “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento”. A incorporação destas pelas equipes de cuidado é sem dúvida, uma das ações com maior impacto na redução da morbimortalidade materna e neonatal.

ainda que com distintos graus de saber e de poder, e que produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder destes sujeitos e das organizações, 4) Dependem da instalação de alguma forma de cogestão (OLIVEIRA, 2011, p. 31).

Assim sendo, apoiar é uma função coletiva, que se constitui num fazer com, conferindo materialidade à gestão e contribuindo para “gestão e organização de processos de trabalho na construção de espaços coletivos, onde os grupos analisam, definem tarefas e elaboram projetos de intervenção” (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009, p. 606).

Para a efetivação da RC no CE, a partir do projeto supracitado, a estratégia do Apoio Institucional traz como perspectivas de trabalho a capacidade de construção de um campo de experimentação cuja dinâmica é essencialmente interativa: acompanhar processos, provocar discussões, fazer ofertas e construir junto com as equipes alternativas para a ação, superando aquilo que foi apontado como necessário de ser mudado. Essa interação, por sua vez, diferentemente de outras tecnologias, requisita trabalho intensivo (OLIVEIRA, 2011). Esse tipo de trabalho é aquele que necessita de contato frequente, trocas cotidianas, interação afetiva, o que permite fazer constituir do apoio uma referência para a SES, COSEMS, serviços e seus trabalhadores. Assim, apoiar é estar presente para fazer análises coletivas (para se conhecer as forças que produzem os campos problemáticos) e produzir linhas / planos de ação, as quais se imaginam potentes para mudar realidades institucionais e a qualidade das ações de cuidado.

Nesse sentido, apresentaremos a seguir os principais movimentos do apoio institucional e das equipes durante o desenvolvimento do projeto.

### **Etapa 1: análise de quatro serviços prioritários**

a) **Assistência ao pré-natal:** para mapear a situação da assistência ao pré-natal, foram realizadas rodas de conversa com gestantes em serviços de atenção básica, entrevistas com profissionais e observação participante. Pode-se perceber, por meio das narrativas, grande adesão ao pré-natal, já que acreditam nos benefícios encontrados nos serviços de saúde. Por outro lado, o acolhimento ainda é realizado como

triagem na recepção dos serviços, sendo reduzido a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo com as usuárias.

A ausência de diálogo, sensibilidade e estabelecimento de vínculo por parte do profissional resulta na insatisfação e insegurança com relação ao parto e ao cumprimento da função materna. A preocupação em somente cumprir protocolos e prescrever exames torna o atendimento impessoal, objetivo e burocrático.

Nessas conversas, foi possível identificar a desarticulação dos pontos de atenção à saúde, dificultando que a atenção primária cumpra seu papel de ordenadora da rede de cuidado, resultando na falta de garantia ao que dispõe a Lei nº 11.634/2007 (*direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência ao parto*)

**b) Atenção ao parto e nascimento:** para RC, a avaliação desta diretriz consiste na organização do processo de trabalho para atuação em “Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento”, definidas como um conjunto de conhecimentos e atitudes comprovadamente benéficas. Em conjunto, provê financiamento para reforma de ambiência, que deve estar relacionada a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2010). Em visitas aos serviços e conversas com as usuárias, foi possível identificar as seguintes situações:

**c)** Em relação ao *Pré-parto*, a análise revelou que a situação é grave em relação ao acolhimento às demandas da mulher nesse período de extrema vulnerabilidade. A parturiente é frequentemente imobilizada ao leito e deixada sozinha no momento em que mais necessita de atenção para evolução do parto. Notou-se que não há profissionais exclusivos para acompanhar o trabalho de parto, o que acarreta insatisfações:

Faz três horas que estou aqui nesse quarto e ainda não fui atendida. Só pediram para deitar e perguntaram se vou gritar. Como vou saber? É meu primeiro filho. Mas, eu disse que não ficassem preocupadas que eu não iria dar trabalho.

No dia seguinte, quando conversamos com esta mulher no Alojamento Conjunto, em voz de irritação disse que tão cedo não iria passar pela mesma experiência, relatando a experiência de seu parto. A enfermeira veio avisar que o parto seria cesárea, ao questionar o motivo, a enfermeira respondeu: “*se a médica não lhe falou, não sou eu quem vou falar*”. Na sala de parto, a enfermeira solicitou que levantasse a perna, mas como ela estava com muita dor ela recusou, então a enfermeira disse: “*se não fizer vou lhe levar de volta para a sala de pré-parto e irá sofrer até o bebê nascer*”.

De acordo com Diniz (2001), as humilhações e maus tratos, inscritos na organização das práticas são incorporadas como fazendo parte da rotina “normal” da assistência; as situações de violência sequer causam estranhamento, esse aspecto é refletido no descaso frente aos direitos humanos e reprodutivos das mulheres.

**d)** Em relação ao ***Direito ao acompanhante***, foi relatado por uma puérpera:

Deixaram-me sozinha e foram dormir; me senti abandonada. Se ao menos autorizassem a presença do acompanhante, mas além de não deixarem entrar, não dão notícia nenhuma do que está acontecendo com a gente.

A Lei nº 11.108/2005 garante as gestantes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no SUS. Estudos sugerem que para o bom desenvolvimento do trabalho de parto, é necessário o bem-estar físico e emocional da mulher, o que reduz riscos e complicações.

A apresentação desse direito como uma diretriz da RC gerou, a princípio, conflitos e resistências justificadas pela falta de espaço e necessidade de preparação do acompanhante durante o pré-natal. Por outro lado, temos percebido avanços desde a implantação da RC: seis meses após uma reunião ampliada com gestores e profissionais numa maternidade, na qual a temática gerou polêmica, realizou-se enquête via telefone com as maternidades do estado para levantamento do cumprimento à lei. A maioria dos serviços já havia começado a garantir acompanhantes do sexo feminino, mas nessa maternidade,

foi relatado: “Sim, aqui aceita acompanhante da escolha da mulher, porque a Rede Cegonha já passou por aqui”.

Em relação à proposta de que *Pai não é visita*, tem-se trabalhado no incentivo à *paternidade responsável* desde o pré-natal, e mesmo que o pai do bebê não viva maritalmente com a mãe, ele estará na maternidade para acompanhar o nascimento de seu filho, tendo assegurado seu direito a um contato precoce com o bebê, logo no hospital, onde o apego pais-bebê é inicialmente formado (KENNELL, 1993).

Por fim, foi investigado nesta primeira etapa o momento do *Parto e nascimento*, em que foram encontrados muitos procedimentos não recomendados pela OMS. Após a reunião de apresentação dos objetivos da RC numa maternidade, um dos médicos nos convidou para assistir um “*parto humanizado*”. O que vimos foi uma mulher imobilizada ao leito em decúbito dorsal, com suas pernas levantadas e quatro residentes a sua frente para realizar o parto. O médico, diante da cena de dificuldade de parturição, começou a gritar com a parturiente: “Vamos, você consegue!”. E justificou: “Assim que funciona aqui, no *gritoterapia!*”.

Essa experiência reflete o atual paradoxo obstétrico brasileiro, ou seja, a oferta de uma assistência ao parto tecnológico e intervencionista, que contribui para tornar a experiência alienante e desumana. Contudo, sabemos que é importante não negligenciar a repercussão do contexto assistencial sobre a vivência do parto. Muitas vezes o descontrole, o pânico e até alterações da contratilidade uterina decorrem de uma assistência precária, que não protege, não acolhe e até mesmo maltrata a parturiente (MALDONADO, 1991). A falta de fortalecimento da autonomia e autoconfiança da mulher, o descaso e falta de tratamento digno na maternidade podem acarretar sérios danos para o vínculo da mãe com o bebê, prejudicar o aleitamento materno e contribuir para o aumento dos riscos maternos e perinatais.

## **Etapa 2: Apoio à implementação da Rede Cegonha**

Após a avaliação, iniciamos a fase de apoio intensivo à implementação dos Planos da Rede Cegonha, de acordo com as necessidades e dificuldades encontradas. Nesta etapa, fizemos o

esforço para abranger as 17 redes na maioria das ações realizadas. A seguir, os movimentos desencadeados ao longo dos últimos dois anos.

**a) *Planejamento reprodutivo:*** foi desenvolvido apoio a fim de intensificar as ações de promoção da saúde para que mulheres e homens tenham garantidos e reconhecidos seus direitos sexuais e reprodutivos, com estratégias diferenciadas para o público adolescente. O MS disponibilizou aos municípios novos exames para o pré-natal, incluindo o Teste Rápido de Gravidez na Atenção Básica, para as equipes atuarem junto às mulheres em idade fértil. Neste intuito, foram realizadas oficinas de qualificação em parceria com a ABENFO para profissionais dos municípios e das CRES, tendo como critério municípios que apresentaram altas taxas de gravidez na adolescência no período.

**b) *Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) na obstetrícia:*** o acolhimento com classificação de risco consiste em priorizar, a partir de critérios clínicos, o atendimento das gestantes. É um dispositivo que permite identificar agravos e atendê-los mais rapidamente, reduzindo a morbidade. Para sua implantação, foram realizadas duas oficinas, com a presença de 18 hospitais que realizam partos, com o objetivo de apresentar os processos para implantar o ACR, capacitar enfermeiras nos protocolos de referência e construir um plano de ação para a reorganização da porta de entrada nos hospitais, garantindo que cada serviço cumpra o princípio da equidade do SUS. Numa parceria entre SMS, SES e MS, tais oficinas possibilitaram a implantação do ACRs em dez hospitais em 2013, sendo que os outros são focos para este ano.

Vale ressaltar que o ACR tem cumprido papel importante de mudanças nos serviços e de consolidação da RC, conforme depoimentos dos profissionais participantes das oficinas: aprimoramento e aproximação com as diretrizes da RC; trabalho em equipe; ampliação do quadro de recursos humanos; consulta puerperal marcada na maternidade antes da alta; reconhecimento da importância do acolhimento pelos profissionais da obstetrícia; análise e avaliação interna do serviço; reuniões ampliadas com as unidades básicas de saúde.

c) ***Fórum Estadual Rede Cegonha***: é um espaço coletivo de implementação da RC que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos, para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento. É o lugar de assegurar a participação dos usuários e a corresponsabilidade de todos com a RC, sendo de caráter permanente, deliberativo e gestor das políticas de atenção à saúde. No Ceará, a primeira reunião se deu em 2012, sendo composta por diversas instituições governamentais, serviços de saúde e movimentos sociais. Num processo de consolidação, o fórum tem sido realizado para a formação técnica dos trabalhadores, a pactuação das ações entre os gestores, bem como para o monitoramento permanente dos planos de ação da RC em todo o estado. Em seu lançamento, a coordenadora geral de Saúde da Mulher trouxe como aposta:

O Fórum incessantemente pauta a questão dos significados maiores dos grandes momentos da experiência da vida humana. Não esmoreçam quando o primeiro obstáculo surgir, de mãos dadas defendam a vida, para construir uma Rede Cegonha com qualidade (Dra. Esther Vilela).

Diversos temas têm sido tratados nas reuniões, desde as diretrizes da RC, como os principais desafios a serem enfrentados pelo Ceará, tais como: alto índice de cesariana, peregrinação da gestante, garantia do direito ao acompanhante de livre escolha. Na última reunião de 2013, contamos com a presença dos pesquisadores do LAPPIS, para conhecerem a experiência do território. Como importante marco na implementação da RC, foram discutidas as práticas baseadas em evidências científicas e os Direitos da Mulher e da Criança no período perinatal.

Como principal estratégia de monitoramento da RC, os fóruns também são acompanhados pelos membros dos Comitês de Prevenção e Investigação do Óbito Materno, Infantil e Fetal. Os dados levantados pelos comitês são apresentados no fórum e possibilidades são debatidas. A coordenadora estadual da RC, Dra. Vera Coelho relatou: “Estamos no caminho certo, todo obstáculo que tem surgido já estava previsto, e de forma coletiva, os mesmos estão sendo superados”.

**d) *Fóruns Regionais RC:*** o GCE definiu a constituição de Fóruns Regionais RC como estratégia para a consolidação da rede em todo estado. A instalação desses espaços tem sido importante ferramenta de monitoramento e organização da RC, além de rica experiência de exercício da gestão compartilhada, pois inclui gestores, profissionais de saúde dos diversos níveis de complexidade e representantes de movimentos sociais.

Este método de gestão coletiva permite a inclusão de alteridades nos espaços de gestão, e traz como efeito a ampliação da implicação e produção compartilhada de responsabilidades, resultando em mais e melhor produção de saúde, vontade de fazer ampliada, reafirmando pressupostos éticos no fazer da saúde (BRASIL, 2010).

No ano de 2013 foram instalados 14 Fóruns Regionais RC: Fortaleza / Cascavel, Baturité / Maracanaú, Canindé / Tauá, Itapipoca, Quixadá, Sobral, Acaraú, Camocim, Russas / Aracati / Limoeiro, Icó, Iguatu, Brejo Santo, Crato e Juazeiro do Norte. Junto a este processo, tem sido estimulada a recomposição do Comitê Regional de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal, pois as análises elaboradas nos Comitês subsidiarão as pautas de discussões das reuniões.

**e) *Ações complementares:*** foram desencadeadas diversas ações para potencializar a implementação da RC, tais como: curso sobre parto e nascimento do ponto de vista da Saúde Primal, ministrado pelo Dr. Michel Odent; oficinas sobre contratualização dos pontos de atenção, incluindo contratos internos de gestão, com indicadores de boas práticas; videoconferências para monitoramento e redução da morte materna; oficina sobre SISPRENATALweb e SISPART; discussão sobre inserção da enfermagem obstétrica na atenção ao parto e nascimento; apoio institucional a cinco maternidades prioritárias; visita e apoio às unidades de neonatologia para habilitação de leitos e serviços; pré-cadastro das propostas de investimento 2012 e 2013; e apoio aos gestores municipais para solução das diligências identificadas para reformas de ambiência; visita e monitoramento dos serviços que realizam parto no Ceará; processos formativos na região do Cariri, através do projeto QualiSus-Redes.

## Outro mundo é possível: a construção coletiva da RC

Michel Odent (2002) afirma que “*Para mudar o mundo, é preciso mudar o modo de nascer*”. Podemos dizer que estamos vivenciando um momento privilegiado de construção de novas realidades no SUS cearense, sobretudo nos modos de parir e nascer. Muitos desafios ainda são encontrados, mas cada vez mais é possível garantir espaços de expressão de necessidades, análise dos processos de trabalho, problematização dos entraves e produção de estratégias coletivas para pactuar novas ações na produção de sujeitos e produção de saúde.

Traduzimos “Acolhimento, vínculo e responsabilização” como estratégia de cuidado humanizado, que considera e valoriza a singularidade, a integralidade e a subjetividade de cada ser, as questões do cotidiano da vida dos usuários, para além da doença. A postura acolhedora se traduz numa relação de confiança, por meio da escuta qualificada e estabelecimento de vínculo com as mulheres e suas famílias. Gestores, trabalhadores e usuários compromissados com o SUS, os direitos do cidadão e os deveres do Estado.

A aposta deste movimento de apoio no Ceará está em todos os atores implicados com o parto e nascimento se perceberem enquanto sujeitos, agentes de transformação, que fazem parte dos resultados de uma clínica ampliada, da produção de saúde e de vida, sendo fundamentais para a inversão do modelo hegemônico de organizar a atenção materno-infantil. Tal movimento, ao longo do tempo, culminará na efetivação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, promovendo vidas mais felizes e um mundo mais solidário.

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Gestão Participativa e Cogestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Princípios e Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Pré-Natal e Puerpério. Atenção Qualificada e Humanizada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.459. Dispõe sobre a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 650. Dispõe sobre a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b

DINIZ, S.G. (Org.). *Dossiê de Humanização do Parto*. São Paulo: Rede Nacional Feminina de Saúde / Direitos Sexuais e Reprodutivos, 2002. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br>>. Acesso em: 12 jan 2014.

KLAUS, M.; KENNEL, J. *Pais / Bebês: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MALDONADO, M.T.P. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Petrópolis: Vozes, 1991.

ODENT, M. *A cientificação do amor*. Florianópolis: Saint Germain, 2002a.

\_\_\_\_\_. *O renascimento do parto*. Florianópolis: Saint Germain, 2002b.

OLIVEIRA, G.N. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2011.

RATTNER, D.; TRENCH, B. (Orgs.). *Humanizando nascimentos e partos*. São Paulo: Senac, 2005.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E. de B.; GOMES, R. da S. A Política de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. Botucatu, v. 13, supl. I, p. 603-614, 2009.

# Oficinas do Hospital Giselda Trigueiro na RAPS: Apoio para clínica ampliada em rede integrada

SHIRLEY MONTEIRO MELO  
VICÉLIA DE M. M. FREIRE OLIVEIRA  
MARIA DO SOCORRO P. CIPRIANO  
ZELIA MOURA ROCHA DE SOUZA  
MILENA MARIA COSTA MARTINS  
MARCELO KIMATI DIAS  
DULCIANA MARIA DA SILVA COSTA  
MARIA DE FÁTIMA COUTO DO VALE PEREIRA  
BRUNO HENRIQUE VARELA DA SILVA  
LÍLIAN PATRÍCIA SILVA DE SOUZA

## Apresentação

O Hospital Giselda Trigueiro (HGT), em Natal, integra a rede estadual do Rio Grande do Norte (RN) como hospital de referência em Infectologia, atendendo a demanda de pessoas que vivem com HIV-Aids, as urgências em tuberculose, hepatite e demais agravos do escopo de sua especialidade. Desde 2007, o hospital vem implantando o modelo de gestão participativa pautado por diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde (PNH-2003), com ênfase na valorização dos trabalhadores e usuários (MARTINS et al., 2012, p. 103).

A experiência relatada trata do apoio que nasceu a partir de demandas para o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEP) do HGT, através das Oficinas “Hospital Giselda na RAPS”, iniciadas em agosto de 2012, a partir de inquietações do corpo clínico da enfermagem. Este tem vivenciado, no cotidiano da atenção, novos desafios advindos do grande aumento de usuários que apresentam necessidades de saúde decorrentes do uso de *crack* e outras drogas, durante as internações para tratamento de Aids e tuberculose.

No período de junho a agosto de 2012, a equipe de Educação Permanente (EP) do HGT, junto aos diretores, mobilizou gestores e profissionais da área técnica de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde Pública (SESAP) e da Secretaria Municipal de Saúde de Natal (SMS). O objetivo foi acolher essa demanda, fomentando aprendizados nos modos de operar práticas de cuidado mais adequadas aos usuários do SUS que têm necessidades de saúde decorrentes da comorbidade do uso abusivo de drogas e tuberculose ou Aids, e que apresentam sofrimento psíquico, agitação psicomotora e outras singularidades relacionadas a crises de abstinência, ou ao uso do *crack*, apontado pela enfermagem como tema central. Após quatro visitas desses gestores, que apresentaram à equipe multiprofissional do HGT dispositivos de cuidado da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS),<sup>1</sup> curiosamente percebemos que esses dispositivos eram desconhecidos de muitos dos participantes trabalhadores do Hospital. A partir do acolhimento dessa demanda por parte dos gestores e grupo de Apoiadores do Hospital, presentes nas reuniões de junho e julho de 2012, reconhecemos que as inquietações destes profissionais incluíam a reivindicação de capacitações mais contínuas e apoio para o enfrentamento de sentimentos relatados como impotência, medo e insegurança.

Assim, entendemos a necessidade de agenciar um projeto de formação-intervenção no formato de oficinas, aprofundando apoio pedagógico e de subjetivação na reflexão das práticas e dos conceitos, com foco nos princípios da atual Política Nacional de Saúde Mental Álcool e outras Drogas, de forma contínua e corresponsabilizada com os demais serviços da rede. Destaca-se que esse projeto de formação-intervenção, a partir das primeiras ações de planejamento e coordenação, foi pensado como *agenciamento*, no sentido de acontecimento multidimensional, criado e desvelado a partir de conexões possíveis dadas pela trajetória de uma cartografia.

---

<sup>1</sup> A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída no âmbito do SUS pela Portaria Ministerial nº 3.088, em 23 de dezembro de 2011. Foram criados novos componentes na rede de cuidados em Saúde Mental, estabelecendo inclusive a necessária coparticipação dos hospitais gerais e demais unidades de saúde, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Possibilidades potentes surgiram a partir de uma rede de conversações, indicações e produção colaborativa em torno de um objetivo comum: qualificar atenção e cuidado a esses usuários, que transitam pelos serviços HGT, HJM, CAPS-ad e as ruas. Nesse sentido, trazendo Deleuze e Guattari como criadores do conceito de *agenciamento*, destacamos a forma como Fuganti (2008) coloca em variação, as condições de formação e aprendizado:

O conceito de agenciamento torna-se um operador de primeira ordem, uma vez que é antes de tudo um acontecimento multidimensional [cujas dimensões] são necessariamente atravessadas por um duplo processo de decodificação das formas; e movimento de desterritorialização. Assim também colocam-se em variação as condições de ensino e aprendizado: essa linha de variação virtual constitui, conforme o agenciamento que a efetua, os limites do que pode ser sentido, dito, ou pensado. Se um agenciamento liga, [...] compõe, produz, reveza, e distribui movimentos, corpos, mentes e pensamentos, então podemos colocar assim o problema da educação: a qual tipo de agenciamento acoplamos a vida que queremos [...]? Se as ligamos a um agenciamento negativo de poder, nossa educação será uma educação para a obediência; mas se a ligamos a um agenciamento afirmativo de potência, a educação que teremos será uma educação para a potência. (FUGANTI, 2014, p. 3).

Ampliar práticas de cogestão através da estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS) significa apoiar ações que partem das necessidades de transformação dos processos de trabalho, percebidos no cotidiano das relações entre trabalhadores, usuários e gestores. A estratégia pensada foi convidar profissionais da rede de Saúde Mental para ofertarem esse apoio, partindo de referências do hospital que desenvolveram intervenções na área do sofrimento mental, dentro das primeiras ações de cuidado em Aids. Coordenando esta ação de EP, planejamos as oficinas realizadas em módulos contínuos e condensados entre os meses de agosto a dezembro de 2012, para construção coletiva de atendimento às demandas da Enfermagem. Após algumas reuniões com estas referências técnicas, já no mês de agosto (2012) buscamos convidar outros colaboradores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), viabilizando estratégias de formação-

intervenção promotoras de experiências interinstitucionais, a partir da indicação de novos nomes, outros e novos atores que ainda não conhecíamos, e que foram surgindo como potenciais colaboradores nesta experiência de troca de saberes, frente aos desafios específicos no tema *crack* e outras drogas.

Na medida em que esses encontros aconteciam, descobrimos que mesmo equipes dos serviços de Saúde Mental sentem-se desafiadas a encontrar novas estratégias de cuidado diante da expansão do uso do *crack*. Entendemos que tal desafio nos convoca ainda a focar, marcadamente, um desafio de *clínica ampliada*, como também de *trabalho em interdisciplinaridade*, no sentido da necessidade de ofertar estratégias para que os profissionais do hospital ressignifiquem o modelo de atenção em saúde ainda predominante, a partir de cada sujeito atendido em sua singularidade, e para além da clínica medicamentosa, uma vez que as “situações percebidas pela equipe como de difícil resolução, são situações que esbarram nos limites da clínica tradicional” (BRASIL-MS, 2010, p. 47).

### **Efeitos do “apoio instituinte” que parte de ações protagonistas na busca por educação permanente no SUS**

De agosto a dezembro de 2012, realizamos quatro reuniões de planejamento e agenciamento de colaboradores, e na sequência, seis oficinas abertas a todos os profissionais do hospital já com apoio dos colaboradores externos, facilitadores em EP de grande potência instituinte<sup>2</sup> para reflexão sobre os modos de cuidar. Será que neste momento já estaríamos todos, envolvidos em nova frente de apoio no HGT? Ainda não pensávamos nisso, ainda não tínhamos nos dado

---

<sup>2</sup> Sônia Fleury (2009) refere-se a três pilares para consolidação da Reforma Sanitária brasileira, a partir do entendimento de três componentes, que são o instituído, o instituinte e a subjetivação de seus atores. O *componente instituinte* refere-se a práticas concretas que conseguem efetivar princípios e diretrizes das políticas de saúde instituídas, a partir da ação de profissionais no cotidiano das práticas inventivas, que acontecem na micropolítica das relações, nem sempre acompanhadas pelo reconhecimento institucionalizado dessas práticas na gestão local. Transpondo esse conceito, da mesma forma reconhecemos aqui o *apoio instituinte* praticado e ofertado por alguns profissionais nas relações colaborativas da rede, e que ocorre independentemente da existência de prévia atribuição formal, ou legitimada desta *função apoiador*.

conta de que ali acontecia de fato um modo de *apoio matricial circular*<sup>3</sup> com grande capacidade instituinte de problematização e reflexão sobre lacunas nas ações de cuidado existentes nas instituições envolvidas. Eis que surge então, o lançamento da Convocatória do LAPPIS-UERJ, amplamente divulgada pela PNH e Dapes do Ministério da Saúde, nas redes sociais das áreas de saúde.

Nas seis oficinas abertas de 2012, tivemos como estratégia inicial convidar *todos os gestores, gerentes de Unidades do HGT, apoiadores e trabalhadores da* assistência através de *e-mail* do Colegiado Gestor Ampliado, e informes nos dez quadros de aviso espalhados pelo hospital,<sup>4</sup> observamos, para além dos participantes ocasionais, a firme adesão de pequeno e assíduo grupo de trabalhadores, formado principalmente por enfermeiros, técnicos de enfermagem, e assistentes sociais. As oficinas foram sempre revistas em suas temáticas de forma coletiva pelos colaboradores, e coordenadas por uma psicóloga do NEP-HGT. Contavam principalmente com dois psiquiatras do CAPS-ad-Leste,<sup>5</sup> sendo uma vinculada à SMS,<sup>6</sup> e o outro supervisor clínico institucional e docente da Universidade Potiguar,<sup>7</sup> além da assistente social,<sup>8</sup> que trazia rica experiência em Residência Terapêutica e Moradia Assistida, dentre ações da Reforma Psiquiátrica no Hospital João Machado. Ainda em 2012, priorizou-se inicialmente um grupo de trabalho e estudo interinstitucional em *Projeto Terapêutico Singular*

<sup>3</sup> Experimentado chamar de *apoio matricial “circular”* pelo fato de que os profissionais do CAPS-ad, Consultório de Rua e HJM recebiam também conhecimento e troca de saberes uns dos outros, bem como do próprio HGT, em relação ao manejo das doenças infectocontagiosas e seu tratamento.

<sup>4</sup> Arranjo estratégico utilizado a cada nova oficina, ou roda de conversa com os facilitadores visitantes.

<sup>5</sup> Centro de Atenção Psicossocial tipo “ad” atende a demanda de álcool e outras drogas (CAPS-ad).

<sup>6</sup> Médica psiquiatra e clínica-geral, apoiadora matricial do CAPS-ad pela SMS Natal-RN.

<sup>7</sup> Médico psiquiatra Marcelo Kimati Dias, docente da Universidade Potiguar no período 2008-2012, que hoje é diretor de Saúde Mental na SMS Curitiba-PR.

<sup>8</sup> Assistente social Maria de Fátima Couto, assessora no estado a implantação e o monitoramento da estratégia de Moradia Assistida nas *Residência Terapêuticas*, um dos componentes da RAPS.

(PTS),<sup>9</sup> especificamente voltado à demanda de alguns usuários que transitam pelos serviços de forma crônica e recorrente, circulando entre o Hospital Giselda Trigueiro, o Hospital João Machado,<sup>10</sup> o CAPS-Ad-Leste e o então Consultório de Rua<sup>11</sup> (CR). No mesmo ano, quatro profissionais enfermeiras e técnicas de enfermagem do HGT, mais assíduas, aceitaram vivenciar um estágio interacional de 20 horas no CAPS-ad-Leste,<sup>12</sup> ocasião em que também foram incentivadas pela coordenadora do NEP a escreverem *narrativas* sobre suas experiências e reflexões, advindas desses estágios.

No início do ano de 2013, nossos dois facilitadores da Psiquiatria, por diferentes motivos, necessitaram ausentar-se de Natal, um deles em caráter permanente, por mudança residencial para outro estado. Na mesma época, a coordenadora do NEP entrou em licença-prêmio por três meses, época em que surgiu a Convocatória do LAPPIS, voltada para registro de profissionais que se consideravam apoiadores, de alguma forma envolvidos com experiências de apoio no SUS com base nas diretrizes da PNH-MS. Diante da Convocatória, mesmo a distância, e em rápidas visitas ao hospital, conseguimos articular aquele grupo mais coeso de trabalhadores que participaram das seis oficinas e do estágio no CAPS-ad com suas *Narrativas* produzidas.

---

<sup>9</sup> Para maior entendimento de como se processa o dispositivo do PTS, sugerimos a seguinte publicação: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_equipe\\_referencia\\_2ed\\_2008.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf)>.

<sup>10</sup> Hospital psiquiátrico que vem passando mudança de perfil para hospital geral, mas que ainda é referência no atendimento de urgência em Saúde Mental devido ao quantitativo de CAPS 24h em Natal-RN.

<sup>11</sup> De acordo com a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, os CRs contemplam a abordagem das necessidades de saúde da população em situação de rua, bem como o desenvolvimento de competências para a prática da redução de danos. Sua nomenclatura anterior era “de Rua”, tendo sido alterada para “na Rua” quando vinculada a uma Unidade Básica de Saúde.

<sup>12</sup> Destacamos grande colaboração inicial da psiquiatra Maria de Fátima Lima de Moraes, com ênfase na auspiciosa sugestão de buscarmos viabilizar o estágio no CAPS-ad para profissionais de enfermagem do Hospital Giselda Trigueiro. Analisando-se a ideia, a incorporamos e operamos de forma transversal uma prática específica da relação ensino-serviço, para trabalhadores da rede hospitalar, dentro da Rede na Atenção Básica. Fátima Lima é referência nos dois hospitais citados, tendo desenvolvido importantes intervenções na área do sofrimento mental, nas primeiras ações de cuidado em HIV/Aids, e agora, mesmo após aposentar-se, continua trazendo-nos suas preciosas colaborações quando solicitada.

Assim, contamos com apoio da diretora-geral do HGT, a quem atribuímos o início da experiência, pela sensibilidade de acolhimento às demandas de profissionais da Enfermagem, fazendo disparar esta iniciativa no NEP de forma bastante participativa, inclusive em algumas oficinas. Convidamos também nossos colaboradores a participarem das etapas iniciais da Convocatória, de forma *online*. Vale ressaltar que não reconhecíamos nessas oficinas uma experiência de *apoio institucional*, mas talvez uma experiência diferente de *apoio matricial* no Hospital. Ao lermos o edital para relato na Convocatória, identificamos interfaces com a nossa experiência, nos seguintes aspectos: 1) pelo caráter da rede temática de Atenção Psicossocial; 2) por ser interinstitucional e com ressonâncias de análise sobre a rede local; 3) por fazermos uso das *metodologias ativas* de educação permanente em saúde, e apresentar uma cartografia de agenciamentos e acordos de forma micropolítica e ético-política, mais de caráter instituinte que propriamente institucional. Selecionado o relato, entendemos que a EPS oferta apoio, ao trabalhar diretrizes e dispositivos da PNH, segundo se buscou fazer nesta série de oficinas.

Após retornos da psiquiatra do CAPS-ad, e da psicóloga coordenadora do NEP-HGT, em junho de 2013, o grupo interinstitucional formado pelos *facilitadores apoiadores* das quatro instituições (HJM, CAPS-ad-Leste, CR e HGT), junto aos participantes em sua maioria do Hospital Giselda Trigueiro, deram continuidade à elaboração da ferramenta coletivamente pensada em 2012, que de início solicitava um “protocolo” de manejo com esses usuários. Tal ferramenta passa a ser entendida pelo grupo como *ferramenta-dispositivo de tecnologias relacionais*<sup>13</sup>, porém apenas como

<sup>13</sup> Em 2012, a demanda inicial dos profissionais da Enfermagem era a construção de um Protocolo com “roteiro guia acerca da medicalização para usuários com história de uso de crack e outras drogas nas crises de abstinência e agitação psicomotora”, durante internação no HGT; mas as Oficinas com a Psiquiatra Dulciana, mesmo tendo abordado aspectos de cuidado no uso dos medicamentos, direcionaram esta demanda de “protocolo” para a Clínica Ampliada, uma vez que atualmente o hospital não conta com psiquiatras em seu quadro. Ressaltamos que, apesar das ressalvas, todos concordamos em manter o tema nas Oficinas, acolhendo-se a demanda que os profissionais da enfermagem solicitavam, com fins de desenvolvermos uma saudável problematização a respeito.

guia inicial, disparador do hábito da escuta, para o acolhimento da história de vida do usuário drogadicto, favorecendo o contato com seu caminhar pela vida, *como estratégia de fortalecimento de vínculos entre quem cuida e aquele que é cuidado.*

Com novos participantes no Grupo das Oficinas, em 2013 essa ferramenta provocou os debates mais intensos, durante sua construção coletiva. Posta em análise, surgiram questionamentos e estranhamentos, advindos do receio de homogeneização dos diferentes modos de cuidar, enquanto núcleos de diferentes saberes e práticas de cada categoria. Porém, a partir desse tensionamento na sequência das rodas nas oficinas, o grupo foi capaz de provocar o encontro de afinidades perceptivas, na diferença complementar dos núcleos que pode ser trabalhada coletivamente em prol de um comum, pela clínica ampliada enquanto campo. A idealização do dispositivo como sendo de uso interdisciplinar, portanto de uso comum para diversas categorias profissionais na atenção ao usuário, foi o ponto de maior tensão. Destacamos, porém, que em nenhum momento foi sugerida a inviabilidade desse uso interdisciplinar. Houve também muita flexibilidade para idas e vindas acerca das questões trabalhadas, sugeridas e reelaboradas coletivamente para tal ferramenta. Assim, segundo a singularidade de cada momento de encontro, modulado pela diversificação de diferentes profissionais que visitavam as oficinas, a ferramenta era construída, desconstruída, e reconstruída, até definirmos o formato experimental do guia, que traz como sentido priorizar o espaço de fala dos usuários, de forma aberta e sensível.

Ao final do ano de 2013, no qual foram realizadas mais seis oficinas, totalizando as 12 oficinas do biênio, ficou pactuado pelo grupo que vinha trabalhando nessa construção coletiva, renomear esta ferramenta de *“Roteiro Guia de Entrevista Interinstitucional para Atenção Psicossocial”*, com indicação de uso interdisciplinar e prévio período de experiência piloto. Nossa preocupação, acima de tudo, era não estimular, na sua forma e conteúdo (refeito inúmeras vezes), qualquer comunicação de tendência moralista, de julgamento ou de aconselhamento. Inclusive, seu principal objetivo era substituir algumas

dessas práticas por outros modos de operar a relação de cuidado, de modo que, como guia inicial, pudesse fomentar habilidades para um cuidado que se dá a partir de escuta empática e vínculo. Era nosso intuito que o próprio roteiro-guia se tornasse desnecessário e fosse substituído pela postura acolhedora de espaço comum do encontro entre profissional e usuário, com foco na história singular deste para a construção compartilhada do cuidado.

Particularmente nesse momento, vale ressaltar que em 2013 podemos contar com a importante participação de um maior número de assistentes sociais das enfermarias do Hospital Giselda Trigueiro nas oficinas. Alguns destes profissionais, inclusive, com experiência prévia em trabalho interdisciplinar hospitalar, deixaram evidente a pluralidade de concepções e modelos de atenção em saúde, ali representados. Outro importante aspecto dos encontros realizados em 2013 foi a presença do redutor de danos, o qual, como facilitador, trouxe para o grupo relato de casos e problematizações acerca da realidade de usuários do SUS que se encontram em condições de rua, e de moradores de rua, situações associadas em grande parte, mas não sempre, à drogadição.

A seguir, apresentamos potencialidades dessa experiência, desafios vivenciados, *efeito intercessor*<sup>14</sup> desencadeado e desdobramentos que anunciam a possibilidade de novas frentes de trabalho, novas perspectivas para esta iniciativa instituinte, talvez em novos formatos instituídos, como têm sugerido alguns dos colaboradores apoiadores. Estes, no transcorrer dessas 12 oficinas, passaram a encontrar dificuldades para dar continuidade à liberação de disponibilidade para esse trabalho.

### **Arranjos interstitucionais: desafios e potencialidades**

Ceccim (2005) destaca que Educação Permanente atende ao desencadeamento de um processo político, e não a programas de

<sup>14</sup> Entendendo-se “efeito intercessor” como efeito de interferência, enquanto parte de um plano onde fluxos diversos se atravessam; ou intervenção que se dá através de um atravessamento, de efeito desestabilizador sobre um domínio qualquer, segundo Passos e Barros (2000).

capacitação previamente planejados para *treinamento de habilidades*, voltados aos objetivos gerenciais. Nesse contexto ressalta-se a bem-vinda postura da direção geral do hospital, ao acolher as demandas do corpo de enfermagem, em sua congruência com o modelo de gestão participativa no momento em que solicita do NEP o apoio à elaboração de capacitações específicas a essa demanda extra, independentemente de não constar nos Planos de Ação 2012. Valorizou-se acima de tudo o protagonismo do movimento inquieto de trabalhadores, na elaboração e envio de diversas e expressivas *Comunicações Internas (CI)*<sup>15</sup> à Gerência de Enfermagem e Direção Geral.

Assim, os arranjos institucionais que possibilitaram a realização das oficinas, na sequência de temas e vivências voltados para a temática da RAPS, tiveram como estratégia inicial apostarmos uns nos outros, como potentes colaboradores implicados com o tema. Isso se tornou possível pelo real comprometimento corresponsável destas pessoas com a proposta, que Sonia Fleury reconhece como o importante componente da *subjetivação*, essencial para a consolidação do SUS que queremos (FLEURY, 2009). Além disso, no intuito de valorizar esses profissionais, o HGT buscou arranjos institucionais oficiais, como: ofícios enviados aos gestores das instituições de origem dos facilitadores/apoiadores solicitando a liberação dos mesmos em dias da semana parcialmente fixados, no turno da tarde, para o desempenho de ações de EP; convite de cinco vagas para que outros profissionais destas instituições parceiras pudessem participar das oficinas; entrega, ao final do ano, de certificados aos participantes e facilitadores de oficinas, com carga horária por atividade.

A seguir, destacamos os desafios e potencialidades que reconhecemos nessa trajetória. No quadro 1, reconhecemos ao longo deste biênio cinco principais desafios.

---

<sup>15</sup> CIs são “comunicados internos”, os quais foram enviados por técnicos de enfermagem à gerência de enfermagem e direção-geral, sempre evidenciando forte carga emocional de estresse e angústia diante do sentimento de impotência em saberem lidar com o perfil dos usuários drogadictos.

### Quadro 1

- 1) Considerando dois seminários vivenciados no HGT em maio e junho de 2012 sob coordenação do Núcleo de Saúde Mental da SESAP, diante de solicitação inicial do HGT, contamos em média com 40 participantes. No seguimento das nossas 12 oficinas realizadas entre agosto de 2012 a novembro de 2013, alcançamos o máximo de 18 participantes, sendo a média de 7 a 9 participantes. Colocando-se em análise, este fato tem sido justificado pela dificuldade de liberação dos trabalhadores por seus gerentes (chefes), para se ausentarem com maior frequência das enfermarias durante os plantões, devido ao déficit quantitativo de profissionais.
- 2) A ocasional participação de médicos da assistência, bem como dos acadêmicos estagiários<sup>16</sup> do Curso de Medicina “Internato de Infectologia”, e das apoiadoras da cogestão, foi justificada pela sobreposição de intensas atividades que inevitavelmente sempre ocorre.
- 3) A impossibilidade de lotação de profissional de psiquiatria no hospital, por decisões do nível central da SESAP, assim como o reduzido número de psicólogas (três) na equipe interdisciplinar de assistência no HGT, persistem como limitações da área de recursos humanos da SESAP.
- 4) Alguns facilitadores também passam a ter dificuldade na liberação por seus gestores imediatos, no 2º ano das oficinas, de modo que muitos deles optaram por utilizar seus dias de folga, para darmos continuidade às ações, por considerarem o esforço necessário.
- 5) A interrupção do trabalho inicial com a prática em PTS, iniciada com os casos clínicos de R. e L.<sup>17</sup> em 2012, devido a mudança de domicílio para outro estado pelo psiquiatra, de modo que o intuito de instituímos o PTS interinstitucional pelas equipes dos hospitais, de forma integrada à RAPS e usuários, teve que ser adiada, dando-se continuidade às outras ações trabalhadas nas oficinas, no ano de 2013.

<sup>16</sup> Contamos com a presença de estagiários dos cursos de Serviço Social e de Psicologia, de duas universidades conveniadas nas relações ensino-serviço.

<sup>17</sup> Os casos ainda foram discutidos, porém R. foi a óbito, e L. transferido para o Hospital Luís Antonio, em tratamento de linfoma.

No quadro 2, destacamos como potencialidades cinco aspectos:

### Quadro 2

- 1) O grupo de estudo e trabalho para PTS, o qual cumpriu função de dispositivo gerencial de crise (BRASIL-MS, 2010), a partir do trabalho sensível para com os sentimentos de medo e impotência trazidos pelos profissionais da enfermagem, constituindo espaço coletivo potente na resignificação das percepções diante destes desafios emergentes.<sup>18</sup>
- 2) Compartilhamento pelos profissionais de Saúde Mental do HJM e do CAPS-ad Leste, acerca de sentimentos de receio e impotência ao receberem usuários do HGT, portadores de condições igualmente estigmatizantes relacionadas a HIV-Aids e tuberculose. Assim, a troca de informações acerca destes usuários em sua integralidade mostrou-se rica e produtiva nos seis encontros de 2012.<sup>19</sup>
- 3) O encontro entre os profissionais dos diferentes serviços nas rodas de conversa possibilitou que cada um passasse a conhecer o cotidiano das práticas de cuidado do outro, em suas respectivas instituições. Neste sentido, a ideia inicial de construção de um “protocolo” ou roteiro guia para qualificar, ou estimular o manejo com as tecnologias leves e relacionais no vínculo com o usuário, a princípio pensada apenas para as dificuldades do Hospital Giselda Trigueiro, foi defendida como desejo e necessidade também dos profissionais do CAPS-ad e do Hospital João Machado. Surgiu assim a definição de uma ferramenta-dispositivo<sup>20</sup> para equipe interdisciplinar e interinstitucional, com foco nas demandas da RAPS por tecnologias leves relacionais, guiadas acima de tudo pela cartografia singular de cada usuário.
- 4) A oportunidade (em relação a profissionais da enfermagem do HGT) de terem vivenciado a rotina de práticas de cuidado no cotidiano do CAPS- ad por 20 horas propiciou o entendimento de novas possibilidades da relação cuidador-usuário. As possibilidades pontuadas em seus relatos destacaram: a importância do respeito mútuo presente entre profissional e usuários drogadictos;

<sup>18</sup> Segundo o Ministério da Saúde (2010, p. 46), o “PTS pode ser importante como ferramenta gerencial, uma vez em que constitui um espaço coletivo em que se pode falar do sofrimento dos trabalhadores em lidar com determinada situação”.

<sup>19</sup> Caracterizando o que experimentamos chamar aqui de “*apoio matricial circular*”, que colocou em questão a problematização pela busca de integralidade do cuidado de usuários de Saúde Mental Álcool e Drogas, diante de uma rede ainda fragilizada e fragmentada.

<sup>20</sup> Segundo Túlio Franco (2007), com base nas correntes institucionalistas, “*dispositivo*” pode ser entendido como “um artifício produtor de inovações que gera acontecimentos devires, e inventa o novo radical”.

o compartilhamento acerca dos modos de andar pela vida deste usuário de forma acolhedora e empática; o compartilhamento dos momentos lúdicos e das refeições, todos juntos nos formatos horizontalizados desta relação que trabalha a autonomia destas pessoas; e a importância da inserção das famílias quando possível.<sup>21</sup> Após tal convívio e suas percepções, todas as “estagiárias profissionais” relataram mudanças em relação aos anteriores sentimentos de medo e preconceitos, então reconhecidos como impregnados de ideias que associam estas pessoas apenas à criminalidade, ou potencial agressividade.

- 5) Nas oficinas de 2013, tratamos predominantemente do entendimento da redução de danos, e do trabalho peculiar da equipe do Consultório de Rua (CR). Isso foi importante para que nos percebêssemos de fato, como elementos de uma rede colaborativa. Observamos o quanto os profissionais do hospital evidenciaram grande interesse em compreender e conhecer como se dão as práticas de cuidado neste dispositivo da RAPS, assim como detalhamentos acerca do cotidiano dos usuários que vivenciam tais contextos, com o relato de casos trazidos pelo redutor de danos do CR. Na oportunidade, foram repactuados acordos para o acolhimento de usuários sob acompanhamento de profissionais do CR, no pronto-socorro do HGT.

### **Estratégias cartográficas: efeitos e repercussões**

A construção de modelos de gestão participativa dentro das instituições do SUS, como o HGT, tem como principais referências concepções de Gestão Wagner de Sousa Campos (CAMPOS, 1998; 2000 *apud* PASCHE, 2010) para quem “a gestão é tomada como espaço de encontro de sujeitos que irão estabelecer processos de interação e troca de (diferentes) saberes, poderes e afetos”:

A gestão nessa medida passa a ser entendida como espaço analítico e operativo, tratando de questões subjetivas, institucionais e políticas, as quais *ampliam grupalidades, então mais solidárias, sem o qual os planos de ação correm o risco de se tornarem documentos estanques, sem o poder de mudar as práticas e modos de funcionamento de grupos e organizações [...] é necessário dessa forma, construir espaços efetivos*

<sup>21</sup> Os relatos das técnicas de enfermagem e enfermeiras do hospital que vivenciaram as práticas de cuidado desenvolvidas no CAPS-ad Leste podem ser encontrados na íntegra em post da Rede HumanizaSUS, no link: <<http://www.redehumanizasus.net/84996-hospital-giselda-trigueiro-dema-is-unidades-preparando-se-para-receber-a-devolutiva-dos-pesquisadores-do-lappis-uerj>>

para se analisar de forma mais coletiva as forças que produzem as realidades institucionais [...] – o que implica, necessariamente, produção de reposicionamentos, e emergência de novos sujeitos. [...] ampliando-se a superfície de contato entre dirigentes e trabalhadores, e entre os próprios trabalhadores, modificam-se linhas de poder hierarquizadas, obstaculizadoras da ação institucional criativa e inventiva. (PASCHE, 2010, p. 103 e 116 – grifos nossos).

Toma-se esta citação como representativa do cenário posto, quando do início da idealização e formatação de práticas de EP em Saúde Mental Álcool e Drogas, e na forma como aconteceram as ações de planejamento. Logo após se inseriram as “Oficinas HGT na RAPS” na agenda estratégica de EPS do hospital em 2012, embora esta já estivesse previamente definida pelo Plano de Ação para o ano, mas não de forma rígida. Assim, foi possível acolher a nova demanda trazida pelos trabalhadores e gestores do hospital, sendo incluída como demanda extra em 2012, e posteriormente expandida para o Plano de Ação 2013 do NEP e da Unidade Gestão de Pessoas (UGP), da qual faz parte.

Após concluirmos seis módulos das oficinas abertas de 2012, ficou caracterizado o grupo mais coeso de profissionais assíduos ao trabalho elaborador do HGT, acompanhados também pelo interesse genuíno dos profissionais colaboradores e apoiadores do HJM e CAPS-ad. Seguiu-se, após dezembro daquele ano, um espaço de indefinição sobre como seria a retomada das ações em 2013, mas diante das várias solicitações e indagações dos participantes à coordenação do NEP pelo retorno, as oficinas foram mantidas no Plano de Ação do NEP-2013. Neste ano recebemos novos integrantes, estagiários acadêmicos de Serviço Social, das pactuações ensino-serviço, e dois profissionais do Consultório de Rua que evidenciaram o interesse em colaborar na retomada, para repactuar ações com o HGT, qualificando a atenção aos usuários em situação de rua. Surgiram ainda as demandas decorrentes da seleção do nosso relato pelo LAPPIS e PNH-Dapes-MS, no qual trabalhamos no segundo trimestre de 2013.

Com relação aos efeitos percebidos como decorrentes do resultado da seleção, com destaque para a expectativa gerada pela visita dos pesquisadores do LAPPIS, surgiu, por parte das apoiadoras

institucionais do HGT, preocupação em relação à forma como a experiência prosseguia em continuidade. Houve certa imprecisão de entendimento quanto ao reconhecimento de que ações de educação permanente em saúde disparadas pelo NEP, em atendimento às demandas de um grupo de trabalhadores, fosse selecionada como experiência de apoio no HGT, e de forma interinstitucional na interface com colaboradores externos. O fato é que, na imprecisão deste entendimento, não nos reconhecemos na exata função de *apoio institucional*, mas muito mais como um modo colaborativo instituinte e circular de *apoio matricial*, carregado de sua própria experimentação singular, enquanto genuína e cartográfica atividade de Educação Permanente (EP).<sup>22</sup>

Surgiu assim um primeiro *analizador*<sup>23</sup> decorrente da seleção na convocatória, que com efeito interessante trouxe mais visibilidade à experiência, solicitando que esta fosse (re)discutida no âmbito do próprio hospital. Isso permitiu a retomada dos trabalhos e a aproximação de outros atores.

Na nossa compreensão, este primeiro *analizador* traduz, como parte da dinâmica interna da cogestão, a existência de diferentes frentes de trabalho associadas ao NEP-HGT, que colocam em evidência expectativas ético-políticas mais amplas, concernentes à própria essência da Educação Permanente em Saúde implicada como gestão participativa e por isso mesmo, com o interesse direto sobre o protagonismo dos trabalhadores do hospital. Nesse sentido, entendemos que a EPS pode estabelecer uma série de pontos de contatos e atravessamentos, bastante enriquecedores aos demais processos de cogestão que permeiam o cotidiano do HGT, inclusive colaborando para a contínua formação gerencial operacional, que pensa e planeja os processos de trabalho a partir da gestão colegiada nas unidades de produção.

<sup>22</sup> Talvez um modo de “*apoio matricial ampliado*”, conforme colocado por um dos pesquisadores do LAPPIS/IMS-UERJ, no acompanhamento de nossa própria compreensão e elaboração sobre a experiência coletiva até aqui vivenciada.

<sup>23</sup> Entende-se *analizador* como sendo “aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar”, segundo Lourau (1996, p. 284 apud FRANCO, 2007).

A estratégia da contínua formação operacional em “*planejamento, monitoramento e avaliação*”, ofertada há dois anos para os gerentes e suplentes dos colegiados do HGT, tem sido central como estratégia de ação do grupo de apoiadores no fortalecimento da cogestão, aliada ao genuíno *apoio institucional* nos colegiados das unidades de produção. São ações que o NEP sempre acolheu como legítimas, uma vez tomadas como essenciais ao processo gradual de fortalecimento da cogestão no HGT nos últimos anos. No entanto, também a questão ético-política da EPS concernente à valorização do protagonismo dos trabalhadores em outras frentes de trabalho inerentes ao NEP, foi colocada mais de uma vez como tema para discussão no grupo de apoio, pela coordenadora das “*Oficinas HGT na RAPS*”. Nesse aspecto, citamos Ceccim (2005), quando destaca uma interface dialética da Educação Permanente, que ilustra o contexto que se coloca em análise:

O sonho da educação permanente em saúde como uma Política [...] enfrenta paradoxos próprios da novidade, do desafio e das ambiguidades inerentes à noção de processo. Não cabem ilusões ou idealizações... De um lado o honesto desejo de *uma objetivação operacional*, e de outro a honesta compreensão de que sempre haverá *um operador de subjetividade*, de modo que cada um [cada processo] só pode ser comparado a si mesmo, na invenção de suas potências. (CECCIM, 2005, p. 980).

Com relação à vinda dos pesquisadores do LAPPIS, que encontrariam em 2013 o grupo das *Oficinas HGT na RAPS* em outro ritmo, outro cenário com novas estratégias e novos integrantes, decidimos privilegiar a continuidade do processo na forma cartográfica como sempre se deu, no ritmo de certa imprevisibilidade conforme as possibilidades. Até então, sobrevivemos com o interesse genuíno de poucos, o que nos permitiu identificar nesta cartografia, a percepção de novos desafios, como: 1) *a baixa adesão de médicos da assistência do HGT nos encontros (apenas três participaram eventualmente), sem contar os dois médicos diretores bastante participativos*; 2) *o distanciamento pela temática da RAPS, por parte de alguns gerentes, bem como de docentes e acadêmicos do Curso de Medicina que habitam o hospital em sua formação curricular e em residência médica na área de Infectologia*.

Associados a esses desafios, ressaltamos as potencialidades percebidas no âmbito tanto da cognição como da subjetivação, relativas à ressignificação do trabalho com usuários que fazem uso de drogas, a partir da escuta de posturas menos preconceituosas ao longo das 12 oficinas. As mudanças foram beneficiadas pela chegada dos novos participantes, que aqueceram os debates na construção do *Roteiro Guia de Entrevista*, destacando-se tanto o compartilhamento do trabalho vivo dos integrantes do *Consultório de Rua* vinculados à SMS-Natal, como o aumento da participação de Assistentes Sociais do HGT, trazendo também estagiários de Serviço Social oriundos de universidades federal e privada. Isso ampliou nossa experiência para a esfera da formação no ensino-serviço,<sup>24</sup> com ênfase na importância da interdisciplinaridade em saúde, desde a formação.

Em outubro de 2013, ao acompanharmos os pesquisadores do LAPPIS-UERJ<sup>25</sup> nos encontros com os participantes das *Oficinas HGT na RAPS* em visita às instituições envolvidas, compartilhamos ricas conversas nas unidades de saúde, bem como na própria 12ª Oficina. Além da escuta dos colaboradores presentes, foram incluídos três diretores do HGT, a diretora geral do HJM e a do CAPS-ad Leste, bem como duas apoiadoras institucionais do HGT, que concordaram em participar de alguns momentos para entrevistas. Na oportunidade, durante o encontro da 12ª Oficina no HGT, vivenciamos coletivamente, com os pesquisadores, colaborativa troca de impressões, ao colocarmos em análise nossa trajetória ao longo do tempo, na busca por compreensões mais amplas capazes de nos apoiar na percepção dos próximos encaminhamentos, segundo o fluxo dos processos até então detectados.

Após quatro dias de conversas, e escutas nessa intensa visita, sentimos que os pesquisadores contribuíram em muito com nossas

---

<sup>24</sup> Outra esfera de atuação do NEP-HGT, que atua no eixo 1, “da EP dos trabalhadores do SUS”, como também no chamado eixo 2, “das relações com Instituições de ensino na formação em saúde”, através do campo ensino-serviço para estágios e pesquisas, na graduação e pós-graduação.

<sup>25</sup> Rafael Gomes e Janaína Mariano Cesar, ambos psicólogos, trazendo como experiências profissionais a docência na UFES, bem como função de consultoria na PNH-MS.

percepções sobre a totalidade do processo experimentado, na medida em que nos indagavam com questões reveladoras, instigantes e perspicazes sobre diferentes aspectos, os quais nos ajudaram a perceber tendências da evolução da experiência, evidenciando para nós, facilitadores e apoiadores das oficinas, novos *analísadores* e as próximas estratégias.

### **Análises coletivas traçam novas demandas de continuidade**

Na semana de visita dos pesquisadores, como parte da análise dos processos vivenciados, destacamos na Oficina de 22 de outubro de 2013 a necessidade de revermos nossa construção coletiva sobre a ferramenta inúmeras vezes reconstruída nas diferentes rodas de conversa.

Revisitando-a mais uma vez, podemos concluir a versão final do *Roteiro Guia de Entrevista para Atenção Psicossocial*, de uso interdisciplinar e interinstitucional, quando profissionais de Saúde Mental do Hospital João Machado, na fala da terapeuta ocupacional,<sup>26</sup> trouxeram ainda mais concretude à atuação interdisciplinar, nas práticas de cuidado com foco no acolhimento das subjetividades de usuários com sofrimento psíquico, a partir de manejo e habilidade fundamentados no vínculo empático, que está para além da formação *psi*. Este foi um momento balizador, acerca das discussões que vinham sendo trabalhadas nos encontros anteriores, entre diferentes categorias profissionais do HGT, com foco na Clínica Ampliada. Esse importante momento de síntese e fechamento de uma etapa implicou vários entendimentos para pactuações, que estão agora tomadas como futuros encaminhamentos, a seguir.

### **Primeiro encaminhamento**

Ao darmos início à experiência-piloto de aplicação do *Roteiro Guia de Entrevista para Atenção Psicossocial* com alguns dos usuários internados nos hospitais HGT e HJM, deveremos aproveitá-lo como um dispositivo no sentido de socializá-lo como ferramenta clínica para tecnologia relacional interdisciplinar, e como modelo de atenção

---

<sup>26</sup> Leidiane Queiróz, terapeuta ocupacional do Hospital João Machado e acompanhante nas Residências de Moradia Assistida, no estado do Rio Grande do Norte.

voltado para a Clínica Ampliada, a partir de debates nos cursos de Residência Médica em Infectologia e em Psiquiatria, respectivamente no HGT e HJM, conveniados com a Residência Médica da UFRN.<sup>27</sup> Desse modo, aproveitando-se o *efeito intercessor* evidenciado pelo *Roteiro Guia* durante sua construção nas oficinas, conforme destacado pelos pesquisadores do LAPPIS-UERJ, estaremos buscando novas estratégias para inclusão dos médicos, fomentando a necessária discussão acerca dos modelos de atenção hospitalar.

### **Segundo encaminhamento**

A partir da compreensão de um segundo *analisador* – nas discussões sobre como implementar protocolos para assistência aos usuários de Saúde Mental, *crack* e outras drogas –, a partir do *Roteiro Guia de Entrevista para Atenção Psicossocial*, de uso interdisciplinar e interinstitucional, surgiram importantes colocações crítico-reflexivas trazidas por assistentes sociais das enfermarias do HGT. Apontaram o paradoxo de que as “*Oficinas HGT na RAPS*”, ao buscarem um trabalho de rede interdisciplinar e interinstitucional com a RAPS para a clientela atendida no HGT, deveriam problematizar o modelo de atenção dos profissionais que atuam no cotidiano da assistência aos usuários internados nas enfermarias do hospital. Nesses setores<sup>28</sup> ainda persiste o modelo da clínica por especialidades, o qual dificulta a interdisciplinaridade integrada, além de estar associado à fragilidade do hábito de estudos de casos, e à inexistência inclusive do prontuário único para seus usuários.

Esta demanda foi acolhida pelo NEP, que a repassou ao grupo de *apoiadoras institucionais* do HGT, sendo também acolhida pelos profissionais *apoiadores* externos das demais instituições, nas quais o Prontuário do Usuário é único. Isto facilita a integração das equipes interdisciplinares, ainda que permeadas por inúmeros outros desafios a serem superados, os quais são abordados nas discussões de casos clínicos.

<sup>27</sup> Ideia da psiquiatra e clínica-geral Dulciana Costa, do CAPS-ad, aproveitando o *efeito intercessor* evidenciado pelo roteiro guia durante sua construção nas oficinas.

<sup>28</sup> Diferentemente do que ocorre na unidade do ambulatório e grupos de cuidado neste mesmo hospital, onde o vínculo com os usuários, sob acompanhamento de longo prazo, se dá com equipe interdisciplinar, integrada.

Diante deste novo *analisador*, que também traz interfaces com os processos internos de cogestão do HGT, encontramos desta vez o foco na atenção ao usuário, evidenciado a partir das falas de trabalhadores da ponta. Nesse aspecto, o posicionamento do grupo de colaboradores (*apoiadores externos*) como coletivo condutor dessas oficinas, foi propor continuarmos nos esforços da rede interinstitucional para *Atenção Psicossocial em Saúde Mental Crack e outras Drogas*, fortalecendo todas as instituições envolvidas como rede integrada. Desse ponto, desafios e tensionamentos vivenciados atualmente pelo CAPS-ad e HJM também foram apontados, por estarem vivendo novos cenários. Houve inclusive a sugestão de que alguns dos próximos encontros aconteçam nessas unidades, e não apenas no HGT, para maior compreensão, participação e visibilidade para as equipes a que pertencem nossos colaboradores, no que tange a suas frequentes idas ao HGT, nem sempre bem compreendidas pelos colegas.

Com base nessas considerações, reconhecemos a necessidade de atender a duas novas tendências, norteadoras do *segundo encaminhamento*: uma linha de trabalhos voltados para a *rede interna* do HGT visando fortalecer a integração interdisciplinar dos trabalhadores da assistência, a partir do apoio e envolvimento das gerências das unidades nesta temática dos usuários da RAPS, para o qual a colaboração de *apoiadores institucionais* dos Colegiados do HGT mostra-se essencial; e outra linha de trabalhos voltados para a *rede externa do HGT*, que é neste caso, a rede interinstitucional da RAPS com a qual continuaremos trabalhando de diversos modos.

### **Terceiro encaminhamento**

Apontando mudanças à vista, trata do entendimento de que hoje a condução das “*Oficinas HGT na RAPS*” não se dá apenas pelo NEP-HGT isoladamente. Nesse sentido, mais profissionais para além das atuais colaboradoras do CAPS-ad e HJM envolvidos poderão aproximar-se com maior frequência aos debates e experimentações, se nos aperfeiçoarmos no planejamento de continuidade, de modo que as oficinas passem a acontecer também nas demais unidades. Nesse sentido, foi também sugerido e acatado, que o nome das oficinas se torne mais representativo da rede ampliada, como: “*Oficinas Hospitalis*

na RAPS”, ou “*A RAPS nos Hospitais*” – não foi definido como ficará, embora todos concordem com a necessidade das mudanças.

Diante da maior dificuldade de liberação dos profissionais da Atenção Básica para participarem desse processo nos hospitais, foi vislumbrada por alguns a possibilidade de, com apoio do *Núcleo Técnico de Saúde Mental da SESAP*, institucionalizar essas ações de Educação Permanente voltada para HJM, HGT e demais hospitais da RAPS,<sup>29</sup> de modo a assegurar o reconhecimento institucional do trabalho de apoiadores e facilitadores envolvidos nessa rede.

### **Considerações acerca dos movimentos da rede**

Após as indefinições presentes em todos os nossos espaços institucionais no primeiro semestre de 2014, tudo começou a clarear. Na Atenção Básica (AB), as equipes do *Consultório de Rua* foram substituídas após cinco meses de trabalhos interrompidos, por três novas equipes de *Consultório na Rua*, agora obrigatoriamente vinculadas a uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Assim, nossos colaboradores (redutores de danos), após fase de muitas incertezas, conseguiram participar do novo processo seletivo, e já se encontram reinseridos nesta nova concepção, preconizada pelo Ministério da Saúde.

As UPAS de Natal passaram a atender urgência-emergência em Saúde Mental, ajudando a desafogar o pronto-socorro do Hospital João Machado. A equipe do CAPS-ad Leste ainda está em fase de adaptação à nova sede, e seus profissionais têm recebido pouco apoio da unidade para ofertar o *apoio matricial* na rede como um todo.

Coordenado pela Fiocruz e Grupo Hospitalar Conceição (GHC), acontece atualmente no RN o *Projeto Caminhos do Cuidado: formação em Saúde Mental Crack, Álcool e outras Drogas*, voltado para agentes comunitários de saúde e auxiliares técnicos de enfermagem da AB, no qual duas integrantes facilitadoras das “*Oficinas HGT na RAPS*” estão como tutoras nesta formação nacional. Assim, estas poderão compartilhar tais ações posteriormente para os hospitais, dada a

<sup>29</sup> Hospitais gerais com leitos de Saúde Mental que começam a ser instalados como componentes da RAPS no estado do Rio Grande do Norte e são contemplados pela Portaria Ministerial GM-MS nº 158/2011.

riqueza dos conteúdos pedagógicos com a qual o Projeto *Caminhos do Cuidado* trabalha na temática da RAPS e Redução de Danos.

Nesses encontros, a atual coordenadora de Atenção Básica da SMS-Natal, informalmente demonstrou interesse em conhecer o *Roteiro Guia de Entrevista para Atenção Psicossocial*, de uso interinstitucional, elaborado nas Oficinas no HGT, uma vez que percebe grande lacuna de ferramentas que possam ajudar os profissionais das equipes de referência nas Unidades Saúde da Família a lidarem com as demandas de Saúde Mental.

Na gestão estadual, também ocorrem mudanças na regulação dos serviços hospitalares. Com a implantação da *Central Única de Marcação e Regulação*, o atendimento especializado no Pronto-Socorro do Hospital Giselda Trigueiro se tornou restrito à demanda referenciada, encaminhada por médicos da rede, incluindo as pessoas em situação de rua, que podem vir acompanhadas pelo CR, mas com encaminhamento dos médicos das UBS. O Colegiado da equipe de Serviço Social do HGT tem se fortalecido na busca pela integralidade do cuidado, acompanhando os usuários desde o PS até a internação e a alta, fazendo prevalecer o vínculo com um mesmo profissional, sempre que possível.

O Hospital João Machado ainda é referência para urgência emergência em Saúde Mental Álcool e Drogas, dado o número reduzido de leitos disponíveis nos CAPS da rede metropolitana de Natal, mas ele passa por intensas mudanças. Está em processo gradual de transformação para hospital geral, e recebeu em junho 2014 a ocupação de 40 novos leitos de retaguarda da Clínica Médica, além da permanência reduzida dos leitos de Saúde Mental e da Moradia Assistida de internos do Hospital psiquiátrico, que aguardam a entrega das novas Residências Terapêuticas. Como parte dessas mudanças no HJM, os *Fóruns da RAPS da 7ª Região Metropolitana de Natal* tem acontecido no seu auditório, devido o entendimento do *Núcleo Técnico de Saúde Mental da SESAP*, de que embora esse hospital oficialmente não faça parte integrante da RAPS (por ter origem no modelo manicomial), ele ainda é retaguarda especializada em SM, e de forma humanizada vem atendendo às mudanças pautadas pela luta antimanicomial. Faz-se oportuno, portanto, que profissionais e usuários do HJM sejam incluídos nas discussões da RAPS.

## Considerações finais

Estamos cientes de que a rede real, que inclui o HGT e o HJM, não tem sido exatamente contemplada e reconhecida pelo Ministério da Saúde como parte dos novos componentes da RAPS, embora esses hospitais especializados estejam de fato atuando na rede interinstitucional da RAPS, a partir das reais necessidades, comorbidades e demandas dos usuários do SUS.<sup>30</sup> Assim, a trajetória cartográfica das nossas oficinas foi planejada ao caminhar, como plano de construção coletiva de seus integrantes, sendo redesenhada a cada encontro, também aberto aos efeitos da relação com os pesquisadores do LAPPIS, e demais inovações que geraram encontros e devires nos espaços do SUS, muito pouco previstos, uma vez que se espera a ordenação do cuidado na rede como sendo da Atenção Básica.

Entendemos, porém, que tais inventividades ampliam as possibilidades na rede, de modo que para nós as diretrizes e estratégias com as quais a PNH opera mudanças e transformações na atenção e gestão do SUS continuam intrinsecamente envolvidas com essas possibilidades de capilarizações rizomáticas, aliadas a processos de educação permanente na saúde, sempre considerando-se que:

Provocar mudanças em algum sentido é o que guia o esforço pedagógico que se deve empreender atualmente [...] a educação não se apresenta como objetivo em si mesma, ou seja, *sempre educamos para um desejo*. Assim, entendemos os processos educacionais como dispositivos, “*artifício produtor de inovações que gera acontecimentos e devires, e inventa o novo radical*” (BAREMBLITT, *apud* FRANCO, 2007, p. 430).

<sup>30</sup> Considerando-se a Portaria ministerial nº 158 GM-MS/2011, que trata dos leitos de Saúde Mental nos hospitais gerais do SUS, com investimentos significativos proporcionais ao número de leitos para esta demanda, o Ministério da Saúde tem evidenciado invisibilidade na exclusão de incentivos, tanto aos hospitais especializados em Infectologia (HGT) que atendem a comorbidades dos transtornos mentais no uso de drogas, Aids e tuberculose, como aos hospitais psiquiátricos que aderem à Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e passam por mudança de perfil para hospital geral (HJM), sem incentivo pelos leitos de Saúde Mental que são reduzidos gradativamente, mas ainda mantidos em necessária colaboração à rede. Faz-se necessário, assim, que os núcleos técnicos do Ministério da Saúde sensibilizem-se com os hospitais que se encontram enquadrados nesses perfis.

Encerramos este “texto relato” ressaltando que a noção do uso de drogas como um problema a ser excluído, de antemão limita as possibilidades de mudança, pois quando a finalidade do vínculo entre profissional de saúde e usuário se torna referenciada por essa meta, excluem-se as decisões do usuário e as possibilidades de construções conjuntas no cuidado integral. A busca pelos serviços de saúde passa a ser evitada por esses usuários devido ao julgamento moral recebido, no lugar do qual deveriam estar posturas de acolhimento, por parte da equipe de saúde (EICHELBERGER, 2012).

Nesse sentido, enfatizamos que a inclusão de leitos de Saúde Mental nos hospitais gerais e a incorporação da Estratégia Saúde da Família como um dispositivo de atenção em saúde mental, associadas à não centralidade das ações de cuidado nos CAPS, demandam mudanças de modelo da atenção, para práticas de cuidado efetivamente em rede (DIAS, 2013), mais do que nunca pautadas na relação entre serviços.

A consolidação da política de atenção em saúde mental ocorre em diferentes vertentes, na incorporação de tecnologias leves, no conceito de clínica ampliada, e nos princípios de humanização, [...] o que aponta caminhos de relações de trabalho institucionais, especialmente fortalecendo a ideia de atenção em rede. Esse momento exige uma ampliação do número de interlocutores na saúde mental e a criação de um idioma comum às diferentes equipes. (DIAS, 2013, p. 9-12).

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica Ampliada e Compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde. In: *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 10, p-975-986, 2005.

DIAS, M.K.; DIAS, M.K. (Orgs.). *Dispositivos de atenção em saúde mental e seus desafios: os impasses na consolidação de uma atenção em rede*. Natal: Edunp, 2013.

EICHELBERGER, M. *O que pode a redução de danos ?* Dissertação (Mestrado em Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2012.

- FLEURY, S. Reforma Sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v 14, n. 3, jun. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-iso)>. Acesso: 20 jun. 2014.
- FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: Integração de cenários do Sistema único de Saúde no Brasil. *Interface-Com., Saúde, Educ. Botucatu*, v. 11, n. 23, p. 427-438, set/dez 2007.
- FUGANTI, L. *Agenciamento*. Disponível em: < <http://www.luizfuganti.com.br/escritos/textos/74-agenciamento>>. Acesso em: 17 de junho-2014.
- MARTINS, M.M.C. et al. O processo de gestão participativa no Hospital Giselda Trigueiro: Sentimento coletivo de trabalho pelo SUS. In: WHITAKER, C.S. (Org.). *Cadernos HumanizaSUS: Atenção Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde, v. 3, p. 99-120, 2011.
- PASCHE, D.F. A humanização como estratégia frente à medicalização da vida: aposta na democracia institucional e na autonomia dos sujeitos. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T.C. (Org.). *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010. p. 101-120.



# O apoio institucional à cogestão e gestão participativa: a experiência de um hospital infantil em Teresina-PI

EMÍLIA ALVES DE SOUSA  
ANNATÁLIA MENESES DE AMORIM GOMES  
TÉREZA CRISTINA REIS ASSUNÇÃO  
LUCIANA MESQUITA DE ABREU

## Introdução

A busca pela humanização é um dos desafios a serem superados nos serviços de saúde. A humanização se refere a um novo tipo de interação, baseada no diálogo entre usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2010). Este fazer se concretiza nas “tecnologias relacionais”, ou seja, as almeçadas alterações das práticas de saúde deverão ser alcançadas pela constituição de coletivos, com ênfase no protagonismo, na cogestão e na grupalização (BENEVIDES; PASSOS, 2005; CUNHA, 2005). A metodologia do apoio institucional é proposta neste contexto como modo de intervenção nas relações de trabalho visando alterar o modo de produção, os fluxos de poder e instaurar a democracia institucional (CAMPOS, 2000).

O apoiador institucional, de acordo com esta prerrogativa, opera no sentido de ampliar a capacidade dos coletivos em análise e intervenção, entendendo que a produção de saúde e a produção de subjetividade são indissociáveis. Consiste em um agir ético-político que se compromete com a afirmação do SUS enquanto política pública e com a transformação das práticas de saúde para a melhoria da qualidade da gestão (OLIVEIRA, 2012).

Exercer o apoio institucional, portanto, é atuar em função de: ativar espaços coletivos, arranjos e dispositivos pela interação com os agentes sociais; reconhecer e propiciar a análise das relações de poder, afeto e saberes que levem a projetos compartilhados; articular a

elaboração de objetivos comuns, pactos e compromissos propiciadores de corresponsabilização; disparar processos de formação profissional; e contribuir para expandir a capacidade crítica das equipes de saúde (CAMPOS, 2000; MORI; OLIVEIRA, 2009).

Com base no exposto, apresentamos o relato de experiência do apoio institucional à cogestão e gestão participativa em hospital infantil público da rede estadual do Piauí, no município de Teresina, no período de janeiro de 2010 a fevereiro de 2013. Participaram nesse processo trabalhadores de todos os setores e categorias, gestores, gerentes, usuários, apoiadores institucionais da PNH no hospital, da rede de atenção à saúde, apoiadora-referência da PNH/MS e professores universitários que protagonizaram os movimentos coletivos e se envolveram na análise da instituição. Discutimos os desafios e as potencialidades, os arranjos institucionais para a cogestão e a inclusão dos usuários, dos trabalhadores, as estratégias empregadas e os efeitos produzidos.

### **Contextualizando desafios e potencialidades: por que o apoio institucional como estratégia de ação?**

O hospital infantil pertence à alta complexidade, cuja missão é promover e recuperar a saúde da criança e do adolescente, integrados a sua família, buscando harmonizar seu papel de assistência, ensino e pesquisa com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Atende a população infantil e adolescente de 0 a 17 anos de idade nas especialidades clínica e cirurgia geral, constituindo-se centro de referência regional na assistência pediátrica para o estado do Piauí e estados circunvizinhos, como Ceará, Maranhão, Pará e Tocantins.

Em que pese todo o esforço envidado pelos trabalhadores, influenciados pelo ideário da Reforma Sanitária e pelos conceitos da Política Nacional de Humanização, o hospital caracterizou-se, ao longo da sua história, por um modelo de gestão centralizadora, com baixo compartilhamento de poder e grupalidade; expressava assim, determinadas concepções de trabalho e formas de organização da gestão tradicional (CAMPOS; AMARAL, 2007).

No cotidiano dos processos de trabalho, era perceptível a forte dicotomia entre as práticas de cuidado e a gestão, uma incoerência com os princípios e diretrizes do SUS. Alguns gestores demonstravam

conhecer a Política de Humanização e até admitiam sua importância na produção de saúde, mas o modelo de gerir os processos de trabalho continuava o mesmo, ou seja, autoritário, burocratizado e esvaziado de diálogo.

No cotidiano do hospital, predominava o sentimento de isolamento e exclusão, pois não havia espaço de conversa, pelo menos no nível e na forma desejada pelos trabalhadores, para exercerem sua autonomia e protagonismo participando no planejamento e nas decisões.

Alguns membros do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) já não estavam mais estimulados para participar dos encontros do grupo. Os gestores, sempre ausentes nas discussões, e os problemas debatidos e encaminhados eram desconsiderados. “O que adianta participar desses encontros do grupo, se o diretor nunca está presente e se os problemas encaminhados não são resolvidos?” Um questionamento recorrente dos trabalhadores nos encontros disparados pelo GTH.

Tal cenário desafiou o grupo de apoiadores institucionais do GTH, a iniciar um amplo processo de discussão sobre a cogestão e gestão participativa, buscando aglutinar o coletivo do hospital em torno de uma produção coproduzida e compartilhada. Uma gestão que valoriza o trabalho em equipe, e que garante um gerir por meio da “coanálise”, “codecisão” e “coavaliação” dos processos de trabalho.

### **Os arranjos institucionais que possibilitaram o apoio à cogestão com a participação dos usuários e trabalhadores**

Dentre os arranjos/dispositivos que dispararam e potencializam a cogestão, na intervenção do apoiador, estão o Grupo de Trabalho de Humanização e os colegiados de gestão que possibilitam o enfrentamento das formas cristalizadas, institucionalizadas e instituídas que tendem a manter o jogo institucional favorável às formas hegemônicas do tipo “manda quem pode, obedece quem tem juízo”.

Rodas de conversas setoriais periódicas ampliaram o diálogo com os trabalhadores, a análise coletiva dos problemas e a busca de soluções conjuntas, visando ao enfrentamento dos problemas. Assim, os encontros e discussões em grupo tornaram-se frequentes no ambiente hospitalar. Uma antiga reivindicação dos trabalhadores, denominada “Café com o Diretor” tornou-se realidade, quando, uma

vez por mês, trabalhadores e gestores se reuniam em torno de um café matinal, com o objetivo de ampliar as relações entre esses sujeitos, fortalecendo os vínculos afetivos e de trabalho. O planejamento participativo envolvendo os trabalhadores e usuários constitui um marco no processo de análise, tomada de decisões e elaboração de planos de ação coletivos para enfrentamento dos problemas, entre eles a morosidade e falta de acompanhamento à reforma em andamento na unidade hospitalar.

Antes alienados dos processos de planejamento, estes foram convocados e sensibilizados para a construção conjunta de um diagnóstico da situação do hospital. O processo iniciou-se com uma oficina de capacitação em planejamento envolvendo os trabalhadores e gestores, com dinâmicas interativas e exercícios práticos, que levou à elaboração do plano coletivo de humanização, cujo propósito foi pensar/definir ações e metas a curto, médio e longo prazos para as mudanças necessárias.

Alicerçados nas proposições da PNH, os apoiadores institucionais buscaram concretizar uma aposta política num trabalho coletivo, reflexivo e dialógico, com a inclusão de todos os envolvidos, o que potencializou a transversalidade.

Realizou-se roda de conversa ajuntando os apoiadores institucionais do hospital, diretores, gerentes, trabalhadores, gestores da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI) e apoiadora da PNH do MS para o estado do Piauí, objetivando refletir sobre os modos de gestão e implantação do colegiado gestor. Foi criada uma comissão para a organização das rodas nos setores, totalizando 19 encontros com os trabalhadores e dois com os usuários, com o propósito de incluir esses sujeitos, como forma de fortalecer a participação e o controle social das ações e serviços de saúde ofertados no hospital. Nas rodas de conversas, buscava-se articular os conhecimentos sobre a cogestão com as práticas dos trabalhadores, desvelando problemas e desafios para um atendimento satisfatório. Os apoiadores buscavam, com esse feito, a coerência com o conceito da PNH, que define a humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (BRASIL, 2010).

Para Escorel e Moreira (2011), a participação não pode ser naturalizada como um fim em si mesmo e nem dissociada das relações sociais, econômicas e políticas. Nesse sentido, a participação deve ser fomentada como uma ação que efetive a construção da cidadania, da produção do coletivo e dos sujeitos.

Concomitante às rodas, aconteceram seis encontros dos apoiadores institucionais com os gestores para discussão/avaliação das ações e redirecionamento do processo. A proposta era colocar em análise toda a construção, dando visibilidade aos problemas e propostas apontados pelos trabalhadores, na perspectiva de construção coletiva de estratégias e metas para o enfrentamento. A partir disso, melhorias significativas nas condições de trabalho aconteceram principalmente nesses setores, bem como o aumento da autoestima dos trabalhadores pela inclusão participativa.

Na sequência, se deu a eleição dos 29 representantes dos diversos setores do hospital, de forma democrática e participativa. Por fim, o colegiado foi oficializado numa solenidade envolvendo trabalhadores, gestores, usuários e convidados de outras unidades, oportunidade em que foi assinada a portaria de criação. Posteriormente, foi escolhido o coordenador por meio de votação entre os pares.

Uma das primeiras iniciativas do colegiado gestor foi a realização do curso intitulado "Qualificação de Gestores do SUS-PI" – uma articulação da Educação Permanente em Saúde (EPS) e PNH no Hospital Infantil, em parceria com outro hospital público da rede estadual de saúde. O evento envolveu sessenta participantes, sendo trinta do colegiado gestor e trinta profissionais de outros setores do hospital, incluindo os participantes do GTH.

### **Os efeitos e repercussões do apoio na relação (inter) institucional**

Esses movimentos e projetos interventivos coletivos dispararam mudanças, como a conclusão da reforma do refeitório que se "arrastava" há quatro anos. Houve avanços no acolhimento dos usuários: acesso facilitado, oferta de novos serviços, contratação de profissionais e organização do fluxo de atendimento no ambulatório, rompendo com o modelo tradicional de atendimento por ordem de chegada,

atendendo de acordo com o grau de adoecimento do usuário, bem como respeitando as prioridades com base na Lei Federal nº 10.048/2000.

Outro foco da atenção dos profissionais foram as excessivas demandas espontâneas. Tal evento tem gerado muitos conflitos entre os recepcionistas e acompanhantes, que nem sempre aceitam o encaminhamento para uma unidade de urgência, sob o argumento de que o HILP é de referência para o atendimento pediátrico no Estado. Os recepcionistas e porteiros, por sua vez, temem pelo deslocamento desses usuários para outra unidade, pela possibilidade de agravamento do estado clínico ou até mesmo o falecimento durante o percurso.

Para atuar neste conflito, o apoiador institucional problematizou a questão com os trabalhadores envolvidos, que propuseram a elaboração de um protocolo para organizar o atendimento. Vale pontuar que numa atenção acolhedora, não basta apenas informar que o hospital não atende a urgência; é preciso que essas demandas/necessidades sejam referenciadas de forma responsável para as redes de serviços que possam resolvê-las.

Além disso, a direção técnico-assistencial articulou-se com as Secretarias de Saúde Municipais para a discussão da situação, e encaminhou cartas circulares informando a natureza e as ofertas de atendimento do hospital, no sentido de organizar o fluxo dos usuários, evitando com isto o sofrimento desnecessário, inclusive o risco de vida, na entrada do hospital. De acordo com o protocolo de atendimento, os usuários com risco de vida deverão ser estabilizados para em seguida serem encaminhados para as urgências.

Ainda sobre as mudanças-efeitos do apoio institucional, vale pontuar a melhoria da ambiência, com disponibilidade de repouso para os enfermeiros, a construção de rampas de acesso e banheiros adaptados no ambulatório para cadeirantes, reivindicação antiga dos trabalhadores. Todas essas alterações tiveram impactos positivos na redução das filas e no aumento da satisfação dos usuários, além de contribuir para estabelecer relações de confiança entre apoiador – apoiados e fortalecer o poder compartilhado.

Segundo Oliveira (2012, p. 228), “quanto maior o engajamento de dirigentes, maior a abrangência dos processos em que se pode inscrever a função apoio”. Vimos isso acontecer, nos períodos em

que o poder se “abria”. Época em que os apoiadores, as relações e ações em direção a reinvenção da gestão tendiam ao fortalecimento.

A lógica da coletividade e articulação em rede, e resultado do efeito-contágio propagado pela intervenção do apoio institucional, levou a equipe do Hospital Getúlio Vargas (HGV) a buscar parceria e operacionalizar a capacitação de seus gestores conjuntamente. Através de encontros e oficinas distribuídas em 10 módulos realizados semanalmente, com 04 horas diárias, cada qual foi coordenado e facilitado por apoiadores do próprio hospital, do Comitê Estadual de Humanização, da Educação Permanente de Saúde (SESAPI), da Universidade Federal do Piauí, e por consultores da PNH/MS.

O modo de fazer apoio, assumido nesta formação, baseou-se no processo ensino-aprendizagem em serviço e nas diretrizes dos processos de formação da PNH, que se baseiam no princípio de que “formar é, necessariamente, intervir, e intervir é experimentar em ato de mudanças nas práticas de gestão e de cuidado” (PASCHE; PASSOS, 2010, p. 8).

A escolha dos temas foi definida coletivamente pelos apoiadores dos dois hospitais e participantes dos colegiados, considerando as necessidades e dificuldades observadas no cotidiano de trabalho. Assim, a programação teve como foco a legislação do SUS, suas redes de atenção e as diretrizes e dispositivos da PNH. Outros temas, como a Rede HumanizaSUS e suas ferramentas, relações interpessoais e institucionais, planejamento, monitoramento e avaliação também foram contemplados.

Cada pessoa cadastrada compartilhava, através de publicações, suas histórias e experiências bem-sucedidas no SUS, votava e fazia comentários nos *posts* de sua autoria e de outros usuários na RedeHumanizaSUS. De acordo com dados coletados no *blog* da rede, foram cadastrados 64 trabalhadores dos dois hospitais, com uma produção de 38 *posts*, envolvendo 105 comentários. Uma dessas publicações, segundo estatística da rede, figura como a terceira mais comentada em um universo de 4.477 postagens na rede. É importante salientar que muitos trabalhadores não possuíam *e-mail* e nunca haviam navegado na Web.

O curso, além de proporcionar novas inscrições, motivou alguns dos trabalhadores já cadastrados a acessarem a rede, compartilhando experiências vivenciadas no cotidiano de trabalho e no curso. Para

muitos trabalhadores e gestores, possibilitou maior conhecimento sobre o SUS, sobre as políticas públicas, princípios e diretrizes, despertando um novo olhar de credibilidade e de defesa do sistema, o que pode ser facilmente constatado nas narrativas e depoimentos disponíveis nas referidas postagens na Rede HumanizaSUS durante o ano de 2012.

O curso foi finalizado em 18 de dezembro de 2012, através de um seminário integrativo envolvendo os dois colegiados hospitalares. Na programação, foram organizados pequenos grupos que relataram a retrospectiva do curso, os efeitos produzidos na vida e nas práticas de trabalho, conhecimentos, estratégias de continuidade e fortalecimento dos colegiados gestores.

Alguns dos efeitos forma referidos como: “ampliação do conhecimento sobre o SUS e sobre a Rede Humaniza SUS-RHS”, “mais compromisso”, “compartilhamento de experiências”, “afetividade”, “interatividade”, “mudanças de atitude”, “trabalho em equipe”, “motivação”, “aclarou as mentes e derrubou barreiras”, “aprendemos a escutar mais”, “aumentou a potência”, “superou o medo de falar”, “inversão de papéis: profissionais se colocando no lugar do usuário”, “acolhimento”, “união”, “capacitação”. Um dos relatores pontuou: “A melhor estratégia de engajamento é possibilitar a participação nas decisões, na unidade de trabalho”.

Estratégias que potencializam o trabalho em cogestão foram destacadas pelos grupos: rodas de discussões com os gestores e trabalhadores para análise dos processos de trabalho; implementação das unidades de produção nos hospitais; planejamento, monitoramento e avaliação das ações; realização de seminários e fóruns sobre a gestão participativa e a cogestão para trocas de ideias e compartilhamento de experiências.

Apoiar coletivos organizados para a produção de saúde e de sujeitos no ambiente hospitalar constituiu tarefa hipercomplexa e de rico aprendizado técnico, humano e social. Diferentes saberes, relações de poder, afetos circulando, diversos interesses, atravessamentos políticos e mudanças constantes nos cargos gerenciais exigiram pactuações frequentes no decorrer da intervenção e inflexões capazes de produzir efeitos de avanços e recuos, idas e vindas, intenso exercício ético, técnico e político.

## Considerações finais

O método do apoio institucional mostrou-se eficaz e os dispositivos/ arranjos da cogestão, o GTH e o Colegiado Gestor acionados, potencializaram a mudança institucional para uma prática mais solidária e coletiva com resgate da autoestima e valorização do trabalhador, análise e planejamento do trabalho, participação na tomada de decisões, empoderamento dos trabalhadores, melhoria da comunicação entre os trabalhadores e destes com os usuários, aumento do protagonismo e autonomia dos usuários, na medida em que estes passaram a discutir e decidir sobre seus interesses, numa parceria conjunta de produção de saúde; implementação de melhorias na ambiência, favorecendo a construção de um ambiente hospitalar mais adequado às necessidades dos trabalhadores e usuários, em termos de conforto, segurança e bem-estar, onde o acolhimento foi a base das práticas e dos processos de cuidado em saúde.

Muito contribuíram o apoio mútuo, a recorrência a leituras em grupo de textos e o compartilhar na Rede HumanizaSUS, celeiro de experiências e colaboradores que apoiaram os apoiadores, trabalhadores e gestores em rodas virtuais de conversa.

Defendemos um arranjo que contemple um arranjo de apoiadores ao apoiador, que permita assim, autoanálise e a análise dos processos e de forma coletiva, por reconhecermos as limitações e implicações a que se está submetido na função apoio e pelos efeitos produzidos terem resultados desse compartilhamento coletivo. Consideramos que este foi um desenho possível na intervenção vivenciada no hospital infantil que possibilitou um apoio em rede, ou uma rede de apoiadores, ou apoiadores em rede.

## Referências

- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília: SAS, 2010.
- CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n.4, p.849-859, 2007.

CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CUNHA, G.T. *A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M.R. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et. al. (Orgs.). *Participação Social*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 979-1010.

MORI, M.E.; OLIVEIRA, O.V.M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 627-640, 2009.

OLIVEIRA, G.N. O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização. *Tempus Acta de Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 223-235, 2012.

PASCHE, D.; PASSOS, E. Cadernos Temáticos PNH: formação em intervenção. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadernos HumanizaSUS*, v. 1. Brasília: SAS, 2010. p. 6-10.

## **PARTE III**

---

### **Região Centro-Oeste**



# “Nada sobre nós sem nós”: aprendizados a partir do Apoio na articulação entre o HumanizaSUS e a saúde indígena

CATIA PARANHOS MARTINS

*Tenho o privilégio de não saber quase tudo.  
E isso explica o resto.*  
Manoel de Barros

Neste texto, problematizo alguns aspectos da experiência de apoio institucional no trabalho como consultora da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão - HumanizaSUS (PNH) do Ministério da Saúde. Apresento considerações, sinalizo dúvidas e desafios da função Apoio ao reafirmá-la enquanto potência para produção de outros modos de fazer saúde e ampliar o compromisso coletivo com o direito à saúde de qualquer um/uma.

O cenário é composto pela tarefa de apoiar a articulação entre o HumanizaSUS e a Saúde Indígena na estratégia da gestão federal Apoio Integrado, no fomento e implementação da Rede Cegonha, principalmente em Dourados, estado de Mato Grosso do Sul. O recorte temporal é de 2010 a junho de 2013, período em que desenvolvi ações como consultora da PNH, no primeiro momento na interface com as demais políticas e áreas na gestão federal e depois como apoiadora da Região Centro-Oeste do país.

Algumas ponderações trazidas aqui só foram possíveis após encontros e vivências. A passagem do tempo cronológico, as inúmeras reuniões de trabalho na PNH e as rodas de conversa com trabalhadores e usuários, principalmente indígenas e da Saúde

Indígena, foram somadas com as contribuições de muitos apoiadores do SUS auxiliando-me nesse relato. O caminho inicia-se com uma breve contextualização da Política Nacional de Humanização e da função Apoio para produção de mudanças no SUS. Ao longo do texto, alguns apontamentos sobre os desafios e os aprendizados na busca por avançar na articulação e no compromisso com o direito à saúde de qualidade no SUS.

### **Política HumanizaSUS: obra aberta e tarefa coletiva**

Pelo direito à saúde de qualquer um/uma, a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão – HumanizaSUS tem acumulado experimentações, parceiros e produções desde sua criação, em 2003. Há uma década, a PNH tem produzido e se conectado aos movimentos de mudança, contagiando atores e ampliando concepções e práticas no SUS. A política é considerada uma obra aberta, que está construindo seu curso a partir da inclusão de diversas experiências, das inovações no campo da Saúde Coletiva e fazendo jus ao método como modo de caminhar.

Mais que seguidores, a PNH fomenta e alimenta-se de apoiadores/inventores que partem do desafio de superar os obstáculos na construção do SUS. Ao problematizar a gestão dos serviços e, concomitantemente, as práticas do trabalhador, a PNH visa contrapor o discurso hegemônico na saúde, potencializando e criando espaços de trocas onde pessoas com valores, saberes, hábitos, desejos, interesses e necessidades diferentes encontrem, conjuntamente, saídas para os problemas cotidianos.

Em seu início, a PNH partiu das ações concretas e inovadoras construídas por sujeitos comuns implicados com a saúde pública e coletiva. Assim, o HumanizaSUS identificou o que de melhor tem no SUS e o que de melhor produziram seus atores, alinhou tais experiências numa composição em consonância com os movimentos pela saúde como dimensão de cidadania. Passada uma década, esses acúmulos sinalizam, dentre tantos aprendizados, que o Apoio Institucional produz outro modo de fazer, que prima pelo diálogo e pela inclusão dos sujeitos envolvidos.

## **Apoiar a produção de mudanças no SUS**

O apoio, como conceito-ferramenta, é objeto de reflexão de pensadores e militantes dos movimentos reformistas em saúde e vem ganhando espaço no campo da Saúde Coletiva.<sup>1</sup> Somado à produção acadêmica, o SUS contempla e incentiva práticas de apoio em seus documentos oficiais, tais como: Apoio Integrado à Gestão Descentralizada (BRASIL, 2004); Núcleos de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2008); Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste e Rede Cegonha (BRASIL, 2012); experiência nacional em andamento do Apoio Integrado (BRASIL, 2011) e Política HumanizaSUS (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde, a partir de 2003, iniciou um processo de formulação e implantação do Apoio Institucional. Na época, uma das experiências foi o Apoio Integrado à Gestão Descentralizada, que promoveu a cooperação técnica entre as esferas de governo, com o envolvimento e a participação de várias áreas ministeriais no fortalecimento da gestão (BRASIL, 2004). E, de forma concomitante, o HumanizaSUS passou a utilizar o apoio como dispositivo para a produção de mudança no modelo de atenção e gestão vigente.

Novamente em 2011, o apoio ganhou força político-institucional na busca por melhorar a articulação entre as secretarias da gestão federal e no fomento ao processo de cooperação interfederativa para a qualificação do SUS, denominado como Apoio Integrado. Houve consenso entre os dirigentes do Ministério da Saúde, uma vez que “não basta definir o que deve ser feito (normas, fiscalização, auditoria), mas apoiar o como deve ser feito” (BRASIL, 2011, p. 16).

Não há intenção aqui de abordar a ampla discussão sobre a temática, apenas sinalizar que há acúmulos teóricos e práticos produzidos no SUS e na Saúde Coletiva. As experiências, em sua maioria, reconhecem as reflexões do sanitarista Gastão W. S. Campos como balizadoras da proposta do apoio.

---

<sup>1</sup> Alguns trabalhos sobre experiências de Apoio Institucional no SUS: Righi (2007); Pasche e Passos (2010); Pasche et al. (2010); Oliveira (2011); Guedes, Roza e Barros (2012) e Pena (2012).

## **Função Apoio: alguns movimentos na gestão federal**

A PNH, em 2011, foi uma das políticas da gestão federal convocada a contribuir com o Apoio Integrado, auxiliando na construção de uma rede cooperativa entre as esferas de governo para fortalecimento do SUS. As diretrizes do Plano Nacional de Saúde 2012-2015 e o Decreto nº 7.508/2011, que orienta a formulação do Contrato Organizativo de Ação Pública no fortalecimento das redes de atenção prioritárias,<sup>2</sup> são os norteadores dessa estratégia.

Arranjos foram criados para a promoção de espaços de diálogo, aumentando a capacidade de análise e intervenção no Ministério da Saúde. Reuniões periódicas, grupo de trabalho, oficinas temáticas, agendas internas e nos estados passaram a ser frequentes. Um novo ritmo de trabalho ganhou força com a montagem e funcionamento dos grupos condutores das redes temáticas. Foi nesses espaços que a discussão sobre o Apoio Institucional apresentava-se de forma heterogênea, onde os atores tinham diferentes compreensões dessa tarefa.

Dentre as mudanças na máquina Ministério da Saúde, o Apoio Integrado induziu a organização de um grupo de referência por estado da federação.<sup>3</sup> As diversas políticas e áreas técnicas passaram a organizar-se para constituir um grupo de apoiadores. E foi assim que os apoiadores para o estado de Mato Grosso do Sul iniciaram um processo de encontros periódicos visando construir um plano de ação a partir da análise dos desafios daquele território e com foco nas redes prioritárias.

Um dos primeiros desafios foi produzir um alinhamento entre os próprios apoiadores. Essa estratégia trouxe, além dos aprendizados,

---

<sup>2</sup> As redes prioritárias são: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência e Rede de Atenção às Doenças Crônicas. E ainda, 15 regiões do país contavam também com o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede Atenção – QualiSUS, para a organização de redes regionalizadas.

<sup>3</sup> O Ministério da Saúde previa equipes de referência compostas por apoiadores do Departamento de Articulação de Redes, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Articulação Interfederativa e HumanizaSUS. Além disso, as equipes contavam com os apoios da Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Saúde Mental, Vigilância em Saúde; Saúde Indígena e Projeto QualiSUS-Rede, dentre outros.

pontos de tensão e disputa, uma vez que a coerência institucional almejada não se faz por decreto. Era preciso ser construída e fomentada pelos sujeitos que a compõem na tentativa de mudar os modos fragmentados da máquina funcionar, que mantinha a baixa e difícil articulação desde as áreas técnicas até as diferentes secretarias.

Inclui-se também o desafio de ter objetivos de trabalho comuns e que somente seriam alcançados a partir do funcionamento coletivo. Assim, o grupo de apoiadores foi convocado a priorizar as agendas conjuntas em detrimento das ações e agendas específicas, tarefa que não se resolve por normativa e tampouco com o consenso dos altos níveis de gestão. O exercício da composição implicava empenho, coordenação compartilhada e disposição para negociação, desafios que se colocam atuais para o SUS.

O Apoio foi se configurando numa tarefa coletiva produzida em ato. Com isso reafirmo que, embora não tivesse uma combinação *a priori*, o grupo de apoiadores foi percebendo que havia um alinhamento ético entre seus membros na busca por enfrentar as iniquidades em saúde. A pauta da Saúde Indígena, ao ser problematizada nas reuniões internas, ganhou relevância como ponto nevrálgico.

Antes da constituição do Apoio Integrado, a PNH já trabalhava em articulação com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) para que essa temática ganhasse força, incluindo os trabalhadores da Saúde Indígena nas rodas de conversas, curso de formação e demais ações do HumanizaSUS. A PNH, de forma estratégica, priorizava as agendas nos territórios, reinventando essa relação e almejando ser uma política efetivamente pública, de coletivos. Além disso, importante parceria estava em construção, e no momento da escrita deste texto há inúmeras ações em andamento, como o “Projeto de Apoio Integrado aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas”.<sup>4</sup> Esses aspectos contribuíram para a aproximação das políticas, facilitando o diálogo entre consultores e promovendo espaços e agendas em prol dos objetivos comuns.

---

<sup>4</sup> O projeto e as informações sobre as parcerias entre a PNH e a SESAI estão disponíveis na Rede HumanizaSUS (<http://www.redehumanizasus.net/62546-apoiadores-mapeiam-mortalidade-infantil-e-materna-em-populacao-indigena>).

A gestão federal, assim como as demais instâncias que compõem o SUS, constitui-se como um campo de disputas e tensões, não sendo um todo homogêneo. Embora na época houvesse a coordenação compartilhada do Apoio Integrado, os inúmeros trabalhadores do ministério refletiam a diversidade de interesses e as divergências de compreensão no mesmo processo. Tal indicativo sinaliza que os desafios atuais para o avanço da saúde como direito são políticos e não técnicos.

### **Costuras possíveis num contexto complexo**

O cenário no ministério trazia indicativos da integração entre as políticas e os atores para o fortalecimento do SUS. Entretanto, o contexto brasileiro para as discussões dos direitos dos povos indígenas não se apresentava como favorável. As violações são conhecidas nacional e internacionalmente, como aponta o relatório *Violência contra os povos indígenas no Brasil* (CIMI, 2011):

Assassinatos, ameaças, morte de crianças, racismo, vulnerabilidade em saúde e nutrição, agressões ao meio ambiente, precariedades de toda sorte: são estes, entre outros, os fatores que compõem a violência e a violação de direitos que atingem boa parte da população indígena que vive em terras brasileiras, registrados em 2011 (RANGEL, 2011, p. 12).

Cabe ao SUS garantir a atenção à saúde nessas comunidades, sendo um dos marcos a Lei Arouca, nº 9.836/1999, que criou o Subsistema de Saúde Indígena. Este é composto por 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas que respeitam o território étnico-cultural e não correspondem aos limites geográficos de municípios e estados. Foi, até 2010, de responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde, e no final daquele ano ocorreu a criação da SESAI. A nova secretaria passou a ter a gestão das ações de saúde aos povos indígenas.

São necessárias mais algumas considerações sobre a experiência, que foi curta do ponto de vista cronológico e frente aos desafios para se avançar no respeito às especificidades indígenas, em especial para esta reflexão, os povos guarani e kaiowá da região de Dourados-MS. Nessa região, o cenário ganha proporções de guerra: “Com uma taxa

de homicídios de 100 por 100 mil pessoas, maior que a do Iraque, e quatro vezes maior do que a taxa nacional, o povo Guarani e Kaiowá, do Mato Grosso do Sul, enfrenta uma verdadeira guerra contra o agronegócio” (RANGEL, 2011, p. 14).

O recorte é referente às discussões nas agendas do Apoio Integrado, QualiSUS e, posteriormente, com a criação do grupo condutor da Rede Cegonha sobre as mulheres das etnias guarani e kaiowá. As singularidades são muitas, mas destaco que as aldeias estão a poucos quilômetros do centro de Dourados, e um dos aspectos dessa proximidade é que há indicativos que os partos são, desde o final da década de 1980, em maioria, hospitalares<sup>5</sup>.

Dentre as muitas histórias, alguns momentos ilustram o tamanho da empreitada na busca por apoiar a produção de saúde junto com as pessoas envolvidas e não para elas, tal como a PNH vem construindo seu percurso como uma política que se pretende cada vez mais pública. Assim, em que pese o complexo cenário de constante violação de direitos, o Apoio Integrado pretendia mais do que constatar um estado de coisas. Ao longo das reuniões e demais atividades de trabalho, produziram-se alguns efeitos, sendo o principal deles, um alinhamento ético, que buscava fortalecer a pauta da Saúde Indígena e incluir o respeito aos povos indígenas nas redes prioritárias, principalmente para este relato, na humanização do parto e nascimento fomentado pela Rede Cegonha.

Uma ideia recorrente e que foi tomada como um analisador numa reunião do Apoio Integrado era sintetizada por “o SUS é para todos”. Essa afirmação, ao ser problematizada, sinalizou a força do discurso unificador, homogeneizante e que não garantia as características do território, a saber: o Mato Grosso do Sul é o segundo estado do país em população indígena, são mais de 70 mil pessoas e em Dourados estão mais de 13 mil.

---

<sup>5</sup> Alguns depoimentos feitos ao pesquisador Meihy, em 1991, sobre a vida e a morte dos guarani e kaiowá de Dourados, apontam que os partos já naquela época eram hospitalares. Desde 1963 há um hospital filantrópico nos limites da terra indígena que atende exclusivamente a essa população. Além disso, os dados da SESAI, de 2005 a 2011, indicam o crescimento dos partos por cesárea. No ano de 2011, 95% dos partos foram hospitalares (BRASIL, 2012b).

Se por um lado, os apoiadores trabalhavam para construir um sistema que garantia o direito à saúde universal, de forma concomitante, era necessário avançar em discussões e ações pelo respeito às especificidades étnicas e culturais. Ao longo das conversas, houve a compreensão de que não havia modos de qualificar a atenção sem considerar a cosmologia e as diversas concepções de corpo, saúde e cuidado. A universalidade do SUS não pode se sobrepor à equidade, são dimensões ético-políticas que se complementam na perspectiva da saúde como direito de cidadania. Assim, a produção de saúde se faz, inseparavelmente, alinhada com as singularidades dos modos de tocar a vida.

Nas reuniões do grupo condutor da Rede Cegonha, em conversa com os apoiadores do Ministério da Saúde, trabalhadores do SUS e, inclusive, trabalhadores da Saúde Indígena, outra afirmação também chamava atenção. Era recorrente o discurso sobre a rapidez da evolução do trabalho de parto da mulher guarani e kaiowá. Como apoiadora, era necessário indagar o que se apresentava como óbvio e estranhar as práticas hegemônicas em saúde. Perguntava-me sobre a possibilidade de essas mulheres vivenciarem as dores do parto, assim como demais emoções deste momento, de forma singular; se não demoravam mais a chegar ao hospital pela distância a ser percorrida, espera de transporte, diferentes modos de compreender o evento, dentre outros fatores pouco conhecidos por muitos trabalhadores e gestores da Rede SUS.

A participação das pessoas no cuidado e na gestão do SUS tem sido defendida pelos movimentos da reforma sanitária, indígena e indigenista. Mas as relações em saúde ainda estão marcadas pela dissimetria entre usuários e trabalhadores, pelo abuso de jargão técnico e pela ausência de diálogo. Além de produzir mudanças nas práticas hegemônicas, o desafio se amplia já que essas mulheres são falantes do guarani, embora muitas também se comuniquem em português. O idioma diferente traz desafios para o trabalho em saúde e o intérprete se faz essencial para que o direito à saúde não esteja restrito ao acesso aos cuidados e intervenções biomédicas, mas tomado como indissociável do direito a informação, participação e comunicação.

Um dos desafios no Apoio é habitar o não saber e conviver com as incertezas de uma tarefa para a qual não há garantias. Embora estivéssemos entre técnicos do Ministério da Saúde, dentre os quais trabalhadores da SESAI cuja experiência é de uma riqueza impressionante, as incertezas eram muitas e, de forma coletiva, foi-se produzindo a importância de conversar com as mulheres.

A Rede Cegonha, com seu conjunto de apoiadores, tem trabalhado para mudar o atual modelo tecnocrático, segundo o qual o corpo feminino é interpretado como fundamentalmente defeituoso e requer intervenções. Para diminuir a mortalidade materna e infantil, é necessário enfrentar o “paradoxo perinatal<sup>6</sup>”, ou seja, a ampliação do acesso aos serviços e às tecnologias em saúde não corresponde a melhores resultados para as mulheres e bebês. Reverter esse modelo implica produzir mudanças de várias ordens, tais como: o lugar ocupado pela mulher (de submissão ao saber biomédico) e sua rede social na gestação, parto e nascimento; avançar na assistência respaldada pelas boas práticas com evidências científicas (OMS, 1996); alterar os modos de trabalhar em saúde; melhorar a relação entre a rede de serviços; enfrentar a violência obstétrica, dentre outros aspectos. Há delicadezas aqui, assim como muitas outras nas quais o Apoio busca intervir, que não são possíveis de serem transformadas por decreto e tampouco limitada a apreensão do conhecimento técnico.

Os questionamentos ainda são muitos, mas passada essa experiência profissional, ousa supor que, assim como as mulheres não índias clamam pelo fim da violência obstétrica,<sup>7</sup> as mulheres guarani e

---

<sup>6</sup> As pesquisas de Diniz (2009, p. 313) corroboram que “nos últimos 20 anos, houve uma melhoria nos indicadores da saúde materna no Brasil, assim como grande ampliação do acesso aos serviços de saúde. Paradoxalmente, não há evidências de melhoria na mortalidade materna”.

<sup>7</sup> A pesquisa “Mulheres Brasileiras nos Espaços Público e Privado”, realizada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC, em 2010, aponta que “uma em cada quatro mulheres brasileiras que deram à luz em hospitais públicos ou privados relatam algum tipo de agressão durante o parto”. Sobre as violências sofridas durante o atendimento ao parto, quando o recorte é por raça/cor, a pesquisa aponta que as informações das mulheres indígenas são insuficientes, mas sugere que o resultado seja considerado como uma tendência (FUNDAÇÃO ABRAMO, 2010).

kaiowá também se sentem acudadas pelas rotinas e silenciadas por todo aparato hospitalar, com os excessos de intervenções e modos assépticos de fazer saúde. O parto e o nascimento, como eventos fisiológicos, não estão destituídos de aspectos de cunho social, familiar, étnico e cultural, embora os “olhos do colonizador” nada ou pouco enxerguem do mundo que há para além de um corpo biológico e dos padrões hegemônicos.

Ressalto ainda que o acesso e a melhora na qualidade da assistência à saúde são reivindicações das próprias guarani e kaiowá em seus espaços políticos de discussões.<sup>8</sup> Outra reivindicação é pela garantia do intérprete na Rede SUS. Essas mulheres lutam pelo respeito e pela “saúde diferenciada”, como propõe a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas desde o ano de 2002.

Há o desafio de se produzir diálogos<sup>9</sup> sobre as condutas técnicas, pedir o consentimento da mulher antes de sua realização, informar e respeitar os direitos, desde o direito a outras posições na hora do parto (que não a posição supina), ao acesso aos métodos não farmacológicos e farmacológicos para alívio da dor, ao acompanhante de livre escolha e, ainda, o direito a ter aspectos étnicos e culturais respeitados. Certa vez, uma apoiadora da SESAI perguntou a uma liderança indígena sobre a importância da devolução da placenta para a mãe após o parto.<sup>10</sup> A liderança respondeu que esse ritual já não era praticado pelas indígenas da região de Dourados. Ficamos novamente tomadas pelas dúvidas sobre o que responderiam as próprias mulheres sobre isso.

Além dos questionamentos apontados no texto, trata-se de comunidades que lutam para sobreviver e que convivem com tantas

---

<sup>8</sup> Documento Final da II KUNÁ ATY GUASU. Aldeia Jaguapiru – Dourados, MS. 2012. Disponível em: <<http://www.ufgd.edu.br/proex/downloads/documento-final-aty-guasus>>

<sup>9</sup> Não estava em discussão a supremacia hospitalar em relação ao parto. Entretanto, as experiências nos centros de parto normal (intra e peri-hospitalar) são incentivadas e financiadas pela Rede Cegonha e o movimento pelo parto domiciliar está crescendo no país.

<sup>10</sup> No estado de São Paulo, a Resolução SS 72, de 15/07/2008, dispõe sobre a adoção de procedimentos nos hospitais para o resgate da medicina tradicional, quando da realização de partos na população indígena, dentre eles a entrega da placenta à mãe. Embora exista a normativa, não foi possível confirmar seu exercício cotidiano.

atrocidades que pareceu, naquele momento, que embora fosse relevante a preocupação, havia questões emergenciais (como a fome e o acesso a água potável) a serem enfrentadas e que colocavam esse ritual como menos importante.

Em uma agenda conjunta entre o Apoio Integrado e o Curso de Ambiência/QualiSUS,<sup>11</sup> que contou com a participação de apoiadores, trabalhadores e gestores de diversos pontos da Rede SUS, usuárias indígenas, parteiras, lideranças e Conselho Distrital de Saúde Indígena, as mulheres guarani e kaiowá explicaram que cada gestante tem um canto e que deve ser entoado durante o trabalho de parto. É a rezadeira que visita a mulher e lhe dá o seu canto. Além disso, é preciso ter um teto para parir, senão há consequências ruins para mãe e seu bebê. Ao enfatizar a importância do teto, ficou clara para os presentes desta reunião a necessidade dos cuidados para a proteção e a segurança espiritual/afetiva das gestantes.

Aqui destaco mais alguns aspectos que repercutiam no trabalho de apoio. Minha curiosidade e limitação sobre a cosmologia guarani, o *delay* entre o que diziam as mulheres em sua língua materna e a tradução feita por uma liderança (comumente do sexo masculino), e ainda, a importância de se habitar outro tempo para compreender o sentido e a dimensão do que diziam.

Na época, não foi possível conversar com as mulheres sobre vários sentidos que compõem o cenário da gravidez, parto e nascimento, para ampliar as discussões pelo respeito aos saberes tradicionais, tal como sobre uma alimentação especial antes e depois do parto. Há também dúvidas sobre o direito ao acompanhante. Será que os serviços de saúde estão preparados para acolher a família extensa dos kaiowá? E como os trabalhadores recebem as lideranças, parteiras, rezadores, quando as mulheres e suas famílias solicitavam? Como cada mulher poderia ganhar o seu canto em serviços onde impera a racionalidade biomédica?

---

<sup>11</sup> O Ministério da Saúde, através da parceria entre a PNH e o Projeto QualiSUS - Rede, realizou um curso de formação "Intervenção em Ambiência na Saúde" para arquitetos e engenheiros em 2013. Um dos engenheiros do curso era de Dourados e contribuiu com o Apoio Integrado. O evento citado foi transmitido pela Rede HumanizaSUS no endereço: <<http://www.redehumanizasus.net/63509-pnh-inclui-indigenas-na-discussao-sobre-ambiencia-e-humanizacao-do-parto>>

Tempos depois, junto com alguns apoiadores, estava trabalhando no II Seminário de Saúde Mental Indígena de Mato Grosso do Sul e I Encontro Nacional Psicologia, Povos Indígenas e Direitos Humanos,<sup>12</sup> evento repleto de relatos de experiências e reflexões de usuários, trabalhadores da Saúde Indígena, lideranças e pesquisadores de várias regiões do país. Os participantes enfatizaram tanto a riqueza e a diversidade étnico-cultural brasileira, quanto os desafios no trabalho em saúde com as inúmeras etnias e suas diversas concepções de saúde, vida e cuidado. Além disso, os participantes destacaram o baixo compromisso com os direitos dos povos indígenas, as limitações da rede assistencial e os excessos de adoecimento e de medicalização. Dentre os muitos aprendizados, ainda reverbera em mim a fala de Cristina Tembé, do Pará, que reforçou a importância política da garantia das comunidades indígenas nas discussões e decisões sobre suas vidas ao clamar por “nada sobre nós sem nós”.

No início das ações posicionava-me, com o respaldo da PNH e alinhada com os demais apoiadores, pela importância da inclusão dos/das usuários/as, sendo imprescindível garantir a presença e a voz das pessoas quando as reuniões e ações iriam interferir em suas vidas. A fala de Cristina Tembé, assim como as muitas reivindicações e denúncias dos participantes desse evento, deram-me a dimensão e a importância ética do que tentávamos construir no Apoio Integrado. Assim, apoiar é uma tarefa muitas vezes árdua e de difícil visualização, na construção de “experiências democráticas produzidas democraticamente” (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2009).

### **Considerações finais**

O apoio é uma experimentação que prima pela inclusão dos diferentes sujeitos em espaços de discussão e análise do/no SUS. Como dispositivo e método da PNH, o apoio é um modo de operar no cotidiano em saúde, não sendo algo *a priori*, mas produzido na relação entre pessoas, instituições, saberes, poderes e práticas. Assim, apoiar tem como meta localizar-se *entre* os processos de trabalho que compõem o dia a dia de

---

<sup>12</sup> Sobre o evento, vide <<http://psicologiaepovosindigenas.cfp.org.br/>>

um serviço, fazendo agenciamentos diversos, colocando em análise os modos verticais de fazer saúde para a criação coletiva de enfrentamentos. Como uma das estratégias para fomentar transformações no trabalho e nas relações em saúde, o apoio evidencia que as mudanças no SUS que a PNH fomenta, como já dito, não são possíveis por decreto. É preciso construir relações mais solidárias e “avançar para uma nova ética: de fazer junto e de construir junto. Ética que move e sustenta a função do apoio institucional” (PASCHE et al., 2011, p. 117).

A Saúde Indígena, como aprendi com usuários e trabalhadores, ocupou historicamente um lugar à parte, mas nas ações do Apoio Integrado foi ganhando espaço como um dos desafios do SUS, não podendo estar restrita à pauta da SESAI. Nas agendas de apoio, foi-se produzindo o encontro entre sujeitos com afinidades éticas na luta pela saúde de qualidade como direito e dimensão da cidadania. E para tal, é imprescindível garantir a voz das pessoas nos espaços de decisão sobre suas vidas.

No Apoio Integrado, era consenso que produzir interferência em tamanha complexidade não seria fácil e tampouco possível em ações de curto prazo. Embora não seja possível apontar resultados numa realidade marcada pelas iniquidades em saúde, pela violência e por violações de direitos, em raros e preciosos momentos houve a abertura para o diálogo sobre a produção de saúde com respeito aos saberes e práticas tradicionais. Quiçá o aprendizado sobre os modos de tocar a vida e lidar com as vicissitudes, sobre o *ñande reko*, o modo de vida dos guarani (BRANDÃO, 1990) continue produzindo efeitos e repercutindo nos muitos apoiadores e trabalhadores do SUS que compuseram essas rodas; e ainda, que a força micropolítica se intensifique na construção de um movimento coletivo que não tolera o atual estado de coisas.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional Integrado*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório Final Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/ Rede Cegonha*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Projeto QualiSUS - Rede. *Plano para os Povos Indígenas - Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul*. Brasília, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em 7 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Apoio integrado à gestão descentralizada do SUS: estratégia para a qualificação da gestão descentralizada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRANDÃO, C.R. Os Guarani: índios do Sul - religião, resistência e adaptação. *Estud. Av.*, São Paulo, v. 4, n. 10, p. 53-90, 1990. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40141990000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141990000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 mar. 2014.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. *A Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil*: dados de 2011. Brasília: CIMI. 2011. 146p. Disponível em: <<http://www.cimi.org.br/pub/CNBB/Relat.pdf>> Acesso em 10 jan. 2014.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev. Bras. Crescimento. Desenvolv. Hum.*, v. 19, n. 2, p. 313-26, 2009.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Pesquisas de opinião: mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. 2010. 301p. Disponível em <[http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa\\_.org\\_.br\\_sites\\_default\\_files\\_pesquisaintegra.pdf](http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf)>. Acesso em 20 mar. 2014.

GUEDES, C.; ROZA, M.; BARROS, M.E.B. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. *Cad. Saúde Colet.*, v.20, n.1, p.93-101, 2012.

GUIZARDI, F.L.; CAVALCANTI, F. Por um mundo democrático produzido democraticamente (ou: os desafios da produção do comum). *Lugar Comum*, Rio de Janeiro, n. 27, 2009, p. 103-124, 2009.

MEIHY, J.C. *Sebe Bom. Canto de Morte Kaiowá*. São Paulo: Loyola, 1991. 303p.

OLIVEIRA, G. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. 2011. 168 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS, 1996. 93p.

PASCHE, D.; VILELA, M.E.A.; MARTINS, C.P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Rev. Tempus Actas Saúde Coletiva*, v. 4, n. 4, p. 105-17, 2010.

PASCHE, D.; PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da política de humanização da saúde. *Saúde em Debate*, v. 34, n. 86, p. 423-32, 2010.

PENA, R. *O apoio institucional como estratégia de gestão em coletivos na saúde mental*. 2012. 211 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

RANGEL, L.H. Vulnerabilidade, racismo e genocídio. In: CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. *Relatório Violência contra os povos indígenas no Brasil – dados de 2011*. Brasília: CIMI, 2011.

RIGHI, L. A PNH, trabalho em rede e a gestão de equipes de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. (Produto 7/PNUD - Relatório de Consultoria). Disponível em: <[http://www.cesnors.ufsm.br/professores/liane/produto\\_7.pdf](http://www.cesnors.ufsm.br/professores/liane/produto_7.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2013.



## **PARTE IV**

---

### **Região Sudeste**



# O Apoio Institucional como processo de intervenção na organização da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória-ES

ANDREA MARIA NEGRELLI VALDETARO BORJAILLE

ARLETE FRANK DUTRA

FABIANE LIMA SIMÕES

JOSILDA TEREZINHA BERTULOZO FERREIRA

SÉRGIO RENATO MIRANDA TORRES

A Ilha de Vitória é formada por um arquipélago composto por 33 ilhas e por uma porção continental situada ao norte (PMV, 2013b). Capital do Espírito Santo, Vitória compõe um conjunto de 78 municípios que formam o estado e, juntamente com os municípios de Serra, Cariacica, Viana, Vila Velha, Fundão e Guarapari, forma a Região Metropolitana da Grande Vitória e constitui uma área geográfica de grande nível de urbanização (PMV, 2013a).

O Sistema Municipal de Saúde de Vitória, em seu processo de regionalização, apresenta uma conformação geográfica delimitada por seis Regiões de Saúde e 29 territórios que formam uma rede de serviços composta de 29 Unidades de Saúde, 11 Centros de Referência, um Laboratório de Análises Clínicas, 17 módulos de Serviço de Orientação ao Exercício, sendo um móvel, além de outros como Serviço de Atendimento à Vitima de Violência, Central de Transporte Sanitário, de Vigilância Sanitária e o de Vigilância Epidemiológica.

Esses territórios, onde estão distribuídos os serviços que compõem o Sistema Municipal de Saúde, seguem uma lógica de delimitação de áreas de abrangência que consistem em espaços para as mais diversas formas de atuação. O território em saúde não é apenas um espaço delimitado geograficamente, mas um espaço onde as pessoas vivem, estabelecem suas relações sociais, trabalham, cultivam suas crenças e cultura (PMV, 2009).

Para Mendes et al. (1993), territórios são constituídos dentro de um processo histórico e possuem características singulares e peculiaridades que permitem uma delimitação geográfica mais ou menos evidente. As fronteiras que marcam os territórios são sempre bem porosas, na medida em que não separam dois espaços, mas evidenciam algumas características comuns, mas em permanente transformação e movimento. Um território de saúde, no entanto, representa muito mais do que uma superfície geográfica; ele é o cenário estabelecido por atores sociais, no qual se desenrola um processo de atenção (FIGUEIREDO; SIMÕES; BONALDI, 2011).

A ideia do apoio institucional surgiu em decorrência do modelo de gestão administrativa compartilhada e descentralizada adotado pelo município, como tecnologia de gestão democrática, visando à qualificação dos planos e projetos voltados para efetivação de ações relativas aos problemas de saúde de seus territórios.

No final de ano de 2007, houve aproximação da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS/Vitória) com a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), no sentido de estabelecer parceria de cooperação técnica para fortalecimento e qualificação da Atenção Básica à Saúde (ABS) municipal. A escolha da UNICAMP deu-se em função da linha de atuação, de produção científica e de experiências comprovadas na área voltadas para a cogestão e efetivação do projeto de humanização na saúde.

A parceria foi iniciada a partir da avaliação para ampliação das ações de Apoio Matricial, em processo de implantação naquele momento. Assim, foi constituído um grupo técnico com representantes de diversos setores/serviços da SEMUS, para realização das ações de fortalecimento e qualificação da ABS, tendo como referência o Apoio Matricial.

Além das ações relativas ao Apoio Matricial, surgiram outras demandas de intervenção, como avaliação e qualificação dos espaços coletivos existentes, significação e constituição desses coletivos para cogestão e inserção da prática naqueles locais que ainda não estavam organizados.

A SEMUS optou por desenvolver o apoio com os técnicos já existentes em seu quadro de pessoal, não havendo contratações nem nomeações para a essa finalidade, que além das atividades específicas de cada área/setor, também passaram a exercer a função apoio.

No decorrer da consultoria, estabeleceu-se a metodologia de encontros quinzenais intercalados com o consultor e do próprio grupo de apoiadores para suporte teórico-metodológico e de supervisão, com debate coletivo, utilizando-se do Método da Roda, como estratégia para formação e efetivação dos trabalhos dos apoiadores.

O método da Roda propõe-se a realizar uma costura entre uma perspectiva crítica (anti-Taylor) e outra de reconstrução dos modos de se fazer política, gestão e construção de sujeitos. Cruzar este percurso saltando entre conceitos que funcionassem à moda de pedras e que permitissem meter-se em um rio de águas geladas e revoltas sem afogar-se na aventura. [...] A noção de Produção seria o mapa das pedras, um indicador de percurso: trabalhar com a idéia de produção de cidadania, saúde, democracia, etc. O construir-se e o desconstruir-se das coisas. [...] Talvez, sendo mais preciso, o conceito de coprodução: o movimento, a história, a genealogia. Sujeitos, Grupos e Coletivos em sua dimensão objetiva e subjetiva, singular e universal. Mas também as Estruturas e o Poder: produzidos e sustentados por meio de práticas políticas, de métodos de gestão e do agir cotidiano: lugares de poder, máquinas de controle social, ao mesmo tempo: coeficientes e graus de liberdade, sempre contrapostos a Compromissos impostos ou acordados. Saber e Práxis também construídos: práticas sociais e Trabalho, processos em que se produzem coisas ou fatos para atendimento de desejos, interesses e necessidades sociais. Organizações, Instituições e a Sociedade. Categorias que rodopiam umas grudadas às outras, todo o tempo. Não havendo como ignorá-las, portanto (CAMPOS, 2005, p. 60).

As ações de Apoio Institucional à gestão dos serviços e espaços coletivos foram desenvolvidas com a finalidade de propiciar a ampliação da capacidade de análise e intervenção das equipes da rede municipal, por meio do uso do Método da Roda (CAMPOS, 2007).

Neste, gestores e trabalhadores encontram-se para estabelecimento de compromissos e contratos, análise, contextualização, avaliação e tomada de decisões relativas às ações de saúde pública, buscando a eficácia e eficiência no modo de produzir saúde.

O apoio institucional adota como diretriz a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos, considerando que o trabalho do apoiador envolve sua constituição/inserção em movimentos coletivos, contribuindo na análise, gestão e organização de processos de trabalho da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações. O objeto de trabalho do apoiador na SEMUS se traduz no fortalecimento dos espaços coletivos de cogestão para produção de saúde.

Diante do cenário verificado nos espaços coletivos dos diversos níveis de gestão da SEMUS, onde se observava um número excessivo de reuniões, muitas delas conflitantes, com pautas inapropriadas e descontextualizadas, com baixa capacidade de análise e de intervenção dos integrantes desses coletivos, a utilização do Método da Roda veio proporcionar a requalificação e reconstituição desses espaços, na medida em que aumentou o protagonismo dos participantes, a capacidade de análise, de direção e deliberação dos grupos (CAMPOS, 2007).

### **Foco das ações do Apoio Institucional**

O foco das ações do Apoio Institucional aos serviços enfatiza:

- dar potência aos espaços coletivos para cogestão e operacionalização de diretrizes da política pública de saúde implementada no município;
- análise e revisão do espaço instituído, seus objetivos com definição de nova formatação e atribuições a partir das diretrizes apresentadas pelos grupos;
- sistematização de temas para discussão, sendo disponibilizados textos e artigos de apoio que sustentaram as reflexões, com destaque para o texto “Colegiado Gestor como Estratégia de Promover Mudanças”;
- ações de reflexão motivadoras para articulação das pautas definidas para discussão nos diversos colegiados e com as do Comitê Gestor da SEMUS;

- provocação para a inserção de representação dos diretores na composição de discussão de temas a serem pautados no Comitê Gestor;
- participação do apoio nas discussões propostas pelos gestores locais, contribuindo para a proposição e construção de projetos de intervenção tanto para os territórios como para as regiões, com objetivo de obter soluções para os problemas de saúde da população sob sua responsabilidade sanitária;
- empoderamento dos diretores e suas equipes para que gerem projetos, construídos de forma articulada, solidária e de responsabilização numa linha de democratização institucional, por meio de gestão colegiada, atendidas as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), em espaços estruturados em cogestão;
- incorporação do Método da Roda para análise e cogestão do COGER, adotado nas reuniões como instrumento apropriado para proposição de temas em pauta, discussão dos mesmos e deliberação sobre as questões demandantes do nível local, regional e central;
- apresentação de ferramentas que proporcionem análises reflexivas quanto a representatividade, participação, assuntos discutidos, pautas, agendas, registros em atas, coordenação dos trabalhos, formas de articulação e encaminhamentos; e
- disponibilização e priorização de agendas dos apoiadores para a efetiva participação nas reuniões programadas, além de eventuais solicitações dos serviços apoiados.

### **Avanços obtidos a partir do desenvolvimento da função Apoio nos serviços**

Considera-se que o Apoio Institucional proporcionou avanços significativos na condução dos processos de trabalhos em toda a secretaria, na medida em que possibilitou maior autonomia e qualificação dos espaços de discussão, com temas pautados em consonância com as diretrizes organizacionais da SEMUS, culminando em novas formas de atuação e de gestão.

A nova forma de atuação, por meio da qualificação e do fortalecimento dos espaços de gestão, estimulou um arranjo organizacional que motivou a produção ou construção de sujeitos e coletivos destinados a comunicação, escuta e circulação de falas e aspectos da realidade para elaboração de análises, informações, e tomada de decisões com definição de projetos e contratos, a partir de prioridades institucionais.

Resultou na reflexão dos gestores sobre seus papéis institucionais e de suas equipes, no sentido de produzir ações articuladas em torno de um objeto de trabalho institucional, com a incorporação de arranjos e dispositivos na lógica de democratização, voltados ao desenvolvimento do modelo municipal de gestão em saúde.

Aponta-se também como avanço, o apoio aos gerentes, diretores e trabalhadores com vistas à incorporação do Método da Roda, bem como análise e cogestão de coletivos organizados para a produção, avaliação dos espaços de discussão participativa atualmente incorporada, bem como valorização das atividades de apoio institucional com qualificação das agendas de apoiadores e apoiados, assim como a disponibilização de meios adequados para concretização de suas ações.

O investido no tema, inicialmente em parceria com UNICAMP e posteriormente com o Ministério da Saúde, na reorganização dos processos de trabalho na atenção à saúde e qualificação da gestão estratégica de serviços e sistemas de saúde, a partir da diretriz da cogestão e da função Apoio Institucional como estratégia que permeia as relações e instalações de saúde no âmbito municipal, a partir da metodologia do Apoio Paideia, proposto por Campos (2000). O quadro 1 demonstra a trajetória desta experiência do apoio institucional.

Em 2009, a SEMUS foi parceira no projeto de pesquisa na área de gestão, mais especificamente, sobre a introdução de tecnologias de apoio institucional/gestão em diferentes níveis da gestão de organizações de saúde, envolvendo trabalhadores, técnicos e gerentes da secretaria e sua rede de serviços de saúde (OLIVEIRA, 2009).

**QUADRO 1. Breve resgate histórico da experiência do apoio institucional no município de Vitória-ES, 2007-2011**

Período	UNICAMP	PNH/MS
	De 2007 a 2009	A partir de 2011
Objeto	Assessoria técnica entre Área de Gestão e Planejamento do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP e SEMUS	Parceria de Colaboração Técnica e Apoio Institucional entre Política Nacional de Humanização (PNH) do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) e SEMUS
Objetivos	<p>Composição de grupo estratégico na SEMUS.</p> <p>Criação e utilização de espaço coletivo de gestão/formação do grupo.</p> <p>Ampliação da sua capacidade de intervenção nos diferentes contextos do SUS/Vitória, sendo capaz de intervir nos principais problemas detectados nos âmbitos da gestão/atenção.</p> <p>Implementação de Projetos de Intervenção em campo, a partir de demandas/ofertas discutidas no grupo.</p>	<p>Formação de novos apoiadores institucionais e fortalecimento do coletivo de apoiadores já existente.</p> <p>Mediação e facilitação da construção de espaços coletivos nos serviços e gerências de saúde.</p> <p>Apoio na articulação dos movimentos internos do grupo de apoiadores para dentro da secretaria municipal, aprimorando a parceria com outros âmbitos da gestão e suas áreas e projetos estratégicos.</p> <p>Construção de grupidades produtoras de planos de intervenção, de caráter ascendente, articulados, incorporados em planejamentos locais maiores e que sejam pautados pelos Colegiados Gestores Regionais (COGER).</p>
Atores envolvidos	<p>Apoiadores da UNICAMP</p> <p>Grupo executivo do apoio (secretário de saúde e gerências do núcleo central)</p> <p>Grupo de 30 apoiadores de técnicos, gerentes e diretores de unidades</p>	<p>Dois apoiadores da PNH</p> <p>Grupo executivo do apoio (secretário de saúde e gerências do núcleo central)</p> <p>Grupo de apoiadores de 30 técnicos das gerências.</p>

Período	UNICAMP	PNH/MS
	De 2007 a 2009	A partir de 2011
Plano de trabalho	<p>Momentos presenciais de dois dias a cada 15 dias com participação de apoiador(es) da equipe UNICAMP, com a seguinte dinâmica de trabalho:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficinas quinzenais de 4 a 8 horas com o grupo, sob coordenação de apoiador(es) da equipe UNICAMP;</li> <li>• Trabalho de Campo: Acompanhamento/avaliação dos projetos em implementação em andamento e propostos pelo grupo (4 a 8 horas).</li> </ul> <p>Atividades à Distância sob coordenação da equipe UNICAMP, incluindo as seguintes dinâmicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análise e discussão de projetos em formulação e implementação;</li> <li>• Fóruns temáticos de discussão;</li> <li>• Aporte teórico-metodológico por meio de discussão de textos, fóruns de discussão e aulas à distância;</li> <li>• Avaliação de processos;</li> <li>• Formação de biblioteca virtual com material de apoio aos processos em andamento;</li> <li>• Acompanhamento semanal das atividades do projeto.</li> <li>• Supervisão técnica.</li> </ul>	<p>Momentos presenciais a cada 15 dias, com participação de consultores da PNH intercalando a cada encontro um dos seguintes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisão técnico-analítica do trabalho de campo dos apoiadores institucionais (4 horas).</li> <li>• Discussão teórico-conceitual com compartilhamento de experiências e reflexão crítica conceitual sobre diferentes temáticas de Humanização (4 horas);</li> </ul> <p>Trabalho de Campo dos apoiadores institucionais: apoio aos serviços de saúde e aos COGER (2 horas semanais, totalizando liberação de 12h mensais para o Projeto, sendo 8h de apoio aos serviços e 4 horas de encontro com consultores da PNH).</p> <p>Momentos presenciais mensais do grupo executivo do apoio com participação dos consultores da PNH, objetivando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compartilhamento, avaliação e monitoramento do processo.</li> <li>• Planejamento/Ajuste de rumos.</li> <li>• Pactuação de demandas vindas tanto do coletivo de apoiadores quanto da SEMUS em relação ao apoio institucional.</li> </ul>

Período	UNICAMP	PNH/MS
	De 2007 a 2009	A partir de 2011
Resultados esperados	<p>Espera-se que:</p> <p>SEMUS conte com um grupo de profissionais altamente qualificados em conhecimentos sobre Gestão Estratégica de Serviços e Sistemas de Saúde, no âmbito do SUS.</p> <p>E que desenvolvam habilidades teóricas e práticas nos campos de saberes e de práticas relacionados às tecnologias de apoio institucional na área de saúde, em especial as metodologias das Equipes de Referência/ Apoio Matricial e no Apoio Paidéia (Campos, 2000).</p>	<p>Espera-se que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os apoiadores institucionais sejam capazes de operar a Política de Humanização, a partir do referencial teórico-tecnológico que sustenta o modelo de gestão da SEMUS, nos territórios em que atuarem.</li> <li>- Aprimoramento dos processos comunicacionais nos serviços apoiados, no coletivo de apoiadores, grupo executivo e nos diferentes âmbitos/setores da SEMUS.</li> <li>- Aprofundamento teórico-prático, com compartilhamento de experiências e reflexão crítica conceitual sobre diferentes temáticas de Humanização.</li> <li>- Ampliação dos espaços para compartilhamento das experiências, com visibilidade às experiências de apoio acumuladas no município.</li> <li>- Qualificação das ofertas de apoio aos serviços.</li> <li>- Promoção da inclusão de outros atores no grupo de apoio institucional.</li> </ul>

Fonte: Prefeitura de Vitória/Secretaria Municipal de Saúde(2011).

Os sujeitos de pesquisa participaram de atividades de discussão, formação e intervenção que ocorreram no seu cotidiano de trabalho e em oficinas do Grupo de Apoio da SEMUS, culminando na produção da tese intitulada *Devir Apoiador: uma cartografia da função apoio* (OLIVEIRA, 2009).

Ressalta-se ainda a criação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Serviços de Saúde de Vitória, por meio de lei municipal, que instituiu também o Incentivo ao Desempenho Variável (IDV), com objetivo de ampliar o acesso e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, tendo como um dos critérios para adesão ao programa, a adoção da prática da cogestão, preferencialmente com a metodologia do Apoio Institucional, como estímulo à expressiva participação dos trabalhadores nos espaços de gestão instituídos na SEMUS.

A atual administração, cuja diretriz é a gestão compartilhada, (re) afirmou o Apoio Institucional na SEMUS, entendido e incorporado como dispositivo na composição com outros processos e com o papel de mediar/facilitar a construção de espaços e projetos específicos para cada coletivo. Projetos construídos progressivamente e a partir de um tema que colocado em análise se transforma em ações práticas, aproximando o saber (análise) do fazer, tarefa/projeto de intervenção (CAMPOS, 2005).

Entretanto, há constantes desafios impostos na organização do processo de implementação e manutenção da prática do Apoio Institucional, decorrentes da imperiosa necessidade da mudança de atitude e dos modos de fazer das equipes em toda a secretaria, que devem servir para motivação dos debates e discussões compartilhadas com vistas ao fortalecimento da gestão para qualificação da atenção à saúde.

### **Desafios da função Apoio em Vitória**

Dentre os desafios a serem superados pela função Apoio aos serviços de saúde de Vitória, destacamos:

- fortalecer e aprimorar a articulação, a interlocução entre os espaços coletivos existentes nas regiões;
- manter a interlocução com os gestores locais para envolvê-los e motivá-los com as diretrizes institucionais e com a proposta de um modelo de cogestão para a estruturação de serviços;
- estimular os gestores locais para dar capilaridade à metodologia adotada para suas equipes de trabalho, por meio da manutenção dos respectivos espaços coletivos instituídos;

- fortalecer e aprimorar a articulação e a interlocução entre os gestores locais dos serviços que compõem o COGER, assim como com as diversas áreas da SEMUS;
- motivar a participação de todos os representantes do COGER nas reuniões, bem como na implementação das deliberações deste colegiado;
- aprimorar a articulação com os outros setores da SEMUS, em especial com as instâncias de gestão, a fim de fortalecer a participação do COGER nas deliberações de políticas no Comitê Gestor;
- reconhecer e instituir o COGER e os Colegiados Gestores Locais como espaços de democratização da gestão;
- adotar a metodologia Paideia como processo transformador do trabalho dos serviços da SEMUS, com foco na qualificação da atenção com resolutividade e desenvolvimento de ações integrais de saúde.

### **Principais eixos norteadores de intervenção**

Entende-se que os desafios apontados devem ser subsidiados pelos principais eixos norteadores de intervenção:

- A reformulação dos “programas” prioritários de atenção à saúde, para resgatar e reafirmar a coprodução de saúde, de autonomia e os princípios do SUS, com aportes nas áreas de gestão da informação, planejamento participativo, gestão dos grupos, avaliação de práticas e programas de saúde e gestão participativa/congestão.
- A singularização dos processos de atenção, incluindo os sujeitos-usuários na clínica, com aportes do trabalho em equipe, da gestão da clínica a partir da implementação de Projetos Terapêuticos Singulares voltados para sujeitos em contexto de vulnerabilidade.
- A implementação de propostas participativas de ação em áreas e comunidades em contexto de vulnerabilidade a partir de processos de singularização, de territorialização e de Projetos

Terapêuticos Singulares voltados para grupos em contexto de vulnerabilidade.

- A defesa e a legitimação dos princípios e diretrizes do SUS enquanto política pública social, universal e redistributiva.
- A utilização de arranjos e dispositivos de gestão capazes de articular as diversas linhas de ação em curso no sentido da transversalidade.
- A utilização de tecnologias de Educação Permanente em Saúde, capazes de transformar os projetos de intervenção em processos vivenciais de práticas de gestão e de atenção inovadoras.
- Foco nas diretrizes e processos da Política Nacional de Humanização (PNH): Cogestão, Construção de Redes de Atenção à Saúde, Valorização do trabalho e do trabalhador da saúde e Formação em Saúde.

### **Os efeitos da inserção da experiência na convocatória e a intervenção provocada por esse processo de pesquisa**

O Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), em parceria com o Ministério da Saúde (MS), realizou a pesquisa “Áreas programáticas, Direito à Saúde e Apoio no SUS”, para a qual mapeou e selecionou, em todas as regiões do Brasil, 11 relatos de experiências de Apoio Institucional para a efetivação da integralidade em saúde.

A referida pesquisa teve por objetivo a investigação e a avaliação de experiências inovadoras de atenção integral à saúde nos municípios e os resultados que este processo gera para os usuários dos serviços. Neste contexto, a experiência da SEMUS foi uma das selecionadas e relatou a prática do Apoio Institucional no município.

O apoio institucional em Vitória está sendo implementado como modelo de gestão participativo, compatível com o de gestão compartilhada adotado pela atual administração, que estabelece como prioridade o fortalecimento e/ou a criação de espaços coletivos, proporcionando a troca de experiências e saberes, gerando análises de situações para tomadas de decisões conjuntas e corresponsabilizadas.

A inserção da experiência de Vitória na Convocatória foi gratificante, pois consideramos este fato como indicador de que estamos no caminho

certo para a efetivação do apoio institucional como modelo de gestão. Do mesmo modo, foi muita satisfação receber os pesquisadores do LAPPIS para vivenciarem a aplicação prática da metodologia do apoio na SEMUS, por meio da oferta de cronograma de participação da equipe de pesquisadores na rotina dos diversos espaços coletivos instituídos e organizados para a produção da cogestão, possibilitando aproximação com a dinâmica de cada um deles.

Acrescenta-se, ainda, que nos referidos encontros houve a oportunidade de compartilhamento das discussões da metodologia, que se encontrava em franco processo de avaliação e debates, nos colegiados gestores dos serviços de saúde, colegiados gestores das regiões de saúde e no comitê gestor ampliado, além das rodas de conversa com gestores, apoiadores e matriciadores, resultando em um sentimento de valorização das práticas e na motivação da continuidade deste modo de fazer gestão.

A intervenção produzida na secretaria por esse processo pode ser traduzida como o de fortalecimento da prática adotada de compartilhamento de cogestão, por meio da incrementação das práticas da democracia institucional nos diversos espaços e instâncias da rede de serviços.

## Referências

- BRASIL. (2012) Termo de Referência para Parceria de Colaboração Técnica e Apoio Institucional entre Entes Federados: PNH/MS e SEMUS/Vitória.
- CAMPOS, G. W. S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo, Hucitec. 2000.
- CAMPOS, G. W. S. Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 2. ed. São Paulo: Hucitec. 2005.
- CAMPOS, G. W. S. Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência e Saúde Coletiva*, 2007. 12(2): 301-306.
- FIGUEIREDO, T. A. M.; SIMÕES, F. L.; BONALDI, C. M. O território do Bonfim: espaço de produção de conhecimento em saúde. **Revista Brasileira em Promoção da saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 1, p. 73-79, jan./mar. 2011.
- MENDES, E. V.; TEIXEIRA, C. F.; ARAÚJO, E. C.; CARDOSO, M. R. L. Território: conceitos-chave. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança de práticas sanitárias do sistema único de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 166-9.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio na gestão em Saúde. 2009.** 182f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social - Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. Secretaria municipal de saúde de Vitória. **Prestação de Contas – 4º semestre, 2009.** Vitória, 2009. Disponível em: <[http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100608\\_contas\\_saude\\_4tri\\_2009.pdf](http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100608_contas_saude_4tri_2009.pdf)>. Acesso em: 12 fev. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Vitória em dados**, 2013a. Disponível em: <<http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/home.asp>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Vitória em dados**, 2013b. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/turismo.php?pagina=acidade>>. Acesso em: 21 fev. 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA (2008). Projeto para Assessoria Técnica entre DMPS-FCM/UNICAMP e SEMUS/Vitória. ANEXO ao Termo Aditivo 01/2008 do Convênio de Cooperação Técnica entre Prefeitura Municipal de Vitória e UNICAMP.

# Apoio Matricial em Saúde do Idoso: a experiência do município de Vitória-ES

RENATA MARIA SALES MADUREIRA  
SANDRA MARIA BISSOLI

Este artigo tem como finalidade descrever e sistematizar o contexto do processo de implantação e implementação do Apoio Matricial (AM) em Saúde do Idoso no município de Vitória-ES na perspectiva da gestão, compreendendo tais ações como prática inovadora de atenção à saúde deste segmento populacional.

Em meio às transformações e mudanças societárias provocadas pelo envelhecimento populacional, o setor saúde assume particularidades importantes, recebendo demandas deste segmento, fruto da mudança do perfil epidemiológico e demográfico da população.

O envelhecimento populacional hoje é uma realidade irreversível, e a sociedade, principalmente o poder público, tem buscado construir alternativas positivas para lidar com esse fato. Assim, pensar na lógica e estruturação das políticas públicas de saúde do idoso no Brasil é essencial. O setor saúde tem se deparado com demandas inéditas colocadas por esse segmento, fruto das particularidades inerentes ao envelhecimento.

Dados do IBGE 2010 apontam que a expectativa de vida dos munícipes de Vitória é de 76,28 anos, enquanto a média nacional é de 73,10 anos. O mesmo ocorre em relação à proporção de idosos, que em Vitória é de 12,04% e no Brasil é de 10,79%. O município de Vitória possui 39.470 pessoas idosas. Até o final do ano de 2013, 35.998 encontravam-se cadastradas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou Estratégia de

Agentes Comunitários de Saúde (EACS), ou seja, 91,20% do total de idosos do município.

Segundo Sawyer (2002, p. 762), os serviços públicos de saúde deverão preparar-se para o atendimento especializado da população idosa, pois é no grupo de idosos de baixa renda que se concentram as pessoas com alta morbidade e graves limitações de atividades físicas. Nesse sentido, o primeiro serviço especializado a ser implantado no município foi o Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI).<sup>1</sup> Sua implantação se deu com recursos próprios e visava dar respostas às necessidades de saúde da população idosa do município, à aplicação das políticas para esse segmento em vigor à época e também para atender às reivindicações dos grupos de idosos do município.

Gradativamente, com a consolidação das ações desenvolvidas neste serviço, foram estabelecidos critérios que definiram o perfil do idoso a ser atendido no CRAI. Outro fator importante para organização das ações foi a inclusão da atenção integral à saúde do idoso como uma das ações prioritárias da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) no ano de 2001. Isto possibilitou maior visibilidade das diretrizes e ações voltadas para este segmento na Rede SEMUS, ampliando para todos os serviços o debate sobre alternativas e possibilidades de atendimento para a saúde do idoso em Vitória.

Com a implantação do Pacto pela Saúde no ano de 2006, o município passou a se organizar para assumir as responsabilidades inerentes aos serviços de média complexidade, visando organizar e regular o acesso dos usuários a exames e consultas deste nível de atenção, bem como aos serviços especializados existentes em Vitória.

A garantia da integralidade do atendimento prestado ao idoso foi uma das diretrizes básicas da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, também lançada no ano de 2006. Nesse contexto ficou evidente

---

<sup>1</sup> O CRAI foi criado no ano de 1995, com a missão de oferecer atendimento à população idosa que apresenta doenças específicas do envelhecimento e capacidade funcional comprometida, atuando de forma especializada e em integração com a Atenção Básica. A equipe é composta em sua totalidade por profissionais do quadro efetivo, das seguintes categorias profissionais: médico geriatra, enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, auxiliar e técnico de enfermagem e assistente administrativo.

que o CRAI integraria um dos pontos de atenção à saúde do idoso em Vitória, cabendo-lhe a responsabilidade de prestar serviços em consonância com essa diretriz. Para tanto, havia a necessidade de reordenar as práticas deste serviço, especialmente na relação com a Atenção Básica, de forma a fortalecer a corresponsabilização no cuidado do idoso e o vínculo com as equipes da UBS, que pudesse superar a lógica da referência e contrarreferência.

Uma das estratégias adotadas pela gestão para fortalecimento e qualificação da Atenção Básica foi a implantação do Apoio Matricial (AM) na rede municipal de saúde de Vitória, no ano de 2006. A primeira experiência de AM foi na área de Saúde Mental, com a organização de equipes regionais que tinham como objetivo ampliar a atenção em Saúde Mental na rede de serviços a partir da Atenção Básica. Para tanto, foi utilizado o referencial metodológico do AM adotado pela Política Nacional de Humanização (PNH), no qual uma equipe de referência da Atenção Básica possui a responsabilidade pela atenção integral do usuário e busca o apoio de outros serviços especializados quando necessário. Desta forma, as equipes especializadas passariam a compartilhar o cuidado da população com as equipes de referência da UBS.

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 399).

Seguindo essa diretriz, em julho de 2007 tiveram início as primeiras articulações para implantação do AM em Saúde do Idoso, que se baseou na experiência em andamento do AM em Saúde

Mental. Foram realizadas diversas etapas de discussões, oficinas, estudos teórico-conceituais sobre AM, que contaram com o apoio da Coordenação de Saúde Mental. Todo esse movimento resultou na elaboração pela equipe do CRAI de um projeto inicial com a proposta do AM em Saúde do idoso.

Concomitantemente às discussões de Saúde do Idoso, a gestão municipal também realizava inúmeras reflexões na busca de redefinir o modelo de atenção e de gestão da política de saúde do município. Assim firmou-se um contrato com um grupo de consultores da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP),<sup>2</sup> que iniciou as ações na SEMUS a partir de março 2008. Esse processo contribuiu para a legitimação da proposta inicial do AM em Saúde do Idoso.

Foram inseridos apoiadores institucionais à gestão que, juntamente com a Gerência de Atenção à Saúde/Área Técnica de Saúde do Idoso, passaram a trabalhar com a equipe do CRAI numa proposta que contemplasse o apoio às UBS a partir das demandas dos territórios.

As primeiras propostas concretas de estratégias do AM em Saúde do Idoso consistiam no apoio direto de profissionais do CRAI para discussão de casos complexos e formulação conjunta de reconhecimento, cadastramento e atenção à população de idosos frágeis e vulneráveis nos territórios das UBS. No segundo semestre do ano de 2008, foi apresentado e aprovado no Comitê Gestor da SEMUS<sup>3</sup> o projeto-piloto do AM em Saúde do Idoso, envolvendo cinco UBS do Município, iniciando-se assim as ações.

O AM em Saúde do Idoso foi definido como uma das ações estratégicas de qualificação das ações de saúde do idoso na Atenção Básica em Vitória, articulado à implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa

---

<sup>2</sup> Para viabilização do Plano Municipal de Saúde, foi contratada a consultoria da UNICAMP, objetivando reorganizar os processos de trabalho na Atenção à Saúde na Secretaria Municipal de Saúde. Essa parceria inscreveu a função Apoio Institucional no contexto da SEMUS como dispositivo na composição com outros processos e com o papel de mediar/facilitar a construção de espaços coletivos e projetos específicos de cada coletivo.

<sup>3</sup> O Comitê Gestor da SEMUS é um espaço coletivo organizado no âmbito da gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, com o objetivo de analisar a implementação das ações, ajustar formulações, debater, orientar, integrar os programas e seus gerenciamentos, adequar o monitoramento das ações estratégicas. É composto por secretário, subsecretários, secretário-executivo, assessores, gerentes e diretores dos serviços de saúde da SEMUS.

Idosa e do *Caderno da Atenção Básica Saúde* nº 19, “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, editado pelo Ministério da Saúde.

Inicialmente, foram realizadas oficinas interativas com todas as equipes de Saúde da Família dos cinco territórios de saúde, voltadas à implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, ministradas pelos técnicos do CRAI e da Área Técnica de Saúde do Idoso. Tais oficinas tinham como objetivo capacitar os profissionais das UBS para o preenchimento da caderneta e apresentar a proposta de AM em Saúde do Idoso. Ao término dessas oficinas, era pactuada com as equipes uma data de retorno para nova avaliação do processo de implantação vivenciado no território.

Nos primeiros encontros, foi pactuada entre as equipes das UBS e do CRAI a forma de funcionamento do AM, com estabelecimento do contrato envolvendo principalmente a proposta de trabalho, a ser iniciada com o levantamento das necessidades e demandas das UBS e a frequência e duração dos encontros. Pactuou-se também que o processo de AM se desenvolveria utilizando a metodologia da discussão de casos, atendimento compartilhado, visitas domiciliares e educação permanente em saúde sobre assuntos relacionados à saúde do idoso e ao processo do envelhecimento.

A partir do contato inicial com as equipes dos territórios e por solicitação das mesmas, a equipe do CRAI elaborou um instrumento para avaliação de risco de fragilidade da pessoa idosa.<sup>4</sup> Este instrumento deu subsídios para que as equipes da Atenção Básica organizassem suas ações para atendimento dessa clientela.

O AM em Saúde do Idoso foi concebido como um arranjo que contribuiria no processo de despertar nos profissionais das equipes de referência da Atenção Básica um olhar diferenciado na atenção à saúde da pessoa idosa. Além disso, permitiria acolher e qualificar as demandas desses profissionais na gestão do cuidado da pessoa idosa

---

<sup>4</sup> Instrumento para avaliação de risco de fragilidade da pessoa idosa: tomou como base os critérios adotados pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, permitiu a classificação dos idosos da seguinte forma: independentes, com risco para fragilização e em situação de fragilidade. Serviu como um espelho da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, acrescida de mais alguns dados, facilitando o registro das informações na UBS.

e fornecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência no atendimento aos idosos munícipes de Vitória.

A partir das discussões iniciais e da assimilação gradativa da importância do apoio matricial para a reorganização da atenção à saúde do idoso, tornou-se possível compreender a necessidade de redefinição do papel do CRAI na Rede SEMUS. Além disso, a metodologia do AM contribuiu para a concretização do que já estava preconizado como missão do CRAI desde sua implantação: o atendimento da população idosa e o apoio às equipes da Atenção Básica, compondo assim a dupla clientela do serviço.

Sem dúvida, a realização das ações de AM em Saúde do Idoso impactou radicalmente a rotina do CRAI e do “fazer” dos profissionais. As discussões e elaboração do projeto inicial foram permeadas por um processo constante de tensionamentos e conflitos gerados a partir do desconhecimento da equipe do CRAI em relação ao modo de fazer do AM, principalmente em Saúde do Idoso. O desafio da gestão nesse momento foi construir uma proposta coletiva, capaz de articular interesses diferentes oriundos de pontos de atenção diferenciados de uma mesma rede assistencial, mas que tinham em comum o desejo de qualificar a atenção aos idosos do município.

Um ponto determinante para a consolidação dessa proposta foi a inclusão da coordenadora da Área Técnica de Saúde do Idoso no Grupo de Apoiadores Institucionais<sup>5</sup> composto pela gestão. Nesse espaço, sempre que possível, as questões de saúde do idoso eram pautadas e discutidas, alinhando assim a dimensão estratégica e operacional das ações, num processo de construção coletiva e institucional do AM em Saúde do Idoso.

Diante da densidade dessas discussões no Grupo de Apoiadores Institucionais, foi proposta pela consultoria da UNICAMP a criação da Unidade de Produção (UP) de Saúde do Idoso.

A partir da experiência e dos novos conflitos que foram surgindo, novos atores e processos foram se incorporando ao projeto. As tensões

---

<sup>5</sup> O Grupo de Apoiadores Institucionais foi organizado com a participação de técnicos da SEMUS lotados em área estratégicas, responsáveis pela condução da política de saúde no município.

entre as perspectivas de especialistas, gestores e trabalhadores da atenção básica, além da necessidade de inclusão de diferentes áreas da Semus e do fortalecimento da discussão intersetorial culminou com a criação da Unidade de Produção da Saúde do Idoso em abril de 2009. (OLIVEIRA, 2011, p. 130).

A UP de Saúde do Idoso foi composta pelas seguintes representações: diretores de UBS representantes de cada região de saúde; gerência da Atenção à Saúde; apoiadores institucionais; Coordenação da Atenção Especializada; Coordenação da Atenção Básica; Área Técnica de Saúde do Idoso; Gerência de Regulação, Controle e Avaliação; diretora e profissionais do CRAI; Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde; e eventualmente, representantes de outros setores para discussão de assuntos específicos, de acordo com a temática abordada.

A UP tornou-se uma arena de negociação, de formulação de políticas e de avaliação participativa. Um dos exemplos mais claros sobre a potência desse arranjo foi a própria discussão do projeto de Apoio Matricial. A partir do projeto piloto nos cinco territórios, a discussão sobre a expansão do AM para mais territórios tornou-se muito morosa, pois havia um forte temor dos profissionais do CRAI de que a expansão do projeto levasse a um desmonte do próprio CRAI como centro de referência (OLIVEIRA, 2011, p. 132).

Entretanto, outros arranjos foram necessários para fomentar a articulação dos diversos atores e a participação dos trabalhadores no processo. Assim, foram realizadas diversas reuniões e oficinas com o objetivo de reorganizar os espaços coletivos do CRAI e propiciar a participação dos trabalhadores e gestores, na perspectiva da gestão compartilhada e da construção coletiva. Nesse contexto, houve a qualificação e redimensionamento das reuniões semanais de equipe e da reunião geral mensal do CRAI. Foram introduzidos apoiadores institucionais nesses espaços e, sempre que necessário, representantes de áreas e gerências da SEMUS, bem como de membros da equipe de consultores da UNICAMP, para discussões de pautas e temáticas preestabelecidas.

Os espaços coletivos internos do CRAI tinham como objetivo a organização do processo de trabalho, a discussão de casos e a

realização de estudos teóricos, constituindo também importante *locus* de educação permanente para a equipe. Tais espaços e a UP foram fundamentais para a expansão e consolidação do AM em Vitória.

Diante deste cenário, no segundo semestre de 2009 a UP deliberou sobre a realização de um processo avaliativo das ações do AM em Saúde do Idoso, mediante metodologia construída e pactuada nesse espaço coletivo, processo que foi conduzido pela Área Técnica de Saúde do Idoso. Foram realizadas oficinas avaliativas com todas as equipes de Saúde da Família das UBS contempladas pelo AM em Saúde do Idoso. A avaliação contemplava algumas dimensões específicas cujos resultados serão apresentados a seguir.

Quanto ao significado do Apoio Matricial, as equipes das UBS apontaram: instrumentalização para lidar com os problemas relacionados aos idosos; auxílio para condução de casos críticos e para construção dos planos de cuidados; possibilidade de troca de conhecimento e aproximação entre CRAI e UBS; maior conhecimento sobre a realidade do idoso do território; qualificação da atenção prestada, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos idosos e auxiliando na identificação e monitoramento dos mesmos.

Das 17 equipes da ESF que participaram do processo de avaliação do AM, 13 afirmaram que houve avanços com o AM em Saúde do Idoso e quatro afirmaram que não houve avanços ou que os avanços foram pouco significativos.

Quanto aos avanços apontados pelas equipes, destacam-se: entendimento do fluxo de encaminhamento e melhoria da relação com o CRAI; criação de vínculo entre as equipes das UBS e o CRAI; maior segurança às equipes das UBS para enfrentamento e resolutividade dos casos discutidos e melhoria do atendimento ao idoso; inserção da discussão interdisciplinar de casos de idosos nas reuniões de equipe das UBS; reconhecimento da população idosa do território; ajuda na identificação e encaminhamento dos casos de violência contra idosos dos territórios de saúde; e maior vínculo das equipes de Saúde da Família com os idosos.

Foram apontadas também as dificuldades do AM em Saúde do Idoso, das quais destacamos: diferentes formas de organização e atuação de Apoios Matriciais dentro da mesma UBS (AM Saúde da

Mulher, Saúde do Idoso e Saúde Mental); organização interna da UBS para operacionalizar o AM; ausência de alguns profissionais da UBS nos encontros de matriciamento; formas diferentes de abordagem e condução dos casos pelos apoiadores matriciais de saúde do idoso; dificuldade de compreensão do papel do CRAI e dos critérios de acesso ao serviço; e grande número de casos envolvendo questões sociais e de violência.

Na oportunidade, as equipes de ESF colocaram também outras dificuldades não ligadas diretamente ao AM, mas à atenção ao idoso, tais como: marcação de consultas e exames especializados e acesso a outros níveis de atenção; acesso às ações de saúde bucal; falta de referência hospitalar; falta de retaguarda aos casos de violência e negligência, inclusive para abrigo provisório ou permanente de idosos; intersetorialidade; e não envolvimento familiar.

A última dimensão abordada nas oficinas de avaliação foram as sugestões apontadas pelas equipes de ESF: necessidade de conhecer melhor o papel do AM para facilitar o andamento do processo de trabalho; reorganizar as reuniões de AM em Saúde do Idoso e repactuar as ações; dar continuidade ao AM Saúde do Idoso e manter um cronograma para encontros; organização, pela UBS, das demandas a serem levadas para as reuniões de matriciamento; organização, pelo CRAI, quanto aos técnicos de referência para cada UBS; discussão de temas demandados pelos profissionais da UBS; revisão do instrumento de classificação de risco de fragilidade do idoso, avaliando como inseri-lo na avaliação de risco das famílias que estava em andamento nas UBS; revisão do fluxo de acesso ao CRAI dos idosos com casos já discutidos e acompanhados pelo AM; e priorização dos casos de violência e de idosos com agravos de saúde, principalmente com perda de autonomia e independência.

Os resultados desse processo avaliativo foram remetidos à UP Saúde do idoso e analisados pelo grupo que ponderou diversos aspectos que necessitavam de ajustes e melhorias, encaminhando-os para resolução pela SEMUS em nível de gestão. O processo de avaliação do AM junto às UBS trouxe à tona as diferenças que operavam na prática da Estratégia de Saúde da Família na rede SEMUS, tanto entre equipes da mesma UBS, quanto entre UBS. Compareceram

questões estruturantes que se referiam muitas vezes ao processo de trabalho como um todo.

O processo avaliativo apontou evidências da necessidade de corresponsabilização das UBS para viabilizar o funcionamento do AM na rede. Apontou ainda a necessidade de avaliar de forma mais ampla como essa metodologia vinha repercutindo para as equipes e para os usuários, por meio dos AMs já implantados na SEMUS nas áreas de saúde da mulher, idoso e mental e em implantação, que era o caso do AM em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs).

A partir dos dados identificados por esse processo avaliativo, intensificaram-se as discussões sobre os rumos do AM em Saúde do Idoso em Vitória. As discussões ocorriam tanto no âmbito dos Coletivos de Gestão da SEMUS como nas reuniões de equipe do CRAI, e tinham na UP Saúde do Idoso o espaço de interlocução e proposição de encaminhamentos que poderiam ser ou não acatadas pela gestão. Após conflitos, tensões e ponderações, concluiu-se no ano de 2011 pela expansão do AM em Saúde do Idoso para 100% dos territórios de saúde do município.

Neste contexto, a proposta de AM foi reconfigurada pelos profissionais do CRAI, mantendo-se os mesmos objetivos definidos na proposta original e sugerida nova metodologia de aproximação dos territórios, que consistia em três etapas: oficina regionais de sensibilização em relação à saúde do idoso, com a participação dos diretores e um representante de cada UBS, representantes do CRAI, representantes da Área Técnica de Saúde do Idoso e Coordenação da Atenção Básica; oficinas com todas as equipes da UBS, diretor, representantes do CRAI, Área Técnica de Saúde do Idoso e Coordenação da Atenção Básica; e demais encontros que ocorreriam em função das demandas específicas de cada equipe a partir das necessidades levantadas nas oficinas.

Nesse movimento, a Área Técnica de Saúde do Idoso e a equipe do CRAI identificaram a necessidade de qualificação da demanda remetida ao AM em Saúde do Idoso e assim foi criado um fluxo para encaminhamento das demandas ao CRAI. Desta forma, houve a consolidação do AM em Saúde do Idoso no município de Vitória, sendo que nos anos de 2011, 2012 e 2013 foram realizados, respectivamente,

168, 202 e 376 reuniões de AM pelos profissionais do CRAI junto aos diversos territórios. Cabe destacar que no ano de 2013 o AM em Saúde do Idoso estava implantado em 100% das UBS de Vitória.

É possível afirmar que existem muitos desafios a serem enfrentados pela gestão no que diz respeito ao AM em Saúde do Idoso. Cabe destacar, no entanto, que a experiência vivenciada pela equipe do CRAI nos últimos cinco anos colaborou na reorganização do processo de trabalho e na resignificação do lugar institucional do CRAI na Rede SEMUS, favorecendo a troca de experiência e uma relação matricial entre equipes especializadas e da Atenção Básica.

O AM está em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde e sua sustentabilidade apoia-se na Política Nacional de Atenção Básica e na PNH, o que confere legitimidade institucional às ações. Entre as estratégias para garantir a continuidade das ações ao longo desses anos, destacamos: vínculo trabalhista efetivo dos profissionais que desenvolvem o apoio matricial; processo de educação permanente; apoio do Ministério da Saúde quanto às metodologias a serem utilizadas; estabelecimento de diretrizes institucionais pelos gestores municipais / estaduais / federal; apoio da Área Técnica de Saúde do Idoso para implantação, operacionalização e monitoramento das ações.

Enfim, o AM em Saúde do Idoso tem trazido importantes colaborações na elaboração de fluxos e organização da rede de atenção à saúde para a população idosa do município. O AM tem modificado o modo tradicional de desenvolver as ações de saúde pública e constitui uma prática de resultados positivos para as equipes e a população idosa do município.

Construir essa trajetória foi um processo desafiador e complexo para todos os atores envolvidos, sobretudo para os profissionais do CRAI, que foram convocados para (re)inventar práticas em Saúde do Idoso, sem referência de outros serviços que já realizassem ações deste tipo, inviabilizando a possibilidade de intercâmbio com experiências deste porte na área de saúde do idoso. Desta forma, é importante destacar que os resultados positivos obtidos com o AM em Saúde do Idoso na Rede SEMUS têm seu mérito principal no empenho e resposta da equipe multidisciplinar do CRAI ao desafio proposto. Foi e continua sendo um grande exercício de compartilhamento e convergência de

práticas e olhares plurais, num movimento contínuo de formação e aprimoramento para construção de uma proposta de trabalho inovadora.

A pesquisa realizada pelo LAPPIS e a seleção do CRAI para receber a visita dos pesquisadores para conhecer detalhadamente a experiência do município de Vitória funcionou como uma forma de reconhecimento e valorização externa aos profissionais do CRAI pelo esforço despendido ao longo desses anos. Contribuiu para que, ao realizar o levantamento do histórico das ações para apresentar a experiência aos pesquisadores, a equipe pudesse dimensionar o quanto caminhou e avançou nessa jornada.

Atualmente, a equipe do CRAI reconhece o AM como uma estratégia potente para qualificação das ações da Atenção Básica e ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde – o que não significa que as tensões, conflitos e contradições que permeiam as relações entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS tenham sido eliminados.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 19 out. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: MS, 2004 (Série B - Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/humanizausus>>.

CAMPOS, G.W. de S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, v. 23, n. 2, p. 399-407. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2010*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. 2013.

NETTO, M.P. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREIRAS, E.V. (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 3.

OLIVEIRA, G.N. de. *Devir Apoiador*: uma cartografia da função Apoio. 175 p. 2011. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

SAWYER, D.O.; LEITE, I.C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 26 jan. 2014.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2010-2013*. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>>. Acesso em: 26 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Gerência de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde do Idoso. *Relatórios Internos*, 2008-2013 (mimeo).



# Apoio Institucional à Gerência de Atenção Primária de Cariacica-ES<sup>1</sup>

ANTÔNIO MARTINS VÍTOR JÚNIOR  
ANA CRISTINA VIEIRA SEGATTO LUBIANA  
LUCAS CÓ BARROS DUARTE  
RAFAEL DIAS VALÊNCIO

O Projeto de Extensão<sup>2</sup> “Apoio Institucional em Políticas Públicas de Saúde na Grande Vitória”, coordenado pela Prof. Dra. Maria Elizabeth Barros de Barros e pelo Prof. Dr. Rafael da Silveira Gomes, segue algumas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), sendo uma parceria com o Ministério da Saúde, UFES e a Prefeitura Municipal de Cariacica, num trabalho que se desdobra desde finais de 2009. Objetiva-se a formulação de diretrizes para construção de uma política pública de saúde para o município de Cariacica com foco na atenção básica. Para isso, busca-se desenvolver uma série de atividades, tais como: construção de um mapa de territorialização em saúde no âmbito da Atenção Básica a partir de pactuação coletiva entre gestores, trabalhadores e comunidade; formação de profissionais da saúde com qualificação para atuação no campo da Atenção Básica; realização

---

<sup>1</sup> Projeto apoiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa no Espírito Santo (FAPES).

<sup>2</sup> Entendemos que extensão, pesquisa e ensino são inseparáveis. Quando pontuamos que esse projeto é de extensão, refere-se ao fato de ele estar registrado na Pró-Reitoria de Extensão da UFES, e mais: a escolha inicial por desenvolver um projeto de extensão e não de outra modalidade se deu pelo caráter interventivo e de compromisso social que a extensão pode ter e que aqui apostamos. Entendemos que a universidade não se aparta das relações que se tecem no mundo; acreditamos que a extensão é um meio que nos possibilita intervir de forma mais ampla no conjunto de coisas instituídas. Acenamos, ainda, que esse projeto, em função do tempo de existência, transformou-se num Programa Permanente, mas os compromissos e as apostas numa séria política pública, entendendo público no seu sentido mais amplo, permanecem enquanto o trabalho continuar.

de oficinas de discussão de territorialização; e produção de material referente ao processo de pesquisa que sirvam como material de trabalho aos demais pesquisadores e serviços de saúde no território nacional.

Para tanto, os pesquisadores, docentes e estudantes de psicologia participam do cotidiano das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da Gerência de Atenção Primária da Saúde (GAPS) de Cariacica, realizando reuniões e discussões a respeito dos processos e das condições de trabalho encontrado nesses espaços. São realizadas, mensalmente, reuniões do Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) do município quando participam representantes de todas as UBS, da GAPS e da Secretaria Municipal de Saúde, tendo como pauta os modos como o trabalho está sendo desenvolvido nos equipamentos de saúde daquela cidade.

### **Um pouco de história – como tudo começou**

O início deste trabalho de apoio institucional em Cariacica se deu a partir da atuação do projeto de extensão “Redes no território: políticas públicas de educação, assistência e saúde”, vinculado ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (DPSI-UFES). Trata-se de um projeto que vislumbra o aquecimento de redes entre políticas públicas num bairro do município de Cariacica-ES, atuando, na época em equipamentos públicos da região: o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), a UBS e duas escolas. A atuação do projeto na unidade de saúde evidenciou o que se passava no município em relação à saúde pública: unidades em condições físicas precárias, uma organização pouco funcional e resolutiva da rede assistencial em saúde, condições de trabalho precarizadas, entre outros. A partir dessas observações, é então feito contato com a PNH e outros parceiros na universidade, no intuito de apoiar a gestão municipal na organização dessa rede, qualificando assim os serviços de atenção em saúde, visando à produção de novos sentidos para a construção de uma política pública de saúde, efetivamente incluindo usuários, trabalhadores e gestores da rede.

No segundo semestre de 2010, parceria entre representantes da gestão da Secretaria Municipal de Cariacica (SEMUS-Cariacica), a PNH, alunos de graduação e pós-graduação e professores do DPSI/

UFES foi estabelecida a partir de uma oficina de pactuação. Essa parceria proporcionou ampliação do apoio da PNH e da UFES, com o propósito de construir um processo de formulação, implementação e avaliação de uma política municipal de humanização, intervindo na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos e qualquer um.<sup>3</sup>

Todo o processo de constituição desta parceria foi amplamente discutido e pactuado entre gerentes, representantes de trabalhadores e gestores da SEMUS-Cariacica e, em novembro de 2010, durante mais uma oficina, foi criado o Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) em âmbito municipal. Este grupo é composto por trabalhadores, gestores da SEMUS-Cariacica e UFES, e se propõe a ampliar as discussões e atividades em torno da Humanização na Saúde, num trabalho conjunto com trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O processo então se inicia avaliando a situação da rede de atenção à saúde do município e traçando estratégias de atuação nas UBS. Sendo assim, as primeiras ações desenvolvidas foram definir a população adscrita em cada UBS e em cada região (Cariacica é composta por 12 regiões administrativas, mais área rural), de forma que fosse possível construir uma territorialização da saúde que melhor organizasse a rede, intervindo nos processos de trabalho. A proposta era construir um espaço coletivo que pensasse e desenvolvesse ações que incluíssem todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de políticas de saúde, de forma que pudessem cogerir as ações em saúde.

Nos encontros subsequentes do GTH, as discussões passaram a girar em torno do processo de territorialização da atenção primária no município. Não ter definida a área de abrangência das unidades

---

<sup>3</sup> Ao colocarmos que uma política pública é de todos e qualquer um estamos fazendo coro com um modo de entendimento já explanado por Regina Benevides e Eduardo Passos, onde distinguem política de governo da política de estado e da política pública. A primeira diria das políticas sazonais próprias dos governos; a segunda diria das políticas que não são sazonais e que perpassam os governantes e são próprias de um Estado. A terceira seria no sentido de ampliar essas políticas, diria de um processo de tomá-las não como prontas, acabadas e aptas ao consumo, mas sim como algo que se faz ao ser feita, num contínuo processo de experimentação e de composição, possíveis quando dizem respeito a todos e qualquer um; entendimento de público mais radical e amplo possível (PASSOS; BENEVIDES, 2005).

implicava não somente uma deficiência na forma de organização e planejamento de ações, mas também nos modos de funcionamento da rede de serviços, na relação de trabalhadores com o próprio trabalho e com os usuários. Entendemos que, para que o processo de territorialização pudesse ser efetivado, um trabalho de apoio institucional seria importante, fomentando discussões a respeito desse processo, num movimento de democratização institucional.

Com os encontros nas UBS e as discussões no GTH, o grupo decidiu que seriam importantes a existência e permanência de apoiadores também na Gerência de Atenção Primária à Saúde (GAPS). É esse processo que apresentamos neste texto.

Dois apoiadores ficaram responsáveis pelo acompanhamento dos processos de trabalho na GAPS, a princípio, e depois em outros setores da SEMUS, sempre pautando as discussões e conversas sobre o processo de territorialização e de mudanças no modo de gestão da rede. Eis aí um grande nó no trabalho, o que passamos a narrar fazendo algumas indagações algumas questões que surgiram no exercício desse fazer. Ao apoiar a GAPS/SEMUS, partimos de alguns princípios. O princípio de efetivar uma política pública, feita em rede e que acolhesse os diversos atores que compusessem a cena da saúde pública de Cariacica. Tal princípio não é fácil e exige uma aposta na construção de espaços para discutir e fortalecer alianças que vislumbrassem tal modo de organização do SUS.

Comumente, a GAPS era vista pelos demais espaços/locais da rede como um nó articulador, um nó central que era fundamental para o funcionamento de todo o resto. Havia um lugar de poder-saber que a GAPS assumia nesse processo. Ao apoiarmos a gerência, promovíamos estranhamentos nesse modo de entender a rede. Contudo, o entendimento dos envolvidos ainda operava movimentos onde corriqueiramente se privilegiavam especialismos em detrimento de saberes construídos na lida cotidiana. Um modo de funcionar que seguia o curso da hierarquia.

Tentamos articular um processo de entendimento que a rede não teria um nó central, mas que todos os nós estão articulados e se comunicam. Com isso não negligenciamos as sutilezas e as especialidades de cada nó. O nó da Gerência SEMUS é um nó com

suas peculiaridades, sim, mas isso não implica acionamento de vias que pouco promove coletivos. Tal modo de funcionar da SEMUS, que via de regra não comungava desses princípios, reverberava num trabalho com baixos graus de comunicação intra e inter-nós da rede. Nossa aposta era justamente atuar para polifonizar as vozes, vislumbrando um aumento dos canais de comunicação e um aquecimento dos graus de resolutividade.

Assim, algumas questões se colocavam: como efetivar uma ampliação dos graus de comunicação? Como colocar os atores lado a lado, vislumbrando produzir transversalidade, ruindo os áridos campos dos especialismos e da hierarquização? Como produzir coletivo que acolha as diferenças? Como atuar desmontando os segredos e os isolamentos tão caros aos processos de isolamento das ações de cuidado e de gestão? Como publicizar as políticas em curso na SEMUS?

Os encontros eram semanais e havia a participação efetiva da gerência da GAPS, não apenas centrado na figura do gerente, mas também de trabalhadores ligados a ele e que participavam do GTH. As propostas apresentadas no GTH eram discutidas também nesses encontros, buscando-se promover melhorias nas condições de trabalho e na qualidade dos serviços oferecidos. Além disso, também era recorrente a tentativa de se trabalhar com a comunicação entre a gerência e os trabalhadores da rede.

Durante um ano tentávamos aquecer redes, produzir junção entre as pessoas. Dentro da GAPS não havia reuniões de equipe. O espaço físico é separado por divisórias e pouco facilita o contato entre as pessoas – ou seja, um modo de organização de trabalho e o trabalhar onde o isolamento e a separação ganham força. Apostávamos na reunião de equipe como espaço produtor de bifurcações nesse contexto. Algumas reuniões aconteceram. Os efeitos não foram milagrosos, mas foi possível produzir fagulhas de grupalidade que iam na contramão do cenário hegemônico colocado. Apostamos nessas fagulhas, mesmo que quase imperceptíveis aos olhos, pois as avaliamos como preciosas pela capacidade de acionar um caráter revolucionário nas formas de pensar a saúde. Eram tais fagulhas que faziam com que voltássemos no outro dia e continuarmos na aposta guerrilheira de construção de uma saúde efetivamente pública.

A SEMUS é composta de vários setores, a GAPS é uma das gerências que compõem a Secretária. Acompanhamos, pontualmente, outras gerências. Távamos uma repetição de funcionamento entre os setores, com um baixo grau de comunicação entre eles. A forma mais comum de diálogo se restringia aos documentos em forma de Comunicação Interna (CI), ou seja, uma forma burocratizada de comunicação e pouco resolutiva. Era necessário ampliar os graus de comunicação também entre os setores da SEMUS.

Fomos a vários setores. Com um comum da aposta de uma saúde pública e munidos de cartilhas da PNH, indagávamos em cada setor a pergunta que latejava nossos sentidos: *afinal, qual a aposta coletiva da SEMUS?* Com essa questão no peito percorremos os setores, tendo os pés mais sujos na GAPS, nosso ponto de partida. Propomos, assim, um Fórum Municipal de Saúde, como um espaço para gestores, trabalhadores e usuários discutirem coletivamente os rumos que as políticas iriam tomar na cidade. Para tal proposta foi apresentada uma recusa.

Vale pontuar que estávamos num período de ano eleitoral, tempos de transição, com o fim do mandato de um prefeito e a posse de um novo na cidade. Ressaltamos ainda que Cariacica tem um histórico político tumultuado, inclusive com casos de assassinatos de prefeitos. É nesse contexto que desbravamos uma política pública: afinal, temos em mente que todos os vetores que compõem o cenário devem ser acolhidos e analisados. A política partidária era um vetor de grande influência nesse cenário.

Dessa forma, em 2013, com a posse do novo prefeito há uma mudança no cenário político do município. Durante a fase de transição, a equipe da GAPS se manteve a mesma, mas houve mudança dos apoiadores da UFES. Em abril de 2013, com o movimento de transição mais atenuado, toda a equipe da GAPS foi modificada, e foi necessário repactuar com toda essa nova equipe a aposta no trabalho de territorialização.

O novo secretário assumiu uma forma de governo na qual era feita uma reunião semanal com os setores da SEMUS. O modo de funcionamento das reuniões com o secretário de Saúde não era a

mesma que nós apostávamos: seguia cursos de cobrança e que pouco produzia alianças entre os setores. Acompanhávamos algumas dessas reuniões a fim de produzir desvios nesse quadro. A aposta da nova gestão da SEMUS era no fortalecimento e organização da rede de urgência e emergência do município, esvaziando, de certa forma, o trabalho que até então estava em processo na GAPS. Dessa forma, com essa nova gestão, os processos que já havíamos mapeado como dificultador para a produção de uma política efetivamente pública ganhou coro com a nova administração.

Apesar disso, os encontros do GTH continuaram acontecendo e o apoio institucional foi mantido, mas as reuniões com as gerências foram se tornando esporádicas, e quando aconteciam eram bem curtas, com pouco grau de interlocução. Em algumas ocasiões, estavam ocorrendo reuniões com outros setores da SEMUS; em outras, as gerentes tinham saído para resolver outros problemas e com isso nosso trabalho perdeu força. A expressão usada por alguns trabalhadores ao se referirem ao seu cotidiano de trabalho era de que estavam só “apagando incêndio”, o que demonstrava sobrecarga de certas atividades em detrimento de outras. Não se conseguia pensar sobre o trabalho a ser realizado, mas eram consumidos pela execução de tarefas que muitas vezes não estavam diretamente relacionadas a suas funções.

Assim, tentamos elaborar novos modos de realizar o apoio. Com isso, elaboramos alguns questionamentos e reflexões a respeito do funcionamento da gerência. Nessa ocasião, voltamos nossa atenção para a discussão do organograma da GAPS, que apresenta algumas peculiaridades, como, por exemplo, a Coordenação do Programa de Saúde da Família estava vinculado ao Gabinete do Secretário, e não à GAPS. Isso é algo que sempre gerou estranhamento, e vimos aí uma oportunidade de repensar a organização deste trabalho. No entanto, discutindo com a gestão, não tivemos muito avanço, recebendo por fim a informação de que um novo organograma já estava sendo elaborado pelo gabinete.

Outra proposta levantada foi a retomada das reuniões de equipe dentro da GAPS, que já não aconteciam há muito tempo. Essa proposta surgiu da necessidade de se juntar todos os trabalhadores e conversar

a respeito das dificuldades encontradas no trabalho em equipe, pois algumas reclamações eram frequentes. Contudo, conseguiu-se organizar apenas dois encontros em que se discutiu a forma de funcionamento e justificativas para a não realização de diferentes tarefas. Um desses encontros teve como ponto principal a reforma física que seria feita no espaço da GAPS, havendo mudança nas divisórias e na disposição de algumas salas. Isso gerou certo desconforto na equipe, mas mais uma vez não conseguimos dar prosseguimento ao trabalho.

Frente às dificuldades do trabalho dentro GAPS, foi feita uma tentativa de incluir nas conversas os demais setores da SEMUS, como a Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Sanitária e a Divisão de Programas Especiais, mas foram apenas conversas isoladas com cada setor. Essa proposta buscava retomar o Fórum Intersetorial, que já havíamos tentado fazer anteriormente, também sem sucesso. Conseguiu-se realizar um levantamento de informações a respeito da Rede dos Serviços de Saúde, para além da Atenção Primária; no entanto, não conseguimos sequer trabalhar com esses dados junto à GAPS e outros setores. Esse era um importante analisador da forma de comunicação que se efetivava entre os setores da SEMUS, sobretudo com a GAPS, onde tínhamos maior inserção. Ao mesmo tempo, esses setores reconheceram a forte associação entre os trabalhos que desenvolvem e a Atenção Básica, sendo nas UBS a principal maneira de se reduzir alguns índices preocupantes na Saúde do município.

A última proposta elaborada no GTH foi a atualização dos dados nas Unidades de Saúde para elaborar o mapa com as áreas de abrangência de cada unidade. Para tanto, foram realizadas oficinas regionais, com a participação dos apoiadores da UFES, trabalhadores e coordenadores de cada região, além de representantes da GAPS. Por uma série de motivos, nem sempre se conseguia ter a presença de todos nas oficinas, mas isso não impediu que os encontros acontecessem e que as discussões e mapas fossem elaborados. Contudo, não foi possível realizar essas oficinas em todas as regiões.

Sendo assim, em dezembro de 2013, quando as oficinas já haviam acontecido na maioria das regiões, realizamos um encontro com a GAPS para o encerramento das atividades. Durante o último ano,

os desencontros e incômodos surgidos, assim como os encontros que foram possíveis acontecer, foram colocados em análise por nós, apoiadores, e compartilhados com a gerência da GAPS. O trabalho foi perdendo força e o espaço de conversa que havíamos construído foi sendo reduzido com o passar do tempo. A aposta já não era a mesma, já não era comum. Estávamos na contramão de uma gestão que tem como propósito organizar e fortalecer a rede de urgência e emergência, considerando pouco a importância da atenção primária para o município.

Isso esvaziou não apenas nosso trabalho, mas também o da GAPS, que executava tarefas da responsabilidade e atribuição de outros setores, atendendo a uma demanda que sequer fora conversada ou pactuada entre os trabalhadores. Era difícil para aquela equipe, mesmo com o apoio e percebendo o que estava acontecendo, promover mudanças na forma de funcionamento do trabalho. Era difícil bancar uma aposta que, naquele momento, era apenas da GAPS e que já não contava com a mesma força de outrora entre seus trabalhadores.

Nosso último encontro foi para, mais uma vez, analisar todo o processo até aquele momento e para decidirmos juntos que não seria possível dar continuidade ao trabalho de apoio à GAPS, como vínhamos fazendo até então. Além disso, a diminuição considerável no número de apoiadores da UFES ao município também contribuiu para que essa decisão fosse tomada. Foi um somatório de acontecimentos e a decisão foi pactuada e compartilhada entre apoiadores e trabalhadores.

Partimos do princípio da análise institucional de que não devemos atrapalhar. Avaliamos que nossa oferta não era vista como necessária. Entretanto, o que se passa naquela cidade caminha por vezes na contramão da defesa de um SUS público e de saúde de qualidade. Apostamos que nossa saída se dê como um analisador de como a política municipal de saúde cariaciquense vem funcionando. A não continuidade do nosso trabalho implica ao município uma não parceria com a universidade e com a PNH, nos moldes como vinha acontecendo. Achamos que isso não é pouca coisa.

Não lamentamos a saída, achamos necessário, pois naquele momento sair, interromper o trabalho, foi uma aposta em dar passagem

a novos possíveis. Aos novos possíveis todo nosso apoio, força e coragem, afinal, é necessário um pouco de possível para todos nós. Seguimos apostando numa saúde efetivamente pública onde quer que esteja. Acreditamos que sonhar com um mundo novo, um mundo outro é mais que possível – é necessário.

## Referências

BARROS, M.E.B. Trabalhar: usar de si – sair de si. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 11, n. 22, p. 355-357, mai/ago, 2007.

BARROS, M.E.B.; BENEVIDES, R. Da dor ao prazer no trabalho. In: BARROS, M.E.B.; SANTOS-FILHO, S. (Orgs.) *Trabalhador da saúde: muito prazer!* Ijuí: EdUnijuí, 2007. p. 61-71.

BARROS, M.E.B.; GUEDES, C.R.; ROZA, M.M. O Apoio Institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2009. Disponível em: <[http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=4378](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4378)>.

BARROS, R.B. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina, 2007.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n. 1/92 a 23/99 e Emendas Constitucionais de Revisão n. 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, 1999.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 19 de setembro de 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *Gestão Participativa e Cogestão*. Brasília: MS, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *Grupo de Trabalho de Humanização*. Brasília: MS, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *O HumanizaSUS na Atenção Básica*. Brasília: MS, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*. Brasília, 25 jan. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cadernos HumanizaSUS*. Brasília, v. 2, 2010.

- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Política Nacional da Promoção da Saúde*. Brasília, 2006a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS) Descentralização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- \_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 399/2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto *Diário Oficial da União*, Brasília, 2006.
- CAMPOS, G.W. de S. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- ESCÓSSIA, L. O coletivo como plano de criação na saúde pública. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v. 13, supl. 1, p. 689-94, 2009.
- NEVES, C.A.B.; HECKERT, A.L.C. *Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. Estudos e Pesquisas em Psicologia*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, abr. 2010.
- OLIVEIRA, G.N. de. *Devir Apoiador: uma cartografia da função Apoio*. 175 p. 2011. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.
- PASSOS, E.; BARROS, R.B. *A cartografia como método de pesquisa-intervenção*. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- PASSOS, E.; BENEVIDES de BARROS, R. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.
- PASSOS, E.; EIRADO, A. *Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador*. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- RIFKIN, B.S.; HUG, A. *Diretrizes para uma estimativa rápida visando avaliar as necessidades de saúde da comunidade*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1988.
- ROCHA, M.L.; AGUIAR, K.F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 23, n. 4, dez. 2003.
- SANTOS, M. O retorno do Território. In: SANTOS, M. et al. (Org.). *Território: Globalização e Fragmentação*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1998b. p. 15-20.
- \_\_\_\_\_. *Território e Sociedade*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.
- \_\_\_\_\_. *Metamorfoses do espaço habitado*. 6 ed. São Paulo: Edusp, 2008.
- SANTOS-FILHO, S. B. *Estimativa rápida de (re)conhecimento de território/espaços sociais/realidade local: eixos para discussão sobre diagnóstico de saúde e intervenções em comunidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 603-13, 2009.

TEIXERA, R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003.

VILLAROSA, F.N. *A estimativa rápida e a divisão do território no Distrito Sanitário*. Brasília: OPAS, 1993.

# Apoiadores Regionais: uma estratégia de Apoio Institucional do COSEMS-RJ

MARCELA DE SOUZA CALDAS  
MANOEL ROBERTO DA CRUZ SANTOS

Apesar dos progressos significativos na construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), um grande desafio para a gestão municipal é alterar o padrão hegemônico de gestão e da produção das práticas de saúde na perspectiva de construir uma rede de serviços mais cuidadora e participativa.

Para Bertussi (2010), a grande possibilidade de quebra da lógica predominante é sua desconstrução no espaço da micropolítica, no espaço da organização do trabalho e das práticas de saúde. Por isso é tão importante e significativo transformar a gestão e criar possibilidades para que, no espaço coletivo, as pessoas descubram que têm o poder de mudar.

A inclusão do apoio como estratégia na produção da gestão e do cuidado é uma novidade que tem sido trabalhada de diferentes modos, tanto no campo da formulação, como nas experimentações desenvolvidas em diferentes espaços de construção do SUS. Apoiar, no dicionário *Aurélio*, significa dar apoio a, aprovar, sustentar, amparar, defender, favorecer, sustentar, firmar, encostar, fundar, fundamentar, arriscar-se, prestar auxílio mútuo. Sabemos que o apoio pode acontecer em várias áreas, como a logística, administrativa, operacional, cultural, pedagógica, cultural, educacional, institucional, emocional, psicológica, social, gerencial, política, etc. Enfim, os campos para apoio são muitos e diversificados.

Para Campos (2005, p. 185), a constituição da função apoio (Paideia) fundamenta-se em teorias e práticas que procuram articular o campo da política e da gestão com saberes e experiências originárias da psicanálise, da pedagogia e da análise institucional. Em seu Método Paideia, Campos (2005) cunhou a expressão “apoio Paideia”, referindo-se à função de apoiador que, por sua vez, se define por:

- um modo complementar para realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe;
- um recurso que procura intervir com os trabalhadores de forma interativa;
- uma função que considera que a gestão se exerce entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder, e que produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder desses sujeitos e das organizações;
- depender da instalação de alguma forma de cogestão.

No contexto constitucional de descentralização política e administrativa da saúde, prevalecem iniciativas pautadas para a cooperação e a integração entre políticas governamentais de saúde, produzindo avanços significativos. Estes, de maneira geral, se apresentam sob a forma de aumento significativo de transferências financeiras intergovernamentais, ampliação da oferta e cobertura de serviços nos municípios, expansão do processo de negociação e pactuação intergestores e maior transparência e democratização na gestão pública do sistema de serviços de saúde.

Mais recentemente, a descentralização ganha ímpeto a partir do avanço democrático da organização da sociedade brasileira, parametrizada principalmente pela necessidade de democratizar a decisão pública, aproximando o processo decisório dos usuários do sistema de saúde. As Normas Operacionais Básicas (NOB) e posteriormente as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) passam a assegurar critérios para a repartição de recursos, incentivando a constituição de sistemas municipais e locais. Os gestores municipais e federal passam a exercer papel fundamental neste processo.

Com a implantação do Pacto pela Saúde, estabelecem-se elementos novos nas prioridades de gestão em saúde, com objeto novo no enfoque na regionalização e introduz novos atores no processo de governança relacionado à esfera estadual, definindo-lhe novo papel, assim como dos municípios envolvidos na pactuação. Aperfeiçoam-se como instrumentos desta estratégia incentivos para a constituição de instâncias regionais e redes de atenção à saúde nas regiões, como movimentos claros de superação dos processos municipais e locais, características próprias da estratégia da descentralização, para processos estaduais e regionais inerentes à característica da regionalização.

Considerando o contexto diverso, plural e heterogêneo das situações e serviços de saúde no país e nas suas devidas proporções no estado do Rio de Janeiro, mais especificamente nos municípios de pequeno porte que representam a grande maioria independente do território a ser considerado, destacam-se as inúmeras dificuldades para o cumprimento das prerrogativas e atribuições de governo previstas para a condução e execução das políticas de saúde. Dificuldades expressas na carência de recursos humanos, financeiros e organizacionais suficientes e adequados para a gestão e execução de serviços e ações de saúde no âmbito municipal.

Nesta conjuntura, exacerba-se a crise em nosso sistema de saúde caracterizada principalmente pela fragmentação da atenção, pela ênfase às condições agudas, apesar da prevalência de condições crônicas e pela estrutura hierárquica e sem comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção. Em suas diretrizes, o SUS indica a horizontalização das relações federativas, a democratização das relações de trabalho e a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde. A implementação dessas diretrizes pressupõe a interação e a troca de saberes, poderes e práticas integradoras entre trabalhadores, usuários e gestores, possibilitando a produção de saúde.

O desafio para o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ) passou a ser estabelecer uma estratégia de apoio institucional a partir da função desenvolvida pelo Ministério da Saúde nesta estratégia integradora, inserida em movimentos coletivos, num modo inovador de se fazer coordenação,

planejamento, supervisão e avaliação em saúde, com o objetivo de fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, ressignificando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão.

O Projeto Apoiadores Regionais lança mão desses referenciais teóricos para viabilizar uma proposta de intervenção para o apoio à organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no estado do Rio de Janeiro e o envolvimento dos apoiadores em atividades regionais com o intuito de subsidiar tecnicamente as gestões municipais de saúde, atuando na implementação do Pacto pela Saúde, tendo como parâmetros a observância no disposto na Lei Complementar 141/2012 e do Decreto Federal nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990.

### **O Apoio Institucional como estratégia de fortalecimento da governança regional**

De acordo com o documento-base da Política Nacional de Humanização (PNH), para gestores e trabalhadores do SUS (BRASIL, 2008), o apoio institucional é colocado como diretriz e dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, de entendimento e de análise de coletivos, que assim poderiam qualificar sua própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde. Nesse sentido, o apoiador institucional tem a função de:

- ativar espaços coletivos, através de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos;
- reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de saberes visando à viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais;
- mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos;
- ao agir com os coletivos, atuar em processos de qualificação das ações institucionais;
- promover ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS.

Apoio institucional é pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Assume como objetivo a mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Opera o apoio disparando processos e propiciando suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança. Considera que o objeto de trabalho do apoiador é o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde.

Desse modo, a função apoio é chave para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações. O apoio institucional adota como diretriz a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Por isso, o trabalho do apoiador envolve sempre a constituição/ inserção do apoiador em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações (BRASIL, 2008).

### **A experiência do COSEMS-RJ**

Fizemos anteriormente uma breve consideração sobre o tema “apoio”, mostrando os conceitos defendidos por alguns autores. Neste sentido, destacaremos a visão dos apoiadores envolvidos no projeto. Consideramos, ainda, que os depoimentos trazidos abaixo foram publicados no livro *Apoiadores Regionais: uma experiência brasileira*, lançado pelo COSEMS-RJ em parceria com IMS-UERJ, CEPESC e OPAS, no dia 7 de junho de 2013.

*O Projeto Apoiaadores Regionais é uma excelente estratégia para a qualificação da saúde pública fluminense. A inserção de um novo ator nos espaços de governança regional reforça e qualifica a gestão bipartite do SUS. Além disso, permite maior aproximação entre estado e municípios e descentraliza as ações do COSEMS RJ, fortalecendo assim, a gestão municipal.*

*Participo ativamente das atividades da região onde atuo, a Médio Paraíba. Percebo nas reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) e nas câmaras técnicas, grupos de trabalho e oficinas, que há*

*um comprometimento dos gestores em fortalecer a gestão solidária e no que se refere às tomadas de decisão.*

*Na região Médio Paraíba, já podemos comemorar os bons frutos de um esforço em conjunto do estado e dos municípios, consolidado ainda mais pelas ações do projeto. São eles: a adesão de 100% ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); a adequação do Plano da Rede Cegonha de acordo com parecer do Ministério da Saúde para viabilização de recursos desta rede para a região; a retomada da discussão para a implantação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP); a criação do Grupo de Trabalho de Atenção Básica e da Programação Pactuada e Integrada (PPI); e a realização das oficinas de pactuação dos indicadores do SISPACTO.*

*Nossa expectativa é qualificar e fortalecer ainda mais os espaços de gestão bipartite e manter as parcerias.*

**Marcela Caldas**

**Apoiadora da Região Médio Paraíba**

*Sabemos que o SUS é um sistema extremamente complexo, e sua implementação exige capacidade de planejar, monitorar e avaliar de forma permanente as ações de saúde. Sobretudo a partir do Decreto Federal nº 7508/2011 e a Lei Complementar nº 141/2012, que redefinem a operacionalização em âmbito nacional dessas ações. De acordo com as Diretrizes Gerais a saúde deve ser consubstanciada nos Planos Municipais, Estaduais e Nacional, estabelecendo as Regiões de Saúde, integrando limites geográficos e organizando em Redes de Atenção à Saúde.*

*Mesmo reconhecendo os avanços que essa legislação representa, existem ameaças constantes na gestão da saúde. Dificuldades que vão desde a escassez de recursos até as constantes mudanças na gestão, provocadas pela alternância de poder (legítimas num sistema democrático), mas também pelo nível de exigência do cargo, que comprometem seriamente a assistência. Considero que o Projeto Apoiadores Regionais pode vir a contribuir muito nesse processo, sendo uma das formas de assegurar as garantias das conquistas na área da saúde, assim como agilizar as transições institucionais em todos os níveis de governos.*

*Sou apoiadora das regiões Serrana e Centro-Sul e acredito que o fato de estarmos começando essa experiência juntamente com a maioria dos secretários(as) – já que muitos estão iniciando seus mandatos sobretudo na Região Serrana –, tem apontado questões bastante relevantes como desconhecimento da “máquina pública”, dificuldade de compreensão sobre a importância das Regiões de Saúde e da priorização da Comissão Intergestores Regionais (CIR), diante de tantas outras tarefas. Por isso, minha participação tem como objetivo contribuir para amenizar estes desafios, em particular, motivar a participação na CIR e reforçar sua importância.*

*Sendo a CIR um espaço de pactuação, o fato de o apoiador não estar vinculado a nenhum Município o coloca numa posição de neutralidade, podendo contribuir com percepções diferenciadas inerentes à condição. Porém o principal avanço que podemos perceber é mais agilidade na comunicação com os municípios – tarefa tão difícil –, sobretudo para cumprimento de prazos, convocação para encontros e mobilização para reuniões.*

*A realização de reuniões periódicas de avaliação do trabalho que está sendo desenvolvido pelos apoiadores é fundamental, já que nossa atuação precisa estar em sintonia com a atuação do COSEMS RJ e do Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS).*

**Aparecida Barbosa da Silva**  
Apoiadora das regiões Centro Sul e Serrana

*Considero bastante relevante a iniciativa, uma vez que permite uma presença mais constante do COSEMS RJ junto aos municípios, apoiando técnica e estrategicamente as administrações municipais na gestão da saúde e preenchendo dessa forma uma lacuna sentida por todos. O momento de construção da estratégia da regionalização exige muita articulação entre os municípios e destes com as demais instâncias federativas. Neste contexto, torna-se fundamental o apoio institucional, visando fomentar a discussão e a participação de todos nas instâncias de pactuação.*

*Minha atuação como apoiador das regiões Norte e Noroeste ainda está em construção. Temos nos colocado disponível e tentado contribuir para as discussões. Percebo que há comprometimento da maioria dos gestores,*

*mas seria fundamental, para além da Comissão Intergestores Regionais (CIR), a construção de espaços mais informais de discussão política e de articulação regional, que permitam a troca entre os gestores, de uma forma mais participativa e descontraída.*

*Na Região Noroeste, por exemplo, estamos trabalhando na construção do fórum de Secretários, que já realizou sua primeira reunião e terá encontros mensais sempre no dia anterior à Câmara Técnica da CIR. O objetivo é discutir assuntos de relevância para a região, como neste momento a viabilidade de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Como resultado do trabalho que estamos desenvolvendo, outras questões, como a ampliação das atividades do consórcio e a implantação do Contrato Organizativo de Ação Pública foram identificadas como prioritárias. A expectativa agora é consolidar o Fórum de Gestores da região Noroeste e estendê-la para a região Norte.*

**Francisco Bohrer**

**Apoiador das regiões Norte e Noroeste**

*A presença mais pontual e rotineira do COSEMS, específica para as funções de apoio, apresenta-se como um fortalecimento institucional e um fortalecimento da integração no território, ativando uma plataforma de interação junto aos municípios, numa abordagem regional de apoio técnico e estratégico na gestão em saúde, ampliando a capacidade de análise e intervenção nestes territórios. Como política, o SUS se desenvolve em cenários complexos, permeado por disputas entre distintos interesses, diferentes sujeitos e diferentes projetos, tendo como princípio a efetivação de uma política pública de qualidade, que defenda a vida, que fomenta a autonomia, o protagonismo e a participação social.*

*Em suas diretrizes, o SUS indica a horizontalização das relações federativas, a democratização das relações de trabalho e a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde, entre outras. A implementação dessas diretrizes pressupõe a interação e a troca de saberes, poderes e práticas integradoras entre trabalhadores, usuários e gestores, possibilitando a produção de saúde. Estas diretrizes parametrizam meu trabalho.*

*Nossa atuação nas regiões Metropolitana II e Baixada Litorânea busca a promoção de um processo permanente de socialização de conhecimentos e divulgação e implementação das diretrizes do Plano Nacional de Saúde com os estados, municípios e regiões de saúde. Contribuir para a discussão e definição de modelos de saúde e da proposição na articulação das redes*

*e contratualização nas regiões de saúde. Nossas intervenções têm como foco a integração das ações e interação entre as Secretarias Municipais de Saúde para diminuir a fragmentação das políticas de saúde. Ressalta-se a importância do fortalecimento das relações interfederativas, baseada na solidariedade e cooperação, com vistas à implementação das ações e serviços de saúde, articuladas com as políticas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Regionais (CIR).*

*Exerço minhas funções de apoiador na perspectiva da cooperação entre estado e municípios, visando potencializar a construção de Redes de Atenção à Saúde, à produção do planejamento integrado com característica ascendente visando, constituir em um futuro próximo, a implementação do COAP.*

**Manoel Santos**

**Apoiador das regiões Metropolitana II e Baixada Litorânea**

## **A Função Apoio a partir do olhar dos Apoiadores**

Ao fazermos uma comparação entre as definições sobre apoio trazidas por alguns autores e a ação dos apoiadores descritas a partir do depoimento dos mesmos, podemos identificar a pluralidade do papel do apoiador. Vale destacar que o apoiador atua, também, de acordo com os demais atores ou grupo de atores com os quais interage. O modo de ser da coordenação da CIR, dos secretários municipais de Saúde ou da diretoria do COSEMS-RJ, agencia nele certas produções, ajudando a desenhar seu estilo de atuação.

Neste sentido, podemos nos perguntar: o que tem de apoio institucional nessas práticas percebidas pelos apoiadores?

Segundo Barros et al. (2011), o apoio institucional lida com a imprevisibilidade dos rumos que o processo irá tomar. A construção de dispositivos dispara e expõe muitas coisas, em especial as dinâmicas enferrujadas e/ou emperradas dos diferentes grupos institucionais, em especial as sustentadas pela concentração dos poderes/saberes em cargos e corporações. Os autores defendem que o processo de apoio institucional sustenta-se de acordo com o desejo dos grupos de praticar a análise dos processos de trabalho em saúde e construir planos de intervenção nessa realidade, de modo a ampliar a dimensão pública

das práticas de produção de saúde no SUS. Ou ainda, sustenta-se até que esse exercício seja incorporado pelo grupo e a função do apoiador se torne dispensável.

Cabe destacar que no processo de desenvolvimento do apoio institucional não é o apoiador quem produz a mudança ou se constitui na causa da transformação. Na verdade, ele trabalha com e aciona dispositivos capazes de promover a análise dos processos de trabalho e que dizem respeito às formas como no ambiente da gestão e dos serviços se produz conhecimento, seja por meio de visitas institucionais, oficinas de trabalho, atividades de formação, matriciamento de agendas, dentre outros.

Campos (2006) indica a função do apoiador institucional como aquele que ajuda na gestão e na organização de processos de trabalho, na construção de espaços coletivos nos quais os grupos analisam, definem tarefas e elaboram projetos de intervenção. Assim, podemos afirmar que o trabalho do apoiador envolve uma tríplice tarefa – ativar coletivos, conectar redes e incluir a multiplicidade de olhares e práticas, interesses e desejos para a produção de objetivos comuns, na implementação das políticas de saúde. Portanto, são necessários mecanismos de cogestão para que gestores e trabalhadores possam olhar para o próprio trabalho, para suas relações no serviço, para as relações das equipes com os usuários, para que as mudanças possam ocorrer (BRASIL, 2002).

### **Considerações finais**

A inclusão do apoio como estratégia para o aprimoramento e a consolidação do SUS já é uma realidade no país e tem sido trabalhada de diferentes modos. A iniciativa do COSEMS-RJ em criar o Projeto Apoiadores Regionais aproximou a instituição do que vem sendo desenvolvido no cenário nacional.

Por outro lado, o projeto, que teve início em abril de 2012, vem enfrentando diversos entraves para se “manter vivo”. Inicialmente, elencamos três dos quais consideramos primordiais para continuidade e manutenção da iniciativa. São eles: financiamento da iniciativa, decisão política e educação permanente dos apoiadores.

### **Financiamento da iniciativa**

Em março de 2012, o COSEMS-RJ firmou parceria com o Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESC), órgão de apoio ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) através de um financiamento via convênio COSEMS/FNS nº 1.854/2007, para a execução do Projeto Apoiadores Regionais. O recurso adquirido por esse convênio findou em agosto de 2012, e para garantir a continuação do projeto, o COSEMS-RJ solicitou ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), antecipação do repasse financeiro que lhe é garantido.

Desta forma, foi possível arcar com os custos do projeto nos meses de setembro a novembro de 2012. Por ausência de financiamento, o projeto foi suspenso durante o mês de dezembro de 2012. Já para 2013, foi assinada a primeira Carta-Acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), garantindo a execução do Projeto Apoiadores Regionais por mais cinco meses, ou seja, janeiro a maio de 2013. Após este período e, com apoio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), buscamos financiamento através da segunda Carta-Acordo com a OPAS, o que garantirá mais cinco meses de execução do projeto.

Até dezembro de 2013, o financiamento pela OPAS ainda não havia sido viabilizado, o que acarretou uma descontinuidade parcial da iniciativa. Desde o mês de junho/2013, o COSEMS-RJ financia o projeto com recursos próprios. Porém, um dos apoiadores pediu desligamento e, pela falta de recurso, não foi possível contratar novo apoiador, o que resultou em duas regiões sem cobertura do projeto. Caso a situação se prolongue, a instituição não conseguirá arcar com os custos da iniciativa.

### **Decisão política**

A construção da agenda dos apoiadores deve estar sempre sintonizada com a da entidade, com as diretrizes e o planejamento da diretoria do COSEMS-RJ. Ao longo do desenvolvimento do projeto, considerando seu início em abril de 2012, tivemos mudanças tanto

na equipe técnica quanto na diretoria do COSEMS RJ. A atual equipe técnica, mesmo com a insegurança de continuidade do projeto relacionada ao financiamento, aposta na iniciativa e se dedica no aprimoramento do exercício das funções de apoiador.

### **Educação permanente dos apoiadores**

Durante o desenvolvimento do projeto e, principalmente, através dos relatórios mensais dos apoiadores, notamos a queixa generalizada no que se refere ao processo de capacitação. Antes de os apoiadores iniciarem suas atividades nas regiões, tivemos apenas um encontro para “alinhamento conceitual” sobre as atividades do apoiador. Apesar da parceria com a UERJ, via LAPPIS/IMS, os espaços de educação permanente foram pouco explorados, o que resultou em apenas duas oficinas de discussão sobre o tema “apoio” no espaço de seis meses da última fase do projeto. Considerando que esses profissionais atuam diretamente em espaços de negociação e mediação de coletivos, há necessidade de estratégias de educação permanente presentes na agenda da instituição.

O Projeto Apoiadores Regionais é, sem dúvida, um dispositivo potente para qualificar as ações dos gestores municipais de saúde e potencializar o processo de regionalização. No entanto, caso o mesmo não esteja sintonizado com a agenda política da entidade e alinhado ao seu planejamento, torna-se enfraquecido e sem propósito.

No Brasil, além do COSEMS-RJ, apenas os COSEMS de Minas Gerais, São Paulo e Alagoas possuem experiências sistematizadas no âmbito do apoio. Isso nos faz perceber que a figura “apoiador” ainda é pouco explorada nestas instituições, mas de extrema importância. O apoiador subsidia tecnicamente as decisões dos gestores municipais de saúde nos espaços regionais, fortalecendo a representação desses secretários.

Espera-se que as reflexões trazidas neste trabalho contribuam para a superação dos desafios do Projeto Apoiadores Regionais e que o COSEMS-RJ aprimore suas ações voltadas para o fortalecimento e consolidação do SUS, através das potencialidades deste novo ator, o apoiador regional.

## Referências

- BERTUSSI, D. C. *O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde*. Tese (Doutorado) –Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- CAMPOS, G.W.S. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições. O método da roda*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
- COSEMS/SP. *Cadernos COSEMS SP: Estratégia Apoiadores*, v. 3, São Paulo, 2013.
- FURTADO, L.A.C. *A ilusão do desenho institucional como garantidor da produção de vida no SUS: o desafio da construção do comum nas máquinas de governo*. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.
- OLIVEIRA, G.N. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.
- PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). *Apoiadores regionais: uma experiência brasileira*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2013.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Implicações da Integralidade na gestão da Saúde*. In: \_\_\_\_\_. (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.p. 11-26.



# Entre o real e o possível: tecendo a RAPS que desejamos a partir da Saúde Mental que temos

ALANA DE PAIVA NOGUEIRA FORNERETO GOZZI

MARY CRISTINA LACORTE RAMOS PINTO

MARIA TERESA LUZ EID DA SILVA

ALINE BARRETO DE ALMEIDA

## O desafio

Os trabalhadores da rede de Saúde Mental pareciam precisar de espaços para diálogos e trocas, que a correria do trabalho não permitia. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) precisava, precisa e precisará se constituir enquanto *rede*, quente e articulada. As lacunas na formação profissional dificultavam a construção de estratégias de atenção que proporcionassem satisfação a usuários e trabalhadores. A quantidade e qualidade – tipologia – dos pontos de atenção não atendiam às necessidades de cuidado. Os indicadores de saúde apontavam para a Saúde Mental como uma das principais causas de internação em adultos jovens.

Tais foram os desafios que passaram a chamar atenção frente à tarefa de construir uma teia de cuidados à Saúde Mental em determinado território. Este relato tem como objetivo explicitar não só os desafios, mas também as potencialidades identificadas/construídas na experiência de implantação da RAPS nos 24 municípios da área de abrangência do Departamento Regional de Saúde (DRS) III Araraquara, do estado de São Paulo. Tratou-se de olhar para o que se tinha com relação aos equipamentos de saúde, aos atores cuidadores-técnicos, aos atores-gestores e aos atores-usuários, traçando metas locorregionais para que o cuidado à pessoa com transtorno mental e/ou em uso de álcool e outras drogas se efetivasse da forma mais satisfatória possível, dentro dos territórios.

Principalmente os atores técnicos e gestores foram envolvidos na identificação das demandas e na proposição de formas de enfrentá-las, tendo como referencial a Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011). Os diálogos ocorreram em diferentes espaços: Rodas de Conversa, reunião entre articuladores municipais de Saúde Mental,<sup>1</sup> reuniões ordinárias dos Colegiados de Gestão Regional e fóruns de discussão. A partir daí, propostas de incremento na rede de atenção foram criticamente formuladas, considerando, além de critérios populacionais, necessidades e possibilidades territoriais. Estas propostas compuseram, mais tarde, os Planos de Ação das RAPS de cada uma das regiões, que propuseram equipamentos para os diferentes componentes da rede, a saber: I) Atenção Básica em Saúde (USF, NASF); II) Atenção Psicossocial (CAPS); III) Atenção de Urgência e Emergência; IV) Atenção Residencial de Caráter Transitório; V) Atenção Hospitalar (leitos em hospital geral); VI) Estratégias de Desinstitucionalização; e VII) Reabilitação Psicossocial (Residências Terapêuticas, cooperativas). Estes foram realizados a partir das necessidades de cada território, ancorados nos critérios populacionais para sua implantação, juntamente com as propostas de plano de ação para que as mudanças se efetivassem.

A necessidade de reverter a lógica da atenção hospitalar para ambulatorial foi fundamentada não apenas na Política de Saúde Mental, mas, de forma bastante concreta, na deficiência de leitos, impulsionando as discussões sobre a implantação dos CAPS, que pautou grande parte dos encontros. Num movimento verticalmente descendente, que se iniciou com a discussão da atenção hospitalar especializada, a rede foi se organizando até contemplar a atenção básica com a proposição de NASFs e qualificação das equipes da rede de atenção básica. Ainda de forma bastante concreta, para além dos

---

<sup>1</sup> Entende-se articulador municipal de Saúde Mental como aquele ator, indicado pelo gestor municipal de saúde, que tem a função de articular em nível local (ou seja, municipal) as políticas de Saúde Mental, a partir das normativas publicadas e das discussões realizadas entre os municípios das Regiões de Saúde, sob o apoio do DRS III. Há municípios em que esse cargo faz parte do organograma das Secretarias/ Departamentos de Saúde locais. Também há aqueles em que o articulador é um técnico de um equipamento de saúde que acumula estes papéis, da assistência e da articulação.

preceitos técnicos, os gestores foram incentivados pela possibilidade de apoio financeiro, principalmente no que tange aos NASFs.

Ainda assim, o desafio que se impõe, frente ao contexto histórico e político da saúde mental na contemporaneidade, é evitar que os novos serviços que integram a rede de cuidados reproduzam a lógica da exclusão e de rupturas com o trabalho, e em implantar uma assistência pautada na participação social e exercício da cidadania (THORNICROFT; TANSELLA, 2010; MÂNGIA; YASUTAKI, 2008).

Espera-se que a RAPS propicie à pessoa com sofrimento mental um cuidado integral e humanizado, a partir de equipamentos substitutivos, de forma a enfrentar o estigma manicomial que ainda paira em nossa sociedade e na prática de alguns profissionais.

### **O apoio como estratégia de atenção**

O presente relato diz respeito à experiência do DRS III Araraquara/SP na implantação da RAPS nos 24 municípios de sua área de abrangência, os quais estão organizados em quatro Regiões de Saúde (RS).

A partir da Portaria nº 3.088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a necessidade de formatar a atenção à saúde mental, na perspectiva de rede, entrou em cena. A rede objetiva tanto potencializar os pontos de atenção existentes quanto implantar novos, promovendo articulação entre os serviços, no intuito de garantir a integralidade do cuidado oferecido.

Diferentes atores – trabalhadores, usuários e gestores – estiveram envolvidos na identificação das necessidades e na concepção de formas de superação, do atendimento ambulatorial-individual e, principalmente, pautado na internação como recurso principal do cuidado, pouco articulado com os demais pontos de atenção. Essa lógica tem no serviço especializado o grande e, talvez, único responsável pela atenção à Saúde (Doença) Mental. A grande questão que se

apresenta para superação reside na articulação dos pontos em uma rede articulada e dinâmica que inclua diferentes serviços e estratégias como a atenção básica, psicossocial, hospitalar e inserção social.

O apoio foi fundamentado na problematização da assistência existente, de forma a produzir reflexão, crítica e empoderamento dos participantes para elaboração de propostas factíveis e condizentes com a realidade de cada Região de Saúde. A problematização partiu de situações reais, vivenciadas pelos trabalhadores, os quais demandaram fundamentação técnica e/ou troca de experiências entre os participantes. Partiu também de dados epidemiológicos relativos a internações, incidência de agravos específicos, judicialização da saúde mental, leis e portarias. Nos fóruns, com a participação de usuários, o disparador das discussões foram as portarias que normatizam a constituição da rede.

O processo foi e ainda é coordenado/mediado pelo DRS III, através do Centro de Planejamento, por meio do Núcleo de Organização das Redes de Saúde (NORS), na figura do articulador/interlocutor regional de Saúde Mental<sup>2</sup>. Este ator tem o papel de mediar e fomentar discussões, pontuando aspectos técnicos específicos para gestores e trabalhadores. Cabe a ele incentivar a articulação da Saúde Mental às demais políticas e redes temáticas em processo de construção, como a Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência e outras. Além disso, é sua função contribuir para a qualificação dos trabalhadores propondo e/ou facilitando processos e ações de Educação Permanente em Saúde.

A incipiência da rede existente está intimamente relacionada aos processos de trabalho das equipes, ainda centrados nos atendimentos ambulatoriais e individuais, com pouca ou nenhuma perspectiva de inserção social dos sujeitos, que (sobre)vivem em situação de exclusão em decorrência do transtorno mental (CAMPOS, 2001).

---

<sup>2</sup> Entende-se por articulador/interlocutor regional de Saúde Mental o técnico do DRS que tem como atribuição articular as políticas de Saúde Mental em nível regional, envolvendo todos os municípios de sua área de abrangência, de forma a fomentar, acompanhar e monitorar a implantação de novos equipamentos da rede e discutir com os articuladores e gestores municipais temáticas relacionadas a esta implantação, através de apoio técnico. Tem também como função coordenar e disparar os espaços de apoio aos municípios, juntamente com demais técnicos do DRS.

Importante salientar que o processo de exclusão da pessoa com transtorno mental foi historicamente construído e que sua reversão exige mudança nas relações do trabalho em Saúde Mental com as concepções da própria loucura vigente na sociedade. Ainda hoje, o transtorno mental está associado à figura dos manicômios, asilos e hospitais psiquiátricos. Apesar das transformações que vêm ocorrendo no Brasil e no mundo no que se refere às políticas de assistência à saúde, a institucionalização das práticas assistenciais nesta área ainda acontece (AMARANTE, 2009). Um dos tantos desafios do apoio de que trata esta experiência também envolve enfrentamentos com o arraigado conceito manicomial que subsidia as práticas em saúde.

Destaca-se que a tentativa de enfrentamento não é recente. Influenciada pelos processos ocorridos na Itália no final dos anos 1960 e na década 1970, a reforma da psiquiatria brasileira foi principiada e prezava pela democratização das relações, pelo desenvolvimento de novas terapias, melhorias significativas nas condições de cuidado e no deslocamento do sistema asilar para a comunidade, renovando assim a capacidade terapêutica da psiquiatria (AMARANTE, 2009; LUSI, 2009). Era (e ainda é) importante substituir o “tratamento” baseado na exclusão, pelo cuidado territorial e de inserção social. Para tanto, os profissionais envolvidos no cuidado precisam estar comprometidos e dispostos com este paradigma que se coloca.

Pensar a atuação do profissional de saúde, incluindo o da área psicossocial, implica refletir sobre a formação desses profissionais, que não obstante a existência de políticas de incentivo, ainda não contempla que a forma de cuidar pretendida/esperada aconteça nos pontos de atenção vinculados ao SUS, sobretudo nos equipamentos preconizados na RAPS, como CAPS, NASFs, Consultórios na Rua e unidades de acolhimento transitório. Mudar a forma de cuidar significa, entre outros, mudar paradigmas sobre o que é saúde, normalidade e a relação saúde-normalidade. Ultrapassando dimensões biofisiológicas, onde o normal está pautado no compatível com a vida, o conceito de normalidade traz implícito um juízo de valor, onde o que é bom para a vida em sociedade pode ser exposto, e o que é prejudicial ou ruim, afastado. Assim, a carência de manejo ambulatorial para os

transtornos mentais explicita lacunas técnicas existentes na formação, mas também traz a reprodução, pelas instituições formadoras, de um pensamento individualizante e naturalizante sobre os sujeitos e suas questões de Saúde Mental.

A carência de profissionais e a inexistência de tais equipamentos de saúde na região, que contava apenas com três CAPS em funcionamento, implicou que, antes da construção da RAPS, estratégias fossem desenvolvidas no intuito de qualificar as propostas de implantação. O caminho escolhido foi apoiar institucionalmente, nos diversos lócus de discussão e proposição da rede – espaços já constituídos ou a se constituir, com a ressalva de que a proposição se deu quase que concomitantemente à implantação de alguns pontos de atenção da rede, especialmente dos CAPS, equipamentos substitutivos à atenção hospitalar fragilizada na região, pela carência de leitos na região e pela pressão comunitária e judicial para disponibilização de leitos voltados ao tratamento do uso abusivo de drogas.

Dessa forma, o apoio desenvolvido se configurou como estratégia, não só para a gestão do cuidado, mas para a efetivação do cuidado em si. Indica ainda que não somente se precisava de uma rede ampliada, mas também de uma rede efetiva. Para sua efetividade, são necessárias outras/novas ações em concomitância. O ponto de partida foi a necessidade de sensibilizar profissionais, gestores e usuários para uma proposta de cuidado intersetorial e interdisciplinar, pautado na inserção social. Modificar a forma de cuidar inclui sair de uma determinada zona de conforto, delimitada pelas fronteiras dos consultórios profissionais e/ou dos muros dos manicômios, para arriscar, experimentar, dividindo ainda com outros(s) ator(es), incluindo usuários e familiares, a responsabilidade – o ônus e o bônus – de projetos terapêuticos ampliados. As Rodas de Conversa em Saúde Mental e os fóruns são espaços onde a sensibilização acontece, concomitantemente à implantação dos serviços e à qualificação dos trabalhadores.

A equipe de apoio – técnicos do DRS III coordenados pelo articulador regional de saúde mental – se organizou enquanto um grupo condutor regional objetivando a apropriação conceitual da política e a oferta de apoio aos técnicos municipais. Em uma das

estratégias adotadas, não somente para a Rede Psicossocial, mas para as demais redes temáticas citadas, técnicos do DRS, oriundos de diferentes núcleos de trabalho – Planejamento, Organização de Redes, Desenvolvimento e Qualificação, dentre outros – foram indicados para compor a equipe ou grupo condutor regional. Uma questão importante para esta escolha dos técnicos e sua designação para o acompanhamento das redes foi o envolvimento dos técnicos com campo da Saúde Mental e com a implantação das RAPS nas regiões, e uma aproximação com as políticas específicas da área em questão. O grupo trabalhou com informações gerenciais, como indicadores de saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e técnicas, no sentido de conhecer a rede existente à luz das propostas da reforma psiquiátrica e da RAPS. Num segundo momento, após a qualificação da equipe do DRS, o grupo condutor regional foi acrescido por técnicos municipais com a missão de apoiar seus pares e também os gestores na proposta e implantação da RAPS.

### **As etapas do processo**

Um dos primeiros passos envolveu a construção coletiva de uma matriz diagnóstica, por região de saúde, objetivando mapear os serviços existentes e a forma como as equipes desenvolviam o cuidado em saúde nos diferentes territórios.

Tais discussões aconteceram no espaço do Coletivo de Saúde Mental, do qual participam os articuladores municipais de Saúde Mental, responsáveis pela articulação das políticas em nível local. As reuniões são mensais e têm como objetivo manter os articuladores informados a respeito das políticas recentes, trabalhar com demandas locais específicas, fazer proposições para enfrentamento das mesmas e, de forma técnica, organizar propostas de execução local das políticas para discussão com gestores. Os articuladores municipais são objeto de apoio institucional quando trazem para análise não só os elementos existentes na prática assistencial e política vigente nos territórios, mas também a forma como se dá a articulação de tais elementos na região de saúde. Neste sentido, os articuladores são apoiados nos espaços organizados pelo DRS (ação esta que faz

parte do apoio institucional realizado pelo DRS). Por outro lado, os articuladores também apoiam quando, subsidiados pelas reflexões e discussões produzidas em nível regional, levam tais temáticas para discussão frente às realidades e necessidades locais, junto aos serviços de saúde, trabalhadores da rede e gestor/equipe de gestão de saúde.

Após o mapeamento, iniciou-se um processo de identificação de necessidades existentes no nível local e regional no cuidado em Saúde Mental. Nos espaços dos CGRs (em suas reuniões ordinárias mensais), a pauta da Saúde Mental passou a ser cada vez mais constante, incluindo a proposição, habilitação e credenciamento de novos serviços, e evidenciando a preocupação dos gestores municipais de saúde com o tema.

Coube ao Grupo Condutor Regional fomentar debates que pautaram a formatação e implantação de uma RAPS integrada e regionalizada. O processo, que pretendeu ser ascendente e participativo, demandou a constituição de um Grupo Condutor Municipal, coordenado pelo articulador municipal, a exemplo do que ocorria em nível regional. Ao Grupo Condutor Municipal cabe discutir, avaliar e monitorar a real implantação das redes temáticas nos territórios. Assim, estando a rede desenhada com os pontos de atenção planejados, o grupo se responsabiliza ainda por discussões locais que efetivem o que foi delineado, tanto na questão concreta de implantação de novos equipamentos, quanto de enfrentamento e execução das demais ações que constam no plano de ação das RAPS.

Concomitantemente, as Rodas de Conversa em Saúde Mental – dispositivo existente desde 2011 enquanto espaço de trocas de experiência sobre processos de trabalho, potencialidades e fragilidades do cuidado oferecido – fazendo uso de ferramentas da Educação Permanente, passaram a abordar a assistência sob o prisma dos pontos de atenção em processo de implantação. Este dispositivo acontece mensalmente; os trabalhadores da rede de saúde mental e seus afluentes são convidados a participar das discussões, de forma flutuante, garantindo a participação cada vez de mais atores nessa construção. A inclusão do trabalhador no processo foi extremamente significativa, implicando formação, reflexão crítica e análise das práticas em saúde mental em cada espaço, a partir da visão compartilhada

dos profissionais que compareciam ao encontro: trabalhadores da atenção básica, CAPS, NASFs, ambulatórios, hospital, dentre outros.

Desde o primeiro encontro, vários temas foram abordados, sua escolha tendo sido norteada pelos próprios articuladores municipais, trabalhadores e, em alguns momentos, direcionados pelo DRS, a partir de fragilidades identificadas no processo. Dentre os temas, pode-se apontar: Conhecendo a rede que temos; Projeto terapêutico dos serviços e projeto terapêutico singular; Quem é a pessoa que merece o cuidado da Saúde Mental? Saúde Mental e Atenção Básica; Acolhimento em Saúde Mental e experiências do trabalho em rede; NASF enquanto equipamento da rede de Saúde Mental; Levantamento de estratégias de Educação Permanente para continuidade das rodas nos territórios, dentre outros.

Fóruns de discussão foram organizados pelo grupo de articuladores municipais e técnicos da regional. O I Fórum Regional de Saúde Mental “Repensando práticas e tecendo redes”, realizado em 2012 com 250 participantes, foi planejado também enquanto disparador de um Projeto de Educação Permanente em Saúde (EPS), o primeiro em saúde mental para as regiões de saúde do DRS III, e trouxe representantes do Ministério da Saúde e da área técnica da secretaria de estado. Sua tarefa foi discutir o preconizado nas portarias com relação à implantação da RAPS. O projeto em questão, “Tecendo a Rede de Saúde Mental: desenvolvimento dos profissionais e reorganização dos serviços na Região do DRS III – Araraquara” foi desenvolvido nos territórios e almejou a construção de competências por gestores e trabalhadores relativas ao cuidado em Saúde Mental.

O II Fórum Regional de Saúde Mental “Mudanças e desafios na (re)construção do processo de trabalho”, realizado em 2013, também contou com cerca de 250 participantes, aprofundou os debates sobre a RAPS e trouxe profissionais atuantes em diferentes pontos de atenção para compartilhar experiências. Os eventos são anuais e reúnem trabalhadores, gestores e usuários das quatro RS em um momento de aprendizado e discussão conjunta.

O projeto de Educação Permanente disparado pelo I Fórum foi desenvolvido pelo Centro de Desenvolvimento e Qualificação para SUS (CDQ-SUS) do DRS. Pautado na realização de rodas de conversa nos

territórios, pretendeu oferecer voz ao trabalhador, escuta e estímulo ao gestor, aumentando a “caixa de ferramentas” dos profissionais que participaram do processo.

Integrando o Projeto de EPS-Saúde Mental, foi necessária a execução de uma oficina disparadora, destinada a sensibilizar e informar os novos gestores municipais a respeito da RAPS e dos seus equipamentos, salientando fragilidades locais em função do perfil assistencial e demográfico. A oficina foi também utilizada enquanto estratégia para obter o aval dos gestores para o plano de ação em processo de construção, contemplando a implantação de novos pontos de atenção. Na oficina foi construído um documento que norteou o processo de implantação da RAPS nas Regiões de Saúde.

Com os produtos das discussões em mãos, o grupo de articuladores finalizou, em meados de 2013, o desenho da rede em cada uma das quatro RS propondo, inclusive, serviços regionais que compartilhariam o cuidado entre municípios contíguos. A rede foi apreciada e aprovada pelos gestores municipais, seguindo as instâncias de aprovação: Grupo Condutor Estadual de Saúde Mental, Comissão Intergestores Bipartite, Comitê Gestor de Redes e Ministério da Saúde.

### **Efeitos do apoio para os coletivos apoiados**

O DRS tem, como uma de suas funções, a oferta de apoio técnico junto aos municípios para que as políticas se efetivem em nível local e regional. Não somente através da figura do interlocutor regional, mas também através de toda equipe do departamento, as estratégias de apoio podem ser visualizadas. A reflexão sobre este processo permite-nos pensar que o apoio técnico, aparentemente restrito a questões mais objetivas, como portarias, normativas, leis, prazos, dentre outros, possa ter sido extrapolado para um apoio que pode ser denominado como institucional, quando se utilizam, para tanto, dispositivos da Educação Permanente em Saúde (EPS). A utilização de tais dispositivos – problematização, rodas de conversa, estudo de casos – se fundamenta na crença de que a EPS constitui importante ferramenta de gestão, nos micro e macroespaços onde a gestão do cuidado acontece.

O processo se apresenta como releitura da forma clássica de se fazer apoio técnico, a qual historicamente está ancorada numa vertente mais hierárquica, pouco inclusiva. A equipe do DRS, nesta experiência, evidencia que é possível fazer apoio técnico aos municípios de outro modo, transmutando apoio técnico para apoio institucional, na medida em que se aporta em princípios como participação, construção coletiva dos processos, transversalidade das relações, análise coletiva dos processos de trabalho e nas produções deste movimento.

O processo proporcionou incremento na rede de atenção, e de forma crítica, considerou não somente critérios e parâmetros populacionais, mas também fragilidades e potencialidades territoriais. Espera-se que o cuidado à pessoa com sofrimento mental aconteça de forma integral e humanizada, a partir de equipamentos substitutivos, de forma a enfrentar o estigma manicomial que ainda paira em nossa sociedade e na prática cotidiana dos serviços. Os profissionais têm se sentido parte do processo, participando ativamente das discussões propostas. O hospital psiquiátrico da região também está presente em todos os movimentos, o que minimiza hiatos e contribui para a tessitura da rede, qualificando o momento pós-internação, inclusive de forma a repensar o papel deste equipamento na rede.

Enquanto processo, a implantação da RAPS não finda na formatação de propostas e/ou na instalação dos serviços, mas continua no cotidiano do articulador municipal, regional e do trabalhador, tendo o apoio institucional como importante ferramenta para fazer a rede acontecer, através da problematização e recomposição do trabalho frente aos desafios que certamente estão por vir, nos espaços constituídos e que porventura venham a se constituir.-

Presentemente, é possível constatar envolvimento dos articuladores municipais e profissionais da rede de Saúde Mental com a consequente valorização dos espaços e processos apontados. A participação intensa dos atores já citados neste processo, tanto nos espaços de apoio constituídos, como uma real participação observada nos próprios territórios, com a implantação de serviços e discussões de enfrentamento de modelos de cuidado, tem sido reconhecida pelas

instâncias de gestão e demais pontos de atenção em saúde. Este movimento pode ser reconhecido na farta adesão dos articuladores municipais aos encontros do Coletivo de Saúde Mental; no número de profissionais da rede que comparecem às Rodas de Conversa mensais, que se deslocam até 117 Km para poderem trocar suas experiências coletivamente; no aumento significativo de participações nos fóruns promovidos, incluindo os usuários. O número de equipamentos de saúde mental tem aumentado, ainda de forma tímida, mas que se faz significativa quando se observa o histórico da região.

Ao mesmo tempo, o DRS vem experimentando um modelo de relação menos impositiva e mais colaborativa com os municípios de sua abrangência. Este reposicionamento tem sido reconhecido enquanto apoio pelos próprios municípios. Ou seja, com a criação de espaços que podem ser considerados de apoio institucional, considera-se que esta relação entre municípios e estado vem se delineando numa perspectiva de realização de apoio, e não mais a realização de um apoio técnico simplesmente com a informação de normativas que precisam ser cumpridas ou atingidas. Neste sentido, pode-se considerar que, como discutido acima, o apoio técnico foi extrapolado por um apoio que se configura também nas relações estabelecidas, através dos dispositivos constituídos já citados (e outros que ainda podem se constituir), nos quais as estratégias de enfrentamento dos desafios de implantação de uma rede complexa como esta em questão são construídos de forma coletiva, mais democrática, em processo, mais horizontal e, principalmente, conjunta. Acredita-se que este formato permita uma construção mais significativa e colaborativa, a partir de uma consciência e responsabilidade regional que vai sendo instalada ao longo do tempo entre os envolvidos.

O fazer conjunto nos espaços citados nesta experiência tem proporcionado, para o articulador municipal e trabalhadores, um encurtamento da distância entre gestão e cuidado, uma vez que a rede tem sido elaborada por aqueles que a tornam viva em ato. Destaca-se que, num passado recente, todo o planejamento se dava no âmbito da gestão. Hoje, a lógica se inverte num movimento de integração e cooperação.

Em todos os lócus, o coletivo dos atores envolvidos avalia que é imperativo dar continuidade aos processos educativo-formativos, seja através das Rodas de Conversa em Saúde Mental, seja através de novos projetos de Educação Permanente, enfocando principalmente processos de trabalho nos CAPS, na atenção básica, em parceria com os NASFs, ou seja, nos dispositivos em processo de implantação.

Esse modo de fazer concebido (e em concepção) pela equipe técnica do DRS, que faz a transição do apoio técnico ao apoio institucional, está sendo, por um lado, incorporado ao processo de trabalho de seus técnicos, e por outro, reconhecido e apreciado pelas equipes municipais. A partir daí, acredita-se que não há como retroceder: a aposta é que o apoio institucional de uma possibilidade passe a se constituir em prática, que permita o desenvolvimento técnico e relacional entre as equipes, favorecendo o cuidado integral e resolutivo, preconizado pelo SUS.

Assim, este não é um relato que se encerra; é apenas o primeiro capítulo de uma história que vem sendo escrita a várias mãos. No próximo, devem ser previstas estratégias para execução do planejado e avaliação crítica da implantação, o subsídio às equipes na construção de diferentes práticas de cuidado, a manutenção do aval dos gestores frente aos obstáculos que certamente se imporão, não obstante desejos e propostas “*por uma sociedade sem manicômios, a partir da inserção social e do cuidado na comunidade*”.

## Referências

- AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. *Cad. Bras. Saúde Mental*, v. 1, n. 1, 2009. (CD-ROM). Disponível em: <<http://stat.ijkem.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/998/1107>>. Acesso em 16 fev. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.brasilus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 27 jan 2014.
- CAMPOS, R.O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.

LUSSI, I.A. O. *Trabalho, reabilitação psicossocial e rede social: concepções e relações elaboradas por usuários de serviços de saúde mental envolvidos em projetos de inserção laboral*. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

MÂNGIA, E.F.; YASUTAKI, P.M. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*. São Paulo, v. 19, n. 1, p. 61-71, 2008.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. *Boas práticas em Saúde Mental Comunitária*. Barueri: Manole, 2010. 196p.

# A trama não se tece sozinha: costuras coletivas em um território do estado de São Paulo

MÔNICA VILCHEZ DA SILVA

CRISTIANE RIBEIRO

MARIA TERESA LUZ EID DA SILVA

O Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRS III), instância de representação da Secretaria Estadual da Saúde (SES-SP) no coração deste estado, tem experimentado diferentes modos de fazer a gestão da rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Inúmeras estratégias têm sido realizadas na tentativa de transformar uma identidade com traços de centralização e verticalização do poder.

Em consonância com os movimentos disparados pelo Ministério da Saúde (MS) e SES-SP, o DRS III tem atingido objetivos e resultados importantes que se configuram como um modo particular de fazer a gestão regional em parceria com gestores e trabalhadores municipais, na perspectiva da construção de um SUS universal, integral e com equidade.

A equipe técnica, alocada em centros e núcleos com diferentes funções, tem afirmado a cada dia que seu papel é apoiar as equipes de gestão e atenção municipais, articulando estratégias para a consolidação das políticas de saúde. No entanto, reconhece-se uma gama de entendimentos sobre o que é apoiar e o que isto implica na prática de cada trabalhador. Tais distinções se traduzem no fazer e dizer dos trabalhadores em reuniões técnicas ou específicas para discutir o tema apoio, como: o apoio ao município como uma forma de fazer gestão; o apoio ao município relacionado a mostrar como fazer, como se houvesse um jeito certo e único; o apoio ao município para que execute tarefas determinadas pelo MS e SES,

respeitando os modos possíveis de cada local; o apoio ao município para que aprenda como fazer por meio de ações educativas mesclando transmissão de conhecimento e valorização da prática do trabalhador, denominada de *capacitação*; o apoio ao município na realização de processos de gestão e cuidado a partir de demandas dos municípios, expressas nos espaços pelos quais os trabalhadores do DRS circulam e o apoio como ação de fazer com, a partir de análise da demanda e oferta de dispositivos.

Com o objetivo de realizar o que lhe é atribuído, o DRS III instituiu diferentes espaços de encontro para discussão, implantação e reorganização de ações programáticas (coletivos das respectivas áreas), de redes temáticas (grupos condutores regionais, rodas de conversa, grupos de pesquisa em parceria com universidades da região) e outros como Fóruns (Regulação) e Oficinas (Acolhimento, Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, Grupos de Trabalho de Humanização – GTH de Hospitais) de acordo com a necessidade que se faz em processo. Esses espaços são coordenados pela equipe técnica do departamento, com a participação de articuladores, apoiadores, coordenadores e trabalhadores da gestão e do cuidado das equipes municipais.

Os participantes desses espaços são atores indicados pela gestão dos 24 municípios, distribuídos em quatro regiões de saúde que compõem o DRS III, desempenhando, na maioria das vezes, a dupla função gestão e cuidado. Nos coletivos regionais, esses participantes desempenham importante papel que se desdobra no território, com o objetivo de concretizar a ideia de cogestão entre estado e município e entre as equipes de gestão e de cuidado municipais.

Muitas das portarias que regem o SUS expressam a condição de constituição de coletivos compostos por atores municipais e estaduais para a tarefa de implementação das redes e programas. Pode-se constatar que tais grupos têm produzido diferenças na condução dos processos de trabalho do DRS e das equipes municipais, pois ativam o ser coletivo e cogestivo, por vezes adormecido no trabalho impregnado por práticas que não privilegiam a construção de diferentes relações, saberes e práticas, ferramentas fundamentais frente aos desafios que o SUS nos coloca.

As diferenças observadas relacionam-se aos modos como os coletivos são conduzidos, disparados pelos dispositivos utilizados (rodas de conversa, oficinas temáticas de trabalho, grupos de trabalho e pesquisa com referencial teórico da Análise Institucional e método cartográfico).<sup>1</sup> Nesses trabalhos, os participantes são convocados ao diálogo a partir do lugar que representam (gestão, cuidado, gestão e cuidado), compartilhando o que pensam e o que fazem, considerando a finalidade do trabalho de cada um dos grupos que participam. Questões como: “por que estamos aqui?”, “para que estamos aqui?”, “qual a tarefa a realizar?”, “o que podemos fazer frente aos desafios que a tarefa nos coloca?” e “como fazer?” têm contribuído na produção de sujeitos mais reflexivos, propositivos, estratégicos e coletivos.

Merece destaque o caráter processual desta construção, expresso na fragmentação e isolamento ainda presentes no desenvolvimento das práticas de gestão e produção do cuidado ao usuário, revelando dificuldades na produção e integração dos coletivos municipais. As vivências grupais estão centradas em atores de uma mesma rede, dificultando assim a consolidação de planos e contratos necessários para o encontro com os diferentes pontos de outras redes. O entrecruzamento de planos mostra-se cada vez mais necessário, pois temos gestantes usuárias de serviços de saúde mental, usuários de saúde mental que necessitam de cuidados de urgência em leitos hospitalares – enfim, uma gama infinita de fluxos partindo da necessidade dos usuários. A transversalidade das políticas de humanização e educação permanente em saúde contribui neste trabalho.

As percepções deste processo reverberam na fala dos diferentes atores que participam desses coletivos, estimulados pelas recentes construções de planos de ação das redes temáticas – Cegonha, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), entre outras. Os atores mais sensíveis a esta percepção relatam um

---

<sup>1</sup> A Análise Institucional surgiu nos anos 1970 como uma abordagem que propõe, através da articulação de conceitos e instrumentos de análise, a partir da emergência de dispositivos que venham a provocar os sujeitos constitutivos de tal instituição, a transformação dessas instituições e suas ações. A cartografia é um método de pesquisa fundamentado nas ideias de Gilles Deleuze e Félix Guattari, e vem sendo utilizada em pesquisas de campo para o estudo da subjetividade.

sentimento de solidão na construção de processos, reforçado pela dificuldade de viabilizar as ações construídas nos planos, remetida, na maioria das vezes, à ausência de apoio da gestão municipal e às dificuldades na realização e transformação dos processos de trabalho. Isso leva a uma classificação dos trabalhadores como desinteressados pelas novas propostas de construção do SUS, por serem “os mais velhos das equipes”. Há também uma insuficiência de recursos humanos, com predominância de investimentos na categoria médica. A falta de estrutura de algumas unidades (espaço físico, equipamentos), associada à formação dos profissionais e inexistência de processos educativos que visem à mudança, também merece destaque na escuta destes dizeres.

O que fazer então frente a este cenário desolador? Foi considerando tais desafios que as mudanças dentro do DRS foram aos poucos, e não na sua totalidade, acontecendo. Acolher a demanda, proceder à análise dos principais problemas e buscar estratégias que possam potencializar as forças consumidas pela visão queixosa da realidade e dos encontros, dá finalidade ao trabalho da gestão estadual e municipal. Para que estamos aqui, afinal?

O Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQ-SUS) tem a finalidade de fomentar a construção de espaços coletivos de conversa para o desenvolvimento de ações de gestão e de cuidado ancorado nas Políticas de Educação Permanente em Saúde (EPS) e Humanização. A equipe do CDQ-SUS, por meio da participação em diferentes encontros, oficinas, rodas de conversa, reuniões de trabalho, promovidos pelo MS e SES-SP e pelo próprio CDQ-SUS, tem vivenciado intensamente a função apoio e a articulação das referidas políticas, inserindo-se em distintos espaços, questionando os modos de fazer da gestão estadual e municipal, num manejo estratégico de revigorar ideias de difícil adesão. Tais políticas não compõem com a prática anti-SUS predominante em alguns territórios, regidos por políticas partidárias afastadas da técnica e de uma diretriz ética-política de afirmação da expansão da vida e do cuidado – ética.

É deste barro que fazemos a obra. Nosso campo de ação é o DRS e os municípios que não conseguem construir mais seu trabalho de forma isolada, em gestão de gabinete, sem conversar e perguntar como pode ser feito. O CDQ vive um movimento de adesão e expulsão

daquilo que tem a ofertar, mas não desiste. Inventa, repete, analisa, planeja e colhe bons frutos nesta jornada.

Dentro do DRS, o CDQ-SUS oportuniza discussões sobre temas que contribuem no trabalho dos demais centros e núcleos, compartilha dispositivos e faz junto, participando de várias frentes de trabalho. Com os municípios, acompanha regionalmente as ações municipais e, quando possível, por meio de visitas agendadas, conhece a realidade relatada, que ao nosso olhar se torna outra realidade. Em um desses trabalhos, em que fomos, CDQ-SUS, gestores municipais e articuladores de EPS para um município de uma das regiões de saúde, ouvimos de uma gestora que momentos como o que vivemos naquela manhã produziam reflexão. Um alento na rotina de gestores que não conseguem refletir sobre o que fazem.

A equipe do CDQ-SUS entende por apoio, algo que se produz no encontro de diferentes sujeitos – gestores e trabalhadores –, partindo de questões do cotidiano da gestão e da atenção. Neste sentido, a produção de espaços de encontro para o diálogo, a problematização das práticas, as ofertas de ferramentas e dispositivos para construção coletiva e significativa de novos arranjos de gestão e reorganização da rede e da micropolítica do trabalho, são algo que nos enlaça na trama de nossos interesses. Trama tecida por diversos fios, produzindo novos relevos, singulares costuras. Temos também tecido esgarçado, que convoca à tarefa de ativar o coletivo. Objetivamos a conexão de uma rede integrada que inclua os diferentes atores parceiros, para a produção de comuns, com compromisso e contratualização entre os sujeitos envolvidos. Reescrevendo nossos interesses: objetivamos a conexão dos diferentes pontos da rede, num movimento de inclusão de todos os trabalhadores que neles desenvolvem suas práticas, provocando, a partir destes movimentos, análises coletivas do cotidiano das equipes que compõem a rede e da finalidade de cada equipamento e do próprio SUS, estimulando a experimentação e criação de dispositivos de gestão e cuidado que visem transformar práticas e colocar em relação os diferentes sujeitos que trabalham e utilizam o sistema.

A aproximação da equipe do CDQ-SUS com as políticas de EPS e Humanização se deu desde sua publicação pelo MS e pelos movimentos disparados pelos governos federal e estadual. A participação nesses

movimentos favoreceu a construção de finalidades para o trabalho do referido centro, criado em 2007. Os pressupostos, princípios, diretrizes, métodos, ferramentas e dispositivos foram agulha e linha de uma equipe que entendia que a tarefa de ativar grupos e coletivos, além de compartilhar saberes e experiências, seria ação fundamental desde então.

Transversalizar, princípio da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010) é colocar os saberes e práticas no mesmo plano comunicacional, provocando desestabilizações e novos fluxos. Para tanto, foram instituídos grupos específicos para o trabalho com as duas políticas, espaços de discussão e análise de cenário local e regional, de construção de mapas que apontem problemas e possibilidades de articulação e recursos existentes, que possibilitem a integração de equipes e serviços, potencializando a reinvenção de si e do trabalho em saúde. Nesse processo, acolhemos incertezas, ansiedades e desmotivação frente à realidade das redes municipais e dialogamos sobre o fazer e como fazer, desfazendo a ideia do trabalhador “salvador da pátria”, único responsável pela mudança das práticas. Conversar, explicitar diferenças, pactuar o que e como fazer. Isso implica um grau de co-gestão, confiança e grupalidade.<sup>2</sup> E na busca de sentidos para o trabalho do CDQ-SUS, descobrimos uma prática que lentamente se alastra, frente a nossa pressa de mudança, contagiando alguns mais do que outros, no fazer da Regional de Saúde. Resistência e permeabilidade, elementos que perpassam o cenário da gestão, no qual oscilam as determinações e as possibilidades de criação.

A experiência de modos de fazer coletivos, nos quais pensa quem executa, com diálogos mais cooperativos que permitem a horizontalidade no trato de questões políticas e condução de processos disparados pela gestão estadual, foi se consolidando por meio da vivência da equipe do CDQ, na idealização dos processos e na participação de inúmeros outros.

---

<sup>2</sup> Experiência que não se reduz a um conjunto de indivíduos nem tampouco pode ser tomada como uma unidade ou identidade imutável. É um coletivo ou uma multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares, etc.) em agenciamento e transformação, compondo uma rede de conexão na qual o processo de produção de saúde e de subjetividade se realiza.

Enquanto participantes, percebíamos em nós as mudanças da construção coletiva e compartilhada, e nos incomodávamos com os efeitos de processos verticalizados. Ao participarmos de experiências nas quais a roda não rodava e nossas ações estavam tolhidas da criação, sentíamos na carne o desânimo e ausência de implicação com o que fazíamos. E quando estávamos em processos que consideravam os participantes sujeitos de sua ação, nossos ânimos mudavam! Pensar, sentir, criar, produzir outras realidades, produzir-se no encontro com outras realidades. Costurando com os fios da experiência, foi possível olhar para si e para o outro, acertar o ponto, desfazer com a linha, pintar e bordar. Vimos o quanto movimentos inclusivos, de aceitação das diferenças, favorece a articulação com os diversos atores do SUS – gestores, prestadores, trabalhadores e, ainda de forma insuficiente, os usuários.

No entanto, enquanto gestores estaduais, nossa prática atinge determinado grupo de trabalhadores e gestores do SUS que participa das ações desenvolvidas pelo DRS III. Devido à fragmentação ainda presente no desenvolvimento de seus processos de trabalho, a gestão estadual produz uma agenda com diversas reuniões que focalizam o tema que se quer discutir: reuniões do colegiado de saúde mental, dos apoiadores de humanização, dos articuladores de EPS, entre outros. A equipe do DRS aposta no investimento em atores estratégicos, com o objetivo de “entrar” nos territórios através desses atores, mas há necessidade de um investimento presencial com as equipes locais. A equipe do CDQ-SUS experimentou os efeitos desta aproximação em encontros programados, a partir de demanda de gestores e/ou trabalhadores municipais, num pedido explícito de apoio a ações em desenvolvimento.

O desafio está posto: como manter na agenda dos diferentes centros e núcleos que compõem o DRS III, atividades regionais fundamentais para a consolidação das redes, e criar agendas que atendam a demandas locais, num exercício da função apoio: não fazer por, mas fazer com? O CDQ-SUS defende a proposição de produzir encontros dos diferentes coletivos regionais existentes compostos por atores estratégicos, para que a partir da conexão dos distintos planos de trabalho que permeiam a ação desses coletivos, se produza vida

nos territórios de saúde, a razão de ser desses grupos. As vivências da equipe técnica do DRS III estão circunscritas, no âmbito das conversas, a redes ou programas, e este novo arranjo se apresenta como um desafio, mas um devir coletivo ronda nossas conversas quando nos propomos a avaliar tais arranjos.

Exemplo vivo foi uma experiência recente com o grupo condutor regional da Rede Cegonha. O grupo condutor é constituído por representantes eleitos pelos gestores estadual e municipal, para a realização de uma matriz diagnóstica que favoreça a análise da rede atual com vistas a uma reorganização a partir de novos arranjos orientados pela Portaria nº 1.449, que instituiu a Rede Cegonha no território nacional. O grupo é o cenário de pesquisa de um projeto em parceria com o DRS III e universidades locais (UFSCar e USP-RP). Por meio de pesquisa-intervenção, fundamentada nos conceitos da Análise Institucional, foram incluídos no grupo, para fins da pesquisa,<sup>3</sup> os articuladores de EPS.

O articulador tem como papel organizar em parceria com o secretário/diretor de Saúde, equipe de gestão e cuidado da rede municipal, processos de educação permanente para os trabalhadores. Os objetivos das ações desenvolvidas devem atender às necessidades singulares de cada território e a condução das ações/atividades não deve ser de responsabilidade exclusiva do articulador. O CDQ-SUS, em reuniões de apoio ao trabalho do articulador, reforça a importância de compreender que a EPS é reflexão no trabalho e para o trabalho, podendo assim ser desenvolvida nas reuniões de equipe a partir da problematização do cotidiano, na busca de novas respostas para velhas questões.

Na primeira participação dos articuladores de EPS no grupo condutor da Rede Cegonha, um articulador de EPS questionou: *por que fui incluído somente agora, gostaria de ter participado da construção da rede em meu município, lá também não fui chamado?* Há, portanto,

---

<sup>3</sup> Os objetivos da pesquisa são: analisar o processo de implantação da rede de atenção à saúde materno-infantil considerando os diferentes pontos da rede; o papel que a atenção básica assume nos diferentes pontos da rede; e identificar ferramentas utilizadas pela atenção básica que viabilizam a coordenação do cuidado e ordenação da atenção materno-infantil.

a necessidade de reconhecer o trabalho deste ator e incluí-lo em espaços regionais e locais, promovendo o encontro desse articulador com tantos outros existentes (Humanização, Atenção Básica, Saúde Mental, Bucal, Idoso, representantes dos grupos condutores das redes prioritárias) na construção do SUS e que atualmente experimentam conversas entre iguais, desfavorecendo uma aproximação dos trabalhadores a política de EPS e na resolução de problemas. A fala do participante remete também a outro aspecto dos modos de fazer que podemos ressaltar e investigar: o funcionamento dos municípios por reprodução de certo modo de fazer. Se incluirmos diferentes atores nos coletivos regionais, estimulamos gestores e trabalhadores que prezam a democracia institucional, que façam o mesmo em sua prática de gestão de políticas públicas. Isto implica a necessidade de fortalecimento da gestão, do trabalho em equipe na produção de saúde e na adoção de políticas como a EPS e humanização que apontam o fazer coletivo, analítico e criativo

No período de 2004 a 2013, o CDQ-SUS desenvolveu diversos trabalhos com o objetivo de aproximar a Política Nacional de Humanização aos processos e movimentos desencadeados na construção do SUS. Mapeando potências e desafios destas ações e considerando sua experiência com a política de EPS, o CDQ-SUS decidiu criar o apoiador de humanização e compartilhou a ideia com gestores municipais que aceitaram indicar um trabalhador para a implementação ou fortalecimento da política em seus municípios. Constituído o grupo, o CDQ-SU iniciou um trabalho de apoio ao apoiador, por meio de encontros mensais e conversas sobre o conceito de humanização, a importância, análise de cenário, reconhecendo parcerias e possíveis entradas do apoiador no território, valorizando as trocas de experiência e refletindo a partir delas, num movimento de alerta às capturas da humanização calcadas no conceito-sintoma, aquele que valoriza o apoiador dogmático, salvador de todos os males, se seguirmos os preceitos da humanização redenção.

O grupo (CDQ-SUS e apoiadores) busca o apoiador singular e para tanto utilizamos o relato de experiência e estudo de textos como disparadores para tal construção. A singularidade será expressa em planos de ação a serem construídos pelo apoiador, no sentido de

apontar possíveis caminhos, que não serão fixos. Os apoiadores, nesses encontros, lamentam suas realidades, mas também se perguntam: o que ofertar para produzir mudança? Como ofertar?

O grupo observa que o cardápio de ofertas do apoiador precisa ser ampliado, bem como o entendimento de sua função, carregada de tantos sentidos: para que existimos? Algumas funções já foram dadas *a priori* por trabalhadores estaduais e municipais envolvidos na implementação das redes que reconhecem a importância da inseparabilidade da gestão e do cuidado. Para estes, a conexão deve ser obra de criação dos articuladores/apoiadores por meio de seu fazer e das ferramentas e dispositivos que podem compartilhar. Há, portanto, a necessidade de estarem incluídos nos processos e reconhecidos por si mesmos e pelos outros como atores estratégicos. Nesse trabalho, o apoiador se faz em processo, numa mescla de conhecer para transformar e transformar para conhecer. O CDQ-SUS, as estratégias apontadas (reuniões de trabalho, textos, relatos de experiências, construção de planos de ação) como dispositivos de formação do apoiador.

O conhecimento das inúmeras dificuldades encontradas no cenário atual para o desenvolvimento das políticas de EPS e humanização nos territórios municipais está presente nas reflexões individuais ou coletivas de quem trabalha no SUS. Atravessamentos políticos e corporativismos colocam aos trabalhadores diariamente a vivência da divisão social e técnica do trabalho, dificultando a concretização de desejos e ações de muitos que querem a mudança.

Tal realidade demonstra um jogo de forças entre o instituído e o instituinte, ferramentas da Análise Institucional. O instituído, quando o gerenciamento do trabalho em saúde se encontra preso às relações de poder hierarquizadas e determinadas e o instituinte, quando se identifica um potencial para o exercício de novas práticas de gestão e cuidado em saúde. O instituinte, correspondendo às forças transformadoras ou fundadoras da instituição, enquanto o instituído consiste no efeito ou produto da atividade instituinte (BAREMBLITT, 2002). Toda instituição se encontra atravessada pela interação contínua e mútua dessas forças inerentes ao processo de institucionalização, compreendendo atravessamento como “a interpenetração ao nível da função, do conservador, do reprodutivo” (LOURAU, 1995; BAREMBLITT, 2002).

Alguns trabalhadores da gestão estadual e municipal, para os quais as políticas, seus métodos e dispositivos fazem sentido na vida e prática profissional, apostam em modos de fazer a gestão do sistema e do cuidado ancorados em práticas democráticas e participativas, alicerçadas nos princípios éticos e operacionais do SUS. Esses princípios exigem outros modos de organização dos serviços e, conseqüentemente, outros modos de fazer a gestão, gerência, coordenação e produção de cuidado, pois o modelo tradicional de organização do trabalho não tem garantido que as práticas se complementem, ou que haja solidariedade na gestão e no cuidado.

Faz-se presente a necessidade de reorientação do modelo de gestão e atenção, da transformação permanente da organização dos serviços e processo de trabalho das equipes, demandando dos trabalhadores, gestores e usuários, maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, com vistas às mudanças concretas no cotidiano do trabalho. E frente a esta necessidade, duas políticas e atores são fundamentais para a gestão municipal: a experimentação da transversalidade dessas políticas e da função apoio pelos atores articulador e apoiador requer investimento dos que fazem o SUS.

A EPS, definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho e da formação em saúde em análise, e que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades, possibilitando a construção de espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano (CECCIM,V1995), enfrenta oscilações de investimento por parte do MS e SES, mas não por parte deste CDQ-SUS. Os diferentes coletivos instituídos e projetos formativos já desenvolvidos confirmam a importância do desenvolvimento desta política pública, reforçando a existência do articulador de EPS municipal.

A política de humanização e o trabalho do apoiador, que como aponta Oliveira (2011), envolve uma tríplice tarefa – ativar coletivos, conectar redes, e incluir conflitos – que se desdobram em inúmeras outras. Agenciar conexões, ativando redes, de saber, de cuidado, de cogestão, e tantas outras, no mesmo ato de convocar sujeitos e seus conflitos, ativando coletivos e rodas agonísticas, que os mantenham

conectados e solidários. O apoiador não é o titereiro que comanda e determina a mudança. São os agenciamentos – para os quais o apoiador é apenas um dos que contribui – que se acoplam a outros e vão fazendo deslizar a organização e os sujeitos, fazendo-os diferenciarem-se de si mesmos (OLIVEIRA, 2011).

Frente às dimensões apontadas para o trabalho dos articuladores e apoiadores, muitos são os desafios a serem enfrentados: o desconhecimento do secretário/diretor municipal de Saúde e dos articuladores/apoiadores, de outros modos de gestar e articular políticas; a ausência de projetos de saúde para os municípios na perspectiva do modelo SUS; a disputa de projetos entre gestores e trabalhadores; os modelos de gestão centralizados, com linhas rígidas de comando nos territórios, alienando as equipes de atenção e gestão, que se dizem impotentes para uma ação mais autônoma; os modelos de atenção vigentes; as dificuldades em aproximar a gestão da atenção; as condições de trabalho desfavoráveis, levando o trabalhador a produzir desânimo e descrença pelo sistema público de saúde; a ausência de espaços de conversa nas equipes e entre as equipes nos territórios municipais; e a ausência de apoio da gestão municipal ao trabalho dos articuladores/apoiadores.

Os efeitos desejados na prática da EPS e da experimentação da função apoio, que constituem a trama de que falamos, são o fortalecimento e/ou criação de equipes de gestão/apoio municipais; a mudança nos processos de trabalho, na micropolítica do trabalho vivo; a potencialização dos movimentos em defesa do SUS; a conexão do trabalhador estadual e municipal, considerando as realidades nos territórios e as aprendizagens possíveis, com diferentes saberes e práticas; a reflexão dos modos de fazer gestão e uma aproximação das modalidades do apoio; a ampliação das ofertas de ferramentas e dispositivos para a gestão estadual e municipal, resignificando a função e o trabalho dos articuladores/apoiadores; a criação de espaços de conversa e articulação nos municípios para integração dos trabalhadores dos diferentes pontos da rede, revisitando os fluxos existentes para a produção e reorganização do cuidado integral em rede, na perspectiva da produção de saúde nos territórios municipais, construindo redes

quentes, menos prescritivas e mais relacionais, num redimensionamento do cuidado e da gestão para construções mais coletivas.

## Referências

- BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 5ª ed. Belo Horizonte: Record, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.
- LOURAU, R. *A análise institucional*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- OLIVEIRA, G.N. de. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.



## **PARTE V**

---

### **Região Sul**



# A experimentação do Apoio na região da 15ª CRS: revisitando a história através da linha do tempo

DENIZE REJANE DA SILVA MAFALDA  
GARZELON GLORIA ARAGONEZ  
JOSÉ DARCI DO PRADO  
LEÔNICIO OLIVEIRA DA ROSA  
MARIA DE FÁTIMA MACHADO VARGAS  
MIRTA DA SILVA LARANGEIRA  
NOEMI SARAIVA KUSTER  
REJANE RODRIGUES GUIMARÃES  
VERA MARCIA LEHNEN LIMA  
LIANE BEATRIZ RIGHI

## Introdução

O texto que estamos apresentando é resultado de um processo de intervenção-experimentação, análise e registro, em que o espaço para análise das intervenções se constituiu em espaço de autoria. Trata-se da experimentação de técnicos vinculados a uma Coordenadoria Regional de Saúde que apoiaram municípios da sua área de abrangência e que foram apoiados.

O que estamos denominando de Apoio segue a formulação de Campos (1998, 2000). Na nossa experiência, assumimos a disposição de alterar a forma de relacionamento da CRS com os municípios e, por isso, valorizamos o apoio como componente de propostas de democratização da gestão. Outro aspecto que pode nos diferenciar de outras experiências de apoio em curso é que optamos em não priorizar o apoio temático, mas sim o apoio a equipes, compreendidas como Coletivos Organizados para a Produção (CAMPOS, 1998, 2000). Seguindo a definição de Apoio Institucional e de Apoio Matricial (CAMPOS; DOMITTI, 2007) o texto refere-se a uma experiência de Apoio Institucional a Equipes de Referência.

A equipe da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde tem experimentado uma mudança na forma de se relacionar com os municípios de sua área de abrangência. Em 2008, um grupo de técnicos acompanhou os municípios no processo de elaboração dos Planos Municipais de Saúde e implementação da Programação Pactuada Integrada (PPI). A partir de 2009, a experiência foi reforçada com a participação da universidade e pela inclusão de processos de formação de apoiadores orientados pelas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). A partir de 2011, o apoio entrou na agenda da Secretaria Estadual de Saúde (SES-RS), provocando novos desafios para a equipe desta região. Em 2012, recebemos visitas de consultores da PNH e nosso grupo foi provocado a produzir narrativas do processo. Em 2013, o grupo, apoiado pela equipe georreferenciada da Macrorregião Norte (SES-RS), pela universidade e pela PNH, assumiu o desafio de escrever sua experiência, processo compartilhado, em oficinas, com outras regionais de saúde da Macrorregião Norte e com técnicos da equipe georreferenciada. Nesse contexto, o grupo encontra-se com a metodologia denominada Sistematização de Experiência (JARA, 2013) e produz coletivamente a linha do tempo dessa trajetória.

### **Então, de certa forma, já era Apoio?**

Ações que atualmente denominamos “Apoio” são desenvolvidas pela CRS desde 2008. Entre os anos de 2006 e 2010, agudizou-se o problema da falta de profissionais nas Coordenadorias Regionais de Saúde, em função de não ocorrer concurso para ingresso de novos trabalhadores.

Tentando “dar conta”, cada funcionário atuava em vários programas ao mesmo tempo, tendo que ir várias vezes a Porto Alegre para receber capacitação, pois as mesmas são organizadas por área programática. Assumia também a responsabilidade de repassar as informações para os 26 municípios. Sendo assim, a agenda incluía, todos os meses, duas ou três viagens a Porto Alegre.

A solução foi dividir a área da coordenadoria por microrregiões, colocando um funcionário como coordenador, como um embaixador, responsável por dois ou três municípios. Este funcionário tinha a função de dar assistência às necessidades do local, coordenar as ações

da CRS no município e orientar tentando resolver as questões que iam sendo apresentadas. Para driblar a falta de conhecimento em algumas áreas programáticas, o técnico responsável pelo município convidava o colega responsável pela política de saúde na qual o município tinha dificuldade, para orientar e explicar como proceder. Desta maneira, o funcionário coordenador local da ação – que também era responsável por outra política de saúde – aprendia junto, podendo continuar a orientação e dar seguimento através do coordenador responsável pelo município. No segundo momento, com o aumento da demanda e com os vários setores de políticas de saúde, ficou mais raro o tempo dos responsáveis pela política da saúde na coordenadoria para atuarem no município dando assistência ao colega.

Nesse momento, verificou-se que seria interessante criar grupo de funcionários atuando como apoiadores do município tendo uma visão do município e de como ele interpreta o problema e procura soluções, pois estas devem partir do município. A intenção é a verdadeira municipalização, pois os funcionários do município é que devem criar soluções e pontuar o apoio necessário, pois no nível de coordenadoria a visão é mais global.

As ações de apoio foram desenvolvidas especialmente no contexto da implementação da Programação Pactuada Integrada (PPI) e do Sistema de Pactuação (SISPACTO). Nesse contexto, com a tarefa de discutir os indicadores e garantir a elaboração do Plano Municipal de Saúde, os municípios foram distribuídos entre os técnicos da regional. A ideia partiu de alguns técnicos e foi discutida com o coordenador regional, que numa reunião, expôs aos demais trabalhadores informando que *todos participariam da tarefa*. Houve resistência à proposta e muitos referiam não estar capacitados para atuar fora de um programa ou política específica. Apresentava-se o desafio de entender de tudo um pouco. Cada técnico da CRS que trabalhou nesse projeto acompanhou três municípios. No início, era o trabalho solitário de uma pessoa da CRS com seus municípios. Contudo, ir sozinho era ruim e houve um movimento para que o acompanhamento fosse realizado por duas pessoas da CRS. O grupo destacou dois técnicos (responsáveis pelo SISPACTO) para dar suporte a quem estava em contato com os municípios. Eles organizavam, sabiam como as coisas iam andando,

acompanhavam algumas visitas aos municípios e substituíam técnicos quando as visitas coincidiam com outras agendas da CRS.

Mesmo num cenário de fragilidades, de excessivas fragmentações na regional, de esgotamento do modelo de gestão da CRS e do fato de, para muitos, tratar-se de uma imposição, a forma nova de trabalhar com os municípios abriu outras possibilidades e promoveu inovações importantes na relação com os municípios. Ao discutir um indicador com a equipe do município, procurava-se analisar e qualificá-lo; havia a preocupação de sensibilizar os trabalhadores e a gestão sobre a fidedignidade dos dados como forma de visualizar o perfil epidemiológico e planejar ações específicas para o município. De repente, começamos a transitar por temas que não eram, originalmente, nossos temas. A exposição provocada pelo encontro com o município numa relação mais horizontalizada foi espaço para que os trabalhadores e gestores entrassem com seus problemas.

Os problemas apresentados pelos municípios exigiam reposicionamentos e conexões que iam muito além do desenvolvimento de competências para implementar uma política ou melhorar um conjunto de indicadores. Ir ao município provocou grandes mudanças na gestão da CRS; as pessoas continuavam sendo a referência para determinada política ou programa, mas incluíam uma nova sensibilidade para as formas de implementação destas políticas; as reuniões incluíam a troca de experiências, as dificuldades encontradas e, especialmente, a conexão entre a oferta da CRS e as experiências dos municípios.

Sempre falamos que os municípios não conhecem as políticas; mas na coordenadoria um também não conhece a política que o outro coordena, muito menos como elas poderiam se conectar na situação singular de cada município. Ampliaram-se formas de transversalidade, criaram-se condições para novos encontros e para aprender e valorizar o saber do outro (tanto nos temas – especialidade da CRS, como no cotidiano dos serviços e na gestão de cada município).

O que não deu certo? Alguns não se identificaram com a proposta. Em muitos municípios, não aconteceram mudanças, pois o encontro continuou centrado na crença de que os técnicos da coordenadoria deveriam ensinar a forma certa de fazer, reproduzindo relações autoritárias, mesmo estando no município. Havia um tensionamento

entre o apoio ao município e a área de conhecimento do técnico. Enquanto o município ampliava a pauta e queria incluir os problemas de acordo com a necessidade, os técnicos sentiam-se mais à vontade em pautas específicas, não se autorizando a “entrar na área do outro”, o que implicava deixar o tema para outro momento e convidar o colega da área para tratar dele. A necessária *desespecialização* provocada por este encontro com o município não foi suportada por todos; a decisão de incluir todos os técnicos no acompanhamento dos municípios parece ter sido equivocada.

Alguns técnicos ficaram sobrecarregados porque os municípios buscavam quem tinha mais vínculo. Como não havia o entendimento de que estávamos produzindo uma inovação importante, não houve a preocupação com a análise das intervenções nos municípios e também dos ruídos que elas provocavam na CRS. Esta intervenção não foi acompanhada de uma formação para fazer diferente. Encerrado o período proposto para a implementação das ações do SISPACTO, as visitas foram suspensas, mas um grupo da CRS passou a ver o acompanhamento dos municípios como uma possibilidade. Assim, revisitaram propostas de educação permanente e de formação em humanização. Entra o apoio da universidade<sup>1</sup> e da PNH. E a história segue...

### **O Apoio em processos de Educação: formar-se formando**

A ideia, em 2009, era fazer uma roda para discutir a humanização da atenção e gestão do SUS. Ao mesmo tempo, parte da equipe da CRS trabalhava na elaboração do Plano de Educação Permanente e se preparava para oferecer cursos (já aprovados) para trabalhadores da atenção básica. Na universidade, professores procuravam espaços para a realização dos primeiros estágios<sup>2</sup> do curso de Enfermagem.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); Centro de Educação Superior Norte-RS (Cesnors), Campus Palmeira das Missões.

<sup>2</sup> No Projeto Político-Pedagógico vigente à época, o Estágio Supervisionado II referia-se à atividade supervisionada e com orientação docente; totalizava quatro meses de inserção do aluno em um serviço de saúde. A principal opção dos alunos era desenvolver estas atividades junto ao Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) ou em experiências consolidadas, como foi o caso dos hospitais de Ijuí, Passo Fundo, Três Passos e, no campo da Saúde Coletiva, a Fundação de Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR).

Havia alunos interessados no campo da gestão em saúde e com possibilidade de permanecer em Palmeira das Missões. Contudo, articulações e mudanças nesses projetos transformaram este processo em “outro processo”.<sup>3</sup> Aceitaram participar da roda as pessoas que tinham interesse em retomar o apoio aos municípios.

No mesmo ano, a equipe da CRS havia proposto dois cursos para trabalhadores da atenção básica na região. Os cursos já estavam aprovados e destinavam-se a públicos diferentes. Técnicos de nível superior (especialmente enfermeiros e médicos) participariam de um curso e técnicos de enfermagem participariam de outro, desenho que respondia a uma solicitação das equipes. A concepção de Apoio para Coletivos Organizados para a Produção (CAMPOS, 1998, 2000) indicava que esta proposta de formação não contribuiria para o apoio, pois teria pouca capacidade de induzir encontros e projetos comuns na equipe. Pensamos que qualquer aula (mesmo uma boa aula) sobre trabalho em equipe não seria suficiente para provocar mudanças no cotidiano do trabalho das equipes. No entanto, a disposição para induzir o trabalho em equipe não era suficiente para convocar os trabalhadores para um processo de formação.

Utilizando os conceitos de Campo de Competência e Responsabilidade e de Núcleo de Competência e Responsabilidade (CAMPOS, 1997),<sup>4</sup> o curso foi pensado com alguns momentos presenciais comuns a todos os trabalhadores e outros específicos a alguma categoria, dentre os quais encontros faríamos contato por telefone e correio eletrônico e visitas para as equipes. Em reunião da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), defendemos que a primeira oferta do curso fosse apenas para municípios com população inferior a 3.050 habitantes. Trabalhamos com 12 equipes, todas

---

<sup>3</sup> Estas conexões são descritas no texto “Apoio Institucional e composição de agendas no campo da saúde: uma experiência no interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil”, que integra esta coletânea.

<sup>4</sup> Por “núcleo”, entende-se o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos a cada profissão. O núcleo marcaria, desta forma, a diferença entre os membros de uma equipe. Os elementos de singularidade que definem a identidade de cada profissional ou especialista, conhecimento e ações de exclusiva competência de cada profissão ou especialidade, se convencionaria denominar “núcleo”. “Campo” compreende saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades (CAMPOS, 1997).

elas eram o único serviço de saúde do seu município. Este grupo representava um percentual pequeno de população da região, mas representava quase metade dos municípios. Desenvolver um processo de formação e de acompanhamento deste conjunto de municípios apresentava-se como um desafio importante.

O curso de Atenção Básica, o Plano Regional de Educação Permanente, as rodas de conversa sobre ofertas da PNH e a presença de professores e alunos na área da gestão foram processos que se articularam e potencializaram. Os técnicos da CRS participavam de forma mais ou menos intensa de momentos ou partes desses processos formativos. Contudo, os encontros para desenho dos cursos, e planejamento de visitas não foi potencializado como poderia ter sido. Naquele momento, o grupo planejava formação para os outros e sentia falta de um processo de formação para si. Criamos um grupo de estudos em Apoio e Humanização, mas não conseguimos sustentar a periodicidade de nossos encontros de estudo. Mesmo assim, foi possível realizar duas visitas para cada município participante do curso. Elas tinham o objetivo de discutir Projetos Terapêuticos Singulares<sup>5</sup> (OLIVEIRA, 2010; CARVALHO; CUNHA, 2006) e desenhar Fluxogramas Analisadores (MERHY, 1997; FRANCO, 2003) das unidades.<sup>6</sup>

Um dos efeitos deste processo de formação foi a indução ao trabalho em equipe. Ou seja, a valorização do processo de trabalho e das conexões em um Coletivo Organizado para a Produção. Assim, discussões sobre Clínica Ampliada e a proposta de elaboração de um Projeto Terapêutico Singular – que ia sendo atualizado a cada encontro presencial – iam não só estimulando o trabalho em equipe, mas, por suas características, exigiam um trabalho coletivo e mais horizontalizado. A forma como desenhamos os fluxogramas mostrou-se adequada. A ideia era a produção de diagramas provisórios (usamos

---

<sup>5</sup> O Projeto Terapêutico Singular é o conjunto de propostas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo. Resulta da discussão de uma equipe interdisciplinar (CARVALHO; CUNHA, 2006).

<sup>6</sup> O modelo de fluxograma foi proposto por Emerson Elias Merhy. É dividido em etapas: entrada, recepção, decisão, cardápio de ofertas e saída. É um diagrama que tem a perspectiva de desenhar um modo de organização de um conjunto de processos de trabalhos (MERHY, 2007).

lápiz, autorizamos borrar, apagar). Descobrimos que, ao mesmo tempo em que a equipe ia fazendo acordos a respeito de *como é*, ia também ensaiando acordos sobre *como poderia ser*.

A produção de respostas adequadas às realidades dos municípios pequenos foi um desafio permanente. Nesse contexto, mais que falar da importância do trabalho em equipe, era necessário criar espaços para a experimentação de encontros, *da produção do comum*. Os momentos presenciais aconteciam a cada 15 dias. Sabíamos das distâncias e do tempo de viagem, então acertamos que os encontros se iniciariam às 9 horas e se encerrariam às 15h30min. No início, um café oferecido no hall do auditório era também estratégia de acolhimento num espaço micropolítico. Depois vimos que era possível provocar diferentes encontros a partir da recepção com café. Incorporamos a tecnologia do *Café com Ideias* e criamos 12 rodas, que correspondiam às 12 equipes.

Apoiados por alunos de graduação, professores e técnicos da CRS, iniciávamos nessas rodas a atualização dos Projetos Terapêuticos em Desenvolvimento ou a discussão das diferentes versões dos Fluxogramas Analisadores. Nesse contexto, ouvimos de uma técnica de enfermagem que era “a primeira vez que nos chamam para sentar com o doutor”. Acontecia a experimentação de relações mais horizontalizadas, com maior capacidade de ouvir e valorizar o saber do outro e a informação que ele tem sobre a situação que está sendo discutida. Também é o que Basaglia (1979) chamou de *início de uma relação dialética*, que reivindica e se traduz em mudança. Revelaram-se aspectos desconhecidos pelas equipes. Com esta experiência, superamos nossa prática anterior, pois mesmo sendo nosso discurso a defesa do trabalho em equipe, os convites para os encontros eram por categorias.

Não se tratava mais de preparar uma aula ou convidar alguém para falar sobre PTS ou sobre fluxograma, mas a experimentação de uma produção coletiva. O desenho do processo de formação foi se tornando mais complexo. Em alguns momentos, grandes seminários com “todas as cadeiras e mais um pouco” e em outros, pequenas rodas. A criação de várias formas de inserção no percurso de formação permitiu que mais pessoas tivessem contato com os temas que estavam em pauta. Ao mesmo tempo, o curso provocava conversas na CRS.

A Etapa Municipal da 14ª Conferência Nacional de Saúde (2011) nos 26 municípios da 15ª CRS aconteceu no cenário de uma relação diferente entre a CRS e os municípios. Os municípios foram chamados para uma reunião e, na sequência, apoiados por dois trabalhadores da CRS (manteve-se a dupla onde já existia vínculo) acompanhados por dois estudantes do curso de enfermagem em estágio no campo da gestão de serviços de saúde. Na reunião inicial, discutimos a legislação, a proposta dos temas e textos produzidos pelos alunos e professores. O principal efeito das práticas de apoio no processo de construção das conferências foi a ampliação da corresponsabilidade entre a CRS, os municípios, os alunos e professores. Intensificou-se, nesse período, o que denominamos de “*apoio do apoio*”. A partir de algum material comum, como propostas de regimento e portarias, as equipes negociavam com prefeitos a forma de realização da etapa municipal. Também é importante registrar a diminuição da dependência de um palestrante externo para falar a respeito dos temas em pauta. Tanto o conteúdo como as metodologias foram objeto de reuniões do espaço *Apoio do apoio*. Ampliaram-se as rodas e as trocas entre os municípios. Ampliou-se também o protagonismo dos trabalhadores da CRS.

### **O apoio para os municípios, o apoio da SES e a compensação de especificidades regionais**

Em 2011, a nova gestão do Departamento de Ações de Saúde (DAS) da SES-RS assumiu o Apoio como principal metodologia para o desenvolvimento de redes de saúde. A ideia de Ativador de Redes foi proposta por Sandra Fagundes (então diretora do DAS) e associada à criação de equipes georreferenciadas, ficando a 15ª CRS vinculada à Equipe Georreferenciada Macro Norte. A regional já tinha um processo de apoio em curso no momento em que a SES (nível central) apresentou a proposta de apoio georreferenciado<sup>7</sup> e os primeiros encontros entre os apoiadores do nível central e a equipe da regional que apoiava municípios revelou diferentes perspectivas do apoio e um tensionamento importante a respeito da área específica de

<sup>7</sup> A organização e o trabalho das equipes georreferenciadas e o trabalho da macro norte é tema de outro texto desta coletânea.

responsabilidade de cada política da SES e os temas que emergiam da composição entre elas no contexto de uma região.<sup>8</sup> A equipe da CRS reivindicava mais protagonismo e a valorização da sua experiência e, ao mesmo tempo, reivindicava a presença dos responsáveis pelas diferentes áreas temáticas da SES, reproduzindo a relação entre o nível central e as coordenadorias (exatamente o que se queria superar).

Uma das ofertas do grupo da Macro Norte era acompanhar os municípios com recursos das especificidades regionais.<sup>9</sup> Foram convidados para uma reunião, os 12 municípios vinculados à 15ª CRS que estavam na lista do anexo da Resolução nº 210/12. Destes, sete compareceram. Na ocasião, aproveitando o fato de que alguns haviam sido apoiados em momentos anteriores, ofertamos o apoio e procuramos estabelecer contratos – sendo este ponto a primeira inovação em relação aos processos anteriores.

Distribuímo-nos em duplas, na reunião, apresentamos a portaria e reunimos grupos de municípios com a dupla de apoiadores, conversamos a respeito de expectativas, acertamos cronogramas de visitas e algumas questões a respeito da forma como o apoio se daria. O principal pedido dos municípios era que os apoiadores pudessem olhar para o município “mais de perto”. A principal justificativa para não aceitar o apoio foi a coincidência com o período eleitoral (eleições municipais de 2012). Procurando compreender melhor a relação entre o período eleitoral e o trabalho da CRS, soubemos que em muitos municípios houve proibição de reuniões. Nesse contexto, apoiamos quatro municípios por seis meses.

---

<sup>8</sup> Este tema é mais bem analisado no texto “Apoio para formação de redes de saúde em Palmeira das Missões e na 15a. Coordenadoria Regional de Saúde-RS”, que integra esta coletânea.

<sup>9</sup> Entre os anos de 2007 e 2013, a compensação de especificidades regionais é tema de diversas portarias e resoluções, tanto do Ministério da Saúde, como da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Estado do Rio Grande do Sul (BRASIL, 2007, 2011; RIO GRANDE DO SUL, 2007). Contudo, é a Resolução nº 210/12 – CIB/RS, de 17 de maio de 2012, que amplia o conceito de especificidade regional e apresenta um conjunto de situações de vulnerabilidade para definir quais municípios receberão recursos. Este conjunto de municípios passa a ser prioritário para ações de apoio da SES-RS. Assim, o início do processo de apoio às coordenadorias regionais se complementa com uma proposta de que as coordenadorias apoiem os municípios.

Foi muito importante instituir reuniões de equipe, sendo possível contribuir para romper com algumas coisas que se reproduziam sem críticas. Criamos algum espaço para problematizar o acesso e a continuidade da atenção e também as condições de trabalho e as formas de gestão. Houve mudanças, e provavelmente a maior contribuição do apoio foi fomentar o espaço de reuniões de equipe e equipes gestoras.

Nesse período, tivemos contato com a tese de Gustavo Nunes de Oliveira. O tema do fortalecimento das instâncias de gestão local e, especialmente, a referência ao trabalho das equipes foi objeto de discussão em nossos encontros. Segundo esse autor:

Além do avanço dos processos de regionalização, como já colocado, também as instâncias de gestão local devem ser fortalecidas. É preciso considerar a importância dos conselhos locais de saúde, do planejamento local compartilhado nas unidades de serviço, da reunião de equipe e dos colegiados de gestão dos serviços de saúde como processos fundamentais para a constituição de sistemas avançados de gestão do SUS, em todos os níveis de atenção/gestão. Para isso, precisaremos reconciliar o técnico e o político, a clínica e a gestão, como inseparáveis nos corpos dos usuários, dos trabalhadores e dos gestores (OLIVEIRA, 2011, p. 28).

Na nossa experiência, passamos a valorizar mais o fato de que um dos efeitos do apoio era exatamente criar condições para que as reuniões de equipe acontecessem. A expressão “quando vocês vêm, a gente se reúne” foi resignificada. Se antes a existência de reuniões era quase uma condição para o apoio, entendíamos agora que a possibilidade de encontros deveria ser assumida como efeito do apoio. Questões que foram destacadas neste período dizem respeito a certa dificuldade para “chegar” no município; em alguns casos, a participação do gestor e a forma de recepção dos apoiadores cumpria a função de não deixar a roda rodar, apresentava-se uma equipe idealizada, sem conflitos e um serviço perfeito. Pensamos que esta atitude do gestor cumpria a mesma função dos nossos treinamentos anteriores: não deixar andar, não avançar, não tomar velocidade nem aceitar protagonismos que “tirassem do controle”.

Nesse contexto, como problematizar? A ideia de crítica generosa, de não bater para quebrar que aprendemos em conversas e aulas com

Gastão Campos parecia ajudar bastante. Nosso desafio era, então, fazer boas perguntas. Municípios onde “tudo estava bem” mostravam grandes fragilidades, como foi o caso da Equipe da Estratégia de Saúde da Família que não atendia a gestantes. Ao mesmo tempo, muitos “chatos e descomprometidos” se mostraram capazes de sustentar análises de problemas e de gerar alternativas no coletivo.

Nossas dificuldades também se davam na forma de ir para a roda. Deveríamos negar o que se sabia e partir “do zero”, como nosso conhecimento entrava na roda, como proceder quando se tratava de ilegalidades (como cobranças)? Em relação a situações de ilegalidades, conversamos a respeito da possibilidade de interromper processos de apoio, de expressar a não convivência com práticas ilegais. Em relação ao nosso conhecimento, avançamos para a valorização de todo o conhecimento que circulasse na roda, inclusive o nosso.

Assumimos o desafio de não transformar o apoio em treinamentos descentralizados. Em um destes encontros, Leôncio Oliveira da Rosa associou apoio ao ato de soprar para manter a chama acesa, fazendo uma alusão ao fato de que quase tudo (os recursos, as pessoas, o conhecimento) já estava na equipe, mas que era preciso retirar as cinzas, contribuir para o aquecimento. Gostamos desta ideia especialmente porque, de alguma forma, ela conectava o Apoio Paideia às rodas de mate e, especialmente a ideia do Carijo, um fogo a ser mantido, espaço de conversas, articulações e de afetos.

O ano de 2012 também foi importante para nosso processo, pela presença de consultores da PNH de diferentes regiões do Brasil. A presença de pessoas com outras experiências, vindas de outros lugares, resultou em melhor formulação dos nossos processos, num processo de supervisão institucional.

Ao final de um de nossos encontros, no momento de avaliação, Denize Mafalda leu o que havia escrito:

Ciranda  
Por Denize Mafalda

Habito o universo  
Em que a ciranda  
Faz-se presente vez ou outra

Por conta da rede de afeto  
Tramada por muitas mãos.

A roda é ressignificada  
A cada encontro  
E as experiências transversalizam  
Causando efeitos por meio do discurso.  
A diversidade ganha espaço  
Nas narrativas construídas  
Os rabiscos compartilhados  
Expressam desenhos significativos  
Contemplando movimentos  
De esculturas permeadas  
Por um território vivo.

O olhar denuncia  
O que a cegueira retém  
Os ouvidos acolhem  
O som e as palavras  
Que deslizam no tempo  
Feito dança no palco da praça.  
Os pés descalços flutuam  
E o corpo demonstra leveza  
É a vida que pulsa  
É o sangue que passeia pela veia  
E que descama a pele provocando sede...

Habitar o território vivo  
É entregar-se a ciranda  
É libertar-se das tramas  
É ir além dos dramas  
É incluir o outro...

Nesse período, mobilizamos os municípios para adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), processo que também contou com a participação dos acadêmicos do curso de Enfermagem da UFSM, campus Palmeira das Missões. Com o PMAQ-AB, vários processos foram se conectando, os temas – agora propostos pelo Ministério da Saúde – já eram conhecidos.

A própria existência do Apoio se legitimava e deixava de ser uma agenda paralela ou periférica proposta pela SES e PNH.

### **Como a equipe da CRS está apoiando e como está sendo apoiada**

O desenho atual de apoio da SES é outro; houve uma composição entre o que estava sendo proposto pela SES-RS no contexto da ativação de redes temáticas e da compensação de especificidades regionais com o espaço do apoio do apoio que estava sendo sustentado pela universidade e PNH. Atualmente, as reuniões acontecem com uma técnica da SES-RS e a apoiadora anterior. A oferta de apoio acenou de forma diferenciada contemplando uma horizontalidade, abrindo espaço para análise e a troca de experiências, dinamizando um processo de gestão democrática. Há a criação de espaços para a produção de sentidos e reposicionamentos. As intervenções têm provocado mudanças no modo de gerir e ofertar o apoio aos municípios, os modos de fazer têm sido postos em análise, viabilizando o protagonismo e a corresponsabilidade. Os encontros têm uma periodicidade mensal e duram cerca de três horas. Nesses espaços, põem-se em análise os processos vivenciados pelos apoiadores, fazem-se reflexões sobre o andamento dos trabalhos, estudam-se possibilidades de intervenção mediante as situações enunciadas contemplando o território vivo – sendo assim, a dinamicidade desse processo é evidenciada e o cenário é constantemente revisitado.

A equipe georreferenciada propôs o desenvolvimento de seminários com o objetivo de discutir o apoio na Macro Norte. Até o momento aconteceram três seminários, cada um com dois dias de duração. Equipes das regionais de saúde da Macrorregião Norte (6ª CRS, com sede em Passo Fundo; 11ª CRs, com sede em Erechim; 19ª CRS, com sede em Frederico Westphalen e 15ª CRS, com sede em Palmeira das Missões) e a equipe georreferenciada. Pela composição das ofertas metodológicas do Apoio propostas por Gastão Campos e das possibilidades metodológicas encontradas na Sistematização de Experiências, os seminários aprofundam os conceitos com os quais trabalhamos e criam condições para a escrita. Este texto resulta desta oferta dos apoiadores georreferenciados da SES, que por sua vez recebem apoio de consultora da PNH para o estado do Rio Grande do Sul.

O apoio temático é outra forma de encontro entre a CRS e apoiadores georreferenciados. Há, assim, articulação entre a atuação de uma apoiadora permanente e a ação de vários técnicos para ações mais pontuais ou referentes a áreas temáticas específicas. Mesmo correndo o risco de simplificações, há composições entre metodologias e características do Apoio Institucional e do Apoio Matricial, seguindo diferenciação proposta por Campos e Domiti (2007).

Em 2013, a SES-RS realizou concurso para contratação de novos trabalhadores para as coordenadorias regionais e nível central. A exemplo do que aconteceu em relação à proposta de apoio aos municípios que recebiam recursos para compensação de especificidades regionais, a SES propôs que todos os municípios recebessem apoio da CRS. Em função do número de municípios com equipes que aderiram ao PMAQ (26), ao número de técnicos da CRS, optou-se por realizar o apoio a partir de duas estratégias diferentes: apoio para 13 municípios e acompanhamento, pela constituição de espaço microrregional para outros 13 municípios. Os municípios podem migrar de uma situação para outra.

Há gestores que aproveitam a reunião para se defender e acusar os trabalhadores: um telefonou na véspera para avisar que não aceitaria mudanças drásticas. Outros encomendam o desenvolvimento de temas, como se através de uma intervenção do apoiador fossem legitimados *recados* do gestor para as equipes. A análise de um pedido (falar sobre ética) possibilitou nosso reposicionamento para produção de outras ofertas e outros contratos.

### **Considerações finais**

Assumimos que apoiamos equipes. Contudo, a equipe a ser apoiada não é sempre (ou só) e equipe da unidade de saúde. Em alguns locais, optamos por iniciar pelo apoio à equipe gestora. Apoiar a equipe gestora parece estratégico, pois ao procurar o gestor para *explicar o que é apoio* para a equipe de saúde, criou-se espaço para pedidos de ajuda para os gestores. Em muitos municípios, há inclusão da pauta da gestão no apoio.

O desafio deste desenho é ir aprendendo a colocar na roda análises do processo de trabalho em espaços protegidos. A presença do gestor é

uma característica das cidades pequenas, pois as funções de secretário municipal e coordenador de equipe se fundem (ou confundem). Então, é preciso saber que as pessoas não *falam tudo* e desenvolver certa habilidade para evitar que nas reuniões, a explicitação do conflito piore a situação do trabalhador.

Apoiar municípios tem efeitos sobre a CRS. Aceitamos melhor a possibilidade de mudar o que estava programado, pois a equipe apoiada cria contextos que exigem reposicionamento do apoiador. Apoiar nos fez rever conceitos e até coisas pessoais, como a capacidade de escuta e tolerância. Certamente estamos aprendendo a lidar melhor com preconceitos (chatos, ditadores). Em alguns casos, as respostas foram de sujeitos dos quais não se esperava. Esta síntese foi reforçada pela seguinte expressão: houve um reposicionamento nosso. No início eu pensava em “não apoiar aquela chata, que vem da CRS e só faz pergunta idiota”. Não foi assim, mesmo!

Escrever a experiência acrescentou outros desafios a nossa trajetória.

## Referências

BASAGLIA, F. *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Debates, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.624, de 10 de julho de 2007. Regulamenta, para o ano de 2007, a transferência dos incentivos financeiros referentes à compensação de especificidades regionais - CER, Componente da parte variável do Piso da Atenção Básica. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1624\\_10\\_07\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1624_10_07_2007.html)

\_\_\_\_\_. Portaria nº 528, de 6 de junho de 2012. Publica os valores do incentivo à Compensação de Especificidades Regionais, dos municípios selecionados por Estado e do Distrito Federal. Disponível em <[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsssp/bibliote/informe\\_eletronico/2012/iels.jun.12/Iels108/U\\_PT-MS-GM-528\\_060612.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsssp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.jun.12/Iels108/U_PT-MS-GM-528_060612.pdf). Acesso em 06/03/2014>

CAMPOS, G.W. de S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, out. 1998. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1998000400029&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000400029&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 08 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. *Saúde Paideia*. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

\_\_\_\_\_. *Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

- CAMPOS, G.W. de S.; CUNHA, G.T.; FIGUEIREDO, M. *Práxis e Formação Paideia: apoio e cogestão em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013.
- CAMPOS, G.W. de S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 08 mar. 2014.
- CARVALHO, S.R.; CUNHA, G.T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G.W. de S. et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- CUNHA, G.T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W. de S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 jun. 2013.
- FRANCO, T. O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz-MG. In: MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- JARA, O. *A sistematização de experiências: prática e teoria para outros mundos possíveis*. Brasília: CONTAG, 2012.
- MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica de trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Praxis en Salud: um desafio para lo público*. Buenos Aires: Lugar, 1997.
- OLIVEIRA, G.N. de. Apoio Matricial como tecnologia de Gestão e Articulação em Rede. In: CAMPOS, G.W. de S.; GUERREIRO, A.V.P. (Orgs.). *Manual de práticas de Atenção Básica*. 2 ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.
- \_\_\_\_\_. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2011.
- \_\_\_\_\_. *O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- RIO GRANDE DO SUL (ESTADO). Secretaria da Saúde. Resolução nº 210/12 – CIB/RS. Aprova a forma de distribuição dos recursos financeiros correspondentes a Compensação das Especificidades Regionais (CER), que compõe o Piso da Atenção Básica (PAB), para o ano de 2012. Disponível em <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1339445919\\_cibr210\\_12.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1339445919_cibr210_12.pdf)>. Acesso em: 06 mar. 2014.



# Apoio e produção de redes: experimentações em Palmeira das Missões-RS e região

LIANE BEATRIZ RIGHI  
ANDRESSA MAGALHÃES FLORES  
CRISTIANE MORAES DA SILVA  
YOLANDA CONDORIMARI TASKY  
VERA MARCIA LEHNEN LIMA  
DENIZE REJANE DA SILVA MAFALDA  
LIAMARA DENISE UBESSI

## Introdução

A experiência do Apoio na região da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (15ª CRS) é orientada pelos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e integra ações de ensino e de extensão da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), campus Palmeira das Missões. O texto foi produzido para a Convocatória da Pesquisa “Áreas Programáticas, Direito à Saúde e Apoio no SUS” e, para esta publicação, foi atualizado e ampliado com contribuições advindas da visita dos pesquisadores do Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS).

Com sede na cidade de Palmeira das Missões, região norte do estado do Rio Grande do Sul, a 15ª CRS é a representação regional da Secretaria de Saúde do Estado (SES-RS) para 26 municípios.<sup>1</sup> Integram a região da 15ª CRS os seguintes municípios: Boa Vista das Missões, Braga, Cerro Grande, Coronel Bicaco, Dois Irmãos das Missões, Jaboticaba, Lajeado do Bugre, Miraguaí, Novo Barreiro, Palmeira das Missões, Redentora, Sagrada Família, São José das

---

<sup>1</sup> A Resolução nº 555/12 – CIB/RS alterou a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e instituiu as Comissões Intergestores Regionais (CIR). A partir desta data, as coordenadorias assumiram a tarefa de apoiar a estruturação das novas regiões. No caso da região da 15ª CRS, não há coincidência entre o território de atuação da coordenadoria e o novo desenho. Parte dos municípios passou a integrar a região 15 e outra parte, a região 20.

Missões e São Pedro das Missões (região 15); Barra Funda, Chapada, Constantina, Engenho Velho, Gramado dos Loureiros, Nova Boa Vista, Novo Xingu, Ronda Alta, Rondinha, Sarandi e Três Palmeiras (região 20).

Trata-se de uma região formada por municípios muito pequenos, sendo que 12 possuem menos que três mil habitantes e apenas dois possuem mais que 10.500 moradores. Há equipes da Estratégia de Saúde da Família em todos os municípios e, com exceção de quatro deles, a cobertura é de 100%. Ao mesmo tempo, trata-se de uma região com *vazios assistenciais*, com hospitais muito pequenos e pouco resolutivos, onde faltam serviços especializados e as redes de atenção existentes não garantem a continuidade do cuidado. Neste cenário, há serviços que descumprem a lei, efetuando cobranças e negando atendimento.<sup>2</sup>

Palmeira das Missões, sede da regional, é também o município que abriga vários outros serviços regionais, tais como agências bancárias, penitenciária e órgãos da Justiça Federal. Criado em 1874, Palmeira das Missões é o maior município da região, com aproximadamente 38 mil habitantes. Desde 2005, é sede de uma unidade da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

A experiência de apoio aqui sistematizada refere-se ao processo desenvolvido junto à equipe de trabalhadores(as) da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (15ª CRS) e ao serviço municipal de saúde em Palmeira das Missões-RS. Nos dois casos, tomamos o conceito de apoio como foi apresentado por Gastão Campos (2000a, 2000b, 2003a, 2003b, 2005). O Apoio, nessas experiências, foi compreendido como um conjunto de metodologias capazes de alterar modelo hegemônico de gestão e de cuidado através de suporte para fortalecimento de equipes – coletivos organizados para produção – e do desenvolvimento de redes de atenção à saúde com base no território.

---

<sup>2</sup> Em 2012, o hospital de Caridade de Palmeira das Missões (maior instituição hospitalar da região) sofreu intervenção, motivada especialmente pela prática de cobranças de atendimentos do SUS.

## **A experiência do Apoio no município de Palmeira das Missões e a constituição de um Colegiado Gestor**

Na cidade de Palmeira das Missões, o *apoio* teve início em 2009, a partir de uma oferta da universidade vinculada à PNH. Na Secretaria Municipal de Saúde, uma “equipe gestora” passou a se reunir com regularidade para analisar situações e acertar o enfrentamento das questões mais complexas. O espaço da equipe gestora foi identificado como uma unidade de produção a ser apoiada e também apresentou potência como espaço de formação e gestão.

Assim, o apoio se iniciou com a proposta de se reunir com a equipe gestora para discutir as prioridades e planejar, sendo seu primeiro efeito a constituição da própria equipe gestora. Esta era formada por seis pessoas que participavam da gestão da secretaria e que estavam em cargos de coordenação de unidades ou áreas estratégicas. Pactuou-se a realização de encontros quinzenais, com a definição de uma pauta e espaço para análise e encaminhamentos de temas destacados pela equipe. Por quatro meses, as reuniões foram semanais. Aconteciam ao final da tarde de terça-feira, em sala de reunião afastada da secretaria; o tempo da reunião não excedia duas horas. Houve a permanência da mesma apoiadora nesse período.

Nesse espaço, os contratos foram se atualizando a cada encontro: foi necessário pactuar a participação de uma pessoa que não estava vinculada à Saúde, mas era referência no núcleo de governo e possibilitava a inclusão do olhar do governo municipal, e decidiu-se que não haveria a participação de alunos ou outros docentes neste espaço. Tratava-se de um espaço protegido do grupo condutor da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). As reuniões eram coordenadas pelo secretário, que também era o principal proponente das pautas. O apoio contribuiu para a explicitação do projeto político da SMS e ampliação da capacidade de gestão e da democracia institucional. As principais ofertas foram relacionadas à cogestão, sendo que alguns textos de Gastão Campos foram selecionados para leitura e discussão. Salienta-se a importância da discussão do texto “Anti-Taylor” (CAMPOS, 1998), especialmente o conceito de Unidades de Produção/Coletivos Organizados para Produção.

A partir do primeiro mapeamento das Unidades de Produção da SMS, a equipe gestora reuniu com as unidades identificadas, conversando sobre seu processo de trabalho e objetivos, bem como sua relação com as outras unidades da secretaria. Neste processo, procurou-se identificar quem realizava a coordenação dessas unidades e apresentar a proposta do Colegiado. Ao mesmo tempo, a gestão colocava em discussão seu desejo de retomar o diálogo com as comunidades e mobilizar o Conselho Municipal de Saúde.

Encerramos o ano de 2009 com um Plano Municipal que indicava dois grandes eixos: a) Atendimento Integral, com fortalecimento da atenção básica, ação intersetorial e trabalho em rede; b) democratização da gestão, com ampliação da participação dos trabalhadores em espaços colegiados e ampliação da participação da população na formulação da política de saúde e no cotidiano dos serviços (PALMEIRA DAS MISSÕES, 2009).

A presença da universidade e o projeto de um hospital público regional eram fatores novos que exigiam novas respostas da gestão da saúde. O Plano Municipal de Saúde foi elaborado neste contexto. Estudantes da primeira turma do curso de Enfermagem da UFSM, campus Palmeira das Missões, tiveram como uma das atividades de estágio de gestão de sistemas e serviços de saúde, a elaboração do diagnóstico de saúde e a sistematização das propostas que iam sendo elaboradas pela equipe gestora e Conselho de Saúde.

Em 2010, foi criado o Colegiado Gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Palmeira das Missões, com a proposta de integrar coordenadores das diferentes Unidades de Produção (UP). A identificação das unidades foi um trabalho anterior à criação do colegiado e foi realizado pela equipe gestora e apoiadores da universidade e PNH. O Colegiado Gestor é coordenado pelo secretário municipal de Saúde e composto por todos os coordenadores de Unidades de Produção da SMS.

O principal desafio foi manter o colegiado como um espaço de gestão-formação e não de treinamento, capacitação ou informação de decisões já tomadas. Tanto para os gestores como para os coordenadores das UPs, parecia natural que aquele seria um espaço formado por “representantes” das equipes que transmitiriam para sua equipe o que

seria discutido ou deliberado. Ao invés disso, nossa proposta foi a criação de um espaço colegiado para “fazer a gestão da SMS”, discutir, analisar, priorizar e tomar decisões, a formação dos coordenadores de UPs se dando no próprio espaço colegiado. Simultaneamente, na sala de aula, aconteciam oficinas, leituras e debates sobre potencialidades e limites do método. No colegiado, os professores participavam da elaboração das pautas, coordenavam alguma discussão e os alunos se revezavam na participação e elaboração de relatórios que eram socializados com os colegas.

A adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção (PMAQ-AB) fez com que, durante três meses, as reuniões do colegiado priorizassem o acesso e a qualidade nas unidades de saúde. Além das reuniões do colegiado, criou-se um “Fórum de Trabalhadores da Atenção Básica”.

No mesmo ano (2010), foram criadas três equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que somadas às duas anteriores, permitiram uma cobertura a quase 50% da população. As pautas eram propostas pela equipe gestora ou derivavam de apontamentos do próprio colegiado. Este foi destacando questões comuns a todos os serviços e também singularidades, desencadeando algumas metodologias para acompanhamento singular de algumas equipes.

As unidades apoiadas e o Colegiado Gestor eram importantes lugares de experimentação de novas formas de gestão e de atenção para os(as) trabalhadores(as) e estudantes em estágios curriculares. Simultaneamente, na universidade, estudantes criavam um coletivo de estudos e vivências em saúde. A inclusão das coordenações de equipes de farmácia, compras e transporte no Colegiado Gestor representou importante avanço.

Em 2011, a mudança inesperada da equipe gestora, incluindo exoneração do secretário, determinou algumas mudanças na velocidade e nas prioridades da secretaria. Neste caso, foi a ação dos(as) apoiadores(as), mas especialmente a posição dos(as) coordenadores(as) das UPs que deram sustentação para retomar as reuniões do colegiado. Nesse segundo período, houve uma composição entre propostas do campo da saúde (especialmente da obra de Gastão Campos) com os acúmulos dos movimentos sociais no campo do planejamento estratégico.

Em 2012 houve nova mudança de secretário e também se iniciava o período de campanha político-partidária. Encerramos 2012 com a vitória dos partidos de oposição à gestão anterior e com a possibilidade de intervir no hospital local. A pauta da última reunião do Colegiado Gestor daquele ano foi a avaliação do período e incluiu dois convidados: o secretário e o secretário adjunto, indicados pelos partidos vencedores das eleições municipais.

Em abril de 2013, o colegiado retomou seus encontros e foi possível pactuar, com o novo secretário e trabalhadores(as) que integravam o Fórum, a continuidade do apoio com mudanças na constituição do grupo apoiador. O hospital, sob intervenção do município, iniciou mudanças importantes na qualidade de seus serviços e na composição com a rede municipal e regional de saúde.

### **A experiência do Apoio nos municípios da Região da 15ª CRS**

Na 15ª CRS, a perspectiva do apoio não substituiu a responsabilidade de cada um(a) dos(as) técnicos(as) com a sua área programática ou específica, mas estes(as) trabalhadores(as) se distribuíram em grupos de duas ou três pessoas como apoiadores(as) a grupos de dois ou três municípios. A partir de 2010, este desenho foi ampliado pela proposta de duas estratégias. A primeira foi um curso de formação para equipes de saúde dos 12 municípios com população inferior a três mil habitantes. Esta formação diferenciou-se das anteriores, pois sustentada no conceito de apoio, assumiu as seguintes características: (a) foram convidadas equipes de saúde e não categorias profissionais ou trabalhadores(as) responsáveis por políticas ou programas; (b) o processo de formação articulou rodas de conversa, leituras, aulas e tarefas realizadas pela equipe, tanto no espaço do curso e como na unidade de saúde; (c) formação de um grupo condutor que participou do planejamento e dos encontros presenciais; (d) articulação da formação com visitas agendadas com a equipe de saúde e técnicos da coordenadoria regional.

Nossa proposta de apoio aos municípios partiu de alguns acordos. Decidimos apoiar equipes, entendidas como coletivos organizados – ou organizando-se – para produção. A decisão de incluir todos os trabalhadores da equipe num processo de formação exigiu mudanças

importantes na forma de organizar as aulas, propor as leituras ou registros. Para isso, foi necessário alterar a proposta inicial dos cursos, pois eles estavam voltados para as categorias profissionais. Também foi necessário defender a nova proposta junto à Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES) regional, pois havia a solicitação para que a oferta de cursos, denominados de Educação Permanente, fosse organizada em dois momentos, um para os trabalhadores de nível superior, outro para os de nível médio e agentes comunitários de saúde. Considerando a necessidade de borrar um pouco as fronteiras entre as disciplinas, buscamos sustentar processos de formação e de apoio com a presença de todos os integrantes da equipe de saúde.

Em todos os municípios apoiados, organizou-se uma agenda de reuniões com as equipes de Saúde da Família. Nesses encontros, a oferta inicial – simultânea à oferta do curso – foi a discussão de projetos terapêuticos e dos fluxogramas analisadores que estavam sendo desenvolvidos como desdobramento dos momentos presenciais. Essas estratégias contribuíram para a análise dos processos de trabalho, do acolhimento e das ofertas de cuidado e para compreender o fluxo dos(as) usuários(as) nas unidades e as linhas que facilitavam ou dificultavam o acesso e a mobilidade na unidade e na rede de atenção.

O curso desencadeou um processo de apoio. As equipes desenvolveram Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), desenharam Fluxogramas Analisadores<sup>3</sup> das suas unidades e colocaram em discussão aspectos do processo de trabalho. Ao mesmo tempo, o grupo de técnicos(as) que realizava apoio para as equipes necessitava de um espaço para conversar a respeito das visitas, dos encaminhamentos, do método e das intervenções em curso. Criou-se então um espaço para reuniões mensais, uma forma de *apoio para os(as) apoiadores(as)*. Para este espaço, contou-se com a presença da UFSM, da PNH e, posteriormente, da equipe técnica do nível central da SES-RS.

Em 2011, o apoio foi ampliado para os municípios identificados por um conjunto de indicadores propostos pela SES-RS, dentre

<sup>3</sup> As referências a estes temas estão descritas no texto “A experimentação do Apoio na região da 15ª CRS: revisitando a história através da linha do tempo”, que integra esta coletânea.

eles os de vulnerabilidade social. Os(As) gestores(as) dessas cidades foram convidados para uma reunião em que se apresentou a proposta do grupo de apoiadores(as), os objetivos e as principais mudanças em relação à forma de trabalho anterior. Seriam encontros com periodicidade quinzenal realizados no local de trabalho da equipe. As duplas de técnicos(as) apoiadores(as) foram alteradas em relação ao apoio para os municípios pequenos.

No processo de apoio, partimos do diagnóstico de que faltava muito às equipes das cidades pequenas: elas não trabalhavam em equipe, não garantiam acesso, não se responsabilizavam pela continuidade do cuidado, estariam mal preparadas e os municípios não dispunham de serviços adequados... Em grande medida, este diagnóstico não se confirmou, pois as cidades pequenas trabalham com equipes de ESF ampliadas; muitas contam com psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais ou reforço de mais um médico, enfermeiro ou cirurgião-dentista.

Paradoxalmente, as equipes ampliadas queixavam-se de excesso de trabalho em cidades cuja população era menor que o número de usuários preconizados para uma equipe de ESF. Em muitos municípios, a Estratégia de Saúde da Família está reduzida à porta de entrada para os serviços médicos localizados nas cidades maiores. O trabalho das equipes oscila entre ações consideradas menos complexas (como grupos e outras atividades consideradas “de prevenção”), consultas médicas e encaminhamentos. Chama atenção a inserção do médico nas equipes, pois ao mesmo tempo em que não faltam médicos, o emprego em dois ou mais municípios imprime uma forma de inserção desses profissionais nas equipes. E há cidades que conseguem garantir a permanência dos trabalhadores nas unidades.

Considerando nossa experiência e o que havíamos acumulado, pactuamos algumas condições para o apoio: (a) dedicar um tempo para um contrato que incluísse a agenda e as expectativas dos(as) apoiadores(as) e das equipes de referência; (b) valorizar a experiência da equipe e não desqualificar nem os problemas identificados, nem as soluções que o grupo já experimentou ou conseguiu propor; (c) manter uma vigilância constante sobre a relação entre ofertas do apoiador e demandas das equipes; d) contribuir para a ampliação da clínica e para a

formação de redes. Esses acordos indicam inclusão dos diferentes atores, a composição de redes de cuidado e a produção de modos de fazer.

Era preciso ampliar o olhar, desnaturalizar, entrar na pauta proposta pela equipe, conversar sobre as diferentes compreensões a respeito do mesmo dado, indicador ou situação. Também pactuamos tratar das redes temáticas, mas não ficar restrito a nenhuma parte. Tomamos como referência o conceito de redes territoriais, compreendidas como conexões entre serviços com relações de complementaridade no espaço regional.

### **Alguns efeitos do Apoio**

Na 15ª CRS, a roda de conversa com os(as) técnicos(as), a cada encontro, ficava mais interessante na medida em que era o espaço para os *causos*, em que se revelava uma permanente tensão entre o que “sabemos que sabemos e queremos ensinar” e o que não sabemos, seja da e na complexidade do trabalho das equipes e da relação com gestores(as) e usuários(as). O fato de “ser da coordenadoria” nem sempre facilitava a conversa. Pactuamos que o apoio teria o sotaque do(a) apoiador(a) (quem sabia muito de regulação daria ênfase a regulação, quem entendia mais de Plano Municipal de Saúde levaria a conversa para o Plano), mas que o(a) apoiador(a) não poderia ficar restrito ao núcleo de saber ou competência que identificava sua prática na coordenadoria. Ou seja, a experiência provocou mudanças na forma como os técnicos passaram a se comunicar na coordenadoria e na sua relação com as equipes dos municípios.

O apoio para mudanças na gestão da saúde na região da 15ª CRS em Palmeira das Missões teve efeito sobre a universidade, os métodos de ensino-aprendizagem, os compromissos e contratos entre estudantes e equipes, professores/as e equipes e entre a universidade e a gestão da saúde.

Pela forma hegemônica de organização do trabalho das equipes na atenção básica, a realização da própria reunião exige investimento, pois ela rompe com a tradição de que cada categoria conversa com seus pares. Assim, os(as) apoiadores(as) propõem a atividade e criam as condições para que seja possível este “encontro entre diferentes”:

estudantes, médicos(as), enfermeiros(as), dentistas, psicólogos(as), agentes comunitários(as) analisando casos, como são conduzidos e como os sujeitos e famílias se movimentam na rede de atenção e os mapas que revelam as possíveis ações intersetoriais.

As equipes de Palmeira e de vários municípios da região da 15ª CRS conhecem e experimentaram o trabalho com a tecnologia de PTS, elaboraram e analisaram Fluxograma Analisador das Unidades de Saúde. Em Palmeira das Missões, houve a inclusão do Modelo Calgary de avaliação de famílias, reforçando-se o PTS com a elaboração e discussão de genogramas e ecomapas (WRIGHT; LEARHEY, 2002). Estes produtos são discutidos em reuniões da equipe.

A avaliação desta experiência leva em consideração a produção de rodas, a inclusão de sujeitos, a formação de redes e ao desenvolvimento de processos de formação que, na perspectiva da educação permanente, associem formas de apoio.

Em relação aos resultados, associamos a avaliação de etapas de nosso percurso (uma roda, uma reunião, um novo espaço, uma inclusão) a situações que indiquem avanços. Assim, as metas foram pactuadas no contrato do apoio e são revisitadas e atualizadas a cada encontro.

Algumas metas foram destacadas para monitoramento: a) desenvolvimento de PTS; b) capacidade de propor estratégias de cuidado para as situações mais importantes; c) diminuição de partos cirúrgicos; d) mudança na relação entre serviços especializados e unidades de referência; e) realização de Conferências Municipais de Saúde em todos os municípios da região, acompanhar em todos os municípios apoiados; f) melhoria do acesso e continuidade do cuidado em todos os municípios apoiados; e g) sistematização.

Nossa experiência mostra que apoiar equipes de saúde pode resultar na qualificação dos espaços de controle social. A equipe que conversa sobre seu processo de trabalho tem uma relação melhor com a população, tanto na assistência e no cuidado, quanto na participação no espaço do Conselho de Saúde. Também precisamos melhorar as pautas dos conselhos; precisamos discutir se vai ter fila ou não. Conversar sobre quem cuida dos mais graves nos territórios, perguntar como a equipe faz projeto terapêutico singular...

## Considerações finais

A perspectiva do trabalho em rede aporta questões importantes para a discussão de uma equipe de saúde, compreendida como Coletivo Organizado para a Produção. A ação do apoio oferta, analisa, discute. Apoiar tem a perspectiva do suporte, de dar suporte e também de suportar processos, tempos, conflitos e diferenças. Desta forma, há uma necessária dose de incerteza nas institucionalizações das experiências de apoio. De qualquer forma, cabe a pergunta a respeito de quais formas de institucionalização desejamos.

A experiência de apoio na região da 15ª CRS aposta na institucionalização de novas formas de gestão e de atenção. No caso do município de Palmeira das Missões, o período sistematizado coincidiu com uma única administração municipal, mas no período houve duas mudanças na equipe gestora: o afastamento do secretário com o qual o apoio iniciou, a gestão do vice-prefeito no cargo de secretário municipal de Saúde e a recondução do secretário adjunto da primeira equipe, já no período pré-eleitoral.

Um fator de sustentabilidade do apoio no município de Palmeira das Missões é a existência de trabalhadores(as) concursados que experimentam cargos de gestão. No período 2009-2012 todos os(as) integrantes das equipes gestoras, exceto o vice-prefeito, eram trabalhadores(as) da saúde do município.

A presença da universidade é outro fator que contribui para a experimentação do Apoio. Ela ajuda a sustentar processos na troca de gestores e amplia a sustentabilidade das propostas na medida em que estas são também defendidas pelos estudantes e são objeto de estudos e publicações. A produção de trabalhos de conclusão de curso (graduação e especialização) e a apresentação de resultados de pesquisas e de relatórios de estágios no Colegiado Gestor contribuíram para a institucionalização do Apoio e da cogestão como uma produção do coletivo.

## Referências

CAMPOS, G. W. S. A coprodução de sujeitos e coletivos – a função Paideia. In: \_\_\_\_\_. *Um método para análise e gestão de coletivos*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

\_\_\_\_\_. *Método Paideia*: análise y co-gestión de colectivos. Buenos Aires: Lugar, 2000b.

\_\_\_\_\_. Paideia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. *Olho Mágico*, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003b.

\_\_\_\_\_. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003a.

\_\_\_\_\_. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000a.

\_\_\_\_\_. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Secretaria de Saúde. Resolução nº 555/12 – CIB/RS. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1348591506\\_cibr555\\_12.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1348591506_cibr555_12.pdf)> Acesso em: 26 maio 2014.

PALMEIRA DAS MISSÕES. Conferência Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde*, 2009.

RIGHI, L.R.; UBESSI, L.D.U.; MARTINS, R. et al. *Vivência na realidade do Sistema Único de Saúde com ênfase na Atenção Primária em Saúde em Redes*. Atividade de Extensão. Projeto, 2011b (mimeo).

WRIGHT, L.; LEARHEY, M. *Enfermeiras e famílias*. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

# A construção do acompanhamento macrorregional na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul: a experiência da Macrorregião Norte no Apoio Institucional

ANNA LUIZA TREIN  
JOSÉ INÁCIO LERMEN  
ADRIANO HENRIQUE CAETANO COSTA  
LIANE BEATRIZ RIGHI  
CARLA CRISTIANE FREIRE CORREA  
LUIZA RUTKOSKI HOFF  
ANDERSON BELTRAME PEDROSO  
GISELE VICENTE DA SILVA

## **Introdução: entendendo o ponto de partida**

O texto apresenta e discute um relato de experiência baseado em aspectos das práticas desenvolvidas pelo Grupo Georreferenciado da Macrorregião Norte, vinculado ao Departamento de Ações de Saúde (DAS) da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES-RS). Estas atividades contam com o suporte da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH-MS). Para a presente escrita, optou-se por enfatizar o processo de Apoio Institucional.

O estado do Rio Grande do Sul está dividido em sete Macrorregiões de Saúde (Norte, Metropolitana, Missioneira, Serra, Vales, Sul e Centro-Oeste). As condições da SES indicaram a possibilidade da constituição de cinco equipes georreferenciadas a partir da aglutinação de duas Macrorregiões (Sul-Centro-Oeste e Serra-Vales). A proposta de gestão do DAS busca, desde o ano de 2011, constituir equipes que têm como objeto de intervenção o território regional. Objetiva-se, através destas ações georreferenciadas, compor o leque de ofertas da SES adequadas aos respectivos territórios, valorizando atores, agendas, demandas e particularidades dos territórios. As

equipes georreferenciadas partem de análises situacionais nas quais os componentes de gestão regional, indicadores de estrutura, epidemiológicos e socioeconômicos são observados para proposição singular a cada território acompanhado.

Os trabalhadores que integram as equipes georreferenciadas advêm de diferentes formas de contratação – equipes são constituídas por servidores do quadro, residentes e consultores atuantes na SES – e grupos técnicos das diferentes políticas e áreas temáticas do DAS, tais como: Primeira Infância Melhor, Atenção Básica, Saúde Mental, Saúde Prisional, Saúde Indígena, Territórios da Paz, Saúde da População Negra e Planejamento. O território em que esta experiência se inscreve, a Macrorregião Norte do Rio Grande do Sul, uma das equipes georreferenciadas, é constituído por quatro Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), a saber: 6ª CRS, que tem por sede o município de Passo Fundo e congrega 62 municípios; 11ª CRS, que tem por sede Erechim e conta com 33 municípios; 15ª CRS, cuja sede é Palmeira das Missões e tem 26 municípios; e 19ª CRS, cuja sede é Frederico Westphalen e tem 25 municípios. Esta Macrorregião integra também as Regiões de Saúde 15, 16, 17, 18, 19 e 20. Além disso, dados relevantes são que, na Macrorregião Norte, residem cerca de 80% da população indígena do estado e que o município de Passo Fundo, o mais populoso deles, recebe um Território da Paz.

### **Resgatando alguns pontos da história**

A equipe da Macrorregião Norte iniciou suas atividades no primeiro semestre de 2011, quando foi alavancado um início do processo de Apoio Institucional baseado na experiência de transformação de uma proposta em ação construída a partir das leituras, reflexões, entusiasmo e protagonismo de seus componentes. Os seguintes fatores contribuíram para tal processo: em primeiro lugar, a gestão que assumiu Departamento de Ações em Saúde em 2011 aproveitou a iniciativa dos servidores e consolidou encontro semanal para leitura e discussão de textos, permitido a pactuação do funcionamento e estruturação do próprio DAS. Foi então que foram criadas as equipes georreferenciadas compostas por servidores do DAS das diferentes áreas técnicas do próprio departamento.

Com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha, foram organizados Encontros de Redes de Atenção à Saúde (ERAS), que aconteceram ao longo de 2011 e 2012. Estes representaram momentos para consolidação das propostas em discussão no próprio DAS, contando com a participação de colaboradores de universidades e, a partir do segundo encontro, de servidores das Coordenadorias Regionais de Saúde. Nos encontros também se definiu que o papel das equipes georreferenciadas seria o de Ativadores de Redes de Atenção. Desta forma, a Macro Norte ficou responsável pelo acompanhamento das suas quatro Coordenadorias Regionais de Saúde.

### **Encontrando o território**

A primeira grande atividade dos grupos georreferenciados foi a discussão e a implantação da Rede Cegonha em pelo menos um município de cada CRS. Junto com as CRS, foi definido o município amigo da Rede Cegonha e realizado acompanhamento desses municípios com visitas periódicas de componentes da Macro Norte e da CRS.

No entanto, a ideia de Ativador de Redes de Atenção não se consolidou como papel principal para integrantes da Macro Norte, porque houve poucas respostas afirmativas para a grande proposta da Rede Cegonha e também pela pouca clareza no entendimento do papel de Ativador de Redes. Além disso, na Macro Norte, a leitura de texto e a discussão de Apoio Institucional, principalmente os de autoria de Gastão Campos, aconteciam em reunião complementar ou na parte final da reunião ordinária, criando condições para a emergência do Apoio Institucional como direção de trabalho para a qual trabalhadores da SES estavam dispostos.

Tal disposição tomou corpo no desenho de cuidado voltado à Macro Norte. Por onde começar? A necessidade de mais integração entre servidores, manifestada na primeira visita à 11ª CRS (5 a 7 de maio de 2012), era o mote inicial para o trabalho, pois foi nossa primeira tentativa de prática do Apoio Institucional (AI) com a participação de dez pessoas (pela Macro Norte).

Embora ainda com pouca clareza na proposta (tanto por parte dos apoiadores como dos apoiados), foi aceita sugestão de encontro bimestral e marcada data de 5 a 7 de julho para o retorno. Com grande parte dos servidores presentes, foi discutida a importância de encontros periódicos e formado um GT que organizaria a reunião mensal, pois grande parte dos presentes verbalizou a necessidade de mais integração entre os servidores da CRS. Nesses três dias, também foram realizadas várias atividades temáticas: Saúde Mental, Rede Cegonha e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ).

### **A Macro Norte (a)firmando sua identidade no/com Apoio Institucional**

Com a pactuação de realizar o acompanhamento da 11ª CRS (compromisso da equipe da Macro Norte), a responsabilidade de dar continuidade suscitou a seguinte pergunta: quais pessoas da Macro Norte se comprometeriam para isso? Essa questão ficou subjacente, pois havia leituras, trocas de ideias e aceitação da equipe da CRS; por outro lado, havia dificuldade para identificar pessoas com disponibilidade real de realizar esse acompanhamento continuado no território, pois vários componentes da equipe que são temporários da própria SES – em função de sua forma de contratação. Apesar dessas dificuldades, era o momento de confirmar o compromisso assumido.

Os dois encontros (julho e setembro de 2012) que sucederam ao compromisso inicial de retorno a cada dois meses foram difíceis, pois a equipe da CRS tinha pouco conhecimento sobre Apoio Institucional e os apoiadores eram iniciantes também, além de terem pouca organização metodológica. O papel de apoio institucional contrariava a expectativa da equipe da CRS, tanto em número de apoiadores como em desempenho de papel. Em maio, fora um discurso pouco consistente e com diversas conversas temáticas; agora, a ênfase maior era o papel da CRS e seus processos de trabalho.

Essa reflexão feita na própria Macro Norte, agregada à constatação de que as equipes das CRS tiveram pouco acesso à bibliografia sugerida, bem como raras participações nas discussões promovidas pelo DAS nos Encontros de Redes de Atenção à Saúde, levaram-nos

a definir Apoio Institucional como temática única do VII ERAS. Esse encontro foi realizado em Passo Fundo, em novembro de 2012.

A Macro Norte passou por diversas trocas de componentes, pelos mais diversos motivos, mas conseguiu manter-se em sintonia com o AI, sendo inclusive seu maior ponto de agregação. Nos primeiros encontros de AI da 11ª, as reuniões semanais da Macro Norte foram os espaços mais importantes de troca para a dupla de apoiadores. A cada bimestre o período de avaliação e preparação do AI teve a participação maior ou menor de cada componente da equipe. Além disso, problemas estruturais tiveram que ser transpostos, fazendo com que as questões temáticas fossem tratadas no território simultaneamente com o AI. Tal prática foi resultado do tipo de vínculo de um dos apoiadores com a SES no Programa Primeira Infância Melhor, na forma de consultoria, limitando o número de diárias mensais: além das atividades de AI junto à CRS, havia necessidade de atuação junto a municípios vinculados ao PIM.

Paralelamente, durante o ano de 2012, a Macro acompanhava a estruturação e prática do AI por técnicos da equipe da 15ª CRS com o apoio da Liane Righi, como consultora PNH e professora da UFSM, Campus Cesnors,<sup>1</sup> baseado em Palmeira das Missões-RS. Um dos apoiadores da 11ª CRS esteve presente na primeira reunião preparatória e na reunião de avaliação do primeiro contato/contrato com as equipes de AB dos municípios. Assim se constituía alguma prática de AI em duas das quatro CRS.

Do VII ERAS participaram dez servidores das quatro CRS, além dos componentes da Macro Norte. Houve apresentação teórica do AI pela professora Liane Righi, e também foi possibilitada discussão da prática iniciada, principalmente da 15ª CRS. Muitos participantes da CRS verbalizaram melhor compreensão da proposta e também muita apreensão para sua prática no nível municipal, onde o papel deveria ser desempenhado pelos próprios servidores da CRS, num deslocamento de seus próprios papéis, sendo considerada mais uma tarefa a ser agregada em equipes sobrecarregadas de atividades.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte-RS (Cesnors), Campus Palmeira das Missões.

Nesse encontro foi levantada, pela professora Liane, a possibilidade de formação de Apoiadores para o ano de 2013. Os participantes seriam os componentes da Macro Norte e técnicos de cada CRS interessados em praticar o AI. Liane também se comprometeu a apoiar a equipe da Macro no desenvolvimento do AI, fato que deu maior ânimo à equipe da Macro Norte: agora tínhamos uma identidade: Apoio Institucional, já em desenvolvimento em duas CRS.

Na expectativa de realização da Formação em AI em 2013, algumas reuniões da Macro Norte foram acompanhadas por apoiadores externos à SES, vinculados à Universidade Federal do Rio Grande do Sul e à Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. A discussão sobre o apoio que acontecia na 11ª CRS e 15ª CRS era trazida nessas oportunidades, pois a principal temática eram os encontros de formação. O que emergiu desses encontros foi a importância de que se registrassem essas experiências. Para dois destes momentos, a Macro Norte contou com a participação da Professora Elza Falkenback.<sup>2</sup> Sua principal área de atuação é a sistematização de experiências de práticas sociais. A consequência desta participação foi determinante para que fosse definido como temática das oficinas de AI a sistematização de todos os processos vividos na Macro Norte pelos mais diversos atores: pela equipe, pelas CRS e pelos municípios.

A equipe da Macro Norte, em janeiro de 2013, estruturou uma proposta de contrato de AI. Ao reunir o grupo apoiado, era importante que os apoiadores pudessem levar um leque de ofertas e, em conjunto, levantassem as demandas, para a partir desse “contrato” acordarem sobre o trabalho que a ser realizado, permanecendo atentos e abertos às mudanças que pudessem ocorrer durante o processo. A 11ª CRS, onde AI já acontecia, foi escolhida como local de ensaio para a contratualização, que foi realizada após discussão das expectativas da equipe da CRS em relação ao AI. A continuidade proposta e aceitação deu mais densidade aos processos de integração entre os servidores

---

<sup>2</sup> Professora na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí); assessora de vários movimentos sociais e autora de textos sobre sistematização de experiência. Destaca-se: *Sistematização: uma arte de ampliar Cabeças...*, disponível em <[http://www.fetraece.org.br/images/Site\\_6/siste.pdf](http://www.fetraece.org.br/images/Site_6/siste.pdf)>.

da própria CRS, com participação crescente a cada encontro. Em novembro, a avaliação da equipe da 11ª CRS considerou AI estratégico, pois vinha promovendo reflexão bimestral e maior integração. Nessa oportunidade, foi confirmada a contratualização para 2014, após a seleção de prioridades pela equipe da CRS. Outras consequências do AI à 11ª CRS: 1) a oferta de AI para equipes municipais feitas na reunião da CIR<sup>3</sup> por parte de servidores da própria CRS, em março de 2013. A reunião inicial aconteceu em três municípios em abril, mas a efetivação do AI aconteceu em um município, com encontros mensais; 2) a solicitação de AI pela gestão municipal de Erechim, sendo iniciado em junho de 2013 e realizado mensalmente, com contratualização para 2014 a ser realizada em março de 2014. Dois dos apoiadores são da própria equipe da 11ª CRS; 3) Rodas de Conversa abertas à participação de servidores municipais da atenção básica, com temática escolhida pelos participantes, realizada bimestralmente, por ocasião do AI e realizada em dois grupos distintos de municípios. As Rodas Abertas são organizadas pela própria equipe da CRS.

Na 15ª CRS, foi retomado o AI a partir de maio de 2013, quando se recontrataram os encontros entre a CRS e Liane Righi como apoiadora/consultora. A partir de junho de 2013, com a entrada de uma nova apoiadora da equipe da Macro Norte, deu-se o seguimento dos encontros mensais na sede da CRS com trabalhadores da coordenadoria que quisessem pensar o Apoio Institucional e trocar experiências de Apoio aos municípios, o que começou a ocorrer na 15ª a partir desse ano.

Os encontros ocorreram sempre na última quinta-feira de cada mês pela manhã, sendo que, na parte da tarde, se retomou também o espaço do Colegiado Gestor do município sede da 15ª CRS (Palmeira das Missões), no qual trabalhadores e gestores da saúde municipal se encontravam para organizar fluxos e demandas pendentes.

---

<sup>3</sup> A Comissão Intergestores Regional é formada pelos 33 secretários municipais de Saúde da 11ª CRS, Região 16/Alto Uruguai Gaúcho e representantes da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde. Reúne-se mensalmente para discussão de ações e necessidades de saúde para a região.

## Oficinas sobre Apoio Institucional

As experiências de Apoio Institucional em curso estão sendo sistematizadas através de oficinas da Equipe Macro regional Norte e de Encontros Macrorregionais com todos os sujeitos que participam da experiência nas quatro CRSs da Macrorregião Norte. O próprio fato de colocar a sistematização escrita como um dos objetivos da Macro e suas CRSs coloca em análise as formas de organização institucional e dos processos de trabalho distantes da possibilidade real de composição a várias mãos: frente a tantas demandas contínuas e emergentes, tanto das políticas da SES quanto dos territórios por ela apoiados, como é possível “parar para escrever”? Ou ainda: como incluir a prática da reflexão e da escrita como um modo de sistematizar as experiências no cotidiano do trabalho?

Desde agosto de 2013, estão ocorrendo encontros bimestrais sobre as experiências de Apoio Institucional, focando principalmente as que estão sendo realizadas na 11ª e 15ª CRS. Desses encontros participam trabalhadores das quatro CRSs, da ESP, da SES (principalmente da Macro Norte, que é quem convida e organiza), da UFSM-Cesnors e da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

Até o momento, ocorreram três encontros: dois no município de Erechim e um no município de Palmeira das Missões. O quarto encontro, previsto para março de 2014, está programado para ocorrer em Frederico Westphalen, sede da 19ª CRS pelo entendimento de que esta CRS deseja e necessita iniciar Apoio Institucional sistemático.

*Os efeitos que se percebem desses encontros são a troca presencial entre saberes e experiências, a produção de novos conceitos, novos processos de trabalho, bem como a articulação para iniciar processos de Apoio Institucional onde esse ainda não ocorre. Também tem sido possível aprofundar reflexões sobre o conceito e as experiências de Apoio Institucional das CRSs aos municípios, assim como ocorreram aproximações entre os diversos atores sobre as formas de sistematizar as experiências de forma coletiva. De maneira geral, busca-se uma forma de sistematizar que dê conta de publicizar a potência que tem sido essas experiências na região.*

Ademais, as rodas de conversa produzidas no e a partir dos encontros têm possibilitado aproximações e diálogos entre os

profissionais, inclusive da mesma equipe. Refletir sobre o Apoio Institucional e o papel do apoiador nesses locais de trabalho levanta questões conceituais importantes acerca da organização do trabalho dos próprios apoiadores. Essas têm sido algumas questões norteadoras dos encontros até então.

### **Algumas considerações até o momento**

De maneira geral, as experiências contidas nesse texto consistiram na oferta, contratação e sustentação de experiências de Apoio Institucional às equipes das CRSs que compõem a Macrorregião Norte. As práticas tiveram início com a produção de contratos (compromissos, metodologia e expectativas), porém caracterizam-se pela abertura às necessidades e demandas que podem surgir no desenrolar do processo (como, por exemplo, o ocorrido no lançamento do Programa Mais Médicos, que gerou demanda significativa de acompanhamento dos municípios por parte do Estado).

As atividades costumam ser planejadas e avaliadas em reuniões semanais na Macro Norte e em oficinas de sistematização. Por vezes, esses momentos são acompanhados por apoiadores externos à SES, vinculados à UFRGS e à PNH/MS. A experimentação e a sistematização das práticas de Apoio dialogam com os temas da Educação Permanente e do cotidiano de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), visando sempre à constituição de um cuidado em rede. A exemplo do apoio dado pela Escola de Apoiadores da Escola de Saúde Pública (ESP/SES-RS)<sup>4</sup> aos apoiadores da 11ª CRS a partir de maio de 2013, aportando mais recursos metodológicos ao apoio com encontros preparatórios e avaliativos vividos a cada bimestre.

As práticas têm se desenvolvido em permanente composição entre as agendas propostas pela SES-RS e pelo MS e também demandas decorrentes do pertencimento a diferentes grupos técnicos. Todavia, fato marcante e comum a todas as experiências de Apoio Institucional em pauta, tem sido constante o esforço de tradução dessas demandas

<sup>4</sup> Espaço formativo organizado em encontros mensais realizados na Escola de Saúde Pública desde janeiro de 2013. É uma instância da Rede de Educação em Saúde Coletiva (RESC), para acompanhamento técnico e pedagógico dos atores envolvidos em práticas de educação em saúde coletiva. Foi estabelecido na Resolução CIB nº 590/2013.

e ofertas exteriores aos territórios à realidade de cada um deles, tendo em vista necessidades e prioridades dos coletivos apoiados.

Alguns efeitos que se podem notar a partir do Apoio Institucional com experiências em curso: há ampliação do protagonismo dos sujeitos, com mudanças no cotidiano do trabalho na SES e equipes apoiadas – CRS e municípios. Há constituição de novos espaços de formação para as instituições de ensino superior (IES) envolvidas. A ampliação democrática institucional se expressa em mais espaço de diálogo e na avaliação de que estas práticas contribuem para melhorar o cotidiano do trabalho.

Outro efeito é a desterritorialização disciplinar, com diminuição das certezas e abertura para o local e o cotidiano. O protagonismo implica sistematização em coautorias, inclusive da presente escrita. As próprias oficinas de Apoio que ocorreram no segundo semestre de 2013 em Erechim e Palmeira das Missões podem ser consideradas efeito de um trabalho disparador em Apoio Institucional. Tais encontros, que tiveram como mote a problematização das experiências em curso, também produziram uma aproximação entre os apoiadores, constituindo e problematizando uma rede de reflexão sobre os processos de trabalho dos próprios apoiadores. A partir dessas imersões, rodas e cirandas, foi possível fortalecer vínculos e afetos entre as CRS, em uma relação de cuidado na qual distâncias – também epistemológicas – foram encurtadas e na qual o território foi experienciado a partir da perspectiva e do olhar sensível do outro.

As práticas de Apoio Institucional em processo de sistematização, criação e experimentação dão pistas para o trabalho em rede na gestão, especialmente em Secretarias Estaduais de Saúde, através da noção de território e cuidado integral. Até o momento, a experiência indica insuficiência e artificialidade na excessiva distinção entre ofertas de apoio institucional e apoio matricial. Aponta também limites na proposta de apoio temático.

## Referências

CAMPOS, G.W. de S. Paideia e gestão: um ensaio sobre o Apoio Paideia no trabalho em Saúde. 2001/2003. Disponível em: <[www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/doc.../35-apoio-paideia](http://www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/doc.../35-apoio-paideia)> Acesso em: 05 dez. 2013.

- \_\_\_\_\_. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CAMPOS, G.W. de S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.
- FALKEMBACH, E.M.F. *Sistematização... Juntando cacos, construindo vitrais*. Ijuí: EdUnijui, 1995 (Cadernos UNIJUI, 23).
- JARA, O. *A sistematização de experiências: prática e teoria para outros mundos possíveis*. Brasília: CONTAG, 2012.



# “Ó eu aí: olha eu, apoiador institucional”: a experiência de Apoio Institucional com a 11ª Coordenadoria Regional de Saúde

JOSÉ INÁCIO LERMEN  
ELEOTÉRIA ROSANE DOS SANTOS  
GIULIANA CHIAPIN  
ROSE TERESINHA DA ROCHA MAYER

## Contexto situacional

Este é o relato de uma experiência de Apoio Institucional (AI) na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES). A atual gestão do Departamento de Ações em Saúde (DAS), que se iniciou em 2011, articulada com a iniciativa de servidores, estabeleceu um reordenamento para complementação do processo de trabalho. Nessa trajetória combinaram-se, como um dos espaços de suporte a essas alterações, encontros semanais de leitura e discussão. Essa organização permitiu a pactuação do funcionamento e estrutura do DAS e a criação de cinco equipes georreferenciadas, formadas por servidores das diversas áreas técnicas do próprio departamento e de outros departamentos da SES, com uma sistemática para acompanhamento de um território específico. Ao enfatizar regionalização e descentralização, num primeiro movimento, a intenção se situava em termos de ativar redes de atenção; a seguir, os movimentos dirigiram-se ao apoio institucional.

Uma dessas equipes, que se soma aos atores de um território específico, é a Macro Norte,<sup>1</sup> responsável por assessorar quatro coordenações administrativas, denominadas de Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), seis regiões de saúde e 148 municípios: 6ª

---

<sup>1</sup> Ativadores de Redes de Atenção – atividade a ser desenvolvida pelos componentes das equipes georreferenciadas junto às CRS e municípios, estimulando a estruturação e desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde, como formuladas pela Portaria nº 4.259/GM/Ministério da Saúde. O ensaio desta função foi realizado no apoio à estruturação da Rede Cegonha.

CRS – sede Passo Fundo (62 municípios); 11<sup>a</sup> CRS – sede Erechim (33 municípios); 15<sup>a</sup> CRS – sede Palmeira das Missões (26 municípios); e 19<sup>a</sup> CRS – sede Frederico Westphalen (26 municípios).

Nessa sistematização também se definiram Encontros de Redes de Atenção à Saúde (ERAS). No segundo encontro delimitou-se o papel de ativadores de Redes de Atenção às equipes georreferenciadas. Entretanto, este não se efetivou imediatamente no contorno institucional por uma série de circunstâncias.

Deste modo emergiu a disposição de trabalhadores para se ocuparem do Apoio Institucional como uma possível direção de trabalho. Essa pactuação tomou corpo no desenho de cuidado voltado à Macro Norte. Por onde começar? A necessidade de mais integração entre os servidores da CRS colocou-se como foco inicial. Nessas andanças, num esforço didático, podemos falar que o processo vivenciado até agora começa com esse momento inicial de delineamento de equipes georreferenciadas e sintetiza-se em cinco momentos (delineamento inicial de equipes georreferenciadas; primeira tentativa de Apoio Institucional, junto aos atores do território; pactuação do processo de trabalho com a 11<sup>a</sup> CRS; o transcorrer dos encontros de Apoio Institucional e sistematização sobre o vivido).

### **Ao encontro do território**

O primeiro momento está contido, então, no delineamento inicial de equipes georreferenciadas. O segundo momento, após a delimitação da função de Apoio Institucional, teve como marco os dias 5 a 7 de maio de 2012. Nesse período, ocorreu a primeira tentativa de Apoio Institucional, junto aos atores do território, na 11<sup>a</sup> CRS e com a participação de dez pessoas (pela equipe georreferenciada da Macro Norte). Embora com pouca clareza na proposta (tanto por parte dos apoiadores como dos apoiados), foi aceita a sugestão de encontro bimestral e marcada data de 5 a 7 de julho para o retorno à 11<sup>a</sup> CRS. Discutiu-se ainda a importância de encontros periódicos e foi formado um grupo de trabalho (GT) que organizaria uma reunião mensal entre os componentes da CRS, pois não havia no momento um espaço de reunião para essa equipe. Nesse sentido, grande parte

dos presentes verbalizou a necessidade de mais integração entre os servidores da 11ª CRS.

Nesses três dias, também, foram realizadas várias atividades temáticas: Saúde Mental, Rede Cegonha, Programa de Melhoria da Qualidade na Atenção Básica. Este último foi realizado com a participação de técnicos de equipes e gestores em dois turnos, com grupos formados por trabalhadores de diferentes municípios. Ao final de cada encontro, foi aceita a sugestão de encontros bimestrais para troca de experiências, com temática a ser escolhida a cada encontro. O primeiro tema escolhido foi o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e sua utilização por parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que veio a ser o embrião das Rodas com os municípios, uma das atividades que compuseram o processo de trabalho apresentado a seguir.

### **A Macro Norte constitui o Apoio Institucional com a 11ª CRS**

No terceiro momento, destacamos a relevância da pactuação do processo de trabalho com a 11ª CRS. Nossa responsabilidade agora era dar continuidade ao que foi combinado. Quais pessoas da Macro Norte se comprometeriam com essa pactuação? A questão ficou subjacente nos espaços e tempos para leituras e trocas de ideias. Com a aceitação da equipe da CRS, era preciso agora dimensionar esse processo bimensal. Dois servidores se comprometeram e, mesmo iniciantes nessa prática, mantiveram a aposta no processo, com a consciência de que se trata de um modo de trabalho que se aprende na própria experiência de apoiar. Assim, os dois encontros (julho e setembro de 2012), que sucederam ao compromisso inicial de retorno a cada dois meses, propiciaram a experimentação e organização metodológica. No encontro de julho de 2012, que aconteceu apenas com um apoiador, foi cogitada a participação obrigatória de toda a equipe, tanto na reunião de equipe mensal da CRS, como no encontro bimestral de Apoio Institucional com a equipe georreferenciada da Macro Norte.

Na discussão, o consenso foi de que seria melhor por adesão e não imposição, pois a consistência do processo de Apoio Institucional poderia contribuir para ampliar a participação. Outro emergente

referiu-se a uma aparente contrariedade entre os entendimentos da equipe georreferenciada e da equipe da CRS quanto ao Apoio Institucional. Em maio de 2012, havia um discurso ainda difuso em relação às intencionalidades dos atores do território para com o trabalho junto à equipe georreferenciada. Agora a inflexão acontecia sobre o papel da CRS e seus processos de trabalho. Dessa forma, o que estava em questão era o modo de operar tal interação.

A reflexão feita na própria Macro Norte, agregada à constatação de que as equipes das CRS tiveram pouco acesso à bibliografia sugerida, bem como raras participações nas discussões promovidas pelo DAS nos ERAS, nos levaram a definir o Apoio Institucional como temática única no VII ERAS, que ocorreu em novembro de 2012, em Passo Fundo.

Paralelamente, vinculado a uma universidade do território da Macro Norte,<sup>2</sup> voltado a técnicos da equipe da 15ª CRS, com o apoio da professora Liane Righi<sup>3</sup>, outro espaço se constituía na Macro Norte para suporte à estruturação e prática do Apoio Institucional. Um dos apoiadores da 11ª CRS esteve presente na reunião preparatória de delimitação da proposta e também na reunião de avaliação do primeiro contato/contrato com as equipes de Atenção Básica (AB) dos municípios. Dessa forma, tínhamos até esse momento uma prática de Apoio Institucional em duas CRS, das quatro que compõem a Macro Norte.

Do VII ERAS participaram dez servidores das quatro CRS, além dos componentes da Macro Norte. Houve exposição teórica sobre Apoio Institucional e também se discutiu a prática vivenciada, sobretudo na 15ª CRS. Muitos participantes da CRS verbalizaram melhor compreensão da proposta e também muita apreensão para desenvolver uma prática de Apoio Institucional junto aos municípios, uma vez que cabia ser desempenhada por eles próprios, servidores da CRS. Isso, de certo modo, representava um deslocamento em seus próprios processos de trabalho, o que ao mesmo tempo gerava interesse e receio. Receio,

---

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte-RS (Cesnors), Campus Palmeira das Missões.

<sup>3</sup> Professora da UFSM e consultora da PNH.

pois o apoio era considerado como mais uma tarefa a ser assumida pelas equipes, já sobrecarregadas de tarefas, e não uma possibilidade de transformação na organização dos processos de trabalho.

Nesse sentido, também foi levantada no VII ERAS a possibilidade de Formação de Apoiadores para o ano de 2013. Os participantes seriam os atores do DAS, componentes da equipe georreferenciada da Macro Norte e técnicos de cada uma das quatro CRS interessados em praticar o Apoio Institucional. Esta proposta significava o compromisso com mais um espaço de suporte à Macro Norte, recebido com grande animação.

Com esses movimentos, a Macro Norte passou a detalhar os modos de interação que comporiam o Apoio Institucional junto à 11ª CRS e foi se sentindo mais apropriada de sua função nesse desafio. O sentimento predominante era algo do tipo: “Olha nós no AI!” Havia disposição para se ocupar da constituição de espaços e tempos para a construção coletiva do processo.

### **Invenções do Apoio Institucional na 11ª CRS**

Agora havia um compartilhamento teórico que, embora com algum ceticismo, era enunciado por técnicos da CRS no VII ERAS. Com a perspectiva de estender o apoio às quatro CRS da Macro Norte, criou-se um instrumento de contratualização com as equipes (anexo I).

Com a formação, a 11ª CRS daria continuidade ao processo de Apoio Institucional e também seria o primeiro local de apresentação do instrumento de contratualização, que, avaliado pela equipe da Macro com o suporte da professora Liane Righi, serviria como subsídio ao processo singular das outras três CRS.

Em janeiro de 2013, outro acontecimento foi relevante: constituiu-se a dupla de apoiadores da Macro Norte à 11ª CRS, entre os quais houve complementaridade, o que deu maior segurança ao desenvolvimento do trabalho com a equipe da CRS. Apresentou-se o instrumento de contratualização, disponibilizaram-se materiais de referência sobre o Apoio Institucional e reafirmou-se a agenda de encontros bimestrais.

A partir do levantamento das expectativas, em janeiro de 2013 iniciamos o quarto momento. A Macro Norte já tinha certo vínculo construído com a equipe da CRS, o que viabilizou também que no

transcorrer dos encontros fosse se diferenciando o que cabia ser tratado no processo de Apoio Institucional e o que poderia ser trabalhado pelos diferentes atores da equipe da CRS em outros momentos. Nesse sentido, constatou-se que a maior parte das demandas, levantadas com o auxílio do instrumento de contratualização, poderia ser de encaminhamento local, isto é, a busca de apoio poderia ser feita junto aos colegas da própria CRS.

No encontro de janeiro de 2013, uma parte dos servidores da CRS estava em férias, o que tornou necessário a retomada da proposta, com maior número de participantes em março do mesmo ano. Desta vez, por problemas de infraestrutura da SES, apenas um dos apoiadores da dupla esteve presente. O encontro previa, em sua organização, confirmar as expectativas levantadas em janeiro e a leitura e discussão do texto “Paideia”, de Gastão Wagner de Sousa Campos. Foi apresentada a possibilidade da realização da Formação em Apoio Institucional, bem como a aprovação na Comissão Intergestora Regional (CIR) da iniciativa de três servidores da 11ª CRS, que consistia em uma proposta de Apoio Institucional aos municípios da região, dos quais sete aceitaram ser apoiados.

No encontro de maio de 2013, observamos maior integração e, embora nem todos os compromissos acordados tenham sido efetivados, aconteceram movimentos processuais para que isso ocorresse. Para tornar essa perspectiva mais concreta, foi proposta uma ferramenta de integração, a ser analisada pela equipe da CRS, e caso houvesse interesse, poderia ser utilizada no encontro de julho de 2013.

Atualmente, alguns movimentos estão em curso: a retomada das Rodas de Conversa, o desencadeamento de processos de Apoio Institucional pela equipe da CRS a três municípios, sendo que um deles pactuou a continuidade do processo e outro solicitou Apoio à gestão municipal.

### **Tempos e espaços para sustentar a navegação no Apoio Institucional**

O quinto momento compreende um movimento transversal de navegação pelo Apoio Institucional. Deslizar, vivenciar, arejar, aprender e desenvolver o desenho efetuado: a experiência do apoio tem sabor,

saber e prazer. Como se verificou na formação, ela pode ser teorizada, praticada e sistematizada. Desse modo, ocupamo-nos em registrar os espaços de suporte experimentados, as possibilidades de sistematização e a complexidade impressa ao processo de apoio, ao refletir sobre o vivido.

Até maio de 2013, mesmo com uma dupla de apoiadores, o preparo para os encontros bimestrais com a CRS ainda era pouco estruturado. Com o leque de atividades se ampliando e adquirindo consistência, buscamos apoio na Escola de Apoiadores da Escola de Saúde Pública (ESP). Tínhamos a roda com a CRS, as Rodas de Conversa com técnicos de municípios, os técnicos das CRS apoiavam equipes da AB e nos sentíamos compelidos a sistematizar esse processo. Além disso, a gestão de um dos municípios tinha pactuado o primeiro encontro de Apoio Institucional para o mês seguinte (junho de 2013).

O acolhimento por parte da ESP foi imediato e animador. Aquela equipe havia apoiado os Encontros de Educação Permanente do DAS<sup>4</sup> e estabelecia relações pontuais com a 11ª CRS. Então, a partir de junho de 2013, passamos a ter encontros avaliativos e preparatórios com uma dupla de apoiadoras da ESP, outro espaço sistemático que se constituiu, além da participação eventual de alguns componentes da Macro Norte na Escola de Apoiadores.<sup>5</sup> A inserção das apoiadoras da ESP no processo associou ferramentas metodológicas à experimentação do Apoio Institucional pela equipe da Macro Norte. Agora estava constituído um trio de apoiadores à 11ª CRS com representantes de três departamentos da SES: Departamento de Ações de Saúde (DAS), Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA) e Escola de Saúde Pública (ESP).

Nos encontros da Escola de Apoiadores na ESP, foi possível estruturar todos os espaços de apoio em andamento e, além disso,

---

<sup>4</sup> Encontros mensais organizados conjuntamente entre equipes do DAS e da ESP, de fevereiro de 2012 a outubro de 2013, com o objetivo de constituir espaços e tempos para reflexão e problematização dos processos de apoio experimentados pelas equipes das diferentes áreas programáticas que compõem o DAS.

<sup>5</sup> Espaço formativo organizado em encontros mensais realizados na Escola de Saúde Pública desde janeiro de 2013. É uma instância da Rede de Educação em Saúde Coletiva (RESC), para acompanhamento técnico e pedagógico dos atores envolvidos em práticas de educação em saúde coletiva. Estabelecido na Resolução CIB 590/2013.

esclarecer o papel dos apoiadores do nível central, dos apoiadores dos municípios. Nesse processo, em cada encontro ocorrem três momentos: avaliação do ocorrido no encontro anterior, preparação/planejamento a partir das leituras dos emergentes e enquadre firmado entre apoiadores-apoiados sobre a continuidade do apoio ao pensar a atividade em si. Além disso, é importante analisar a interface entre os diferentes espaços e incluir a dimensão subjetiva implicada nesses processos.

A partir de maio de 2013, a presença dos apoiadores na 11ª CRS passou a ser mensal, nos seguintes espaços de apoio constituídos: Apoio à Equipe da CRS; Rodas de Conversa abertas à participação de técnicos de equipes da AB, gestores, ACS, técnicos da própria CRS e demais atores interessados (acontecem duas rodas, uma em cada turno, com municípios diferentes e temáticas escolhidas pelos participantes de um encontro para o outro); Apoio à Gestão da Saúde de um dos municípios da região e Apoio a outros municípios. Há contração de responsabilidade pelos diferentes grupos de atores e em cada um desses espaços, como pode ser observado na grade abaixo.

APOIO NA 11ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE												
	Apoio à equipe da CRS			Rodas de Conversa			Apoio a Gestão de Erechim			Apoio a outros municípios		
<b>Escola de Apoiadores</b>	A	P		a	p		A	P				
<b>Apoiadores da CRS</b>	A	P	R	A	p	R	A	P	R			
<b>Apoiadores da 11ª CRS</b>				A	P	R	A	P	R	A	P	R
	A - Avaliação			P - Planejamento			R - Realização					

No encontro de julho de 2013, foi proposta a utilização da ferramenta de integração (anexo II), ferramenta que sugeria um olhar transversal pelos diversos setores, bem como reflexões circunscritas a cada setor. Foi considerada proveitosa por todos os presentes, uma vez que se desconheciam a abrangência das atividades apresentadas. Também foi complexo o exercício de reflexão sobre em que pontos cada setor se poderia apoiar os outros e em que poderia ser apoiado.

O momento de AI de setembro de 2013 teve sua programação alterada. Estava prevista continuidade do processo de integração com

apresentação da Vigilância em Saúde, mas emergiu como principal ponto de pauta o tema da oficina de Apoio Institucional. Parte da equipe da CRS desconhecia que seus colegas realizavam apoio institucional a municípios da própria CRS. O relato dessas atividades de AI ocupou todo o tempo do encontro. Ao final, os trabalhadores que participaram com suas experiências do processo formativo na Oficina de AI foram aplaudidos por seus colegas da CRS.

As oficinas decorrentes da proposta inicial de formação em Apoio Institucional foram momentos de compartilhamento e discussão das experiências que aconteciam no território. Foram três oficinas, nos meses de agosto, outubro e dezembro de 2013. Foram momentos importantes, promotores de análises sobre esses diversos processos, nas quais constataram-se consistência, potencialidades, fragilidades e desdobramentos dos mesmos. A temática da sistematização de experiências foi o que motivou a elaboração do presente relato.

O encontro de avaliação do processo de Apoio Institucional experimentado na CRS, realizado em novembro de 2013, propôs-se a lançar um olhar avaliativo ao apoio vivido, seus desdobramentos e expectativas para 2014. O planejamento do encontro contou com duas reuniões preparatórias na ESP. Para o Apoio à equipe da CRS, foi definido o roteiro com as responsabilidades de cada um dos apoiadores, com circulação das funções. Estruturou-se uma ferramenta que permitisse a reflexão sobre o Apoio Institucional e o processo de trabalho de cada participante, chamada “Dito & Feito” (anexo III). Cada coluna serviu efetivamente para seu propósito: A coluna “Dito” serviu para olhar o que foi pensado, dito, prometido, programado, etc., em relação às duas linhas: Apoio Institucional e Processo de Trabalho. Já a coluna “Feito” serviu para verificar o acontecido em relação ao anotado no “Dito”. Consequentemente, a coluna “Porque” permitiu a reflexão sobre o planejado, o acontecido e o não realizado entre as duas. Já a coluna das expectativas proporcionou uma reflexão sobre as perspectivas do AI e do processo de trabalho a serem trabalhadas durante o ano de 2014.

Em novembro de 2013, o processo de Apoio Institucional aos municípios da 11ª CRS foi apresentado no encontro mensal da Escola de Apoiadores da ESP.

## A Macro Norte e o Apoio Institucional

A equipe georreferenciada da Macro Norte<sup>6</sup> foi o local que deu o mote inicial para que o Apoio Institucional se transformasse em uma das suas principais atividades. A equipe passou por muitas trocas de componentes, pelos mais diversos motivos, mas sempre manteve sintonia com a proposta de AI. Nos primeiros meses de AI na 11<sup>a</sup>, o encontro da Macro Norte foi o local de trocas importantes, tanto das expectativas no período de preparação como das discussões no retorno a cada bimestre. Questões temáticas precisaram ser compatibilizadas com as do AI, por problemas estruturais, tais como diárias escassas em função de um dos apoiadores da 11<sup>a</sup> CRS ser consultor e não servidor, vinculado ao Programa Primeira Infância Melhor e ter necessidade de cumprimento de agenda específica, no mesmo deslocamento para o território da 11<sup>a</sup> CRS.

A partir da VII ERAS, já em 2013, com a expectativa de realização da Formação em AI, algumas reuniões da Macro Norte foram acompanhadas por apoiadores externos à SES, vinculados à Universidade Federal do Rio Grande do Sul e à Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. Nesses momentos, onde a principal temática eram os encontros de formação, também foram discutidas as experiências de apoio em desenvolvimento na 11<sup>a</sup> CRS e 15<sup>a</sup> CRS – emergiu daí a importância de que fossem registradas. Em dois destes encontros da Macro Norte, foi convidada a professora Elza Falkenback,<sup>7</sup> que tem atuado propositivamente em sistematização de experiências de práticas sociais. Desta forma foi definido, na Macro Norte, que as oficinas de Apoio Institucional também dariam conta de sistematizar os processos vividos pelos mais diversos atores: na Macro Norte, nas CRS, nos municípios.

---

<sup>6</sup> A metodologia das reuniões da georreferenciada a Macro Norte está descrita em outro texto que integra esta coletânea. Para a construção e análise da pauta relacionada ao apoio institucional e a construção das agendas de formação e sistematização, o coletivo contou com o apoio da professora Liane Righi, que no ano de 2013 participou, de março a dezembro, de uma ou duas reuniões de grupo georreferenciado da Macro Norte em cada mês.

<sup>7</sup> Professora na Universidade do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí; assessora de vários movimentos sociais e autora de textos sobre sistematização de experiência, dos quais se destaca “Sistematização: uma arte de ampliar cabeças...”, disponível em <[http://www.fetraece.org.br/imagens/Site\\_6/siste.pdf](http://www.fetraece.org.br/imagens/Site_6/siste.pdf)>.

## Efeitos e considerações

Os efeitos podem ser observados na síntese do processo vivido por parte dos participantes no encontro de avaliação do apoio, em novembro 2013, no qual emergiram: maior integração, maior participação, mais alegria no trabalho e valorização dos espaços de troca, mais conhecimento do trabalho dos outros, mais solidariedade, mais vontade de realização das funções e reconstrução para 2014. O que era “Ó eu aí”, agora é mais: olhar cruzado entre diversos.

Além dos efeitos explicitados pelos trabalhadores da 11ª CRS, os efeitos na própria equipe de apoiadores da Macro Norte foram marcantes, sobretudo porque esse processo demonstrou que olhares cruzados significam qualificação das atividades de apoiar e podem permitir a abertura a ser apoiada, tanto pelos componentes da equipe, quanto pelos parceiros de caminhada-navegação.

A experiência permitiu vivenciar a importância da organicidade na preparação, realização e avaliação permanente do processo com os envolvidos. Seus destaques e desafios circularam em torno de práticas de problematização, as quais podem ser expressas em perguntas como: o que é Apoio Institucional? Como se articula? De que modo o Quadrilátero é protagonista? Que invenções se tornam necessárias no processo? Em que posso apoiar os outros e em que posso ser apoiado?

O processo de apoio à 11ª CRS foi consequência da insistência/persistência/aposta de que uma ideia pode ser concretizada, desde que se acredite nela e de que seja oportunizado o espaço para que ela se desenvolva coletivamente.

## Referências

- CAMPOS, G.W. de S. Paideia e gestão: um ensaio sobre o Apoio Paideia no trabalho em Saúde. 2001/2003. Disponível em: <[www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/doc.../35-apoio-paideia](http://www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/doc.../35-apoio-paideia)> Acesso em: 05 dez. 2013.
- \_\_\_\_\_. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CAMPOS, G.W. de S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.
- FALKEMBACH, E.M.F. *Sistematização...* Juntando cacos, construindo vitrais. Ijuí: EdUnijuí, 1995 (Cadernos UNIJUI, 23).
- JARA, O. *A sistematização de experiências: prática e teoria para outros mundos possíveis*. Brasília: CONTAG, 2012.

## **ANEXO 1. INSTRUMENTO PACTUAÇÃO - APOIO INSTITUCIONAL 11ª CRS**

**Data:** 09/01/2013

**Apoiadores da SES:** Jose Inácio Lermen (Monitoramento) e Giuliana Chiapin (PIM)

**Setor(es) apoiado(s) na CRS:** Todos (equipe)

**Demandas e Expectativas da CRS:**

**Demandas: (...)**

**Expectativas: (...)**

**Oferta dos Apoiadores:**

Apoio nos processos de trabalho da CRS, visando integralidade, intersectorialidade, acolhimento, resolutividade, autonomia, co-gestão, etc.);

Fortalecimento da AB;

Educação Permanente;

**Pactuado:**

A partir das discussões com a equipe da 11ª CRS organizou-se as demandas e expectativas em categorias e a partir daí pactuou-se aquelas que, além das já oferecidas pelos apoiadores (ver acima), estavam relacionadas diretamente com o apoio institucional. São elas:

- Reflexão sobre o papel do servidor e, com o da regional
  - Melhoria do processo de trabalho a partir do apoio institucional
  - Diagnóstico da saúde regional (principais estrangulamentos/estabelecimento de metas/acompanhamento)
- Garantir planejamento, seminários com gestores

**Periodicidade das visitas dos apoiadores:** Bimestral (primeira quarta-feira do mês)

**Período de vigência:** primeiro semestre de 2013



O segundo instrumento tem a intenção de potencializar integração entre os setores através da troca de apoios e dizer o que eu posso fazer para os outros e o que os outros podem me ajudar a fazer. Também pode mostrar que todos os setores têm interfaces, que por vezes não possuem delimitação objetiva.

### Instrumento 2

11º CRS - ÁREA TÉCNICA:		
ÁREA TÉCNICA	COMO PODEMOS APOIAR	EM QUE GOSTARÍAMOS DE SER APOIADOS
PLANEJAMENTO		
AÇÕES EM SAÚDE		

### ANEXO 3. Dito & Feito

RETROSPECTIVA 2013 E EXPECTATIVAS PARA 2014 - 11ª CRS - 6 DE NOVEMBRO 2013 - APOIO INSTITUCIONAL				
	DITO	FEITO	PORQUE	EXPECTATIVAS PARA 2014
APOIO INSTITUCIONAL				
PROCESSO DE TRABALHO				



# Como tudo começou: motivação para fazer Apoio

ELIANA SANDRI LIRA  
VERA LÚCIA GRITTI ZIS  
RENATO LUIS ZIS

Situando nosso universo de trabalho, descrevemos como as coisas vinham acontecendo e como isso nos inquietou e nos motivou a fazer diferente. Neste texto, descrevemos a história de nossa caminhada até a proposta do apoio e o processo de sua construção na prática, em uma equipe de atenção básica, processo que continuamos construindo a cada novo encontro.

## **Contextualizando**

O segredo em situações reais é olhar e analisar cada situação na sua singularidade (MERHY, 2007, p. 17).

O assessoramento técnico realizado pela regional foi sempre na orientação formal ao gestor sobre gestão do sistema municipal e aos profissionais dos municípios, a orientação técnica de “treinamentos” periódicos sobre novas regras, programas e ações a serem realizados, compulsoriamente ou com incentivos financeiros para adesão. As equipes dos municípios expressavam não participação das orientações e decisões sobre a gestão da atenção à saúde no município e, conseqüentemente, sobre a gestão do processo de trabalho.

As demandas técnicas encaminhadas através da gestão municipal geralmente não eram atendidas de fato pela equipe, e os profissionais revelavam desconhecê-las. Isso demonstrou uma distância entre gestor e profissionais de saúde quanto às respostas a novos programas e ações.

Quando indagados em encontros na regional, ou em trabalhos nos municípios, os profissionais de saúde revelavam desconhecer programas implantados, ações pactuadas, compromissos assumidos pelo gestor e incentivos financeiros já recebidos pelos municípios.

Ao longo do tempo, a continuidade desse processo não produzia resultados e sim desmotivação nos profissionais da regional e até descrédito nos municípios, que “sempre tiveram dificuldades”. Ano após ano, gestão após gestão, a regional vinha sendo questionada sobre os mesmos assuntos, indagada sobre as mesmas dificuldades, e criticada pela falta das mesmas coisas (equipamentos, capacitações, repasses financeiros).

Verificamos que aqueles assuntos já haviam sido tratados com os municípios, que as dificuldades tidas como superadas retornavam, que os equipamentos já haviam sido adquiridos, que foram realizadas várias capacitações com profissionais nos municípios, que o repasse financeiro havia sido realizado e o recurso encontrava-se parado. Porque esse desconhecimento da realidade do município pela própria equipe de atenção básica? O que faltava?

Nas conversas com gestores e profissionais de saúde, perceberam-se as várias dificuldades de gestão e do processo de trabalho e a falta de um espaço de encontro entre equipe e entre gestor e equipe. Em conversas na regional sobre nosso processo de trabalho, percebemos que precisávamos fazer algo, que a forma como acontecia nosso trabalho não produziam efeito e sentido, que o retorno às perguntas não estava suprindo as necessidades das equipes, e percebemos que havia algo além do que era questionado como real necessidade.

Em nosso fazer cotidiano, nos dispomos a mudar a forma tradicional de responder sempre aos mesmos questionamentos, o que não estava funcionando. O fato de responder sempre a mesma pergunta evidenciava que algo estava errado: ou a pergunta não estava bem formulada, ou as respostas eram insuficientes, ou ambas. Passamos a olhar as equipes de atenção básica como espaço de potência e desafio para o trabalho. Surgiram muitas perguntas: como fazer algo novo, como está a realidade das equipes – porque tudo é novidade, porque não reconhecem o passado e não visualizam o que necessitam no futuro.

Pensamos no papel da educação permanente em saúde como aprendizagem no trabalho e o que a educação poderia contribuir na construção de novos processos de trabalho. Dessa forma, construímos uma proposta de diagnóstico de recursos humanos, demandas de educação permanente voltadas à qualificação do trabalho das equipes, constituindo espaços coletivos de aprendizagem e trocas. Propomos acompanhar as equipes e gestores em alguns espaços coletivos de educação permanente para provocar e desencadear a circulação de saberes, afetos, interesses e construção de possibilidades de trabalho em equipe.

O principal objetivo da proposta foi pactuar com gestores e equipes de atenção básica espaços coletivos de discussão e construção para planejamento do trabalho, educação permanente e discussão de casos. Para concretizar a proposta, nós a apresentamos na Comissão Intergestores Regional (CIR),<sup>1</sup> e solicitamos que os municípios interessados se manifestassem. Após a apresentação, três municípios demonstraram interesse na proposta e na implementação de espaços coletivos de aprendizagem entre equipe e entre equipe e gestor. Organizamos um cronograma de visita a esses municípios, pactuando com os gestores que os espaços coletivos seriam compostos por toda a equipe, os espaços em que nós estaríamos presentes e os espaços constituídos para pensar os próprios processos de trabalho da equipe.

No tempo que antecedia a ida até os municípios, o Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde propôs apoio institucional à Regional, pactuando encontros bimestrais. Recebemos a visita de dois apoiadores que propuseram encontros bimestrais e reuniões de equipe para organizar nosso processo de trabalho. Foi uma surpresa interessante, e nos fez pensar sobre a proposta que estávamos construindo para os municípios da nossa região. A partir disso, partilhamos com nossos apoiadores nosso pensar e recebemos o desafio de ser apoiadores institucionais. Naquele momento não tínhamos clareza; havia um projeto com objetivos diferentes da metodologia do apoio, mas que também se relacionavam com ela.

---

<sup>1</sup> A Comissão Intergestores Regional é formada pelos 33 secretários municipais de Saúde da 11ª CRS, Região 16/Alto Uruguai Gaúcho e representantes da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde. Reúne-se mensalmente para discussão de ações e necessidades de saúde para a região.

O desafio de ampliar a proposta, ser apoiado em um novo processo de trabalho e estudar uma nova metodologia era o que precisávamos para dar sentido a nossas práticas com as equipes e gestores municipais de saúde. A expectativa de aprender e vivenciar o processo de apoio institucional às equipes era muito alta; definimos momentos semanais de estudo de duração de quatro<sup>4</sup> horas, todas as quartas-feiras à tarde. Estudávamos a metodologia do apoio institucional e adequávamos nossa proposta, refletindo sobre a postura metodológica, sobre a responsabilidade de provocar processos novos de trabalho, deixando que as equipes reconhecessem o espaço do apoio como possibilidade de circular saberes poderes e afetos, e sustentar a equipe sem interferir nos processos cortando a construção do grupo.

Sentíamos necessidade de propor mudanças, queríamos que as equipes, os profissionais se tornassem independentes e capazes de decidir por seus conhecimentos e saberes, sem dependência do sim, do não pode ou do pode afirmado pela Regional, mas que construíssem possibilidades a partir da prática e se reconhecessem como equipe capaz de gerir seu processo de trabalho. Construimos cronogramas de visitas, conversamos sobre temas e necessidades das equipes, planejamos os momentos de encontro com as equipes.

Conscientes de que ainda não tínhamos conhecimento suficiente, arriscamo-nos a “aprender fazendo” e realizamos a primeira visita aos três municípios colocando o objetivo, o porquê deste processo e pactuando os espaços coletivos de aprendizagem. Deixamos livre para que as equipes decidissem em conjunto se realmente queriam construir esse processo de apoio.

Nossa expectativa era que os três aceitassem construir o processo de apoio. Mas vivenciamos três situações bem distintas: os três secretários de Saúde aceitaram a proposta, mas duas equipes não estavam dispostas a construir este espaço. A equipe do Município 2 nos disse não estar preparada, não ter espaço físico para realizar reunião em equipe e solicitou que esperássemos um tempo para que conseguissem uma nova UBS com espaço físico adequado. A equipe do Município 3 simplesmente relatou que tinha capacidade de fazer reuniões de equipe e qualificar seu processo de trabalho sozinha, pois contava com profissionais “ultraqualificados” e, além do mais,

a “UBS estava sempre lotada, o que demonstrava que a população gostava do atendimento”.

A equipe do Município 1 relatou ter problemas de espaço físico e nos ofereceu o corredor para os encontros. A partir da apresentação da proposta, a equipe compreendeu o objetivo e aceitou o desafio.

Descreveremos então nossa caminhada com o Município 1, como fomos fazendo e aprendendo o Apoio Institucional.

## Fazendo e aprendendo

*Aprender é quase tão lindo como brincar...<sup>2</sup>*

Relatar e sistematizar nossa experiência com uma equipe de atenção básica, e aqui nos referimos a equipe como gestor e todos os profissionais de saúde que atuam na atenção básica, é um modo de reforçar como é possível construir novos processos de trabalho, quando acreditamos que nosso trabalho ainda pode ter sentido.

Sistematizar a experiência significa não só o fazer num determinado momento, e sim a evolução ao longo do tempo – ou seja fazer com história. Segundo Elza Falkenbach (1995), “cada vez mais, acreditamos que a sistematização é um construir constante, que nos despe de nossa certeza frívola, momento a momento”.

<sup>2</sup> Em conversas sobre aprendizado, apoio, educação e como mudar a forma de trabalho para que tivesse sentido, nos lembramos da fala de uma criança de três anos explicando sobre o ato de ensinar e aprender: “Ah! Aprender é quase tão lindo quanto brincar – respondeu. Sabe, papai não fez como na escola. Ele não disse “Hoje é o dia de aprender a andar de bicicleta”. Primeira lição: andar direito. Segunda lição: andar rápido. Terceira lição: dobrar. Não tinha um boletim onde anotar: muito bem, excelente, regular... porque, se tivesse sido assim, não sei, algo nos meus pulmões, no meu estômago, no coração não me deixaria aprender. Papai me deu uma bici menor do que a dele. Me ajudou a subir. A bici sozinha, cai; papai segurava a bicicleta; tem que segurá-la andando. Aprender é quase tão lindo quanto brincar... mas não é o mesmo” (FERNANDEZ, 2001, p. 28). A criança refletia sobre seu aprendizado de andar de bicicleta explicando que seu pai segurava a bicicleta, permitindo que ela compreendesse o processo sem dizer o que era certo ou errado, mas correndo ao seu lado até soltá-la, e então percebeu que aprendeu e era capaz de andar de bicicleta, porque se seu pai lhe desse lições antes “algo nos meus pulmões não me permitiria aprender”. Com este recorte nos damos conta de que é isso, aprender e trabalhar precisam ser prazerosos, e que respostas nem sempre são suficientes; dizer o que é certo ou errado não permite crescimento quando a necessidade é de acompanhamento, corrida ao lado, questionamento, até o momento de largar que andem sozinhos. Nosso trabalho é provocar, problematizar, permitir que as equipes sejam protagonistas das mudanças necessárias a seus processos de trabalho.

A experiência que apresentamos se relaciona à equipe do município denominado Município 1. Pactuamos a data do primeiro encontro e fomos até ele. Simples assim, parece, mas a responsabilidade que tínhamos era muito grande, tínhamos uma proposta, que estávamos estudando e aprendendo, e precisávamos implementá-la, e nesse município havia expectativas que não conhecíamos. Tanto nós apoiadores pensávamos que sabíamos realizar o apoio, quanto a equipe pensava que sabia tudo o que precisava fazer. Mas ao longo do processo, aprendemos juntos o que é apoiar e como melhorar os processos de trabalho.

Nos dois primeiros encontros, reuniam-se alguns profissionais da equipe: o desafio era ir agregando os demais para construir o sentido de equipe e daquele espaço de construção coletiva. A dificuldade de estabelecimento de diálogo e vínculos fazia com que os profissionais colocassem em segundo plano sua participação, criando desculpas para não se fazer presente: “tenho trabalho”, “estou de atestado”, “tenho consulta marcada com especialista”. E desta forma era difícil ter a equipe completa.

Outra dificuldade da equipe para implementar os espaços de apoio era a concepção de que pensar não era trabalho e reunião era perder tempo e trabalho. Fechar a UBS foi uma conquista, pois significava tanto para a equipe quanto para a população virar as costas para o território. A equipe se sentia faltando com a responsabilidade de atendimento à população, pois a cada instante, durante os primeiros encontros, alguém batia na porta da UBS para solicitar um medicamento, um atendimento, uma dúvida. Foi preciso haver vários encontros para que as concepções de perda de tempo e falta ao trabalho fossem mudando, e novas pessoas se agregassem ao espaço.

Com apoio do gestor municipal de Saúde, a equipe e a população foram se conscientizando da necessidade desses espaços para qualificar o processo de trabalho, tanto que ao longo do ano, conseguimos reunir todos os profissionais de atenção básica, e a equipe compreendeu o quanto todos têm coisas importantes a colocar. A cada novo encontro com a equipe, ia se constituindo um processo de apoio e aprendíamos a ouvir, suportar o silêncio, provocar e sustentar a equipe. Aprendíamos a observar e não tirar nossas conclusões precipitadamente, mas devolver

questões e permitir que a equipe pensasse em suas soluções. Um ponto importante foi envolver o gestor de saúde que, sentindo-se parte da equipe, permitiu questionamentos, permitiu espaços de trocas e se comprometeu com a defesa de sua equipe, sempre acreditando nos projetos por ela construídos.

Durante o processo de construção do apoio com a equipe do Município 1, foram realizados vários encontros com manifestações variadas: momentos de euforia e medo de participar no primeiro; silêncio e desconhecimento do trabalho no segundo; desconhecimento da equipe e reconhecimento do trabalho no terceiro; contradições, pactos coletivos não saudáveis (grupos isolados) nos três, e tudo isso foi importante no processo de construção do apoio.

Diante dessas manifestações, optamos por utilizar dinâmicas para o quarto encontro, como um meio de facilitar e provocar a equipe, para que fosse possível circular conhecimentos, demonstrar o que se passava, o afeto, o desafeto, o gosto, o desgosto, para que viesse à tona a realidade e a equipe pudesse compreendê-la e em conjunto pensar soluções. Para que se revelassem as coisas que diariamente ficam no individual ou em pequenos grupos, por causa do medo do julgamento. Nesse tempo, a equipe passou por vários momentos de “sei fazer tudo” a “tenho medo”, de “quero acreditar” a “podemos fazer”, e por fim, “precisamos tratar da equipe”. A cada etapa de construção de seu espaço coletivo, a equipe questionava seu fazer diário, seus medos e saberes, suas desconfianças.

O que se acentuou na equipe foi sua crescente preocupação com estrutura e infraestrutura, a necessidade de saber se tinham feito um bom trabalho e de reconhecimento; a dificuldade de confiar no trabalho do outro e sentir-se equipe; e estas questões contribuía com a sensação de impotência e de medo de expor-se e aumentaram os ruídos na comunicação. A cada nova conquista de estrutura e infraestrutura, de equipamentos, veículos, ainda faltava algo; não reconheciam essas aquisições e construções como conquista, mesmo sendo estas as necessidades relatadas.

A necessidade de estrutura e infraestrutura não era da governabilidade somente da equipe, mas a carregavam. No momento que foi superado este problema, continuava uma grande falta, então entraram em cena

as questões de relacionamento, as diferenças que não permitiam a troca e a confiança no trabalho do outro e grandes espaços de silêncio.

Diante dos silêncios, das falas e reclamações e do não reconhecimento do trabalho realizado, percebemos que a equipe necessitava de outras coisas além do material. Necessitavam de outros encontros, para conhecimento e reconhecimento, porque para o grupo, a parte técnica estava bem, a estrutura e infraestrutura estavam sendo adequadas, faltava quase nada, mas o que faltava então?

Para tentar superar as dificuldades de entendimento e de diálogo que se instalaram no espaço de trabalho, a equipe optou por se desafiar a realizar encontros deles, conhecer o trabalho do outro, discutir casos e processos, pensar juntos a organização do trabalho.

Nesta lógica, o grupo solicitou o quinto encontro fora do horário de trabalho e em outro ambiente, que foi realizado no sábado num local de eventos em outro município, com nossa participação. O encontro contou com dois momentos: 1º) avaliação do ano, do processo de apoio e pensar as expectativas para 2014; e 2º) recreação e integração do grupo.

Foi esta alternativa a mais acertada: de nada serviam os materiais, os equipamentos, os projetos e o apoio da gestão se não existissem espaços coletivos para pensar o trabalho, planejar, avaliar, conhecer o outro, dividir e somar. Uma equipe que a princípio sabia o que fazer conseguiu resolver seus problemas de estrutura e infraestrutura, de equipamentos e pessoal. Mas não se sentia satisfeita no final, ou na continuidade, e percebeu que ouvir o outro, trabalhar em conjunto, criar espaços de trocas e aprendizagem era o “quase nada” que faltava para dar sentido a suas práticas.

### **E por que continuar a realizar o Apoio Institucional?**

Continuar a proposta do Apoio Institucional às equipes de atenção básica é um aprendizado pessoal e profissional; é aprender a correr riscos, expor-se, provocar movimentos, ter prazer em trabalhar, fazer diferente. Continuar o processo do apoio institucional nos faz pensar em nossos próprios processos de trabalho, sem preocupação com a certeza dos resultados, mas adequando-nos aos movimentos do coletivo, provocando mudanças na nossa vida!

Para as equipes, o processo do Apoio Institucional permitiu construir um espaço coletivo para pensar, avaliar, analisar, organizar seu processo de trabalho, articulando a reflexão crítica sobre a prática e os conhecimentos técnicos, conhecendo a realidade para transformá-la. Garantiu o reconhecimento da equipe como espaço de escuta, compartilhamento, produção de sentido, produção de si e do outro e circulação de sentimentos, percepções, conhecimentos e poderes.

É o efeito Paideia de Campos (2003, p. 3):

[...] um processo social e subjetivo em que as pessoas ampliam sua capacidade de buscar informações, de interpretá-las, buscando compreender-se a si mesmas, aos outros e ao contexto, aumentando, em consequência, a possibilidade de agir sobre estas relações.

Esperamos que esses movimentos, proporcionados pelo apoio institucional, impactem o cotidiano transformando os processos de trabalho, tanto nossos, como apoiadores, quanto das equipes.

## Referências

- CAMPOS, G.W. de S. Paideia e gestão: um ensaio sobre o Apoio Paideia no trabalho em Saúde, 2003. Disponível em: <[www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/doc.../35-apoio-paideia](http://www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/doc.../35-apoio-paideia)> Acesso em: 05 dez. 2013.
- FALKEMBACH, E.M.F. *Sistematização...* Juntando cacos, construindo vitrais. Ijuí: EdUnijuí, 1995 (Cadernos UNIJUI, 23).
- FERNANDEZ, A. *O saber em jogo*: a psicopedagogia proporcionando autorias de pensamento. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- MERHY, E.E. et al. *O trabalho em saúde*: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2007.



# Matriciamento: vivência interdisciplinar relacionada a um grupo de trabalho em saúde no município de Santa Maria-RS

MIRELA MASSIA SANFELICE  
JULIANA BEATRIZ RECKZIEGEL  
LÍVIA HELEN GIMENEZ RIBAS  
LIZIANE DA SILVA MOREIRA  
THAMARA DIAS GOULART  
GILSON MAFACIOLI

## Introdução

Neste texto é contextualizado e discutido o trabalho desenvolvido por equipe interdisciplinar do GTABR, através de ações do matriciamento no município de Santa Maria-RS. O GTABR é um grupo de trabalho composto inicialmente por voluntários e trabalhadores e que se constituiu após a tragédia ocorrida na Boate Kiss no dia 27 de janeiro de 2013. A tragédia resultou em 242 óbitos, em centenas de sobreviventes que apresentam consequências físicas e psicológicas, além de muitos profissionais e voluntários que necessitaram de atendimento em saúde mental após auxiliarem no resgate e no socorro das vítimas.

Após a tragédia, uma equipe multiprofissional foi contratada pelo município, formando um novo serviço, denominado Acolhe Saúde, do qual quatro integrantes foram direcionados especificamente para as atividades de matriciamento, juntamente com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e residentes multiprofissionais em Saúde Mental da Universidade Federal de Santa de Maria (UFSM), com o objetivo de intensificar as ações de apoio já formadas. Nesse contexto, o GTABR foi o grupo de profissionais que realizou apoio matricial inicialmente aos casos referentes à tragédia.

Para implementar as ações de matriciamento, o novo grupo iniciou o processo de organização e revisão dos documentos construídos durante a fase emergencial. Estes foram elaborados por profissionais da rede municipal, da residência multiprofissional, do estado, do Ministério

da Saúde (PNH) e voluntários que constituíram as equipes de apoio para a Atenção Básica durante o estado de calamidade.

No primeiro momento, as ações de matriciamento, bem como as discussões sobre o trabalho, foram direcionadas aos casos referentes à tragédia. Posteriormente, houve a necessidade de ampliar as discussões para além deste público, abrangendo também a demanda trazida pelas equipes de referência dos territórios. Neste contexto de impacto e mobilização social, visualizou-se maior articulação da rede de serviços do município, assim demonstrando suas potencialidades e fragilidades. Neste cenário, configurou-se a organização das ações de matriciamento e desenvolvimento sistemático dos processos de trabalho do GTBAR. Este efetivou o planejamento das ações, as quais consistiram em reuniões semanais e visitas aos territórios das Estratégias de Saúde da Família (ESF), entre outras atividades.

De acordo com a experiência *in loco* dessa equipe interdisciplinar, são discutidos desafios, potencialidades, fragilidades, repercussões e contribuições para a implementação e o desenvolvimento das ações de apoio matricial na Atenção Básica no município de Santa Maria-RS após a tragédia.

## **Metodologia**

Este texto tem como base a análise das experiências vivenciadas por profissionais de um grupo de trabalho multidisciplinar e interdisciplinar constituído a partir do incêndio ocorrido no dia 27 de janeiro de 2013 no município de Santa Maria. Os dados para construção deste artigo foram coletados a partir de quatro etapas. Na primeira, foram utilizados os documentos já existentes, como relatórios, atas e cartazes com registros das ações, os quais foram elaborados por profissionais e voluntários que atuaram imediatamente após a tragédia no período emergencial. Esses profissionais eram residentes multiprofissionais em Saúde Mental da UFSM, profissionais da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAC) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS), profissionais voluntários da força tarefa de diversos estados e da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde.

Na segunda etapa, foram coletados dados a partir dos relatórios elaborados nas visitas aos territórios para apoio. Profissionais da Saúde

Mental constituíram as equipes de apoio à Atenção Básica, formadas por três profissionais de núcleos distintos compostos por profissionais dos CAPS, do serviço Acolhe Saúde (direcionados para o matriciamento) e por residentes multiprofissionais em Saúde Mental da UFSM.

Na terceira etapa, os dados referem-se às discussões nas reuniões intersetoriais, registradas em atas. Definiu-se a sistematização das reuniões do GTABR como semanais, com constantes questionamentos sobre o tipo de apoio que seria ofertado para a Atenção Básica. A partir de então, foram organizadas escalas e logística necessárias para apoiar as Estratégias de Saúde da Família (ESFs). Importante destacar que o GTABR teve o apoio fundamental da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde. O GTABR optou, primeiramente, por matriciar as ESFs devido à cobertura dos agentes comunitários de saúde (ACS) e demais unidades, conforme a demanda dos CAPS. Após as várias discussões com apoiadores institucionais da PNH, chegou-se ao consenso de que esse apoio constitui-se de apoio matricial e institucional em saúde, considerando a realidade específica dos territórios de atuação.

Logo após, a quarta etapa, os dados coletados referem-se à efetivação do processo de matriciamento aos territórios como as visitas sistematizadas e relatórios documentados. É importante enfatizar que o município de Santa Maria conta com apenas 30% do seu território coberto por ESFs, totalizando o número de 16 ESFs. Dessas, oito estão sendo matriciadas pelo GTABR. Almeja-se alcançar a totalidade das ESFs e, posteriormente, abranger as UBSs, correspondendo a toda a demanda da Atenção Básica. O relato de experiência foi realizado a partir de análise qualitativa e exploratória do material.

## **Revisão de literatura e discussão**

### ***Os desafios encontrados para a implantação do apoio matricial na Atenção Básica***

A primeira parte deste trabalho refere-se aos desafios encontrados para a implantação do dispositivo de matriciamento através do GTABR no município de Santa Maria-RS. Segundo Figueiredo (2009), “o Apoio Matricial se configura como um suporte técnico especializado ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde, a fim de ampliar

seu campo de atuação e qualificar suas ações. Pode ser realizado por profissionais de diversas áreas especializadas”. O matriciamento surge como ferramenta para mudar a lógica de trabalho da visão biomédica, ou seja, desacomoda práticas “engessadas” nos processos de trabalho. Significa dizer que o matriciamento tem como efeito a maior articulação da rede e resolutividade em saúde, envolvendo mudanças positivas tanto para os usuários quanto para equipe. A fim de promover esta mudança, o apoio matricial precisa se articular com a rede de serviços do município, o que inclui Assistência Social, Educação, Poder Judiciário, Saúde, Transporte, entre outros.

Na realização das atividades de apoio matricial, a primeira dificuldade identificada foi a informalidade do grupo de trabalho em relação à não legitimação e ao espaço físico, o que dificultava a liberação dos profissionais para participarem das ações de matriciamento. No período inicial da constituição da segunda fase do grupo, não havia registros sistematizados (atas, relatórios, *e-mails*, outros documentos). Também no segundo momento pós-tragédia, não existiam reuniões planejadas, o que evidenciava a necessidade de organizar os diários de campo, registros, assim como realizar a formalização e documentação de todo material.

Destaca-se que este espaço foi constituído em consequência da tragédia, por ser um período de emergência e de calamidade pública, o qual evidenciou as fragilidades e as potencialidades da rede psicossocial em relação a articulação, recursos humanos e materiais. A tragédia desencadeou as ações iniciais de articulação da rede, juntamente com apoio da gestão municipal, Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde. Aliada a isso, a experiência dos profissionais em saúde do município proporcionou a efetivação e concretização do matriciamento.

Enfatiza-se que esse espaço é importante por possibilitar a troca de experiências e a construção de novos saberes através da discussão da equipe interdisciplinar, objetivando a reorganização dos processos de trabalho. Deste modo, foram definidas reuniões semanais e mensais com pautas e coordenação descentralizada. Para desenvolver as ações, o GTABR é formado atualmente por profissionais do serviço Acolhe Saúde, profissionais dos CAPS e residentes multiprofissionais em Saúde

Mental da UFSM. Conforme conceito do *Guia de Saúde Mental do SUS* (2004), os CAPS são:

[...] um serviço de saúde aberto comunitário do sistema único de saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cujas severidades e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004).

Durante o percurso, vivenciou-se a dificuldade da saída dos profissionais dos CAPS (compostos por equipes pequenas, grande demanda a ser atendida), para a realização do processo de matriciamento, considerando que estas atividades são realizadas no território da Atenção Básica. Outra dificuldade observada é a inclusão de novos profissionais no GTABR, devido à grande demanda desses serviços. Contudo, para desenvolver suas ações, os CAPS têm por estratégia, entre outras, a atividade de matriciamento em seu processo de trabalho. Segundo o Ministério da Saúde,

[...] apoio presencial sistemático às equipes que oferte suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2013).

Verifica-se que o trabalho realizado fora de sua instituição não é reconhecido como parte do seu processo. Diante disso, ressaltam-se a importância e a necessidade da supervisão e do apoio institucional às equipes de saúde e gestores. Observou-se a frágil apropriação dos profissionais com relação à estruturação da rede de serviços do município. Destaca-se ainda a grande demanda de usuários que buscam atendimentos nesses serviços de saúde. A Política Nacional de Atenção Básica (2012, p. 19) reforça que a Atenção Básica:

[...] É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios

da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Durante a implementação e efetivação do apoio, encontrou-se grande demanda em saúde mental no território, parte dela desassistida pelos serviços de saúde. Considera-se que cada território possui suas peculiaridades que necessitam ser analisadas e discutidas em equipe, a qual deve ter disponibilidade para a discussão de casos e adaptação dos processos de trabalho frente à demanda. Nessa perspectiva, faz-se importante o espaço para a educação permanente em saúde, a qual qualifica as ações e permite inovar o processo de trabalho.

Ainda segundo a Política Nacional de Atenção Básica:

[...] A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009, p. 20).

Entende-se que a construção do processo *saber-fazer* permite desenvolver os profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, além de aprimorar as ações e sua efetividade. Aponta-se também como questão relevante, para o grupo de trabalho, que a rotatividade dos residentes multiprofissionais da saúde mental para realização das ações de matriciamento causa fragilidade nos vínculos entre equipe de referência e equipe de apoio. Este fator coloca o grupo em constante processo de mudança. Importante salientar que a residência em saúde mental foi implantada recentemente em Santa Maria. Mesmo assim, essa parceria potencializa as discussões e ações em matriciamento. Tanto a residência quanto o GTABR são processos recentes. A parceria tem sido fundamental em todo este processo, aliada ao apoio institucional permanente, como construção de conhecimento.

O Grupo de Trabalho tem realizado constantes discussões sobre os processos de trabalho para o não engessamento dos mesmos, haja vista que trabalhar com a ferramenta matricial requer flexibilidade, disponibilidade profissional e investimentos em constantes modos de (re)inventar-se. É importante destacar que, além disso, cada território está em constante movimento e transformação.

Frente a esta realidade, a manutenção do apoio da Política Nacional de Humanização (PNH) tem se configurado como ferramenta essencial para a evolução das ações desenvolvidas pelo GT, pois este ainda não está legitimado como grupo no município. A possibilidade de implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) no município vem sendo discutida desde a implantação do grupo de trabalho, cuja transformação em NASFs já foi considerada, assim como sua inclusão, mantendo-se o GTABR e a integração entre os dois.

A Portaria nº 154/GM, de 2008, regulamenta que os (NASFs) tem o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e de regionalização da Atenção Básica (BRASIL, 2008).

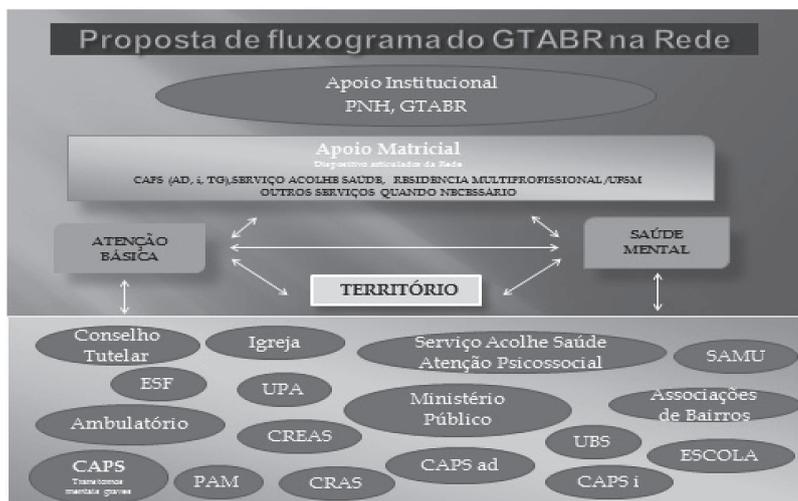
### **Potencialidades das ações de matriciamento na Atenção Básica**

Ao se refletir sobre as ações do matriciamento, percebe-se a presença de experiências positivas. Estas se referem às potencialidades encontradas enquanto grupo, as quais são: articulação da rede, recursos do território, apoio institucional, incentivo, participação da gestão e intersetorialidade. Concorde-se com Oliveira (2011), quando afirma que o apoio institucional possibilita a produção de análise e transformação dos processos de trabalho e dos modos de relação entre sujeitos em uma organização.

Torna-se importante ressaltar que, no apoio institucional, os profissionais desenvolvem os processos de trabalho e de gestão, sendo que o apoio matricial refere-se aos assuntos temáticos. Em outras palavras, pode-se dizer que o apoio institucional se entrelaça ao apoio matricial – isto é, para desenvolver o apoio matricial como dispositivo, é necessário utilizar as ferramentas do apoio institucional. Na prática não é possível trabalhar separadamente, pois quando se discutem processos

de trabalho institucionais e gestão, estes interferem diretamente nas ferramentas do apoio matricial: por exemplo, ao discutir casos, na construção de PTS, visitas domiciliares e interconsultas. Nesse contexto, foi elaborada uma figura que representa a articulação da rede dos serviços acessados pelo apoio matricial em Santa Maria-RS.

**Figura 1 – Fluxograma da Rede**



**Fonte:** Serviço Acolhe Saúde/Matriciamto (2013).

Destaca-se que um dos fatores para a concretização do matriciamento no município foi a contratação de profissionais destinados a nele atuar diretamente, bem como a parceria de um cogestor que incentivou a ampliação do conhecimento sobre a função apoio. Campos (2000) cita que o Método Paideia opera com o conceito ampliado de gestão, o que pode ser compreendido como papel de gerenciamento político, pedagógico e terapêutico.

A função dos apoiadores institucionais ocorre ao contrário das assessorias, uma vez que trabalham junto às equipes e às unidades de produção. Além disso, têm como um dos objetivos auxiliar a construção de espaços coletivos, nos quais o grupo analisa, define tarefas e elabora projetos de intervenção. Portanto, proporciona um comprometimento com a equipe, no qual o apoiador deve comunicar

suas avaliações e achados, e não somente com a cúpula dirigente de cada organização.

Outro fator que se destaca quanto à potencialidade para efetivação do matriciamento corresponde à composição das equipes de forma multiprofissional e trabalho interdisciplinar. Assim, ampliou-se a visão de campo das equipes de apoio e equipes de referência em relação ao usuário, aos processos de trabalho, às potencialidades e aos limites do território, efetivando a clínica ampliada de forma concreta e compartilhada. Para o exercício da Clínica Ampliada, é imprescindível a criação de vínculos entre usuários, famílias e comunidades e a equipe local de saúde e alguns profissionais que lhes sirvam de apoio e de referência técnica (BRASIL, 2010). A construção de vínculos deve ser recíproca entre usuários e equipe. O vínculo para o usuário se concretiza quando ele acredita que a equipe pode contribuir de algum modo para a saúde e sente que ela se corresponsabiliza por seu cuidado. Quanto à equipe, a base do vínculo é o compromisso com a saúde dos usuários envolvidos nesse processo.

Ressalta-se que os serviços do município se uniram para estruturar a rede de cuidado do usuário e seus familiares de forma integral. Esta união qualificou o processo de trabalho e aperfeiçoou os serviços em saúde e saúde mental; para efetivar esse trabalho, os recursos materiais também devem ser considerados. A parceria com a UFSM ainda foi fundamental na disponibilização de transporte semanal para deslocamento dos profissionais ao território para atuação das atividades de matriciamento.

Enfatiza-se que, nesse percurso, houve a receptividade e a acolhida por parte da maioria dos profissionais das ESFs. Destes, os protagonistas foram os agentes comunitários de saúde (ACS), pois estão em contato permanente com a comunidade nas quais residem. Neste sentido, a equipe de apoio é vista como suporte para a ansiedade devido à sobrecarga gerada pelas demandas do território. Nos encontros de apoio, foram compartilhados com maior frequência os sentimentos de impotência devido à fragilidade da resolutividade dos casos, as limitações dos recursos materiais, relações interpessoais, entre outros. Frente a isso, são trabalhadas, pela equipe de apoio, ações de empoderamento a partir de construção de conhecimento

junto aos trabalhadores da Atenção Básica. Esta prática contribuiu para que ocorressem a aproximação e a formação de vínculos entre profissionais da saúde e usuários do SUS mediante a função apoio, das quais se destacam a responsabilização e a permanente comunicação entre os profissionais envolvidos no processo.

O Método da Roda foi utilizado como ferramenta para esses encontros. Este se tornou essencial para os momentos de diálogo e as trocas de saberes, oportunizando aos profissionais o conhecimento do funcionamento da rede de serviços do município, o que favoreceu sua articulação. Concorda-se que:

O Método da Roda trabalha a noção de que há simultaneidade entre a geração, a coleta e a análise de informação. Na sequência, em função da interpretação, tomam-se decisões que se desencadeiam ações práticas, mediante a distribuição de tarefas entre os membros de um coletivo [...]. A cada rodada, buscam-se informações que as interpretam e tomam-se decisões, armando-se com esse procedimento o método construtivo de conhecimento e de intervenção sobre a realidade (CAMPOS, 2000).

Outro fator importante que fortalece a relação entre usuários e profissionais dos serviços diz respeito ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), dispositivo elaborado pela equipe de maneira interdisciplinar, considerando a experiência de cada usuário. Em um conceito mais abrangente, segundo o *Guia Prático de Matriciamento de Saúde Mental* (2011), o PTS é um recurso da clínica ampliada e da humanização em saúde. Houve uma modificação do conceito “individual” para o conceito “singular” devido ao contexto social em que o usuário está inserido. Pode-se dizer que esse instrumento é fundamental para o êxito do cuidado longitudinal do usuário e dos familiares.

A fim de que as ações de matriciamento se concretizassem, foi necessário dispor de novos arranjos institucionais. O serviço Acolhe Saúde foi fator essencial para a retomada e continuidade do Grupo de Trabalho em Matriciamento no município de Santa Maria, cujos profissionais organizaram os materiais, em forma de relatórios, das primeiras ações desenvolvidas no território logo após o evento. Junto a isso, a estratégia incidiu na união e no envolvimento dos profissionais

de Saúde Mental para alcançar o objetivo de matriciamento. Após, organizou-se a logística administrativa (escalas de profissionais, agendamento do carro para visitas aos territórios, horários das ESFs para receber o apoio). Também foram definidas reuniões semanais com pautas, as quais auxiliaram na organização do processo de trabalho e êxito do apoio matricial.

Como mencionado neste texto, outro ponto importante a destacar foi a construção de um espaço permanente de discussão de referência para o apoio matricial – o serviço Acolhe Saúde. Um fator relevante refere-se à composição de equipes de referência para o apoio de cada ESF matriciada. As equipes de apoio foram compostas por profissionais de diferentes núcleos.

Torna-se importante destacar a definição dos conceitos de equipe de referência e de equipe de apoio em saúde. O *Guia Prático de Matriciamento de Saúde Mental* (2011) estabelece que as equipes da ESF são equipes de referência interdisciplinares, atuando na integralidade do cuidado em longo prazo. A equipe de apoio matricial consiste na equipe de saúde mental. Segundo Campos e Domitti (2007, p. 400), a relação entre as duas equipes constitui um novo arranjo do sistema de saúde.

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (BRASIL, 2011, p.14).

Nesse processo, podem-se destacar duas instituições que foram fundamentais para a efetivação do apoio matricial no município, além das secretarias Municipal e Estadual de Saúde, o Ministério da Saúde e a UFSM. A supervisão clínico-institucional e o apoio foram importantes devido à instabilidade do serviço Acolhe Saúde e à demanda específica após uma situação de emergência, devido à tragédia da boate Kiss. A UFSM, por sua vez, compôs, através do Programa de Residência Multiprofissional na área de saúde mental, com os profissionais dos CAPS, o serviço Acolhe Saúde, formando as equipes de apoio constituídas para o apoio ao território da Atenção Básica.

Nesta perspectiva, de acordo com Fernandes (2012), a PNH parte de experiências exitosas do SUS, dos diversos sujeitos envolvidas nesse processo, espalhados por todo o país. Com este modo de “fazer com e não por”, a PNH opta por uma forma de fazer política pública, investindo no apoio como ferramenta para fortalecer os vínculos institucionais, não necessitando, assim, de recursos externos para se concretizar. Fernandes (2012, p. 35), referindo-se à PNH, salienta que “a ideia é de que o apoio deve-se constituir sempre enquanto potência, força instituinte capaz de se re(in)ventar a todo momento”.

Essas instituições uniram-se para formar, implementar e auxiliar o grupo de trabalho em seus processos, concretizando, assim, as diretrizes definidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No município de Santa Maria, após a tragédia da Kiss, contou-se com a parceria de diversas instituições nas três esferas governamentais para que as ações de matriciamento fossem realizadas. Esta parceria se faz importante aos processos de fortalecimento profissional e de qualificação permanente do conhecimento, nos quais as ações estão em constante avaliação pelo GTABR.

O trabalho da equipe de apoio matricial no município também foi reconhecido por outras instituições que se inseriram ao longo do processo. Essas instituições contribuíram para a potencialização das rodas de conversas. O contexto de discussão dos instrumentos do apoio matricial propiciou maior apropriação dos profissionais e resolutividade dos casos entre a Atenção Básica, Saúde/Saúde Mental, fato que desacomodou e mobilizou os serviços da rede, permitindo identificar que existe uma demanda muito grande em saúde mental na Atenção Básica. Segundo Campos e Gama (2010, p. 224).

[...] esta demanda está reprimida, seja por ausência de profissionais capacitados para atendê-la, seja por falta de profissionais suficientes ou, muitas vezes, por profissionais que têm uma concepção de intervenção e organização do trabalho muito inadequadas para o trabalho na saúde pública.

A citação acima justifica a inserção do matriciamento na Atenção Básica, havendo assim o compartilhamento entre saúde/saúde mental e a mesma. Além disso, permite um olhar mais ampliado para os

usuários desde a prevenção até a reabilitação em seu próprio território. Desta forma, pode-se descrever que a vivência multiprofissional na função apoio oportunizou aos profissionais do serviço Acolhe Saúde a elaboração de um relato de experiência e de participação na pesquisa do Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS). O mesmo foi selecionado e aprovado, dentre as várias experiências da Região Sul.

A construção do relato de experiência proporcionou o reconhecimento e a valorização dos profissionais participantes da pesquisa atuantes no matriciamento. Essa experiência tem como objetivo dar visibilidade às ações de apoio, as quais ainda se encontram em processo de expansão no município. O método de pesquisa aplicado propiciou momentos de discussão no encontro com profissionais do LAPPIS, o qual está vinculado ao Ministério da Saúde e detém experiência referente ao apoio. Também agregou, ao conhecimento, a devolução que os pesquisadores realizaram durante as rodas de conversa, pois se constatou que, apesar de não haver uma experiência de longo prazo em relação ao processo de matriciamento no município, esta atividade se destaca e vem sendo investida e realizada com êxito.

Diante disso, houve o incentivo dos gestores do serviço Acolhe Saúde para elaboração e divulgação da experiência realizada. O incentivo possibilitou a reflexão sobre o apoio já efetivado, bem como a construção deste artigo, o qual contribui para o aprimoramento do conhecimento científico e prático na função apoio.

### **Considerações finais**

Por fim, reitera-se que o matriciamento tem como um de seus objetivos realizar a articulação da rede municipal. Para tanto, a educação permanente dos profissionais é um ponto-chave para um bom desempenho do mesmo. O matriciamento qualifica as ações destes profissionais para trabalharem com as constantes transformações e demandas do território, pois se entende que desenvolver a função apoio requer flexibilidade da capacidade de entendimento dos processos de trabalho diante da dinâmica social, territorial e contextual de cada região. Trabalhar com matriciamento demanda pensar em (e com) coletivos, compartilhando o cuidado.

Considera-se que são identificados muitos desafios e potencialidades na função apoio. Constatou-se, através da prática profissional da equipe, que o matriciamento traz muitos benefícios aos usuários, uma vez que concretiza os pressupostos recomendados pelo SUS e proporciona inúmeros avanços para o campo da saúde. Além disso, qualifica a equipe de referência, possibilita a autonomia de todos os profissionais envolvidos e, conseqüentemente, auxilia para a resolutividade dos casos e mudanças nos processos de trabalho em saúde, o que se estende também a equipe que faz o apoio.

O matriciamento no município de Santa Maria está em processo de construção, caminhando possivelmente para a implementação de NASFs para legitimar a função apoio na Atenção Básica. Essa ação vem contribuir e fortalecer a rede de saúde e, diante de tantas dificuldades ao longo do percurso, faz-se necessária e urgente. O modelo matricial parte da perspectiva do coletivo, do compartilhamento e da horizontalidade do cuidado, consolidando a clínica ampliada, dispositivo que ainda é pouco exercido pelas equipes multiprofissionais.

Nesta ótica, torna-se imprescindível citar que apesar do sofrimento decorrente da tragédia do dia 27 de janeiro de 2013, em Santa Maria, a experiência do trabalho implementado frente a este triste fato demonstrou e evidenciou que são possíveis e efetivas ações compartilhadas e integrais realizadas por equipe multiprofissional numa perspectiva interdisciplinar, assim como a viabilização dos princípios do SUS com a prática do apoio e supervisão clínico-institucional. Importante considerar que essas ações foram realizadas por profissionais que tiveram seu trabalho reconhecido e valorizado, e com aproximação e apoio da gestão.

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção*

*Psicossocial e Unidades de Acolhimento*: orientações para elaboração de projetos de construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS*: documento-base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília. Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *O Humaniza SUS na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 154/GM, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 43, de 4 de março de 2008, Seção 1, fls.38-42.

CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. A construção de um sujeito, a produção de valor, de uso e a democracia e instituições - o Método da Roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, R.O.; GAMA, C. *Saúde Mental na Atenção Básica*. Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2010.

CHIAVERINI, D.H. (Org.). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

FERNANDES, F.D. *(In)ventando multiplicidades: a função apoio enquanto dispositivo de produção de saúde no SUS*. (Monografia) - Departamento de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, R.O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 2, n. 15, p. 345-53, 1999.

MYNAIO, M.C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, G.N. de. *Devir Apoiador: uma cartografia da Função Apoio*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

SANTOS, P.; SOUZA, A.; SANTOS, V. *O conceito de implicação em práticas da análise institucional contemporânea*. V Colóquio Internacional "Educação e Contemporaneidade". São Cristóvão, 2011.



# Cia. do Recomeço: a constituição de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e o caráter indissociável de gestão, atenção e formação

DOUGLAS CASAROTTO DE OLIVEIRA  
ADRIANA VAN DER SAND  
JULIANE HEINRICH  
ANA CLAUDIA MORCÉLLI

## Introdução

No presente relato, propomos<sup>1</sup> o compartilhamento e a problematização da experiência de implantação de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad) na cidade de Santa Maria-RS, que se iniciou em meados do ano de 2009, e seus desdobramentos relativos à gestão, atenção e formação. Consideramos que a apresentação desse serviço em seu processo de constituição ilustra a potência do apoio institucional, mesmo que informal, na produção de modos de trabalho que tenham capacidade ampliada de análise e consigam intervir em diferentes dimensões relativas à produção do cuidado, que vão ao encontro das proposições do Sistema Único de Saúde (SUS) e Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH).

Como forma de organizar essa exposição, inicialmente apresentamos três especificidades do cenário local, que ilustram as condições para a implantação do CAPS-ad e de realização do *apoio institucional* (BRASIL, 2010). Em seguida, expomos e problematizamos cenas ocorridas ao longo do processo de implantação, tomadas como

---

<sup>1</sup> Este texto é um relato produzido em coautoria. Contudo, como recurso de escrita, optamos por redigi-lo em primeira pessoa do singular e do plural em momentos alternados, por entendermos que ele toma como ponto de partida para a narrativa as experiências na perspectiva de um dos autores e se desenvolve a partir das problematizações coletivas realizadas entre os autores.

*analisadores* que ilustram os processos de *autoanálise e autogestão* (BAREMBLITT, 2002) realizadas no cotidiano pela equipe, bem como a indissociabilidade entre gestão, atenção e formação dos atores envolvidos. Por fim, apresentamos algumas discussões sobre o processo de institucionalização da experiência, e vislumbramos alguns os desafios a serem enfrentados no referido CAPS no contexto da apresentação deste relato.

### **Condições para implantação de um serviço de saúde mental**

Três condições existentes no momento da implantação do CAPS-ad Cia do Recomeço, em meados do ano de 2009, devem ser destacadas, pois remetem às relações de força que se apresentavam no cenário local. A primeira remete às fragilidades da rede de saúde mental do município em nível de atenção e gestão, principalmente no que se refere aos cuidados dos usuários de álcool e outras drogas, em função da demanda por atendimento de usuários de *crack*.

Uma segunda diz respeito aos saberes que potencializaram as práticas realizadas. Em seu início, um dos profissionais da Rede de Saúde Mental havia recém-concluído o curso de Especialização em Humanização da Gestão e Atenção do SUS, onde houve sua familiarização com os referenciais dessa política de Saúde. Além disso, o mesmo profissional estava encerrando o mestrado em Educação e trazia em sua pesquisa uma problematização acerca da educação dos trabalhadores que lidam com usuários de drogas, abordando o tema da Redução de Danos como uma potência para pensar a educação dos profissionais voltada ao cuidado de pessoas que usam drogas, coerente aos pressupostos do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

E a terceira se refere à composição inicial da equipe: éramos em quatro pessoas, uma psicóloga, uma enfermeira e uma técnica em saúde mental, que assumem como servidoras do SUS sem maiores esclarecimentos sobre seus referenciais, sobre Reforma Psiquiátrica, Política de Álcool e outras drogas.

Foi este o cenário em que se desenvolveu a experiência relatada, a qual busca ilustrar os processos vivenciados por esse serviço, desde sua constituição, enfatizando a criação de práticas que encontravam

seu sentido num movimento de lidar com as condições já referidas. As práticas inventadas nesse contexto denotam um movimento de experimentação, de invenção de *dispositivos* que levaram à constituição de uma equipe cujo cuidado oferecido aos seus usuários teve que ser realizado considerando a articulação permanente entre os processos de gestão e formação profissional.

Assim, nesta experiência, cabe explicitar o conceito de dispositivo com que operamos, o qual é desenvolvido a partir do movimento institucionalista. Um dispositivo é:

[...] uma montagem (termo que frequentemente se utiliza em cinematografia, teatro ou nas artes plásticas) de elementos extraordinariamente heterogêneos que podem incluir “pedaços” sociais, naturais, tecnológicos e até subjetivos. Um dispositivo caracteriza-se pelo seu funcionamento, sempre simultâneo a sua formação e sempre a serviço da produção, do desejo, da vida, do novo. Um dispositivo forma-se da mesma maneira e ao mesmo tempo em que funciona, gerando acontecimentos insólitos, revolucionários e transformadores. Embora seu tamanho e duração sejam tão variáveis quanto as materialidades que o compõem, têm a peculiaridade de nascer, operar e extinguir-se enquanto seu objetivo de metamorfose e subversão histórica se realizam. Um dispositivo em geral não respeita, para sua montagem e funcionamento, os territórios estabelecidos e os meios consagrados; pelo contrário, os faz explodirem e os atravessa, conectando singularidades cuja relação era insuspeitável e imprevisível. Gera, assim, o que se denomina linhas de fuga do desejo, da produção e da liberdade, acontecimentos inéditos e invenções nunca antes conhecidas. (BAREMBLITT, 2002, p. 66-67).

Tomar as práticas desse serviço como dispositivos cujos efeitos eram esperados em relação ao cenário apresentado levou a equipe a experimentar e a assumir a cada dia as dimensões indissociáveis entre atenção, gestão e formação. Ao funcionarem e serem colocados em análise, os dispositivos mostram seus efeitos não somente em relação aos usuários atendidos, mas também em relação à forma de gerir essas práticas, entre a equipe, com a macrogestão municipal e com as redes. Além disso, torna-se evidente seu potencial de formação dos profissionais envolvidos nesses processos, os quais, aos serem

convocados a assumir e lidar com os efeitos nesses diferentes âmbitos, foram levados a um movimento de pensamento no sentido de ampliar sua capacidade de análise e intervenção.

Um dos efeitos desse modo de atuar que se torna visível em nossas relações de trabalho é a consciência coletiva de que, além de estudos acerca das novidades sobre as temáticas pertinentes ao SUS e a atuação em CAPS, o que determina e dá consistência à formação/aprendizagem nessa equipe é o quanto nos mantemos abertos às experimentações, invenções daquilo que estudamos.

Mesmo com um certo saber sobre a importância de estar abertos a experimentações, também é visível que há um processo de redução dos espaços para ela em função da formalização, institucionalização de alguns processos de funcionamento do CAPS ou, num sentido apresentado por Guattari e Rolnik (2010), em função da constituição de um território a esse serviço.

O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada em si mesma. Ele é o conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos. (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p. 388).

Assim, se em 2009 havia um contexto em que a abertura ao novo, e a ausência de um território exigia dessa equipe a invenção radical de suas práticas, atualmente há uma tendência à estabilização das mesmas, sendo que o campo para novos experimentos só tem conseguido ter um potencial produtivo, como o dos iniciais, quando consideram os processos já vivenciados nesse serviço.

### **Cenas analisadoras**

A seguir, apresentamos seis cenas que ilustram o processo de constituição de um território ao CAPS-ad Cia do Recomeço, que são tomadas como analisadoras dos efeitos nos âmbitos da atenção, gestão e formação, a partir da inserção da perspectiva do apoio institucional como ferramenta de trabalho da equipe deste serviço.

### ***Cena 1 – Acolhida de duas profissionais novas para composição da equipe do CAPS-ad e seus desdobramentos***

Recebi duas profissionais para iniciarem o trabalho nessa equipe, uma psicóloga e uma técnica em Saúde Mental. Nessa recepção, falei da proposta dos CAPS, da PNH e indiquei leituras. Depois, encontrei-as no CAPS-ad e lá propus que estudássemos juntos sobre Redução de Danos, PNH, clínica ampliada, acolhimento, CAPS. Nesse processo inicial de estudos, lemos e assistimos vídeos e aulas. Depois de alguns dias, uma delas falou: “quando tu nos recebeste tudo isso que falavas parecia grego. Eu não imaginava que o SUS tinha tanto ‘corpo’, tantas nuances, e que tínhamos que olhar pra isso tudo”.

A partir da fala dessa profissional, pude perceber o início da construção de um comum entre essa equipe, a diminuição da distância entre as concepções dos profissionais e, enfim, avaliar como positivos os efeitos dessa estratégia de estudos conjuntos.

### ***Cena 2 – Como fazer?***

Depois de algumas semanas estudando, discutindo, observando o funcionamento do CAPS-ad Caminhos do Sol (onde iniciou o funcionamento desse novo serviço), definimos que iríamos acolher o primeiro usuário do CAPS. Nesse momento surge a questão de *como fazer*. Entre os quatro profissionais que compunham a equipe, realizamos o primeiro atendimento ao usuário, juntos. Depois, conversando, discutimos a elaboração de uma ficha de acolhimento. Uma semana mais tarde construímos um grupo de acolhimento para seguir essa escuta. Ao mesmo tempo, começamos a visitar diferentes pontos da rede, a partir das necessidades de cada usuário.

Depois de dois meses atendendo na sede do outro CAPS-ad, resolvemos ocupar a casa alugada e atender com o material disponível que tínhamos (apenas cadeiras), acolhendo o dia todo, quem chegasse.

Apesar dos estudos iniciais que fundamentaram as práticas, cada intervenção com os usuários e com a rede exigiu da equipe um movimento reflexivo sobre os efeitos das mesmas. Primeiramente, em relação aos profissionais que experimentavam um atendimento a uma demanda conhecida somente via estudos; em seguida em

relação aos usuários, suas famílias e redes, no sentido de levarmos em conta as limitações e potências de sermos um serviço em fase de implantação. E, por último, em relação à gestão do município e aos outros serviços de saúde e intersetoriais, no sentido de buscar visibilidade e reconhecimento dessas práticas como forma de continuar viabilizando o investimento na implantação desse serviço.

### **Cena 3 – Imbricando intervenções na atenção e gestão**

Na nova casa, apenas com cadeiras, foi experimentada uma intervenção que dificilmente se entende ser possível: definiu-se que o acolhimento seria fechado até o CAPS ter condições materiais e de recursos humanos para trabalhar. Nesse momento, na equipe, já havia o entendimento de que a intervenção era com os usuários, com a gestão e com a rede. Um discurso que emergia frequentemente na equipe ilustra essa percepção pelos trabalhadores. Quando surgia alguma situação difícil no cotidiano, em reunião de equipe circulava a seguinte frase: *“esse é o nosso material de trabalho”*. Nesse momento, o que a equipe passava a tomar para si era uma forma de trabalho em que estratégias de atuação não eram pensadas somente voltadas aos usuários diretamente, mas também aos diferentes âmbitos do trabalho em saúde cujos efeitos nos usuários não eram imediatos.

### **Cena 4 – Uma prática estética**

Como suporte a nossas práticas, firmamos uma parceria com o Centro de Referência em Redução de Danos da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, que ia ao CAPS a cada três meses, no ano de 2010, com uma prática de supervisão clínico-institucional. Em um dos encontros com a supervisora, ela disse para a equipe: *“Vocês sofrem porque estudam demais o como deveria ser. Mas é importante, na prática, tomarmos a intervenção como uma poesia, onde se articulam a realidade que se apresenta, as condições que temos e o que estudamos”*.

Nesse momento, a equipe passou a dar sentido à prática que se produz nessas articulações, e a sofrer menos em função de a realidade não possibilitar a implantação dos dispositivos de cuidado tal como os exemplos colocados nos livros e teorias estudados.

### **Cena 5 – Efeitos rizomáticos**

Em 2012, já com a equipe completa e a inserção de cinco profissionais residentes,<sup>2</sup> foi possível criar uma comissão para pensar o matriciamento que o CAPS realizaria em seus territórios<sup>3</sup> de abrangência<sup>4</sup>. Nesses encontros, estudamos sobre Apoio Institucional e função apoio. Após três anos de estudos, apenas nesse momento foi possível organizar um Plano Terapêutico Institucional (PTI) que desse conta da perspectiva de acolhimento como diretriz clínica, estando este presente em diferentes dispositivos.

A organização do PTI se deu como efeito da comissão de matriciamento, sem ser programada pela equipe previamente. Ao longo dos estudos sobre o tema, os assuntos sobre outros dispositivos foram emergindo e sendo elaborados, a ponto de serem levados como pauta às reuniões de equipe e discutidos pelos trabalhadores.

Assim, a partir das ideias originadas na comissão de matriciamento, foram instituídos os seguintes dispositivos: a ambiência – acolhimento realizado nos espaços de convivência, nos momentos em que o usuário não participa de atividades específicas, em regime de escala em todo o período de funcionamento do CAPS; o Plantão do Plano Terapêutico Singular (PPTS) – o acolhimento de usuários que acessam pela primeira vez o serviço, que retornam a ele ou que estão no serviço realizando seu PTS e necessitam de acolhimento naquele momento, em função de uma demanda específica. Esse dispositivo funciona

<sup>2</sup> No ano de 2012 foi implantada em Santa Maria o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, numa parceria entre Secretaria de Saúde Municipal e UFSM. Em função desse programa, diferentes profissionais foram alocados nos Serviço de Saúde Mental de Santa Maria.

<sup>3</sup> Neste momento do texto, é importante definir outro sentido para a palavra *território*, diferente do empregado até então. É a noção de território adscrito, que se refere a um recorte espacial onde o serviço deve organizar suas ações, que parte do princípio da descentralização político-administrativa do SUS (BRASIL, 2004).

<sup>4</sup> Em meados de 2012, entre os dois CAPS-ad de Santa Maria, foi redefinida a forma como os usuários acessariam os serviços, passando a vigorar a lógica dos territórios adscritos. Cada serviço só passou a atender usuários que residiam nas regiões atendidas por suas UBS e ESF referenciadas. Ante dessa redefinição, o acesso a cada CAPS-ad era definido por faixa etária, ficando o CAPS-ad Cia do Recomeço com os usuários com a faixa etária abaixo de 29 anos.

por escala de profissionais em todo o período de funcionamento do CAPS; o Profissional de Referência – a partir do vínculo, cada usuário tem um profissional da equipe como sua referência na construção, condução, reavaliação de seu PTS.

Parece-nos importante destacar um importante aprendizado surgido a partir desses encontros: um dispositivo pode produzir efeito em outro, ou seja, o dispositivo da comissão que tinha como objetivo discutir o matriciamento e o próprio processo de matriciamento produziu o efeito de potencializar a estruturação do Plano Terapêutico Institucional e criar diversos outros dispositivos de cuidado.

### **Cena 6 – CAPS e as redes internas e externas**

Ainda em 2012, junto com os residentes retomamos uma antiga parceria com o Coletivo de Resistência Artística Periférica (Co-RAP). Esse coletivo se caracteriza pela realização de diferentes intervenções na cidade a partir da cultura *hip hop*, nas quais abre espaço para debates em relação a diversos temas sociais, entre eles a luta antimanicomial, a redução de danos, a violência contra a mulher, entre outras. Duas características das práticas do Co-RAP, chamaram nossa atenção enquanto equipe: uma delas era o fato de muitos usuários de CAPS participarem dessas atividades espontaneamente, sem a mediação da equipe. A outra era a de que essas atividades se davam em diferentes pontos da cidade, em sua maioria nas periferias, ocupando praças, escolas, principalmente, o que ia ao encontro do desafio da realização de ações nos locais onde nossos usuários habitavam.

Com mais profissionais na equipe, houve a possibilidade de intensificar essa parceria. Assim, começamos a participar dos eventos promovidos pelo coletivo, um dos quais foi a *Batalha dos Bombeiros* (batalha de rimas de improviso, ocorrida na Praça dos Bombeiros, na segunda sexta-feira de cada mês), de que os profissionais residentes e usuários do CAPS participavam, tanto das batalhas, como com ações de Redução de Danos, distribuindo preservativos, materiais informativos e até filmando o evento, a partir da oficina de vídeo.

A partir da “III Chamada para Seleção de Projetos de Reabilitação Psicossocial: trabalho, cultura e inclusão” pelo Ministério da Saúde, lançada em 2012, houve a possibilidade de institucionalização dessa

parceria, através de inscrição e aprovação do projeto Resistência Artística e Periférica & Tratamento com Arte e Liberdade (RAP&TAL), cuja proposta ia ao encontro de fortalecer as ações já desenvolvidas pelo Co-RAP e pelo CAPS relativas à cultura *hip hop*, através da aquisição de materiais para tais atividades.

Nesse momento, com o estreitamento das relações com o Co-RAP, possibilitado pela atuação dos profissionais residentes, surgiu o desafio atual à inserção dos profissionais da equipe não residentes nessas ações, com a finalidade de lhes dar consistência e continuidade. Além desta situação, tem se tornado pauta das discussões da equipe a viabilidade em participar das atividades do coletivo, pois elas ocorrem geralmente em horários em que o CAPS está fechado, nos fins de semana ou à noite. Assim, reconhecendo a potência de cuidado existente nessa rede e a necessidade de investir nela, a equipe passou a considerar a possibilidade de construir com a gestão a mudança da modalidade de CAPS-ad, de CAPS ad-II para CAPS-ad III, o que facilitaria a participação do serviço nessas ações. Contudo, diante de um cenário ainda difícil e com diferentes aspectos a serem considerados até a proposição dessa iniciativa, essa discussão ainda está ocorrendo somente em âmbito da equipe do CAPS.

Nessa experiência, continuamos aprendendo que atuar na construção de redes externas depende muito de como lidamos com as redes internas; ou seja, fortalecer essa rede com o movimento social implica buscarmos alternativas para fortalecer a rede interna que nesse momento significa implicar toda a equipe do CAPS nessa parceria e criar condições junto à gestão municipal.

### **Quando um dispositivo funciona**

Consideramos que o processo vivenciado até agora na construção desse CAPS-ad, além de evidenciar esse movimento de territorialização e desterritorialização, nos ajuda a pensar a partir da noção de autodissolução dos dispositivos.

Um dispositivo instituinte ou um grupo-sujeito, protagonista de um processo transformador, deve ter sempre presente sua natureza transitória e “finita”. Tal consciência é pré-condição para seu bom funcionamento, que implica conjurar os riscos de cristalização do

instituído. Quando um conjunto instituinte cumpriu todos os seus objetivos, ou quando constata que não está mais conseguindo isso com a “identidade” que se deu, deve ser capaz de autodissolver-se para não se perpetuar como uma finalidade em si mesma (BAREMBLITT, 2002, p. 139).

E ainda, que nesse serviço de saúde mental parece ocorrer um movimento de autogestão que:

[...] é, ao mesmo tempo, o processo e o resultado da organização independente que os coletivos se dão para gerenciar sua vida. As comunidades instituem-se, organizam-se e se estabelecem de maneiras livres e originais, dando-se os dispositivos necessários para gerenciar suas condições e modos de existência (BAREMBLITT, 2002, p. 139).

Além disso, temos a consciência de que, a partir dos estudos sobre apoio institucional que o colocam enquanto operacionalizador da inclusão visando “interferir na realidade promovendo mudanças nos serviços de saúde e nos próprios sujeitos que dele participam” (BRASIL, 2010, p. 4), consideramos que nossa prática em saúde mental tem, enquanto diretriz metodológica, essa tríplice inclusão (de gestores, trabalhadores e usuários; da análise coletiva de conflitos; e do fomento das redes) e, portanto, o próprio apoio institucional.

### **In(ter)venções estratégicas para implantação de um serviço de saúde**

Ao longo desses quase quatro anos, diferentes foram as estratégias utilizadas para viabilizar a implantação desse CAPS, o que não é difícil de se imaginar em função da complexidade inerente à implantação de um serviço de saúde. Listamos a seguir algumas que consideramos mais interessantes e que ilustram a diversidade do campo de intervenção a ser considerado para um serviço de saúde “sair do papel”.

A primeira delas diz respeito ao início do CAPS: sua idealização se deu um ano antes de seu início. Nessa época, a estratégia para criar as condições à sua abertura foi a construção coletiva entre gestão, serviços de saúde mental, Conselho Municipal de Saúde e Judiciário. Consideramos que a estratégia funcionou, pois um ano depois o

Judiciário criava um processo contra o município determinando a abertura do CAPS, o que possibilitou a contratação de profissionais para a equipe num contexto de gestão novo, em que os gestores não conheciam a política de saúde mental, nem suas necessidades.

Uma segunda estratégia foi a do início da equipe, baseada no estudo e experimentação. Isto possibilitou que a incerteza, o imprevisto, o não saber, fossem considerado em sua potência, e ainda hoje pode-se considerar a equipe muito aberta às experimentações e conectada com seu potencial de aprendizagem.

A terceira foi a assunção de seu potencial de autoanálise pelo grupo de trabalhadores. Assim, tanto em períodos com supervisão clínico-institucional como em períodos em que não havia esse dispositivo, o grupo reconhece que há sempre algo a ser analisado, pensado e reconfigurado em suas práticas.

Uma quarta estratégia diz respeito à criação de dispositivos de educação permanente, que se mantêm mesmo sem estar atrelados a supervisores ou qualificações formais. Essa estratégia se configurou a partir de uma posição ativa do serviço em relação às instituições de ensino, abrindo campo para residência multiprofissional ou estágios direcionados aos temas demandados pela equipe. Atualmente, o CAPS-ad conta, além de estágios curriculares e residência multiprofissional, com três projetos que ilustram essa forma de se relacionar com as instituições de ensino.

Com o curso de Psicologia e Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria, há o projeto “Acompanhamento Terapêutico como dispositivo para a produção de redes de Saúde Mental”, onde oito estagiários atuam como acompanhantes terapêuticos, trazendo ao serviço reflexões sobre a potência e especificidades desse dispositivo no cuidado a pessoas que usam álcool e outras drogas. Outra iniciativa são os projetos vinculados ao PET Redes, financiado pelo Ministério da Saúde, onde o serviço esteve junto na construção de dois projetos: um sobre Redução de Danos e outro sobre Redes e Fluxos-ad, em parceria com o Centro Universitário Franciscano. No total, o CAPS acolhe dez estagiários do PET, de diferentes formações na área da saúde. Um terceiro exemplo é a implantação do Projeto

Ítaca Escola de Redução de Danos, financiado pelo Ministério da Saúde, em parceria com a UFSM. A partir do Ítaca, realizamos uma formação em redução de danos para a rede de Santa Maria, e também estamos formando 14 *apoiadores em redução de danos*, os quais estão sendo formados a partir de duas ferramentas: a atuação em campo como redutores de danos e a atuação como apoiadores, a partir das perspectiva apresentada ao longo deste texto.

Enfim, estas diferentes estratégias permitiram a institucionalização da ferramenta Apoio como operadora das práticas desse serviço, tendo como principal efeito a efetiva implantação desse CAPS. Depois de quase quatro anos compondo equipe, redes, criando estratégias para a obtenção de recursos materiais, em 2013 começamos a receber os recursos ao serviço. Contudo, quando nos referimos à implantação, estamos nos referindo a criação de um Plano Terapêutico Institucional com uma *consistência*, uma inserção em diferentes redes, tanto de serviços como de movimentos sociais, um protagonismo do serviço na saúde de Santa Maria.

### **Desafios de um serviço de saúde, desafios do SUS**

Pela perspectiva de trabalho em saúde com que essa equipe aprendeu a olhar seu fazer, é inevitável que os desafios à sua manutenção e desenvolvimento sejam de diversas ordens e relativos tanto aos dispositivos internos do serviço, como nas construções intersetoriais, como na articulação com a gestão municipal, nem sempre com os mesmos entendimentos da equipe sobre o SUS, entre outros. Para finalizar, apresentamos alguns dos desafios presentes em nosso cotidiano no momento de finalização deste relato.

Em nível de dispositivos internos, o momento é de qualificação dos dispositivos já inventados. Como qualificar o plantão, a ambiência, a figura do profissional de referência? Quanto a oficinas e grupos, o desafio é produzir efeitos com esses dispositivos em outros pontos da rede, tornando-se efetivos para a produção de redes. Em relação aos núcleos profissionais, em função da constituição da equipe a partir dos saberes da PNH, RD, há o desafio de recriar os núcleos das profissões adaptadas a essa proposta de atuação. Como é o fazer do psicólogo nesse CAPS? E do assistente social? E do psiquiatra?

Em relação ao momento atual, estão se incorporando à equipe do serviço redutores de danos concursados, quando surge como desafio a invenção das práticas de campo da RD a partir do CAPS.

É importante destacar que esses desafios são percebidos por boa parte da equipe (principalmente os inseridos há mais tempo) como “material de trabalho” do CAPS. Essa forma de conceber sua atuação no SUS construída por esses trabalhadores da equipe aponta a incorporação da “função apoio” como parte de suas práticas cotidianas.

### **Companhia dos Recomeços – mais um fechamento**

O nome CAPS-ad Cia do Recomeço foi escolhido pelos usuários do serviço e carrega consigo uma gama de significados. Consideramos que o CAPS é um espaço de criação que compõe gestão, atenção e formação indissociadamente, estimulando encontros que visam a autonomia e protagonismo dos sujeitos. Ou seja, somos companhia enquanto instituição e estamos em companhia uns dos outros enquanto trabalhadores de uma equipe, com os usuários e com agentes da rede. E temos o recomeço como proposta. Esse CAPS é um espaço que oferece possibilidade de recomeços das utopias ativas de todos esses agentes, sem deixar de reconhecer o passado, e que a transformação e criação se dão num processo concomitante em movimentos de abertura e fechamento. Portanto, somos uma companhia agenciadora de encontros promotores de começos e recomeços, sempre em processo de formação e transformação.

### **Referências**

- BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.
- BRASIL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Apoio institucional*. Orientações metodológicas para o trabalho do apoiador da política nacional de humanização: material de apoio para egressos de cursos ofertados pela PNH. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 2010.

OLIVEIRA, D.C. *Uma genealogia do jovem usuário de crack: mídia, justiça, saúde, educação*. 2009. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.

# A experimentação e constituição do Apoio em Santa Maria-RS

CARINE BIANCA FERREIRA NIED

MANOELA FONSECA LUDTKE

ANGELA MEINCKE MELO

ANA PAULA SEERIG

FERNANDA PENKALA

LIANE BEATRIZ RIGHI

## Introdução

No dia 27 de janeiro de 2013, a cidade de Santa Maria (Rio Grande do Sul, Brasil), o estado, o país e o mundo acordaram impactados com as notícias acerca do incêndio que vitimou 242 jovens numa casa de entretenimento, a boate Kiss. Tais notícias tomavam conta dos veículos de comunicação, ampliando cada vez mais o cenário de uma tragédia irreparável, de dor e sofrimento imensurável e inimaginável.

Foi necessário, assim, desencadear diversas intervenções, as quais contaram com aporte da união de esforços e forças vindas de todas as esferas governamentais – Força Nacional do SUS, da sociedade civil organizada, voluntários de todos os cantos do país. Estes se uniram de forma incansável para prestar ajuda e cuidado, amenizar a dor das pessoas atingidas, direta ou indiretamente, naquele desastre.

Concomitantemente às intervenções imediatas, outras iniciativas e articulações, que num primeiro momento eram decorrentes diretas da tragédia, eram experimentadas com o objetivo de reforçar e potencializar as redes de atenção e cuidado em Santa Maria. Para além do atendimento às vítimas do incêndio da boate Kiss, foram sendo pensados processos e movimentos que fossem capazes de fortalecer, qualificar e articular as redes de atenção, produzindo novos modos de gerir, cuidar e de promoção da vida e de cidadania para o município.

No ritmo que exigia a situação, foi constituído, sob a coordenação do Departamento de Ações em Saúde, da Secretaria de Estado

da Saúde (DAS/SES-RS), e da Coordenação de Saúde Mental do município de Santa Maria, o Serviço de Acolhimento 24 horas, para atendimento psicossocial às famílias e pessoas envolvidas na tragédia. Através desse serviço, instituíram-se sete grupos de trabalho (GT) com focos de cuidado bem definidos, sendo um deles o GT da Atenção Básica e Redes (GT ABR).

Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo socializar a experiência de apoio realizada para a rede Primária de Atenção à Saúde do município de Santa Maria, no contexto do desastre ocorrido, apresentando também os desafios, efeitos e repercussões dessa experiência.

## **Metodologia**

Esta produção não é um relato de experiência típico, mas dialoga com o conceito de sistematização de experiência, proposto por Elza Falchembach (2006). A autora coloca que a sistematização intensifica a relação dos participantes com a “prática-experiência” e se faz mediadora também no plano da ética: afeta o “ser-si”, o “ser-junto” e, ainda, o “ser em relação” com o ambiente natural e social do seu tempo, edificando novos valores e sentimentos como a solidariedade, a amizade, o reconhecimento, a liberdade. Seguindo esta perspectiva teórica, construímos uma linha do tempo e é desta linha que se destacam as questões que constituirão o trabalho.

A linha do tempo abordará com mais ênfase as ações do grupo na primeira semana de trabalho, devido à intensidade da mesma. Além disso, nessa semana foram tomadas as decisões sobre a metodologia e o processo de trabalho. Optamos pela recuperação da memória, feita pela reconstituição de uma linha de tempo com horários, turnos e eventos, marcadores temporais e factuais deste período. Essa reconstituição permitiu visitar o vivido, recuperar registros e construir um novo registro, agora coletivo. Esse registro articula os diferentes significados dos sujeitos que viveram a experiência e passamos a denominá-lo de *registro coletivo*.

O momento da escrita acontece exatamente um ano após o grupo ter vivido a experiência. Deliberadamente, optamos por não iniciar a discussão pelos registros ou relatórios individuais, mas a partir de

registros de memória, potencializados pelo encontro. Cada atividade executada desencadeou uma linha do tempo, a qual se ramificou em diversas outras linhas de ação. As conexões dessas linhas nos interessam para o desenvolvimento deste trabalho e serão apresentadas a seguir.

### **A instituição do GT: contextos e constituições disparadoras**

A construção da viabilidade e governabilidade da ação deste grupo sustentou-se na rápida mobilização de atores com diferentes vínculos institucionais. Uma composição que incluiu coordenadores e alunos da Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), trabalhadores da Secretaria Municipal de Assistência Social, trabalhadores e gestores da Secretaria Municipal de Saúde, consultores e apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH), equipes de saúde dos municípios de São Lourenço do Sul, de Blumenau e a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. Houve uma aposta na composição de um Grupo Itinerante de Apoio às equipes da Atenção Primária (Unidades Básicas e Estratégia Saúde da Família) de Santa Maria.

O Grupo de Trabalho da Atenção Básica e Redes (GT ABR) constituiu-se com a proposta/aposta de apoiar as equipes da Atenção Básica. Com a composição de grupos de apoiadores, foram realizadas visitas às Unidades Básicas de Saúde e Estratégias da Saúde da Família. Nas visitas às equipes, eram realizadas rodas de conversa, escutavam-se suas necessidades e, em conjunto, identificavam-se alternativas e possibilidades de atuação frente à situação posta em Santa Maria naquele momento. O objetivo, através da escuta dessas equipes, era ampliar sua capacidade de análise diante das dificuldades, potencializar e implicar os mesmos para que, mesmo diante das fragilidades, fossem pactuadas novas práticas e modos de agir necessários em função da situação instalada a partir do incêndio.

Uma das primeiras atividades do GT foi a constituição de um mapa com os serviços de Atenção Primária e o endereço das pessoas que morreram no desastre, o que se mostrou como uma produção coletiva importante. A visualização das mortes por bairro (e também cidades e número de mortes no estado) traduziu o cenário de Santa Maria diante do desastre e a necessidade de apoio singular aos territórios atingidos, independentemente do número de mortes em cada um deles.

Através do mapeamento das mortes por endereço, conseguiu-se ter uma noção do número de óbitos por território, equipe de referência, área descoberta, áreas mais atingidas de Santa Maria e atuação e implicação dessas equipes em seus respectivos territórios. Inicialmente, identificamos 58 vítimas que residiam com suas famílias em Santa Maria; posteriormente esse número cresceu para 92 mortes.

Posto este cenário, a aposta na estratégia de apoio institucional, naquele momento em Santa Maria, teve o intuito de fortalecer as equipes nos seus respectivos territórios, para a continuidade do cuidado longitudinal e também pelo fato de a atenção básica ser a ordenadora do cuidado. Além disso, toda a cidade de Santa Maria foi atingida direta e indiretamente e, nesse sentido, era necessário que as equipes de saúde estivessem próximas à população – para isso necessitavam do apoio, pois estas equipes também estavam fragilizadas.

A ideia foi seguirmos o que temos defendido como referência para o desenvolvimento de Redes de Cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Havia certo consenso em torno do conceito de Atenção Básica (AB) e das limitações para que as Unidades Básicas pudessem, naquele contexto, assumir a coordenação das Redes de Atenção (STARFIELD, 2002). Assumimos como missão de ajuda à Santa Maria, na perspectiva do cuidado longitudinal aos “sobreviventes” da boate Kiss, o trabalho de *Apoio* que, conforme Gastão Campos (2003, p. 87)

[...] não se trataria de comandar objetos sem experiência ou sem interesses, mas de articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários. Tampouco se aposta apenas nos recursos internos de cada equipe. O termo *Apoio* indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens ou serviços. Quem apoia sustenta e empurra ao outro. Sendo, em decorrência, também sustentado e empurrado pela equipe “objeto” da intervenção. Tudo misturado e ao mesmo tempo.

Iniciaram-se visitas aos territórios no terceiro dia de trabalho do GT AB. Primeiro às ESFs, depois às Unidades Básicas e em seguida às Unidades Distritais, oferecendo escuta às equipes e identificando as famílias enlutadas. Nos primeiros dois dias de visita, ou seja,

quinta-feira, dia 31 de janeiro, e na sexta-feira, dia 01 de fevereiro, foram visitadas 10 ESFs. Cada equipe de apoio foi composta por um residente, um trabalhador da Secretaria de Assistência Social do município de Santa Maria e um apoiador da PNH, de São Lourenço de Sul ou de Blumenau.

Dificuldades e fragilidades foram sendo encontradas: a baixa cobertura de AB, menor ainda da ESF, e equipes desestruturadas e fragilizadas pelo modelo de atenção predominante. A coincidência de férias de muitos trabalhadores tornou o trabalho mais difícil. Algumas equipes sem médicos, outras sem enfermeiros e insuficiência de agentes comunitários de saúde (ACS). Muitos trabalhadores haviam sido afetados com perda de familiares. Por outro lado, muitas equipes mobilizadas e sensibilizadas fizeram esforços para contatar as famílias atingidas, em alguns casos, ampliando sua atuação, desconsiderando os limites da cobertura geográfica preconizada.

A análise situacional revelou que, além dos familiares, havia a necessidade de ficar atento e acompanhar os sobreviventes, após alta hospitalar, incluindo os cuidados de fisioterapia. O município não dispõe de Atenção Domiciliar e não conta com um serviço especialista em fisioterapia respiratória na rede básica. Nessas visitas também foram abordados os cuidados essenciais no acompanhamento da evolução e na avaliação mais acurada do risco de suicídios.

A aposta do GT AB foi que as equipes poderiam ampliar sua participação no cuidado, se apoiadas. Entendemos que *Apoio* se produz no “entre”, se coloca junto, compõe com o outro, relações de troca, desacomoda, provoca e potencializa, transforma e movimenta práticas e modos de gerir e cuidar, ampliando a capacidade de análise e problematização do cotidiano.

Seria como que uma educação que se realiza ao longo da vida, uma terapia permanente, uma constante preocupação com a construção Paidéia das pessoas, isto enquanto frequentam a escola, ou trabalham, ou fazem política ou se tratam em algum serviço de saúde. O método Paideia de apoio tem, portanto, como objetivo a constituição de “sujeitos reflexivos” [...]. Ou talvez de mestres, professores, filósofos e sábios que teriam um papel prático específico de apoiar as pessoas com quem convivem para que consigam a ampliação da capacidade de análise de si mesmo e do mundo (CAMPOS, 2006, p. 18).

Com a composição do grupo foram ampliadas as parcerias, a relação sólida entre trabalhadores da rede SUS e da rede SUAS, relação que antes da tragédia era incipiente. Ampliou-se o objeto de trabalho, o cuidado não poderia se resumir às consequências orgânicas da inalação de fumaça e tampouco aos efeitos psíquicos do trauma sofrido por todos. As ações junto à Atenção Básica iam ao encontro de cuidados integrais e longitudinais. Além disso, estas eram pautadas pelo imperativo ético do cuidado com o outro e seu sofrimento, e isso definitivamente não se resume a uma parte dos sujeitos, e sim, aos sujeitos de forma integral.

Todos esses pontos foram discutidos e apontados no processo de apoio oferecido às equipes da AB e, contrariando os pré-conceitos instituídos, as equipes conseguiram se organizar de maneira rápida e eficaz para atender às famílias e a todos que estivessem afetados pela tragédia.

Assim, as ACS precisaram *estender seu cobertor* e acompanhar famílias que não pertenciam ao seu território; as filas com fichas para atendimento precisaram também se flexibilizar; novos arranjos se faziam necessários a partir desta nova demanda, do novo cenário. Durante todo o processo de apoio, com idas e vindas de voluntários e apoiadores da PNH e com a presença constante do grupo de apoiadores locais, o acolhimento e a escuta estiveram sempre presentes. Mas quem e o que acolhemos? O que escutamos?

Acolhemos equipes que anteriormente já vivenciavam um trabalho fragmentado, com falta de trabalhadores e de materiais, equipes que já possuíam seus sofrimentos e que após o incêndio tiveram sua situação agravada. Escutamos a dor da ACS que tinha filhos jovens e que se identificou com a dor das mães que perderam seus filhos; escutamos o choro da enfermeira que tem uma demanda excessiva de trabalho e já não sabe mais o que fazer com isso; escutamos o trabalhador que conhecia desde pequeno aqueles jovens que moravam na sua rua e que não estavam mais ali. Nós escutamos a morte e acolhemos a dor e a insegurança que ela traz.

Diante de tantos problemas e vivenciando tantas angústias, resolvemos apostar nas possibilidades: apostou-se nas parcerias,

nos vínculos, nos afetos, no que era possível e necessário diante da situação. Percebemos que aquilo que muitas vezes se julga dar certo apenas na teoria, também se tornou possível na prática. É possível escutar o sofrimento do outro, acolher suas queixas e suas demandas, e a partir disso, traçar em conjunto com o outro, possibilidades de intervenção e de cuidado.

### **Efeitos e repercussões do Apoio**

Durante o percurso de apoio, todas as equipes da Atenção Básica (34, sendo 18 UBS e 16 ESF) foram visitadas, sendo que cada unidade recebeu a visita do grupo de apoio em pelo menos três momentos diferentes. Percebeu-se que, a partir da função Apoio, foi possível fomentar um espaço continente para os trabalhadores, onde estes puderam se escutar num sofrimento que era de todos. Além disso, realizou-se o compartilhamento do cuidado de 49 casos atendidos no serviço de Acolhimento 24 horas, com as equipes da AB. Estes foram classificados como graves, moderados e leves, e por meio disso, iniciaram-se as discussões dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

A concepção de Clínica Ampliada e a proposta do PTS convidam-nos a entender que as situações percebidas pela equipe como de difícil resolução são situações que esbarram nos limites da Clínica Tradicional. É necessário, portanto, que se forneçam instrumentos para que os profissionais possam lidar consigo mesmos e com os Sujeitos acometidos por uma doença de forma diferente da tradicional. (BRASIL, 2008, p. 46).

Tendo em vista a grande quantidade de casos compartilhados e sua gravidade, houve necessidade de priorizar alguns casos, e neste sentido a elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares foi fundamental. Buscamos observar alguns aspectos como

[...] a escolha dos casos para reuniões de PTS: a proposta é de que sejam escolhidos usuários ou famílias em situações mais graves ou difíceis, na opinião de alguns membros da equipe (qualquer membro da equipe). Não parece necessário nem possível que o grande esforço de fazer um PTS seja dirigido a todos os usuários de uma equipe, exceto em hospitais e, eventualmente, centros de especialidade; (BRASIL, 2008, p. 42).

Outro efeito significativo do apoio para os coletivos envolvidos foi a possibilidade de colocar na roda diversos atores envolvidos no cuidado, fossem eles da Atenção Básica (UBS/ESF), Saúde Mental (CAPS), Assistência Social (CRAS/CREAS), fomentando e possibilitando que o cuidado em rede fosse uma prática necessária e possível. Nesse sentido, percebeu-se a potência do trabalho de apoio e tudo o que se suscitou a partir disso, como por exemplo, o novo olhar que a gestão municipal lançou para a Atenção Básica de Santa Maria. Resultado disso, a elaboração – em conjunto com o DAB/MS, Coordenação da Atenção Básica Estadual, Regional, Conselho Municipal de Saúde – de um plano de trabalho para ampliação e reestruturação da Atenção Básica de Santa Maria a partir do cenário do mapa/território.

Quase um ano após a tragédia em Santa Maria, o Grupo de Trabalho Atenção Básica e Redes se mantém, com algumas modificações, reconfigurações, novos atores, espaços e uma caminhada de muitas discussões, pactuações, produções e articulações. Atualmente, este GT caminha para a consolidação do Apoio Matricial, constituindo-se também como articulador das Redes de Cuidado à Saúde de Santa Maria. Os atores da PNH e de São Lourenço do Sul têm se mantido em contínua articulação e apoio às intervenções de acompanhamento.

### **Considerações finais**

Desde sua constituição, este grupo apostou em espaços e momentos de rodas de conversa, de estudo e de supervisão como forma de discutir o quê/como está sendo produzido nas visitas de apoio, o método e os constantes reposicionamentos do grupo diante das novas necessidades que surgiram a cada semana.

A aposta nas rodas entre os integrantes do GT foi ainda um momento de escutar estes apoiadores e as demandas que haviam escutado nos territórios, também como forma de cuidado a estes sujeitos que se abalavam e se sensibilizavam com as situações vividas nas unidades. Os momentos de estudo se constituíram como um

espaço de aprofundar e de se apropriar da função apoio, clínica ampliada, trabalho em rede, entre tantos outros temas. Momentos de inflexão sobre o campo teórico que davam sustentação e sentido às experimentações no território.

Os momentos de supervisão eram diários nos primeiros dias e se mantiveram com periodicidade semanal, pois foi uma prática de fortalecimento e formação deste grupo em relação ao apoio aos territórios de atenção, onde o caminhar e o percurso desta função de apoio foram ganhando força, sentido e se constituindo, no caminhar, na experimentação, no contato e na composição com as equipes.

Cerca de um ano após a ocorrência do desastre, os autores deste trabalho se reuniram para escrever este relato e participar das homenagens de um ano da tragédia. Nesse momento foi possível reviver todo o processo, mas a partir de um outro lugar, agora mais distante e em outro tempo – diferente do tempo da urgência de um desastre. Além disso, foi possível (res)significar as experiências vividas e produzir novos sentidos para todo o trabalho realizado.

O GT ABR segue atualmente em Santa Maria, como um grupo legitimado pela gestão do município, com a proposta de articular as redes de atenção, realizando o apoio à Atenção Básica e o matriciamento em Saúde Mental.

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- CAMPOS G.W.S. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007.
- FALCHEMBACH, E. Sistematização, uma arte de ampliar cabeças... *Arte de ampliar cabeças: uma leitura transversal das sistematizações do PDA. MMA*. Brasília, v. 11, p. 34- 55, dez. 2006.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.



## **PARTE VI**

---

**Experienci(ações) formativas:  
narrativas em primeira pessoa de  
estudantes na prática de pesquisa  
sobre apoio no SUS**



# Modificando as relações de trabalho, transforma-se a práxis

CAMILA PEREIRA PORTO DOS SANTOS

Este é um relato da experiência de participação na pesquisa “Áreas Programáticas e direito à saúde: construção da integralidade no contexto do apoio institucional”, desenvolvida pelo Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), ao qual se vincula em parceria o projeto<sup>1</sup> do qual sou bolsista.

Acompanhei, nos dias 27 e 28 de novembro de 2013, junto com Tatiana Coelho e Aluísio Gomes, pesquisadores do LAPPIS, os encontros de pesquisa sobre a experiência de apoio institucional em Cariacica-ES, realizados na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) com gestores e trabalhadores de saúde da atenção primária; na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), com os alunos da graduação do curso de Psicologia vinculados ao projeto de extensão “Apoio Institucional às Políticas Públicas na Grande Vitória”; e na Unidade de Saúde de Itapemirim, que na ocasião reunia alguns trabalhadores de outras unidades do município, como agentes de saúde do Programa Saúde da Família (PSF), enfermeiras e supervisoras.

No início do projeto, Cariacica passava por uma conjunção de forças que possibilitaram a construção de um projeto pela saúde do município. O município vivenciava uma gestão que parecia ser

---

<sup>1</sup> O projeto de desenvolvimento acadêmico “Metodologias de Pesquisa-Intervenção em Saúde” é coordenado pelo professor Fábio Hebert da Silva, e está vinculado ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense – Polo Universitário de Campos dos Goytacazes (UFF/Campos).

mais aberta às mudanças, com uma política de aproximação dos movimentos sociais. Além disso, um dos funcionários da secretaria era uma das lideranças do movimento social do município. Foi feita uma aproximação entre a UFES, a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH) e a Secretaria de Saúde de Cariacica. Os professores e alunos da Universidade, juntamente com consultores do Ministério da Saúde e a gestão do município, buscaram construir uma parceria de trabalho, com o propósito de apoiar as ações de mudança na rede de saúde de Cariacica. Os alunos começaram a montar o trabalho de humanização juntando os trabalhadores das Unidades de Saúde para discutir alguns recursos da PNH.

A UFES, a PNH e a Secretaria de Saúde de Cariacica iniciaram em parceria uma organização de oficinas para que fossem trabalhados alguns dispositivos da PNH na relação com a Atenção Primária, como: acolhimento, processos de territorialização, práticas de humanização e cogestão, além de conhecimentos sobre a perspectiva da integralidade. O objetivo não era apenas demarcar o território e dizer qual unidade atenderia a determinada região; mais que isso, eles pretendiam conversar tanto com os trabalhadores quanto com os usuários do serviço de saúde sobre a elaboração do melhor jeito de as pessoas terem acesso à unidade de saúde.

Quando começamos o trabalho de campo, os alunos da UFES nos contaram como foi o início do projeto, as dificuldades encontradas, o que foi resolvido e o que estava pendente ou em desenvolvimento, e como a mudança da gestão influenciou diretamente nas atividades que estavam sendo exercidas como forma de apoio. A impressão que tive antes de os encontros começarem era que todos estavam desanimados, até os pesquisadores que me acompanhavam tinham dúvidas se haveria reunião, se a experiência de apoio estava em andamento ou se estava acabando.

Durante as reuniões, ficou claro que o desânimo estava ligado a um desgaste promovido pela mudança do governo municipal, que gerou remanejamento de trabalhadores para outras funções e também a constante mudança de secretários e gestores. No entanto, ainda havia pessoas engajadas no projeto de Apoio a Políticas Públicas e Saúde da

Grande Vitória, com vontade de ir adiante, de criar dispositivos para melhorar os serviços de saúde oferecidos aos moradores do município e promover qualidade de vida.

Fiquei impressionada quando percebi que um dos problemas que causam transtornos nas unidades de saúde está na falta de qualificação e na dificuldade em relação às pessoas que trabalham na recepção da unidade, como uma das enfermeiras nos disse: “*Não é uma recepção acolhedora*”. Falta de médicos, de remédios, de enfermeiros e equipes incompletas chamam tanto atenção que acabam ofuscando a importância de outras funções presentes na unidade. A prática de recepcionar acontece na medida em que o acolhimento se torna algo que permeia o ambiente de trabalho. A recepção é importante para a construção de um ambiente agradável, capaz de amenizar as situações recorrentes nas unidades e que causam bastante desgaste e indignação da população que utiliza os serviços oferecidos, como: atrasos de médicos, fila de espera extensa, entre outros acontecimentos frequentes.

Ao chegar à Secretaria, a princípio, as pessoas pareciam estar com receio de falar sobre o que estava acontecendo, comportamento que talvez se deva à falsa impressão de que estávamos lá para “fiscalizar o trabalho deles”. Segundo os trabalhadores, isso já aconteceu em outros momentos. Após ser esclarecido nosso objetivo, que era apenas entender o processo, sem pré-julgamento sobre o que é certo ou errado, quais eram os pontos positivos e negativos, a conversa tomou outro aspecto, com ações mais espontâneas e exposição da situação vivida por eles.

No encontro, um trabalhador da secretaria traçou todo o percurso antes, durante e após a entrada do Programa de Organização Territorial (POT) no município e nos contou com propriedade cada passo que foi dado desde então. Essa reunião foi essencial para entendermos o que estava se passando no município: por exemplo, a troca de gestão e de funcionários, como funcionam o Grupo de Trabalho em Humanização (GTH), o POT, a territorialização e a atuação do grupo de alunos apoiadores dentro da secretaria. O POT é um programa que analisa a atualização e reestruturação das áreas correspondentes aos bairros e das regiões administrativas do município e também a nomeação das ruas. Antes de o programa ser implantado, existiam

cerca de 300 bairros na região e as ruas eram identificadas através de pontos comerciais ou pela casa de moradores antigos. O programa reduziu a quantidade de bairros de aproximadamente 300 para 101.

Antes do POT, havia mais bairros do que estava descrito no mapa e não existia uma estatística da população. Com a organização territorial, foi reduzido o número de bairros e foi feita essa divisão administrativa, como a de desenvolvimento urbano, trânsito, obras, saúde e educação. Junto com o POT, a Secretaria Municipal de Saúde conseguiu entrar em contato com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pedir que fosse feito um cadastro dos moradores das regiões existentes no município. Dessa forma, foi adquirido um censo total dos moradores, também em relação ao sexo.

De acordo com um funcionário da Secretaria Municipal de Saúde, eles estão buscando com os apoiadores do GTH, independentemente da organização administrativa do território, fazer uma territorialização da saúde. Por exemplo, um diagnóstico do comportamento do usuário, de como ele se movimenta no município na busca pelo atendimento de saúde.

O GTH é um grupo de humanização que se compromete a realizar uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde em favor dos usuários e dos profissionais de saúde. Ele promove a circulação de falas, afetos e parcerias, e deste modo leva ao fortalecimento da rede. Não se trata de rotular o que é certo ou errado ou de alimentar a competição entre as unidades, mas de fazer com que elas andem juntas. É um trabalho que conta com a colaboração de trabalhadores da secretaria municipal, alunos e professores da UFES vinculados ao projeto de humanização, e com a eventual presença de um consultor da PNH, para a realização de um processo de reflexão coletiva sobre o próprio trabalho. Cada região tem seu grupo de GTH.

Em Cariacica, também houve a implantação do projeto de extensão “Redes no Território com Políticas de Saúde, Educação e Assistência”, que a princípio não incluiria a unidade de saúde, mas acabou proporcionando a abertura de um projeto de extensão que visa organizar o território de Cariacica e a situação da saúde.

Quando o projeto de extensão “Redes no Território com Políticas de Saúde Educação e Assistência” começou a ser realizado nos bairros de Cariacica, algumas das unidades de saúde apresentavam condições precárias de equipamento — por exemplo, algumas não tinham telefone há pelo menos oito anos. Essa situação de trabalho dificultava a comunicação entre unidades e trabalhadores com gestores e usuários. Eles não se comunicavam e as relações de trabalho das equipes também não ajudavam. Como disse a supervisora de uma das unidades: *“a equipe antes era ‘equipe’, cada um trabalhava o seu, e agora começamos a trabalhar junto”*.

Ouvir os relatos dos alunos, suas experiências, tanto as boas quanto negativas foi bastante animador. Sair da universidade e sentir a emoção de estar participando de algo real, observar e relacionar o que é estudado em sala de aula com a prática do campo de trabalho, é simplesmente contagiante.

Em algumas disciplinas estudadas, discutimos vários temas importantes relacionados às instituições, entre eles a desinstitucionalização, que é o processo de descaracterização de uma instituição, é uma reorganização do sistema de serviço. Uma instituição doente acaba formando trabalhadores doentes. Se um funcionário novo, com vontade de exercer sua profissão da melhor forma possível, começar a trabalhar num ambiente desanimador, onde as coisas não fluem, as relações são rígidas e as dificuldades só crescem, sem estímulo para lutar contra o “sistema”; aos poucos, esse funcionário cheio de expectativa incorpora o modo de funcionamento dos outros trabalhadores que já fazem parte de uma lógica de organização de trabalho. Faz-se necessário desinstitucionalizar para que aconteça uma renovação das relações dos trabalhadores entre si e também com o usuário dos serviços prestados pela instituição.

Os projetos construídos dão, de fato, resultados positivos. É claro que ocorrem dificuldades e algumas coisas não dão certo, mas ao longo do projeto, conforme a situação e resultados obtidos, novas estratégias são esquematizadas como forma de atender melhor à população. O que não funcionou pode ser mudado ou transformado, não precisa ser jogado fora tudo aquilo que foi conquistado. As experiências que

não tiveram resultados satisfatórios ajudam na construção do que ainda está por vir.

No início da reunião feita na unidade de Itapemirim, ficamos apenas observando. Os trabalhadores conversavam sobre a importância da territorialização, o que estava sendo feito, quais eram as dificuldades atuais, o que já estava pronto, os avanços, o que precisava ser melhorado.

A carência em relação à experiência profissional dos trabalhadores, da comunicação entre as unidades e as condições físicas de trabalho, fazia com que uma unidade tivesse mais demandas que a outra — ou seja, enquanto uma estava com superlotação, outra estava praticamente vazia. Com a chegada do GTH, as unidades começaram a conversar entre si e também a ouvir os usuários para saber por que a preferência de atendimento estava na unidade vizinha, já que existe uma unidade mais perto com os mesmos serviços. Passaram a fazer reuniões com os trabalhadores da unidade e também entre as unidades de saúde. O GTH interferiu nessa relação, auxiliando os trabalhadores na formação de uma equipe que se comunica, escuta os colegas e os usuários também.

O grupo de GTH teve grande influência no desenvolvimento das unidades, na forma de se reunir, organizar as pautas para as reuniões, na comunicação entre as unidades de saúde, na organização da rede de saúde, auxiliando os trabalhadores na construção de ações que possibilitam a criação de dispositivos que promovem a qualidade de saúde aos moradores da região. Contribuiu também para o desenvolvimento da unidade de saúde, organizou uma reunião mensal com os trabalhadores, fez a integração da unidade de saúde com a Estratégia de Saúde da Família. Ficou evidente, nas três reuniões, que um dos principais efeitos negativos da troca de gestão foi o frequente remanejamento de trabalhadores para outras funções, impossibilitando a continuidade de trabalhos que estavam em andamento. Como ponto positivo, essa nova gestão abriu espaço para o grupo de GTH em bairros onde antes era difícil manter uma comunicação.

Essa experiência ultrapassou a barreira imposta pelas paredes da sala de aula, permitindo articulação entre a teoria com a prática, basicamente um encontro de saberes. A oportunidade de vivenciar

essa experiência possibilitou maior conhecimento em relação a saúde, política e humanização, contribuindo para minha formação acadêmica.

Antes de começar a participar das reuniões do projeto “Saúde, trabalho e integralidade no âmbito do SUS: cartografia e apoio institucional” e começar a dialogar sobre saúde, integralidade, apoio institucional e outros temas ligados a esses eixos, eu pensava no Sistema Único de Saúde (SUS) como uma instituição em completo caos, e que grande parte dos trabalhadores não se comprometia com o trabalho, como se eles tivessem perdido o prazer da profissão e a única coisa que importasse agora, fosse o salário no final do mês. Com a experiência em campo, percebi que não é nada desse jeito. Esse desencantamento com o modo de trabalhar não é algo individual do profissional, mas de uma construção histórica da saúde, que se atualiza de modo localmente situado em cada território, ao qual muitos estão presos. Por vezes, faz-se necessária a presença de alguém de fora, que não esteja com seus conceitos comprometidos pela instituição, para ajudar esses trabalhadores a desconstruir essa estrutura que se formou e que impede o trabalho de ser direcionado ao bem-estar do usuário. É isso que o GTH faz. Ele busca, através de reuniões, promover uma reflexão sobre o ambiente e a organização do trabalho que os trabalhadores estão vivenciando e aos poucos eles começam a se desvincular desse comportamento inflexível de lidar com o outro, melhorando as relações com o trabalho e com os usuários.

Essa experiência me proporcionou um crescimento não só profissional, mas pessoal também. Foi a primeira vez que viajei sozinha, para uma localidade distante da minha cidade, onde não conhecia nada, e me encontrei com pessoas das quais só ouvi falar o nome durante algumas conversas no projeto. Senti medo, ansiedade, insegurança, aquele “frio na barriga”, e aquela sensação boa de estar fazendo algo que vai fazer a diferença no enfrentamento das responsabilidades e desafios que estão por vir.



# Um novo olhar sobre a organização do trabalho no SUS

RENATA SILVA ALVES

Sou estudante de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF) e participo do projeto de pesquisa “Saúde, trabalho e integralidade no âmbito do SUS: cartografia e apoio institucional”, articulado a outro mais amplo, cujo título é “Áreas programáticas e direito à saúde: construção da integralidade no contexto do apoio institucional”. A pesquisa é trabalhada em parceria com o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde (DAPES/MS), o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) e a Organização Pan-Americana da Saúde.

As reuniões do nosso projeto acontecem no Polo Universitário de Campos dos Goytacazes/UFF e são orientadas pelo professor Fábio Hebert. Nessas reuniões discutimos assuntos, tais como: Apoio Institucional, Apoio Paideia, Clínica Ampliada, Integralidade, Cogestão, Cartografia, Programa de Formação em Saúde e Trabalho, entre outros. Além disso, discutimos experiências, relatamos a ida ao campo e construímos memórias dos nossos encontros e reuniões.

Antes de fazer parte do projeto, nunca havia escutado falar sobre Apoio Institucional e os temas que estão vinculados a ele, como cogestão e trabalho em rede. Confesso que no início dos nossos encontros, ficava imaginando a prática. As discussões e conceitos eram consistentes, mas pensar na melhoria dos processos de trabalho, da gestão e da formação no âmbito do SUS, assim como entender o apoio na relação com a garantia do direito à saúde e a integralidade,

intervindo na construção de espaços coletivos, parecia utópico. Não conseguia visualizar o Apoio no cotidiano dos serviços.

Imaginava o SUS como um caos, que a maioria dos trabalhadores e gestores era indiferente aos acontecimentos nas unidades. Eu me perguntava: esses referenciais, essas práticas “funcionam” no SUS? Elas acontecem? Há apoiadores no SUS? Existe uma resistência por parte dos trabalhadores e dos gestores com a figura do apoiador? Estas questões surgiram a partir dos nossos encontros na UFF. Não se trata de uma crítica ao SUS. Entendo que seus princípios e objetivos deveriam proporcionar o acesso à saúde, como um direito dos usuários e um dever do Estado. Penso que o “problema” não está na sua constituição como política pública, mas nos modos de trabalho, que são engessados e preestabelecidos.

Como usuária do SUS em Campos dos Goytacazes-RJ, percebo a força do poder médico e a falta de comunicação entre as unidades. Penso que os trabalhadores não têm autonomia no processo de trabalho e desconhecem o funcionamento dos outros setores, não sabendo nem dar informações. Este acontecimento gera “idas e vindas” em várias unidades. Há trabalhadores que nem te olham durante o atendimento. Parece que estão fazendo favor e isso gera um sentimento de impotência. A partir dessa experiência, vivenciada no SUS, é que pude vivenciar outras práticas de saúde distintas em Natal-RN, que relatarei.

O LAPPIS lançou uma convocatória para relato de experiência sobre Apoio Institucional e foram selecionadas 11 experiências para pesquisa de campo. Cada um de nós, alunos do curso de Psicologia, foi para uma dessas experiências, acompanhando os pesquisadores do LAPPIS. Uma das experiências escolhidas foi a do Hospital Giselda Trigueiro, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): apoio para clínica ampliada em rede integrada, de Natal-RN, da qual fiz parte. Vale ressaltar que a pesquisa é exploratória e não avaliativa. Nossa intenção era conhecer a experiência do Hospital Giselda e tentar entender como o Apoio vinha acontecendo na percepção dos trabalhadores, usuários e gestores, assim como, os desafios encontrados.

Quando fomos a campo, ficava imaginando que práticas eram realizadas no Hospital Giselda, o que havia de diferente no modo de

trabalhar. Foi a primeira vez que vivenciei esse tipo de experiência e participei de uma pesquisa desta dimensão. Durante os dias que permanecemos em Natal, vivenciamos o Hospital Giselda Trigueiro, realizamos entrevistas e participamos de oficinas.

O Hospital Giselda Trigueiro é referência em doença infecciosa e sua maior demanda é Aids e tuberculose. Com o aumento do uso de drogas, principalmente, o *crack*, o hospital passou a receber grande número desses usuários, que causavam medo e impotência nos trabalhadores de enfermagem. Este medo era proveniente dos comportamentos agressivos, causado pela abstinência, durante a fase da “fissura”. A resistência frente ao novo desafio foi o disparador da inscrição da experiência.

Na entrevista com uma das enfermeiras, foi relatado que trabalhava com usuários portadores do vírus do HIV/Aids e poucos usuários de álcool e outras drogas. De acordo com sua fala, houve aumento no atendimento dos usuários com dependência química, nos últimos dez anos. Além da fase da “fissura”, os usuários estavam causando problemas para os outros usuários, e desorientados queriam quebrar tudo. Ela nos relata que foi até a direção para reclamar, pois não aguentava mais atender a esta demanda. Não havia psiquiatra disponível na unidade, o que agravava a situação. Alguns trabalhadores olhavam os usuários dependentes químicos, como caso de polícia e não de Saúde Pública, era uma visão naturalizada.

Os gestores, junto com os trabalhadores do hospital e de outra unidade, inclusive, uma médica psiquiatra do Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e outras Drogas propôs a realização de oficinas. Mas nem todos os trabalhadores participavam, pois achavam que era mais uma tentativa de mudança em vão. A partir desses encontros, das reflexões sobre o dia a dia do trabalho, da produção de diálogos entre os diversos saberes, do pensar junto, os trabalhadores foram provocados a analisar os processos de trabalho. Com isso, emerge um olhar que produz outros sentidos, distintos do tradicional, daquilo que já vinha acontecendo.

Mas alguns profissionais da enfermagem continuavam relutantes a atender esses usuários; então, três trabalhadoras do hospital foram

estagiar no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. Elas participaram de um grupo terapêutico com a família e os usuários. Puderam vivenciar a realidade de alguns deles.

Na entrevista com uma das enfermeiras, ela disse que foi muito importante esse estágio, que ela modificou seu modo de se relacionar com os usuários, tratando-os como sujeitos que precisavam de cuidados. A partir daquele momento, pareceu ocorrer uma mudança no modo de trabalhar com esses usuários. Essa mudança, no entanto, não foi produzida pelo apoiador, mas através dos dispositivos utilizados, tais como a oficina e o estágio, que provocaram a análise do processo de trabalho e sua relação com eles. As enfermeiras haviam escrito diários de campo e sínteses reflexivas sobre o período de estágio, e a partir desse material foi feita a inscrição da experiência.

Uma das enfermeiras relata que, através da gestão participativa, os grupos de colegiado foram organizados. São momentos de encontros entre trabalhadores e gestores, na tentativa de resolver as demandas que surgem. Não foi fácil realizar mudanças no modo de trabalhar e no olhar dos trabalhadores. A gestão encontrou muitos desafios, sobretudo porque a enfermagem estava com medo de atender aos usuários de dependência química.

Meu intuito não é relatar a existência de uma cogestão perfeita e nem que todos os trabalhadores participavam dela, mas diante das falas dos gestores e de alguns trabalhadores, percebo que há um diálogo entre eles. Vivemos numa sociedade em que as relações são verticalizadas, ou seja, onde “um manda e o outro cumpre as ordens”. Não estamos acostumados a refletir sobre estas relações, apenas aceitamos. No Hospital Giselda Trigueiro, está surgindo uma mudança na relação entre gestores e os trabalhadores. Há espaço de diálogo entre eles, circulação da palavra, valorização do trabalho e dos trabalhadores. Estes também têm voz ativa.

Existe o desejo, por parte de ambos, de fazer valer o direito à saúde, ao acesso e o dever de uma atenção cuidadosa. Através das práticas de Apoio, procura-se expressar os princípios do SUS, no dia a dia do hospital e da rede que está se formando, proporcionando

compartilhamento entre as equipes e as unidades de saúde, com o intuito de produzir outros sujeitos e saúde.

Através das entrevistas realizadas com os gestores e profissionais da enfermagem, nota-se a mudança de olhar em relação aos usuários de álcool e outras drogas, e mudança na relação de trabalho. Hoje, os usuários não são vistos mais como um corpo, drogados ou “sem vergonha na cara”, mas como sujeitos. Surgiu uma nova relação entre os enfermeiros e os usuários, profissionais e gestores, usuários e gestores. Exemplos desta nova relação, citados nas entrevistas, foram o acesso ao nível central da gestão, o exercício da escuta com os usuários, o interesse em saber a história daquele sujeito e um lugar para que os usuários pudessem trazer suas demandas.

Um dos gestores do Hospital Giselda relatou que “não é fácil trazer o usuário para a questão da gestão, quando são convidados, eles não gostam de participar”. É uma tentativa de corresponsabilizar os trabalhadores e usuários no processo de gerir e cuidar. É um modo de gestão, contrário ao que é hegemônico em nossa sociedade. Aqui, em certa medida, os trabalhadores são gestores e autores do processo de trabalho.

Os usuários portadores de HIV são ativos e organizados, então a gestão teve a ideia de formar um grupo de usuários que fossem reconhecidos como um grupo da gestão; ou seja, as demandas eram discutidas e resolvidas coletivamente. É um espaço de discussão, onde os usuários podem trazer seus questionamentos e, a partir daí, fazer a gestão do serviço, o melhor caminho para resolver aquela demanda. Eram convidados, pela gestão, a se reunirem com eles uma vez por mês, fortalecendo o vínculo e corresponsabilizando-os.

Conhecemos também as dependências do Hospital João Machado, um hospital psiquiátrico que está em processo de transição, com o objetivo de se tornar um hospital clínico geral, de acordo com a reforma psiquiátrica. Estimam-se 160 leitos psiquiátricos e 60 para clínica médica. Serão oferecidos serviços de Psiquiatria, Geriatria e Clínica-Geral. Com esta mudança, o usuário que chegar ao hospital poderá ser tratado não só como usuário de droga ou com problemas

psiquiátricos, mas com doenças clínicas, sem necessidade de ser enviado para o Hospital Giselda, por exemplo.

Ressalta-se a existência de uma rede que está se articulando, onde há uma conversa entre o Hospital Giselda Trigueiro, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-ad), Hospital João Machado e o Consultório de Rua, sobre o modo de pensar o trabalho. Através das oficinas, são promovidos encontros que permitirão um espaço de trocas, interação, apoio e diálogo entre os atores das unidades participantes. Entender o sujeito como usuário da rede. Juntos poderão pensar a ampliação do acesso a esta rede e a realização de pactuações quanto ao encaminhamento e histórico dos usuários. Assim, se um usuário faz tratamento no CAPS e adoece, quando levado para o Hospital Giselda, os trabalhadores podem buscar sua história no CAPS.

A título de exemplo, o Hospital Giselda estava sem médico psiquiatra, e com o aumento da demanda dos usuários, a psiquiatra do CAPS foi convidada a participar das oficinas que ocorriam no hospital, levando seu conhecimento sobre o tratamento da dependência química. Nestes encontros discutia-se sobre a clínica ampliada.

Vale aqui tecer um comentário sobre o quanto foi relevante esta visita, academicamente falando. Nas aulas de Psicologia e Saúde Mental, vários assuntos foram explorados, dentre eles, a reforma psiquiátrica no Brasil, a desinstitucionalização, o nascimento do CAPS e a moradia assistida. É trazer este conhecimento para a prática e ver parte da teoria se materializar; foi muito gratificante ver que teoria e prática não se separam. Tive uma aula fora dos muros acadêmicos. Fomos acompanhados pela assistente social e a psicóloga do Hospital João Machado e pela enfermeira do Hospital Giselda Trigueiro. A enfermeira do Giselda se prontificou a realizar esta visita e nos fornecer uma entrevista no seu dia de folga.

Tive o privilégio de acompanhar os pesquisadores Janaína Mariano César e Rafael Gomes nessa empreitada. Concluí que a pesquisa é uma forma de intervenção, é conectar-se com a situação do dia a dia de outra maneira. A cada retorno dos pesquisadores, eu observava uma disposição na mudança de olhar daquela situação apresentada, mas essa mudança não ocorria só do lado dos trabalhadores que participavam

da experiência e que são considerados apoiadores; aconteceu em mim também. Foram momentos de descobertas, aprendizagens e de despir-me de muitos preconceitos, gerando transformações em mim e no meu modo de trabalhar.

Diante das entrevistas realizadas, das oficinas e dos encontros informais, no período em que estivemos em Natal, percebi que não há um modo de fazer ou um conceito único de Apoio Institucional. Várias pessoas se disseram apoiadores e o conceituaram de várias maneiras. Verifica-se, no entanto, a prática de apoio na rede que está se fortalecendo: por exemplo, a realização de Oficinas no Hospital Giselda Trigueiro, onde são discutidas questões relacionadas ao modo de trabalhar em vários espaços, como no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e o Hospital João Machado.

Vale salientar que foi uma honra participar da experiência com os pesquisadores do LAPPIS, que são dois profissionais pacientes, com uma escuta apurada, competentes e muito requisitados por alguns profissionais que participaram da experiência. A entrada deles se deu com muito profissionalismo. O modo de se colocarem frente ao outro fez com que eu refletisse meu olhar sobre o outro.

Diante de todo o exposto, foi enriquecedor ir a campo, conhecer outros apoiadores e seu trabalho, presenciar a formação de uma rede, conhecer as unidades que fazem parte dessa construção e saber que existem pessoas que querem e lutam por um SUS melhor, que se mobilizam para garantir o direito à saúde, no qual o sujeito surge como um sujeito com história e não só como um órgão.

Participar da pesquisa ajudou a desconstruir a impressão de que a gestão no SUS é sempre “manda quem pode e obedece quem tem juízo” ou que o Apoio Institucional e tudo o que ele implica não pode ocorrer no SUS. No Hospital Giselda, há uma aposta na cogestão e na questão da rede. Afirmo que fui afetada de forma positiva com esta experiência, que fez com que eu parasse para refletir sobre o modo de organização dos processos de trabalho no âmbito do SUS e pensar a possibilidade de mudança dessas práticas em outras instituições.

Acredito ser uma atividade importante não só para a minha formação como psicóloga, mas também para a minha vida. Muitas vezes nos

colocamos no lugar de especialistas, detentores do saber e “obedientes” àquilo que está instituído. Portanto, desconstruir esta forma de pensar, que já está dada, e refletir sobre outras referências teóricas, como o Apoio, seria pensar numa Psicologia na Saúde, como aquela que produz sujeitos protagonistas e autônomos. Sei que não é fácil colocar em prática este modo de pensar o trabalho, mas pude ver que é possível.

# Potencializando caminhos através de um olhar transformador!

RUANI DE OLIVEIRA MACHADO

*Um sonho que se sonha só, é só um sonho que se sonha só,  
mas sonho que se sonha junto é realidade!*

Raul Seixas

Este é um breve relato de experiência como estudante de Psicologia da Universidade Federal Fluminense e bolsista no projeto “Áreas Programáticas e direito à saúde: construção da integralidade no contexto do apoio institucional”, desenvolvido pelo Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) em parceria com esta universidade.

É grande a satisfação de poder contar aqui minha experiência como bolsista e desejo que a leitura deste texto possa oferecer alguma compreensão das questões que hoje, e para mim, surgem no universo do SUS, pois dizem respeito à dignidade do ser humano. Este relato de pesquisa esmera-se algumas vezes em formas científicas, porém sem nunca perder de vista a dignidade humana que orienta a prática que devemos diariamente exercer.

Em suma, a pesquisa se propõe a acompanhar a atuação do profissional apoiador institucional em cinco regiões do país, com o objetivo de contribuir para a ampliação da democracia no campo da Saúde Pública. Reflete sobre processos de trabalho, análise de coletivos, interação entre os sujeitos e produção de autonomia. Foram selecionadas, através de uma Convocatória, 11 experiências de apoio

institucional com o objetivo de conhecê-las através do relato desses apoiadores e de que maneira tais práticas têm contribuído para a garantia de direitos dos trabalhadores e usuários.

Meu primeiro contato com a pesquisa foi através do professor Fabio Hebert. Logo em seguida, comecei a participar das reuniões semanais na UFF/Campos dos Goytacazes, onde eram discutidos textos com temas relacionados ao Apoio Institucional, cogestão, humanização, democracia institucional e integralidade. O material disponibilizado para nosso estudo foi muito rico; permitiu-nos compreender teorias que dão suporte e embasamentos à pesquisa. Ter claros os conceitos sobre apoio institucional, entre outros, nos auxiliou na compreensão da complexa situação que enfrentamos diariamente na saúde pública.

Posteriormente, pude participar das reuniões de planejamento realizadas pelo LAPPIS, onde eram pontuados os êxitos alcançados, revisando-se compromissos, metas alcançadas em função do campo e elaborando-se roteiro de análise das experiências. Através da interação com os colegas da universidade, da diversidade dos textos oferecidos e atividades propostas, pude com confiança me inserir no grupo, compreendendo-o melhor. Por meio das reuniões, pude conhecer pessoas de diversas áreas, compreendendo como é o processo que antecede a ida ao campo, como diversos temas se articulam e principalmente conhecer como o Sistema Único de Saúde (SUS) funciona e que este envolve muitos desafios. No decorrer desse processo, me dei conta do quanto se tem a fazer para a ampliação da democracia nos espaços de saúde e vejo o quanto é importante essa discussão não somente nas reuniões, mas também na universidade.

Portanto, neste relato pretendo apontar fragmentos da minha experiência de ir a campo no município de Santa Maria-RS, onde participei do acompanhamento de três experiências de apoio institucional: “Apoio Em Santa Maria-RS: Formação de Redes Produtoras de Saúde após o desastre da Boate Kiss”, “Apoio Institucional e a Implementação do CAPS-ad Cia. do Recomeço” e “Vivência Multiprofissional relacionada a um Grupo de Trabalho em Saúde no Município de Santa Maria-RS”.

Eram grandes as expectativas quanto às experiências desse município, pois as três experiências inscritas traziam características de apoio

efetivo e muito qualificado nos espaços coletivos constituídos. Também traziam elementos importantes para a caracterização de uma experiência de apoio, com uma contextualização interessante, contemplando a experimentação dos dispositivos articulados a questões concretas da saúde no município, articulações entre os processos de trabalho de apoiador e a produção de rede. E seria interessante analisar como o apoio está repercutindo e se incorporando às práticas das equipes.

Minhas expectativas estavam ligadas aos conhecimentos que ainda não faziam parte do cotidiano acadêmico, e novos conhecimentos se produziram a partir do contato com o campo.

A viagem foi realizada com os pesquisadores Fabio Hebert da Silva e Maria Elizabeth Barros de Barros. Iniciamos as atividades em campo com o primeiro grupo de trabalhadores no dia 02 de dezembro, no grupo *Acolhe Saúde*, que funciona como serviço de referência no cuidado psicossocial às vítimas e familiares da tragédia na Boate Kiss. Nossa primeira ação foi no sentido de definir juntamente com a equipe a construção de parte do cronograma, de maneira que os apoiadores e outros atores do SUS pudessem participar, conforme a disponibilidade e interesse.

Os apoiadores narraram algumas experiências em relação à tragédia da Boate Kiss (quando 242 pessoas perderam a vida e 116 outras ficaram feridas em incêndio provocado pelo acendimento de um sinalizador dentro da boate). Em decorrência do acidente e da quantidade de vítimas, a gestão municipal e o Ministério da Saúde criaram o serviço *Acolhe Saúde*, com atividades desenvolvidas por profissionais de saúde mental aos sobreviventes e familiares da tragédia.

Os grupos ligados à saúde mental deram início ao trabalho de apoio, mas a demanda foi aumentando com o passar dos meses e eles passaram a fazer atendimento a toda a população, tentando aproximar a saúde mental da Atenção Básica, abrindo espaço para que os trabalhadores discutissem os casos e falassem sobre o processo de trabalho no município.

Pude perceber, através dos relatos, que o cenário após a tragédia era de grande desespero; as equipes que compunham a atenção psicossocial se articularam de forma rápida, de modo a atender aos sobreviventes e seus familiares. Os dados apresentados mostram

que nos primeiros dias uma grande quantidade de voluntários se propôs a ajudar no que fosse preciso e os profissionais deram total assistência a quem precisasse. Diversas pessoas de todas as partes do Brasil se voluntariaram e se articularam aos serviços de saúde, a fim de diminuir os transtornos. Os atendimentos eram diversos, com profissionais de diversas áreas, dispondo-se a cuidar de queimaduras, problemas respiratórios, neurológicos, entre outros.

Durante meses, o Acolhe Saúde ficou responsável por fazer o acompanhamento dos feridos nas residências e também o acompanhamento dos atendimentos psicológicos. Percebe-se aí a importância dessas redes afetivas de trabalho que valorizam a autonomia dos trabalhadores, a capacidade de ajuda, onde cada um tem o compromisso de dar continuidade ao cuidado e também de serem protagonistas nessa rede que é efetivamente produção de saúde.

A consolidação dessas redes quentes é fundamental, quando é permitida a incorporação de conceitos e ferramentas e que permite ao trabalhador lidar com os processos de trabalho.

A fim de entender a participação da saúde mental na tragédia da Boate Kiss e também nas três experiências do apoio selecionadas, fomos conhecer os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade: o CAPS-ad “Caminhos do Sol” e o CAPS Infantil. Fomos bem recepcionados; todos possuem uma estrutura física e conforto bem diferente dos que já conheci, com salas amplas, sala de atendimento médico, salas de enfermagem, cozinha e salas onde são realizados os encontros com os grupos, e dispõem de equipes formadas por profissionais de Psicologia, Serviço Social, Educação Física, Enfermagem e Fisioterapia.

Os CAPS buscam maior ampliação dos espaços de cuidado ao usuário, com participação efetiva de equipes multiprofissionais que valorizam o trabalho em roda. Também visam ao trabalho de acolhimento nos momentos de encontro entre familiares, usuários, profissionais e a comunidade; a ambiência que possibilita a troca de experiências e compartilhamento de histórias através das rodas; a participação nas reuniões de equipe que surge como um momento de troca dos funcionários e equipe multidisciplinar; além do apoio matricial, que busca criar vínculos entre os usuários, profissionais e as equipes.

No segundo dia, reunimo-nos com um grupo de trabalhadores, no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Foi feita uma rodada de apresentações, seguida de breve apresentação da pesquisa e de algumas experiências já visitadas. Os pesquisadores trouxeram para a roda algumas questões para ajudar no debate, como a importância da ampliação da democracia institucional e a necessidade de quebrarmos a verticalização e o autoritarismo. Com o decorrer do encontro, assuntos como Apoio Matricial e Institucional foram surgindo. Os trabalhadores compartilharam a experiência de apoio logo após a tragédia. E pude perceber que muitos conheciam o apoio na prática. Em geral, os relatos faziam emergir no grupo um debate reflexivo. No decorrer da conversa, pude perceber o quanto as diferenças entre cada presente puderam ser questionadas e também experimentadas.

Durante nosso último encontro, temas como cogestão e os desafios enfrentados foram abordados. O apoio trouxe para esse momento de discussão em rede a efetiva experimentação da cogestão, através das rodas de discussão de casos, das situações que surgiam e precisavam de respostas mais urgentes. Afirmam que todo trabalho desenvolvido não foi inventado “do nada”, como se antes nada existisse, e sim apenas potencializado pela exigência dos desafios reais.

Essa experiência de gestão em Santa Maria, potencializada pelo acidente da Kiss, fluiu para além da tragédia. O trabalho se desenvolveu e se expandiu a partir do que os acontecimentos solicitavam de mobilização e construção. Uma trabalhadora enfatizou o trabalho da gestão, a abertura e parceria que se produziu nesse momento, porque muitas propostas partiam dos trabalhadores e eram acolhidas e afirmadas pela gestão municipal. Isso fez com que muitas coisas funcionassem.

Diante das informações e a prática desse universo que surgiu como desconhecido, me senti provocada a refletir sobre as diretrizes e princípios éticos e políticos do SUS, mas também sobre meu papel como futura psicóloga e profissional de saúde. É necessário refletir sobre nossas ações, assim como nos aproximar da vida cotidiana dos usuários, desenvolvendo um olhar crítico. E cada vez fica mais evidente a necessidade de buscar o desenvolvimento de práticas transformadoras através do ato dialógico em todos que estão envolvidos.

Participando das leituras nos encontros na universidade e fazendo uma análise de tudo que vi, o campo me possibilitou uma oportunidade singular de aplicar conhecimentos teóricos, contribuindo para meu desenvolvimento acadêmico. Pude vivenciar o trabalho em saúde numa área que para mim era desconhecida. Por meio da pesquisa, pude confrontar meu ceticismo em relação à eficácia do SUS. É claro que ainda acho que há muitos desafios, mas hoje, com mais conhecimento adquirido e tantas informações, me sinto mais otimista.

Todos os estudantes deveriam ter a chance de participar de uma pesquisa como essa; precisamos de trabalhadores que saibam trabalhar na saúde de maneira efetiva e que sejam principalmente sensíveis. Para mim, trouxe uma mudança de postura e um novo olhar para o SUS. A possibilidade de participar me possibilitou uma experiência única e de grande valia. Tive a oportunidade de conhecer diversas pessoas e trocar experiências.

Gostaria de agradecer primeiro a Deus, que iluminou meu caminho durante a pesquisa. Agradeço a todos os pesquisadores que de forma especial me ajudaram na realização desse trabalho. A todos os trabalhadores que de forma tão gentil nos acolheram em Santa Maria. E carinhosamente, ao Professor Fabio Hebert, pelo apoio e inspiração no amadurecimento de meus conhecimentos durante a pesquisa e principalmente pela amizade que se construiu.

# Cogestão: uma experiência de SUS

GRASIELY NUNES MOÇO

A oportunidade de participar da pesquisa “Áreas Programáticas e direito à saúde: construção da integralidade no contexto do apoio institucional” foi para mim de grande importância, tanto para vida acadêmica, como pessoal. Confesso que, inicialmente, quando começamos a estudar, na UFF, o apoio como exercício de gestão, achei um tanto utópico. Partindo da realidade da cidade onde moro, onde ainda há uma pirâmide hierárquica que zela pelo “manda quem está no poder e obedece quem não quer ser demitido”, principalmente no que diz respeito às políticas públicas de saúde, era difícil acreditar que seria possível algum outro modo de trabalhar.

Com o passar do tempo o interesse pelo assunto aumentou, e junto com alguns colegas de curso e o professor Fábio Hebert, montamos um grupo de pesquisa, onde discutíamos mais profundamente esses outros modelos de atenção e gestão da saúde para o SUS. Tomando como referência as cartilhas da Política Nacional de Humanização (PNH), discutimos cogestão, uma gestão mais compartilhada, necessidade de ampliação da democracia institucional, e principalmente, a importância de pensar o SUS a partir dos desafios concretos dos serviços e do cotidiano das práticas de saúde, que envolvem as relações, os encontros entre usuários, sua família, seus coletivos e trabalhadores. Desse modo, o convite para ir a campo com outros pesquisadores para conhecer o trabalho do Apoio Institucional na

cidade de Vitória-ES foi uma bela oportunidade de ver na prática tudo o que tanto ouvimos e discutimos na academia.

Sendo essa a minha primeira experiência de pesquisa de campo, não sabia o que me aguardava. Então procurei não criar muitas expectativas, para assim poder conhecer e entender melhor os modos de cuidar e fazer gestão naquela cidade, sem atribuir valores nem avaliações de certo ou errado.

Durante a pesquisa, pude observar que numa cidade onde o Apoio Institucional é bem implantado, os frutos desse trabalho são visíveis. A organização, boa estrutura e principalmente trabalhadores que se sentindo incluídos nos processos de gestão podem ser considerados alguns desses frutos. Desse modo, pude concluir que os métodos utilizados e o investimento na educação permanente para os apoiadores e demais trabalhadores fazem toda a diferença. Tive a oportunidade de participar da reunião do Colegiado Gestor em uma Unidade de Saúde, onde, utilizando o método da roda, eles discutiam as questões em pauta e levantavam pontos que estavam sendo problema naquela unidade de saúde. Todos puderam expressar seu ponto de vista, concordar, discordar e trazer novas alternativas para a solução do problema. Não foi algo simples, até porque estamos falando de pessoas que trabalham juntas, mas que possuem diferentes experiências, desejos e interesses. Contudo, pude observar também que, mesmo em meio a discordâncias, todos os trabalhadores buscavam a melhoria da Unidade de Saúde visando tornar o atendimento mais eficaz e efetivo – com tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Acredito que isso é resultado da busca por um SUS diferenciado, a partir da inclusão de trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde em um pacto de corresponsabilidade.

Foi-nos apresentada também uma ação do apoio feita em outra Unidade de Saúde, que passava por dificuldades na relação entre os trabalhadores da recepção e os usuários. Aproveitando o mês de outubro, que é dedicado à prevenção do câncer de mama, foram feitas algumas lembrancinhas com pequenos cartões cor de rosa que eram entregues aos usuários pelos próprios trabalhadores da recepção. Esse gesto buscava, além de estimular a participação da população

na campanha contra o câncer de mama, melhorar a relação entre trabalhadores e usuários, aproximá-los. Trouxe como resultado uma melhoria no atendimento e, conseqüentemente, houve diminuição de queixas por parte dos usuários.

O trabalho, com seu valor social e psicológico, pode operar tanto para a realização pessoal, como também pode ser causador de sofrimentos. E esse sofrimento pode ser causado por dificuldades de relacionamento com colegas ou com a chefia, ou ainda situações nas quais o trabalhador se sente injustiçado, ameaçado ou acredita que suas qualidades ou seus esforços não são reconhecidos. Não é difícil encontrar trabalhadores que estejam convivendo com algumas dessas angústias. Pude presenciar alguns trabalhadores que diziam estar por vezes desmotivados, pois estavam fazendo mais que suas obrigações e seus esforços não estavam sendo reconhecidos. Essa questão foi discutida num dos Colegiados de que participei, e pude ali reconhecer o papel do Apoio, como colaborador para um maior equilíbrio entre as forças estabilizadoras dos coletivos, a partir da construção de espaços de escuta, de troca e aprendizagens.

Na graduação em Psicologia, muito se houve falar a respeito da condição hierárquica dos psicólogos, dominada pela categoria médica, principalmente nos âmbitos do SUS. E isso de fato é uma realidade observada por muitos. Entretanto, com a ida a campo tive a chance de conhecer outra realidade. Tive a oportunidade de participar de uma reunião de equipe na qual médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos e fisioterapeutas discutiam casos clínicos, e o respeito e acolhimento diante da opinião de outros profissionais que não fossem da mesma área me chamou bastante atenção. Por isso, a gestão participativa é um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde. Ela acredita que é no exercício do próprio fazer da cogestão que os contratos e compromissos entre os sujeitos envolvidos com o sistema de saúde vão sendo construídos.

A viagem a campo também contribuiu para um maior conhecimento acerca dos aspectos instrumentais e metodológicos de pesquisa e intervenção, proporcionando facilidade maior para compreensão e

mesmo outras experiências com algumas disciplinas, como a matéria de “Psicologia e comunidade”, na qual estudamos, entre outras coisas, os possíveis modos de inserção do pesquisador e o planejamento de trabalho na ida a campo.

Acredito que essa experiência está sendo muito válida para minha formação acadêmica e ainda me será muito útil. Tive o prazer de acompanhar os pesquisadores Gilson Saippa e Tatiana Coelho, que me ensinaram muito e que fizeram aumentar minha admiração pela atividade de pesquisa. Com eles, pude aprender a questionar e refletir sobre questões que antes eu já havia naturalizado em relação ao SUS, e aprendi também a ser mais observadora. Afinal, um bom pesquisador deve ser também um bom observador.

Dentre os tantos acréscimos que a experiência me proporcionou, o maior deles foi poder ver que é possível essa nova experiência de atenção e gestão, e que seus resultados são positivos se forem bem trabalhados, lançando mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores, podendo tornar mais prazerosa a vida dos trabalhadores e contribuindo para um serviço de qualidade para os usuários.

# Da teoria à prática: uma experiência de encontro com os serviços de saúde

MATHEUS NETO PEIXOTO

Apesar de ser graduando em Psicologia, o campo da saúde nunca havia me despertado grande interesse de estudo. Também nunca havia considerado atuar no contexto do SUS. O que me aproximou da pesquisa a princípio foi a afinidade que enxerguei entre os referenciais teóricos que pareciam embasá-la e outros estudos pelos quais já vinha me interessando ao longo do curso. Entendi que seria uma boa oportunidade para pensar o que essas ideias podiam operar, quais seriam suas possíveis aplicabilidades, e se de fato tinham validade para além da universidade.

Já nas primeiras discussões, pude confirmar que as propostas da pesquisa iam ao encontro de muito daquilo que havia estudado conceitualmente, tanto que logo assimilei e reconheci sua eficácia em orientar novas práticas dentro das instituições. Em contrapartida, pude também perceber o quanto este novo objeto me possibilitou outras compreensões acerca do que já estudava. Contudo, restava saber se as práticas, que pensávamos como grupo de pesquisa, eram possíveis de acontecer dentro dos espaços nos quais propúnhamos intervir. “Tais teorias têm lugar no mundo?” – eu me perguntava.

Em certo momento, fomos informados da possibilidade de acompanhar de perto algumas das experiências inscritas na convocatória do LAPPIS. Foi então que tive a oportunidade de visitar o Departamento Regional de Saúde III (DRSIII) em Araraquara-SP. Na visita, eu acompanharia duas pesquisadoras, Janaína Mariano e

Raphaella Daros. Durante o tempo que permanecemos lá, procuramos conversar com trabalhadores vinculados à rede da saúde mental que tem sido consolidada entre municípios e equipamentos de saúde. A regional tem organizado suas redes municipais a partir de áreas temáticas. Escolhem-se articuladores regionais por área temática que se encarregam de articular suas áreas junto aos municípios, que são incentivados a indicar seus próprios articuladores municipais. Além dessas figuras de articulação, a experiência ainda atinge a gestão dos municípios e as próprias equipes de trabalhadores dos territórios.

Na Regional, percebi que as práticas de apoio se dão em várias instâncias, sendo herdeiras de outros modos de coordenação que na última gestão têm sido modulados a partir dos referenciais do Apoio. Pensar o Apoio nesse ambiente “estratificado” permitiu-me enxergar diferentes resultados que pode produzir e também certas limitações.

O contato com esse órgão estadual me possibilitou contato com municípios e também com as redes que se formam entre eles. Pude com isso observar a potencialidade que os espaços coletivos lhes conferem. A DRS tem maior inserção entre os gestores municipais, e vem tentando servir-lhes mais como apoio “técnico” do que como supervisão.

A DRS possui ainda espaços internos, que buscam pensar suas práticas e seus efeitos na região. “Uma espécie de apoio ao apoio” – isso me alertou para o quanto o papel do apoio não é um simples caso de diagnosticar um problema e definir seu prognóstico; o apoio não é uma receita. Uma vez consolidada dada intervenção, cabe pensar outras, uma vez que nosso intervir já muda o quadro. Não fazer isso é instaurar novas normas ou protocolos e a partir delas reproduzir práticas.

Apesar de toda complexidade, a mudança que começou com a DRS visando ao fortalecimento das redes possibilitou a criação de espaços de diálogo entre esses grupos. Obviamente, os efeitos dessa prática são heterogêneos, mas já pude vê-los em maior ou menor grau na própria fala dos trabalhadores e gestores que têm sido atingidos pela DRS.

A oportunidade de ir a campo possibilitou-me deparar com uma questão que parece ser fundamental quando se propõe repensar e intervir nos processos de trabalho – a questão da formação, que é

ponto nevrálgico para que trabalhadores e gestores compreendam a importância de se repensar suas práticas, e para afirmar a validação e a aplicabilidade do apoio institucional.

Quando penso em formação, localizo dois momentos. Um vinculado diretamente à graduação, a formação acadêmica e técnica que ele adquire durante esse tempo. Outro momento é a formação que se dá no exercer de sua atividade, junto à equipe e as questões concretas de sua função. Não há comparações entre elas em termos de importância, ambas são parte do processo formativo. Mas tomo-as como questão por ter reparado, ao longo da experiência, o quanto podem contribuir com a compreensão da necessidade de se repensar as práticas de trabalho, a partir das propostas de integralidade, descentralização e apoio. Grande parte das dificuldades expressas pelas pessoas as quais tivemos acesso demonstra o quanto a formação foi um fator desafiador, que às vezes potencializou e em outras estagnou a implantação de dispositivos como a roda de conversa.

Ao longo da formação, trabalhador adquire certo ideal do que seria sua função dentro de seu espaço de atuação e na relação com a equipe. A tendência é esse entendimento ser “herdado” das práticas que já estão colocadas. Hábitos e modos de atuação que acabam sendo naturalizados e reproduzidos. A própria formação em geral se encarrega de negar a necessidade de atualização, de reformulação, ficando, portanto, reduzidas as ações que visem à discussão do trabalho, ou que ponham em xeque determinados modos estabelecidos. Esses espaços passam a ser vistos como *não trabalho*. O trabalhador entende que o que cabe fazer é aquilo que já está instituído. Como pude ouvir em uma das rodas de conversa: “*É muito mais fácil ter um procedimento operacional padrão*” que dê conta das questões do trabalho.

Essa forma de pensar o trabalho, porém, não está de acordo com aquilo que tem sido proposto desde a implantação do SUS; e mais que isso, não está de acordo com as situações encontradas diariamente no trabalho, que não se enquadram em procedimentos padrões. Cada questão é uma nova questão, sendo sempre necessário repensar as práticas. Recolocar as questões continuamente é, portanto, fundamental e não há ninguém melhor para fazê-lo do que os próprios atores que delas participam, sejam usuários, trabalhadores, gestores ou a equipe.

Na experiência pude ver também o quanto já se tem de algum modo atuado no sentido de pensar local e regionalmente os processos de trabalho e as práticas de saúde junto às equipes, constituídas em geral por trabalhadores com bastante tempo de trabalho no SUS. Isso através dos processos de Educação Permanente (EP), cuja coordenação atua, na experiência mencionada, com a humanização e as demais articulações estaduais, visando maior entrada e impacto no território. Essa incursão é relatada como positiva mesmo pela gestão, com quem a EP busca também trabalhar. A DRS possibilita, a todos, espaços onde é possível discutir as políticas vigentes, trocar experiências e pactuar metas, por exemplo.

Como graduando em psicologia, sinto-me privilegiado por poder ter visitado esses espaços e ter tido acesso a essas discussões. Ouvi de muitos trabalhadores que se autodenominam apoiadores, hoje, que poucos tiveram essa oportunidade. Em geral, o tema dos desafios concretos do SUS é pouco ou quase não é abordado no decorrer do curso, ainda que seja referente ao atual cenário de atuação de profissionais da saúde.

Entendo que o apoio institucional seja algo vital à reafirmação e consolidação do SUS e creio que seja fundamental ao sucesso de um projeto de saúde mais amplo e ético. É uma temática importante para todos que queiram atuar no SUS. Nesse caso, seja através da prática clínica ou na condução de espaços coletivos de discussão, o psicólogo e a Psicologia podem ganhar muito se incluídos nas discussões sobre modos de produzir saúde, sobretudo quando, mais do que pensado, isso é vivenciado.

# Experiências com as mulheres grávidas privadas de liberdade

BETÂNIA BELAN DA SILVA

A pesquisa “Áreas Programáticas e direito à saúde: construção da integralidade no contexto do apoio institucional”, da qual participei, possibilitou-me muitas oportunidades e uma delas foi conhecer o Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte-MG, que é uma maternidade-referência em Saúde da Mulher e da Criança. No caso específico da minha participação, visitamos uma experiência de atenção à saúde da mulher grávida privada de liberdade. Também me possibilitou um crescimento pessoal e profissional. A pesquisa visa dar visibilidade aos modos como o apoio acontece no cotidiano do SUS.

A experiência no Hospital Sofia Feldman foi extremamente importante, principalmente para quem acreditava no parto cesáreo. Sim, acreditava! Antes da visita ao hospital, fazendo pesquisas para entender mais sobre o local que iria visitar, percebi a importância de se pensar o lugar do parto normal, tanto para a mulher quanto para o bebê. Considero diferentes as dores do parto, vejo também o corpo da mulher e o seu filho se expressando... o filho dizendo que está na hora de nascer.

Percebi que no Sofia há um carinho e um cuidado especial, um olhar diferente para a mulher. Um olhar de cuidado, diferente muitas vezes de outros hospitais que optam por outro tipo de parto como regra, que colocam como protagonista o médico e não a mulher. Parece-me que lá não há um olhar de mercadoria, de ganhos extras

com mais um ser vindo ao mundo. Quando se faz uma cesariana, o objetivo é preservar a vida da mãe e da criança, que é mais importante.

No decorrer dos dias que fizemos a pesquisa e com os contatos que tivemos, as reuniões, as entrevistas e conversas pelos corredores, pude perceber que os trabalhadores encontram dificuldades no cotidiano, mas principalmente há espaços para que essas dificuldades sejam discutidas e encaminhadas coletivamente, de modo que essas ações repercutam no cuidado.

Houve um encontro com uma trabalhadora que relatou estar satisfeita e que o hospital proporciona cursos de atualização e espaços de cogestão, o que faz com que eles se sintam valorizados. Percebi que o serviço se articula para efetivar um cuidado integral e os princípios do SUS. Há uma grande mobilização para se manter crianças em UTI tomando medicações de alto custo e fortes; casas onde as mães que moram longe podem ficar para esperar o parto; casas para os bebês; creches para os filhos dos trabalhadores, terapias alternativas, tudo mantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e por doações. Percebemos aqui um recurso que é bem utilizado e uma gestão que trabalha para cuidar incluindo. Esse tipo de cuidado pude presenciar nas discussões dos casos, durante e nas trocas de equipe, quando se discutem os casos dos bebês e das mães, junto com enfermeiros, técnicos, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros.

É possível perceber que tudo que hoje no Sofia vemos é fruto uma luta muito grande. Vimos que a organização dos processos de trabalho é, em parte, muito diferente de outros hospitais. Mas, por que essa diferença? Vejo como uma discussão interessante e potente.

Depois de visitar e ver de perto todo esse processo, essa relação de proximidade surge como efeito da construção de espaços de composição entre experiências e expectativas bem distintas. Mas é importante marcar que a partir da diferença (uns estão ali para efetuar o cuidado, outros para o receberem, alguns tem certas especialidades e funções, diferentes de outras) é possível construir proximidade, lateralidade etc.

O trabalho que o Sofia Feldman realiza com as mulheres privadas de liberdade também surgiu através de muitas lutas. As gestantes privadas de liberdade iam direto dos presídios para as maternidades,

sem muitas vezes nenhum tipo de cuidado, ou, por exemplo, sem nenhuma consulta pré-natal. Hoje, na região existe um centro de detenção, que é um centro de referência para as mulheres grávidas privadas de liberdade. Hoje, em parceria com o Sofia Feldman, essas mulheres conseguem atendimento, acompanhamento e cuidado. No início, quando as gestantes iam ganhar seus filhos, não lhes era permitido tirar as algemas; hoje isso já não faz mais parte da rotina do hospital, a partir do momento que elas entram no serviço são retiradas as algemas. Percebo que a retirada das algemas dentro do hospital é uma vitória para todos. Mas essas mulheres ainda têm que lutar pelo direito ao acompanhante na hora do parto.

Compartilhando a visão crítica daqueles que, me pergunto, se o fato de as mulheres estarem privadas de liberdade tira-lhes qualquer outro direito, como o direito a acompanhante na hora do parto garantido por lei. Mas, não é uma lei? Pior, a família da mulher privada de liberdade nem fica sabendo que ela ganhou o bebê, se está bem ou não. O centro de referência, que é a instituição onde essas mães ficam, está longe de ser uma referência, falta muita coisa. Para aquelas que têm assistência da família a situação é melhor, mas e aquelas que não têm? Vivem de doação de roupas, sabonetes? E o afeto? Há muito a ser revisto na questão do cuidado com essas mães e essas crianças, um lugar adequado para ambas, uma atenção mais ampliada...

A visita mudou minha opinião em relação ao parto, à questão do direito à saúde e a vida. De que direitos aquelas mulheres estão efetivamente privadas? Há um caminho muito longo a ser percorrido até que os direitos sejam realmente acessados e efetivados. Os direitos só farão sentido quando forem percebidos como algo fundamental para aquelas vidas. Elas que já vivem tanto tempo na prisão sem alguém de confiança, sem alguém que elas amam, sem estar com essas pessoas, porque muitas famílias moram distantes e não as visitam com frequência.

Na visita ao centro de referência, foi dito que elas “são como nós”, mas só perderam o direito de ir e vir, elas “só estão cercadas pelo muro da prisão”. Isso me intrigou ainda mais. Nós, em certo sentido, mesmo em “liberdade” somos privados, temos dificuldade de acessar

nossos direitos, vivemos cercados de muros, da escola, do hospital, das casas. E ainda sim, a situação daquelas mulheres é diferente, elas perderam muito mais, perderam o direito de vivenciar esse momento do nascimento com seu familiar, com alguém de confiança. Em conversa com uma mãe privada de liberdade, que acabara de ganhar seu filho, ela só chorava. Seus olhos, entretanto, diziam da falta que fez, que faz e que vai fazer ter alguém de sua confiança por perto para ajudar e dar força nesse momento de estar privada de liberdade e com um filho que ela queria “levar para passear”, para conhecer lugares e não poder ir.

Nesses momentos, vi a força da atuação no SUS para minha futura profissão, a Psicologia. Havia situações que deveria “segurar a emoção”, não deixar transparecer a revolta e agir com cautela com determinadas situações da garantia do direito à saúde. Na experiência, pude perceber o muito que terei que caminhar e que longos percursos poderei trilhar.

# O apoio e seus efeitos: uma experiência no município de Fortaleza-CE

MARCIA BORGES HENRIQUE

Integrei-me como bolsista de Iniciação Científica LAPPIS ao projeto de pesquisa “Saúde, trabalho e integralidade no âmbito do SUS: cartografia e apoio institucional”, que está vinculado a um projeto mais amplo, intitulado “Áreas programáticas e direito à saúde: construção da integralidade no contexto do apoio institucional”, uma parceria do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde (DAPES/MS) com o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), do Instituto de Medicina Social da UERJ, para conhecer como o apoio tem sido experimentado nas diversas regiões do Brasil.

Os encontros do projeto eram realizados na Universidade Federal Fluminense/Campos dos Goytacazes, semanalmente, com a presença de alunos do curso de Psicologia e do professor Fabio Hebert, também pesquisador do LAPPIS. Nesses encontros, as leituras e discussões permeavam diversos temas relacionados ao Apoio Institucional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e à Política Nacional de Humanização do SUS (PNH). Os temas discutidos eram: Efeito Paideia, Integralidade, Saúde do Trabalhador, Clínica Ampliada, Visita Aberta, entre outros.

Uma questão muito discutida nos encontros, que está atrelada ao apoio, é a cogestão. Trata-se de um modo de gestão que se diferencia do tradicional, em que o autoritarismo e a verticalidade são claros. Neste modelo tradicional, há o pensamento de que existem aqueles que

pensam (os gestores) e aqueles que executam (os demais trabalhadores). Já a cogestão reconhece o trabalhador como gestor de seu próprio trabalho, como aquele que tem voz ativa nas decisões. Esse modo de gestão proposto pelo apoio produz a corresponsabilização pelo trabalho, tanto dos trabalhadores, como dos gestores e usuários.

O apoiador, ou seja, aquele que exerce a função “apoio”, tem por objetivo criar espaços de diálogo entre os trabalhadores, gestores e usuários, visando à análise do processo de trabalho e à problematização do modo de gestão. Isso tudo implica colocar em análise as relações de poder; no entanto, não significa igualar as funções, mas colocar todas num mesmo grau de importância para o processo de trabalho.

O apoio, então, vem como um modo de lidar com esse desafio no SUS, onde o modo de gestão, pelo menos nos espaços que conhecia, é marcado pelo autoritarismo e verticalidade. Mudar esse cenário é fazer surgir novos sujeitos. Sujeitos com voz ativa no trabalho, sujeitos que podem compartilhar suas angústias, vitórias e problemas do dia a dia do trabalho e participar das decisões. Tudo isso contribui para a promoção de saúde no trabalho e para a efetividade do SUS. Tanto as leituras como as discussões acerca do apoio foram importantes para entendê-lo. Porém, ter acesso à experiência, foi crucial para compreender o apoio, seus efeitos, riscos e especificidades.

O LAPPIS lançou uma convocatória e foram selecionadas 11 experiências para a pesquisa de campo. A experiência que eu e mais dois pesquisadores fomos conhecer foi uma das selecionadas da Região Nordeste: “Acolhimento, vínculo e responsabilização”, relacionada à experimentação da Rede Cegonha em Fortaleza.

O primeiro contato que tivemos com a experiência foi através da autora do relato, num Fórum Estadual da Rede Cegonha, em Fortaleza. Percebi o fórum como um espaço importante para a promoção de diálogo entre os trabalhadores/serviços, porém vi que alguns momentos isso não ocorria. Parece que alguns discursos eram para defender determinada área profissional ou disciplina. Todavia, o fórum contribuiu para que os trabalhadores manifestassem suas angústias, conquistas, queixas e fatos do cotidiano do trabalho, dando-lhes oportunidade de se expressar e encaminhar várias demandas.

Logo após o fórum, conversamos com uma apoiadora que disse apoiar as Coordenadorias de Regionais para a implementação da Rede Cegonha nos municípios. Salientou que há uma apoiadora institucional contratada pelo Ministério da Saúde que apoia três hospitais em Fortaleza, mas que seu trabalho se diferencia do dela pelo fato de ser mais amplo, enquanto o da apoiadora institucional é mais local, focado nos hospitais.

Depois dessa conversa, fiquei pensando se em determinadas situações ela também não estaria realizando apoio institucional, pois ajuda a organizar espaços de diálogo que favorecem a mudança do processo de trabalho, e tem como um dos principais desafios a inclusão do usuário.

Fizemos também entrevista com a apoiadora institucional do Ministério da Saúde, com alguns profissionais da Secretaria de Saúde e alguns trabalhadores relacionados à coordenação dos hospitais. Achamos pertinente ter contato com essas pessoas pelo fato de estarem envolvidas diretamente com a consolidação da Rede Cegonha nos municípios. Fizemos também visitas a hospitais apoiados pela apoiadora institucional para melhor compreender a experiência.

Os trabalhadores com os quais conversamos consideram de fundamental importância o trabalho tanto da apoiadora institucional como da assessora técnica da Rede Cegonha.

O apoio institucional, através dos apoiadores, cria espaços de diálogo para que os trabalhadores analisem as questões e as resolvam entre si; os colegiados existentes, por exemplo, são dispositivos que promovem a interação dos trabalhadores e a análise dos processos de trabalho. Percebi que, através dessas práticas, os trabalhadores se corresponsabilizam pelo trabalho e investem mais na efetividade das atividades. E quando nas conversas surgia o tema da importância do apoio, frequentemente aparecia como um divisor de águas, um produtor de mudanças.

Também presenciamos situações onde o apoiador aparece como aquele que “resolve” os problemas. Como se trata de um processo, alguns encaminhamentos ainda se dão na dependência da figura do apoiador. Mas o importante é que isso é um problema para o coletivo.

Quando se trata de apoio, é preciso mudar esse tipo de relação; o apoio não pode se constituir numa relação de dependência, visto que apoiar é “fazer com” e não “fazer pelo”, é caminhar ao lado dos trabalhadores e não por eles. O apoio só se torna dispensável quando os próprios sujeitos conseguem se reunir, analisar o modo como estão trabalhando e a partir daí produzir mudança. Percebi, no entanto, que esse é um risco que o apoio pode trazer dependendo da relação que o apoiador estabelece com os demais trabalhadores.

A partir da pesquisa de campo e dos encontros do projeto, hoje entendo melhor o que são o SUS e o Apoio. Temos pouco contato com as temáticas do SUS nas disciplinas do curso de Psicologia. Agora olho para certas práticas e questiono, considerando que tudo é construído, tudo tem um processo, e não necessariamente tenho que aceitar e reproduzir o que me é dado. Além disso, ajudou-me a desconstruir a ideia de que existe um detentor do saber.

Tenho certeza de que, a partir dessa perspectiva do Apoio, poderei exercer minha profissão de uma forma melhor, entendendo que não existe um saber, existem saberes que podem e devem se entrelaçar para que um trabalho seja feito de sua melhor forma, considerando que todos sujeitos possuem desejos, vontades, sonhos, e dar espaço para eles é produzir saúde no trabalho. E, além do campo da Saúde Pública, vejo a validade do apoio em outras esferas, contribuindo para minha atuação em diversas instituições como, por exemplo, na Educação.

Acredito não ser fácil e nem rápido a mudança do modo de gestão no SUS, porém vejo o apoio como uma grande aposta para esta mudança. Enfim, vejo que é possível um SUS em que todos trabalhem juntos garantindo o direito à saúde.

# Acompanhamento da experiência de apoio no COSEMS-RJ

ROBERTA SANTANA LEONARDO

Quando pactuamos que iria junto com os pesquisadores para a visita ao COSEMS-RJ, achava que estava despreparada, não imaginava como seria o trabalho de campo. Fui instruída a anotar tudo o que eu achasse importante e tentar relacionar com as discussões que fizemos em nosso grupo de pesquisa e os textos que trabalhamos. O projeto visa estudar a atuação e as experiências de apoio institucional no SUS, pensando na relação do SUS e o apoio como estratégia para promoção do acesso de todos os cidadãos ao cuidado integral.

A viagem para o COSEMS-RJ foi uma grande oportunidade para conhecer e saber como uma pesquisa é feita, e para adquirir experiência em campo. Através da pesquisa, pude aprender mais sobre o apoio institucional, o papel desenvolvido pelos trabalhadores que atuam nessa área e sobre o próprio SUS.

Participei de uma atividade, que foi realizada no dia 28 e 29 de novembro de 2013, no Rio de Janeiro. Estavam presentes três apoiadores do COSEMS-RJ que trabalham no Projeto Apoiadores Regionais. Não tive a oportunidade de conversar com todos os apoiadores das regiões do Estado do Rio de Janeiro e saber mais sobre as experiências de cada um. Só tive o prazer de conversar com três membros do Conselho Regional.

O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro foi criado em 1988, pois havia grande necessidade

de comunicação entre os municípios e uma representação das regiões no Estado do Rio de Janeiro. Tem como objetivo ajudar na implementação de políticas públicas, apoiar a política de saúde das secretarias municipais das regiões e contribuir para a melhora do SUS. O COSEMS-RJ se organiza em quatro arranjos: Representação Política, Apoio Técnico, Assessoria Jurídica e Apoio Administrativo.

A princípio, o Projeto Apoiadores Regionais foi criado em 2007 para levar o COSEMS-RJ para as demais regiões, potencializar os serviços e ajudar a desempenhar os projetos que estão sendo desenvolvidos. O projeto é uma parceria com o Ministério da Saúde e conta com o apoio do LAPPIS (Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde).

De acordo com os membros do Conselho, apoiar a área da saúde era uma necessidade e no início do projeto contou com a participação de quatro apoiadores. No começo houve muita dificuldade e resistência das pessoas que recebiam a ajuda dos apoiadores nas regiões. O apoiador atendia a mais de uma região ao mesmo tempo, tinha que comparecer a muitas reuniões e muitos deles sofriam rejeições.

Houve um seminário durante dois dias, para reunir os apoiadores e para ter um apanhado do que estava acontecendo nas áreas em que iriam atuar e esclarecer o papel do apoio, discutido superficialmente. Não houve capacitação ou formação, o trabalho que era feito nas regiões seria de acordo com o que o apoiador achasse que teria que ser feito. A partir da experiência dos participantes, novas sugestões de trabalhar eram feitas nas reuniões, facilitando a comunicação, trabalho e a tomada de decisão.

Normalmente, quando há troca de gestores no município, muitas coisas desandam na área da saúde e não se consegue manter a estrutura e continuar o trabalho que era feito. Há uma grande necessidade, para o COSEMS, que os gestores possam ser capacitados para continuarem o trabalho feito pelo anterior. No site do COSEMS-RJ<sup>1</sup> são apresentadas diretrizes, divididas em quatro tópicos, com o

---

<sup>1</sup> Disponível em: < [http://www.cosemsrj.org.br/inst\\_diretrizes.html](http://www.cosemsrj.org.br/inst_diretrizes.html) > Acesso em: 15 dez 2013.

intuito de implementar o serviço, organizar o modelo de atenção e gestão, a saber: 1) Financiamento e Formas de Alocação de Recursos; 2) Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; 3) Modelos de Atenção à Saúde; e 4) Gestão do SUS no Rio de Janeiro/Descentralização e Regionalização. Essas diretrizes são uma forma de reorganizar a maneira como a saúde é trabalhada no Rio de Janeiro, trazendo a valorização do trabalho/trabalhador, promoção da subjetividade, apoio à família, equipes especializadas em diferentes áreas de acordo com a necessidade da cidade/região e autonomia para as regiões, dando a elas o poder de tomada de decisão, através das comissões de gestores.

Foi desenvolvido um sistema de comunicação, um *site* para os apoiadores e a comunidade acessarem. O fórum *online* facilita a conversa entre o COSEMS-RJ e os gestores e conta com a participação dos apoiadores da região para avisos, dúvidas, compartilhamento de documentos e assuntos técnicos. Projetou-se uma planilha, que foi apresentada no fórum, contendo todas as informações sobre as regiões e elaborando um calendário de obrigações e de avisos. Também foi lançada uma publicação, em 2013, sobre o Projeto Apoiadores, que mostra o trabalho feito no Estado do Rio de Janeiro e nas regiões, registrando as experiências proporcionadas pelo projeto.

Mesmo o projeto tendo muitas dificuldades, mostrou-se capaz de ser muito útil e ajudar aos serviços e trabalhos desenvolvidos pelas regiões e na implementação de políticas públicas e a melhora do SUS. É uma ótima experiência poder aprender com a história e o trabalho dos apoiadores.

Participar da pesquisa, na leitura dos textos, discussão em sala e conversas informais me acrescentou muito como aluna de Psicologia e como pessoa. Não conhecia o apoio institucional até fazer uma matéria na faculdade e ao mesmo tempo entrar no projeto de pesquisa. Não conhecia, a bem dizer, quase nada do SUS. Há muitos desafios na área da saúde, e quando olho as propostas feitas pelos apoiadores, a noção de saúde e o SUS ganham outros significados, um novo contexto para ser pensado, uma maneira que faz muito mais sentido. Não só nessa área, mas para abranger outros locais e instituições que comportem o trabalho do psicólogo.

Um dos pontos que acho mais interessantes é proposta compreensão do sujeito e suas relações, a integralidade, a relação de poder e a ideia de lateralidade. O projeto proporciona, principalmente aos estudantes, o questionamento sobre as práticas e pensar nas novas propostas e outros encaminhamentos possíveis.

## Sobre os autores

**Adriana Van der Sand** – Psicóloga Residente no CAPS ad Cia do Recomeço. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, UFSM. Endereço eletrônico: adri1911@gmail.com

**Adriano Henrique Caetano Costa** – Mestre em Sociologia pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará (UFC); membro do Núcleo de pesquisa em Saúde e Gênero do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFRGS; consultor UNESCO do Programa RS na Paz + Saúde e componente da equipe georreferenciada Macro Norte do Departamento de Ações em Saúde da SES-RS desde 2013.

**Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi** – Departamento Regional de Saúde III – Araraquara, Interlocutora Regional de Saúde Mental; mestre em Terapia Ocupacional pelo Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar. Endereço eletrônico: alanafornereto@gmail.com

**Aline Barreto de Almeida** – Doutoranda em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFESP; interlocutora regional de Saúde Mental do Departamento Regional de Saúde III no período de 2011 a 2012; mestre em Fisioterapia pelo Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da UFSCar. Endereço eletrônico: alinealmeida7@yahoo.com.br

**Aline de Oliveira Costa** – Psicóloga; especialista em Saúde Coletiva (UFBA); mestranda em Saúde da Mulher e da Criança (IFF/Fiocruz); apoiadora institucional temática da Rede Cegonha (CGSM/DAPES/SAS/MS). Endereço eletrônico: coaline18@gmail.com

**Amanda Luiza Corvel de Vidal Nicolau** – Psicóloga do Hospital Regional de Araguaína; especialista em Gestão de Pessoas e em Psicopedagogia; coordenadora do Grupo de Trabalho de Urgência e Emergência do HRA. Endereço eletrônico: [amandacorvel@yahoo.com.br](mailto:amandacorvel@yahoo.com.br)

**Ana Claudia Morcélli** – Psicóloga CAPS ad Cia do Recomeço. Endereço eletrônico: [anaamorcelli@gmail.com](mailto:anaamorcelli@gmail.com)

**Ana Cristina Vieira Segatto Lubiana** – Psicóloga; mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional (PPGPSI/UFES).

**Ana Paula Seerig** – Prefeitura Municipal de Santa Maria, Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria; nutricionista, Especialista em Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Endereço eletrônico: [anaseerig@terra.com.br](mailto:anaseerig@terra.com.br)

**Anderson Beltrame Pedroso** – Psicólogo; psicanalista; especialista em Direitos da Criança e do Adolescente (FMP-RS). Mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS); membro da Casa dos Cata-Ventos; consultor da UNESCO no Programa Primeira Infância Melhor, componente da equipe georreferenciada Macro Norte do Departamento de Ações em Saúde da SES/RS desde 2013.

**Andrea Maria Negrelli Valdetaro Borjaille** – Prefeitura de Vitória/Secretaria Municipal de Saúde, Assessora Técnica, Especialista em Gerência de Unidades Básica de Saúde do SUS (USP). Endereço eletrônico: [amnvborjaille@correio1.vitoria.es.gov.br](mailto:amnvborjaille@correio1.vitoria.es.gov.br)

**Andressa Magalhães Flores** – Prefeitura Municipal de Palmeira das Missões, Secretaria Municipal de Saúde; enfermeira, pela Faculdade de Enfermagem da UFSM, campus Palmeira das Missões entre 2007 e 2011.

**Angela Meincke Melo** – Prefeitura Municipal de Santa Maria, CAPS II Prado Veppo; técnica em Saúde Mental; especialista em Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Endereço eletrônico: [kyle\\_angel@yahoo.com.br](mailto:kyle_angel@yahoo.com.br)

**Anna Luiza Trein** – Psicóloga; mestre em Psicologia Social e Institucional; consultora UNESCO para a Coordenação Estadual de Atenção Básica e componente da equipe georreferenciada Macro Norte do Departamento de Ações em Saúde da SES-RS desde 2013.

**Annatália Meneses Amorim Gomes** – Ministério da Saúde; apoiadora institucional da PNH; doutora em Ciências da Saúde. Endereço eletrônico: annataliagomes@gmail.com

**Antônio Martins Vitor Júnior** – Psicólogo; mestrando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional (PPGPSI/UFES).

**Arlete Frank Dutra** – Prefeitura de Vitória, Secretaria Municipal de Saúde; gerente de Vigilância em Saúde; especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (UFES). Endereço eletrônico: afdutra@correio1.vitoria.es.gov.br.

**Betânia Belan da Silva** – Estudante do curso de Psicologia, Universidade Federal Fluminense (Polo Universitário de Campos dos Goytacazes); bolsista de Iniciação Científica LAPPIS. Membro do Grupo de Pesquisa do CNPq Transdisciplinaridade e Clínica. Endereço eletrônico: betaniabelan@hotmail.com

**Bruno Henrique Varela da Silva** – Redutor de danos da equipe Consultório na Rua (SMS- Natal); acadêmico de Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

**Camila Pereira Porto dos Santos** – Estudante do curso de Psicologia, Universidade Federal Fluminense (Polo Universitário de Campos dos Goytacazes); bolsista de Desenvolvimento Acadêmico UFF; membro do Grupo de Pesquisa do CNPq Transdisciplinaridade e Clínica. Endereço eletrônico: camila.porto.s@gmail.com

**Carine Bianca Ferreira Nied** – Ministério da Saúde; relações públicas; consultora da Política Nacional de Humanização; especialista em Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Endereço eletrônico: carinenied@hotmail.com

**Carla Cristiane Freire Correa** – Assistente social; sanitarista; coordenadora da equipe georreferenciada Macro Norte do Departamento de Ações em Saúde da SES-RS no período de 2011 a 2013.

**Catia Paranhos Martins** – Psicóloga; doutoranda em Psicologia pela UNESP/Assis; consultora do Ministério da Saúde no período de 2010 a julho/2013; docente da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Endereço eletrônico: catiamartins@ufgd.edu.br

**Cristiane Moraes da Silva** – Prefeitura Municipal de Palmeira das Missões, Secretaria Municipal de Saúde; enfermeira pelo Curso de Enfermagem da UFSM, campus Palmeira das Missões entre 2006 e 2010; assessora da Comissão de Integração Ensino-Serviço da 15ª CRS entre 2010 e 2012.

**Cristiane Ribeiro** – Departamento Regional de Saúde de Araraquara; diretora do Núcleo de Educação Permanente do Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQ-SUS); mestranda da UFSCar. Endereço eletrônico: [crispessalacia.cr@gmail.com](mailto:crispessalacia.cr@gmail.com)

**Denize Rejane da Silva Mafalda** – Psicóloga; especialista em Saúde SES/15ª CRS.

**Domisy Vieira** – Enfermeira; servidora da SEMSA Rio Branco; responsável pela Área Técnica de Controle do Tabagismo da SEMSA; especialista em Gerenciamento de Projetos. Endereço eletrônico: [vieira.domisy@gmail.com](mailto:vieira.domisy@gmail.com)

**Douglas Casarotto de Oliveira** – Psicólogo CAPS ad Cia do Recomeço; especialista em Humanização da Gestão e Atenção do SUS; mestre em Educação. Endereço eletrônico: [douglascasarotto@hotmail.com](mailto:douglascasarotto@hotmail.com)

**Dulciana Maria da Silva Costa** – Médica clínica-geral no CAPS-ad Leste de Natal; apoiadora matricial da SMS-Natal, e Psiquiatra.

**Eleotéria Rosane dos Santos** – Trabalhadora em saúde do Centro de Referência para Assessoramento e Educação em Redução de Danos (CRRD), Escola de Saúde Pública (ESP), Secretaria de Saúde do estado do Rio Grande do Sul (SES/RS); sanitaria (ESP/ENSP).

**Eliana Sandri Lira** – Especialista em Psicopedagogia (URI Campus de Erechim-RS); especialista em Saúde; pedagoga atuando na área de Educação Permanente em Saúde, na 11ª Coordenadoria Regional de Saúde-SES, Erechim (RS).

**Emília Alves de Sousa** – Hospital Infantil Lucídio Portela; assistente social; especialista em Educação: docência do ensino superior. Endereço eletrônico: [emiliaalveshumaniza@gmail.com](mailto:emiliaalveshumaniza@gmail.com)

**Érica Fabíola Silva** – Enfermeira; servidora da SEMSA Rio Branco; responsável pela Área Técnica de Hipertensão e Diabetes da SEMSA; especialista em Saúde da Família. Endereço eletrônico: [erica.fabi10@gmail.com](mailto:erica.fabi10@gmail.com)

**Eucinete Ferreira** – Psicóloga. Servidora da SEMSA Rio Branco e SESACRE. Responsável pela Divisão de Saúde da Mulher da SESACRE. Endereço eletrônico: eucinete.ferreira@gmail.com

**Eufrasia Cadorin** – Cirurgiã-dentista; servidora da SEMSA Rio Branco e professora da UNINORTE-AC; especialista em Odontologia em Saúde Coletiva: Saúde da Família; Gestão em Saúde; Democracia Participativa República e Movimentos Sociais; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Endereço eletrônico: cadorin\_eu@hotmail.com

**Fabiane Lima Simões** – Prefeitura de Vitória, Secretaria Municipal de Saúde; secretária executiva; mestre em Saúde Coletiva (PPGSC/UFES). Endereço eletrônico: flsimoes@correio1.vitoria.es.gov.br

**Fernanda Penkala** – Ministério da Saúde; médica psiquiatra; supervisora clínico-institucional em São Lourenço do Sul. Endereço eletrônico: fernanda.penkala@gmail.com

**Garzelon Gloria Aragonéz** – Farmacêutico/bioquímico; especialista em Saúde/15ª CRS.

**Gilson Mafacioli** – Profissional do Serviço Acolhe Saúde; médico psiquiatra, mestre em Psicologia pela UFSM.

**Gisele Vicente da Silva** – Pedagoga; especialista em Educação em Saúde Mental Coletiva; Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva; consultora UNESCO; componente da equipe georreferenciada Macro Norte, Departamento de Ações em Saúde da SES-RS desde 2013.

**Giuliana Chiapin** – Psicóloga; consultora no Programa Primeira Infância Melhor; componente da equipe georreferenciada Macro Norte, Departamento de Ações Saúde da SES-RS.

**Grasiely Nunes Moço** – Estudante do curso de Psicologia, Universidade Federal Fluminense (Polo Universitário de Campos dos Goytacazes); bolsista de Iniciação Científica LAPPIS; membro do Grupo de Pesquisa do CNPq Transdisciplinaridade e Clínica. Endereço eletrônico: grasy\_nunes@hotmail.com

**José Darci do Prado** – Assistente social; assistente em Saúde SES/15ª CRS.

**José Inácio Lermen** – Médico pediatra (GHC); sanitarista (ENSP); especialista em Epidemiologia (Ufpel), Central de Regulação Ambulatorial da SES-RS; componente da equipe georreferenciada Macro Norte, Departamento de Ações em Saúde da SES-RS.

**Josilda Terezinha Bertulozo Ferreira** – Prefeitura de Vitória, Secretaria Municipal de Saúde; assessora técnica; mestre em Saúde Coletiva (UFES). Endereço eletrônico: [jtbferreira@vitoria.es.gov.br](mailto:jtbferreira@vitoria.es.gov.br)

**Juliana Beatriz Reckziegel** – Profissional do Serviço Acolhe Saúde; assistente social; especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no sistema público de saúde pela UFSM.

**Juliane Heinrich** – Terapeuta ocupacional residente no CAPS-ad Cia do Recomeço, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UFSM. Endereço eletrônico: [juheirich@hotmail.com](mailto:juheirich@hotmail.com)

**Leôncio Oliveira da Rosa** – Administrador; especialista em Saúde SES/15ª CRS.

**Liamara Denise Ubessi** – Universidade Federal de Pelotas (UFPel); doutoranda em Enfermagem; psicóloga, enfermeira, sanitarista; mestre em Educação; docente na UFSM, Campus Palmeira das Missões entre 2009 e 2013.

**Liane Beatriz Righi** – Docente na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Assistência e Orientação Profissional, Curso de Saúde Coletiva; enfermeira; Ministério da Saúde, consultora da Política Nacional de Humanização; doutora em Saúde Coletiva. Endereço eletrônico: [lianerighi@gmail.com](mailto:lianerighi@gmail.com)

**Lílian Patrícia Silva de Souza** – Assistente social da Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da SESAP-RN; assistente social da equipe Consultório na Rua (SMS- Natal); apoiadora da PNH.

**Lívia Helen Gimenez Ribas** – Profissional do Serviço Acolhe Saúde; psicóloga; especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela ULBRA; especialista em Técnica Cognitivo-Comportamental pela WP.

**Liziane da Silva Moreira** – Enfermeira especialista em Saúde Coletiva pelo SEG; residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (UFSM) no CAPS-ad Caminhos do Sol.

**Lucas Có Barros Duarte** – Psicólogo; mestrando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP/UFES).

**Luciana Mesquita de Abreu** – Ministério da Saúde; apoiadora institucional da PNH; mestre em Saúde Pública. Endereço eletrônico: lucianamesquitaabreu@uol.com

**Luiza Rutkoski Hoff** – Graduada em Serviço Social; residente em Saúde Mental Coletiva; componente da equipe georreferenciada Macro Norte, Departamento de Ações em Saúde da SES-RS desde 2013.

**Manoel Roberto da Cruz Santos** – Mestre em Filosofia da Educação e Administração em Saúde; assessor técnico e apoiador da Região Metropolitana I/COSEMS-RJ. Endereço eletrônico: manoel.santos@cosemrj.org.br

**Manoela Fonseca Ludtke** – Prefeitura Municipal de Santa Maria, Acolhe Saúde; psicóloga; especialista em Saúde Mental, Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde. Ministério da Saúde: manu.ludtke@gmail.com

**Marcela de Souza Caldas** – Mestre em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ); assessora técnica e apoiadora da Região Médio Paraíba/COSEMS-RJ. Endereço eletrônico: marcelascaldas@gmail.com

**Marcelo Kimati Dias** – Médico psiquiatra; supervisor clínico institucional no CAPS-ad Leste de Natal (2011-2012).

**Marcia Borges Henrique** – Estudante do curso de Psicologia, Universidade Federal Fluminense (Polo Universitário de Campos dos Goytacazes); bolsista de Iniciação Científica LAPPIS; membro do Grupo de Pesquisa do CNPq Transdisciplinaridade e Clínica. Endereço eletrônico: marcinha.henrique@hotmail.com

**Maria de Fátima Couto do Vale Pereira** – Assistente social; coordenadora e apoiadora da Moradia Assistida no HJM e Residências Terapêuticas.

**Maria de Fátima Machado Vargas** – Cirurgiã-dentista; técnico-científico SES/15ª CRS.

**Maria do Socorro P. Cipriano** – Técnica de Enfermagem, Ambulatório e Enfermarias do Hospital Giselda Trigueiro (Natal-RN).

**Maria Teresa Luz Eid da Silva** – Diretor Técnico de Saúde III, Departamento Regional de Saúde III – Araraquara; mestre em Educação Escolar, Universidade Estadual Paulista. Endereço eletrônico: mteresaeid@yahoo.com.br

**Maria Teresa Luz Eid da Silva** – Diretora do Departamento Regional de Saúde de Araraquara; mestre em Educação Escolar pela Universidade Estadual Paulista. Endereço eletrônico: drs3-diretoria@saude.sp.gov.br.

**Marley Carvalho Feitosa Martins** – Psicóloga; especialista em Psicologia Hospitalar e Saúde (PUCCSP) e Saúde Pública com Ênfase em Gestão (ESP/MT); assessora técnica do Núcleo de Atenção Especializada, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Endereço eletrônico: psicomarley.saude@gmail.com

**Mary Cristina Lacorte Ramos Pinto** – Diretora do Núcleo de Organização de Redes de Saúde, Departamento Regional de Saúde III – Araraquara; mestre em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar. Endereço eletrônico: marycrisrlrp@yahoo.com.br

**Matheus Neto Peixoto** – Estudante do curso de Psicologia, Universidade Federal Fluminense (Polo Universitário de Campos dos Goytacazes); bolsista de Iniciação Científica LAPPIS; membro do Grupo de Pesquisa do CNPq Transdisciplinaridade e Clínica. Endereço eletrônico: matheus-peixe@hotmail.com

**Milena Maria Costa Martins** – Médica infectologista; diretora geral do Hospital Giselda Trigueiro (Natal-RN).

**Mirela Massia Sanfelice** – Profissional do Serviço Acolhe Saúde; psicóloga; especialista em Psicologia Clínica com ênfase em Saúde Comunitária pela UFRGS; mestre em Ciências Sociais pela UFSM.

**Mirta da Silva Laranjeira** – Enfermeira; técnico-científico SES/15ª CRS.

**Mônica Vilchez da Silva** – Diretora do Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQ-SUS), Departamento Regional de Saúde de Araraquara; mestranda da UFSCar. Endereço eletrônico: monicavs.sus@gmail.com

**Noemi Saraiva Kuster** – Assistente social; especialista em Saúde SES/15ª CRS.

**Rafael Dias Valêncio** – Psicólogo do NASF, Prefeitura Municipal de Santa Teresa-ES.

**Rafaela Carvalho** – Enfermeira; servidora da SEMSA Rio Branco; especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Endereço eletrônico: rafaelacarvalho.ac@gmail.com

**Rejane Rodrigues Guimarães** – Administradora; assistente em Saúde SES/15ª CRS.

**Renata Maria Sales Madureira** – Assistente social; especialista em Gerontologia Social (UFES); mestre em Saúde Coletiva (UFES); diretora do Centro de Referência de Atendimento ao Idoso da Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura de Vitória. Endereço eletrônico: renatamadureira@terra.com.br

**Renata Silva Alves** – Estudante do curso de Psicologia, Universidade Federal Fluminense (Polo Universitário de Campos dos Goytacazes); bolsista de Iniciação Científica LAPPIS; membro do Grupo de Pesquisa do CNPq Transdisciplinaridade e Clínica. Endereço eletrônico: renatasilvaalves@hotmail.com

**Renato Luis Zis** – Especialista em Saúde Pública (ENSP-RJ); especialista em Saúde; sanitaria atuando na área de Gestão em Saúde, 11ª Coordenadoria Regional de Saúde/SES, Erechim-RS.

**Roberta Santana Leonardo** – Estudante do curso de Psicologia, Universidade Federal Fluminense (Polo Universitário de Campos dos Goytacazes); bolsista de Iniciação Científica LAPPIS; membro do Grupo de Pesquisa do CNPq Transdisciplinaridade e Clínica. Endereço eletrônico: robertasantanaleonardo@gmail.com

**Rose Teresinha da Rocha Mayer** – Trabalhadora em saúde do Centro de Referência para Assessoramento e Educação em Redução de Danos (CRRD), Escola de Saúde Pública (ESP), Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS); sanitaria (ESP/ENSP); mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS).

**Ruani de Oliveira Machado** – Estudante do curso de Psicologia, Universidade Federal Fluminense (Polo Universitário de Campos dos Goytacazes); bolsista de Iniciação Científica LAPPIS. Membro do Grupo de Pesquisa do CNPq Transdisciplinaridade e Clínica. Endereço eletrônico: ruanimachado@gmail.com

**Sandra Maria Bissoli** – Assistente social; especialista em Serviço Social e Política Social (UNB); especialista em Gerência de Unidades Básicas de Saúde do SUS (USP); aluna do curso de especialização em Saúde da Pessoa Idosa (UnaSUS/UERJ); coordenadora da Área Técnica de Saúde do Idoso, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura de Vitória. Endereço eletrônico: sandrabissoli@yahoo.com.br

**Sérgio Renato Miranda Torres** – Prefeitura de Vitória, Secretaria Municipal de Saúde; médico; especialista em Gerência de Unidades Básica de Saúde do SUS (USP). Endereço eletrônico: srmtorres60@hotmail.com

**Shirley Monteiro Melo** – Psicóloga e bióloga; coordenadora de Educação Permanente no Hospital Giselda Trigueiro (NATAL-RN) e HJM; apoiadora da PNH.

**Sueli Canedo Borges Rodrigues** – Coordenadora da central de comissões e comitês; apoiadora da Política Nacional de Humanização do Hospital Regional de Araguaína; licenciada em Filosofia; especialista em Administração Hospitalar e Saúde Pública. Endereço eletrônico: suelicanedoborges@yahoo.com.br

**Teresa Cristina Reis Assunção** – Hospital Infantil Lucídio Portela; assistente social; especialista em Políticas Públicas Sociais. Endereço eletrônico: emiliaalveshumaniza@gmail.com

**Tereza Cristina da Silva Santos** – Enfermeira do Núcleo de Educação Permanente do Hospital Regional de Araguaína; especialista em Auditoria em Serviços de Saúde, Gestão em Saúde e Educação Profissional. Endereço eletrônico: enfertereza@uol.com.br

**Thamara Dias Goulart** – Profissional do Acolhe Saúde; enfermeira; especialista em Administração hospitalar SC-SP; especialista em Obstetrícia, UFSM; especialista em Saúde Pública Coletiva, Faculdade Internacional de Curitiba e Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão.

**Vera Lúcia Gritti Zis** – Especialista em Gestão em Saúde: Ênfase Hospitalar (PUCRS/POA/RS); especialista em Saúde; administradora na área de Gestão em Saúde, 11ª Coordenadoria Regional de Saúde/SES, Erechim-RS.

**Vera Marcia Lehnen Lima** – Enfermeira; técnico-científico SES/15ª CRS.

**Vicélia de M. M. Freire Oliveira** – Enfermeira; diretora de enfermagem das unidades de Aids e Tuberculose, Hospital Giselda Trigueiro (Natal-RN).

**Yolanda Condorimari Tasky** – Universidade Federal de Goiás, Campus Jataí; docente na UFSM, Campus Palmeira das Missões entre 2012 e 2013.

**Zelia Moura Rocha de Souza** – Técnica de Enfermagem, Ambulatório e Enfermarias, Hospital Giselda Trigueiro (Natal-RN).

