

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MÔNICA VILCHEZ DA SILVA

**Acolhimento, cogestão e apoio institucional:
o saber da experiência**

**São Carlos
2016**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MÔNICA VILCHEZ DA SILVA

**Acolhimento, cogestão e apoio institucional:
o saber da experiência**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: cuidado e trabalho em enfermagem

Linha: trabalho e gestão em saúde e enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Márcia Niituma Ogata

**São Carlos
2016**

Ao meu pai, pela lembrança presente em mim.

A minha mãe, pela felicidade de tê-la ao meu lado neste momento.

A minha irmã, por me fazer não esquecer a arte, por sua alegria e intensidade.

Aos meus dois amores, André e João.

AGRADECIMENTOS

Havia em São Paulo um grupo da vanguarda paulistana chamado Premeditando o Breque. De um jeito bem humorado e peculiar contavam histórias de situações bem inusitadas. Uma delas, a de um sujeito que conseguiu um brevê, pois seu sonho era pilotar e conhecer o UNIVERSO: Sorocaba, Matão, Bragança Paulista, Atibaia, Descalvado. Quem diria que eu faria meus estudos e realizaria um desejo pegando carona na viagem deste piloto. Ampliou o meu universo!

Aos gestores, trabalhadores de saúde e grupo de apoio institucional, por permitir que a pesquisa fosse realizada no município. Agradeço imensamente pela abertura e disponibilidade em compartilhar o cotidiano de forma tão generosa. Meu sincero reconhecimento e admiração pelo trabalho de vocês.

A Cinira Magali Fortuna, que embarca comigo nos meus sonhos. Obrigada por tudo minha amiga! Por todas as ofertas de ajuda e por compartilhar sua sabedoria em forma de poesia.

Ao grupo de pesquisa PPSUS, meus amigos queridos: Cinira, Flávio, Karemme, Priscila, Gabriela, Márcia e Adriana pela amizade, aprendizado e companheirismo.

A minha orientadora Márcia, por estar próxima nos momentos mais sensíveis que enfrentei na realização deste trabalho e pela força na finalização da escrita.

A Laura e Giovanni pelas importantes contribuições e o que produziram em mim: o desmame da PNH e foco, no olhar de pesquisadora, na riqueza da produção cotidiana dos serviços. Foi uma qualificação intervenção!

A Maria Teresa, que no período de condução da equipe técnica do DRSIII apoiou o desenvolvimento de inúmeros processos relativos à humanização e educação permanente, estimulando em mim a vontade de trabalhar na gestão de políticas públicas e valorizando o estudo como ferramenta de trabalho.

Aos amigos do DRS III Araraquara, em especial a Cristiane, que esteve comigo em diversas etapas da construção de minha jornada como trabalhadora da gestão estadual. Construímos uma bela história.

A Antonio Martins, atual diretor do DRS, pela compreensão e liberação para que eu pudesse conciliar meu trabalho no CDQ-SUS e a finalização deste estudo.

Aos apoiadores de humanização e articuladores de EPS dos municípios do DRSIII, por tudo que já fizemos, pela confiança e coragem na sustentabilidade do trabalho com as políticas. Nosso coletivo é muito potente!

A minha querida amiga Cecília, por todas as experiências que compartilhamos em Sampa e pelo incentivo e presença constante.

A minha mãe por compreender minhas ausências e me incentivar nos estudos, por acreditar em mim e por me mostrar como se constrói o saber pela experiência.

A Sandra Vilchez minha irmã querida, artista da vida e da arte. Reconheço que foi com você que tomei coragem por trilhar certos caminhos, principalmente os que não se dão em linha reta.

Ao meu amor e companheiro André Carone pela ajuda sempre presente nas horas em que mais preciso e pelo interesse pelas coisas que me fazem sentido.

Ao meu querido João, pela torcida e colaboração na vida cotidiana para garantir meu tempo de estudo. A mamãe conseguiu!



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a defesa de dissertação de mestrado do(a) candidato(a) **MONICA VILCHEZ DA SILVA** realizada em 19/08/2016

Prof. Dra. Márcia Niituma Ogata - PPGE_{nf}/UFSCar

Prof. Dra. Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Prof. Dr. Geovani Gurgel Aciole da Silva

Certifico que a sessão de defesa foi realizada com a participação à distância do membro Prof. Dra. Laura Camargo Macruz Feuerwerker e, depois das arguições e deliberações realizadas, o participante à distância está de acordo com o conteúdo do parecer da comissão examinadora redigido no relatório de defesa do(a) aluno(a) **MONICA VILCHEZ DA SILVA**.

Prof. Dra. Márcia Niituma Ogata
Presidente da Comissão Examinadora
(PPGE_{nf}/UFSCar)

RESUMO

O acolhimento, a cogestão e o apoio institucional foram formulados no decorrer da história de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) há mais de uma década e estão presentes nos textos de algumas políticas ministeriais de saúde no Brasil e em algumas práticas de gestores e trabalhadores de saúde. A Política Nacional de Humanização – PNH (2003), pioneira na utilização do método de apoio institucional e a Política Nacional de Atenção Básica (2012), adotam em seus textos oficiais estas tecnologias que expressam um sentido de transformação de modelos hegemônicos de organização da gestão e produção de saúde. Considerando a potência transformadora destes dispositivos, pretendeu-se desenvolver este estudo de caso descritivo de abordagem qualitativa, cujo objetivo foi analisar concepções e práticas produzidas por gestores municipais, trabalhadores das unidades de atenção básica que aderiram ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) e grupo de apoio institucional, constituído em 2012, em um município paulista de uma região de saúde do Departamento Regional de Saúde - DRSIII de Araraquara. Como arcabouço teórico conceitual, foram utilizadas produções científicas referentes à saúde pública brasileira, sendo algumas delas marcos da sistematização dos temas deste estudo, que retratam experiências com intencionalidades opostas ao ideal neoliberal e compreensão da micropolítica do trabalho em saúde. Foram realizadas duas entrevistas com gestores, quatro grupos focais com trabalhadores de saúde e um grupo focal com o grupo de apoio institucional municipal. Para as análises das entrevistas e grupo focais foi utilizada a técnica de conteúdo temático-categorial em que se construíram categorias para cada tema. Após a realização da análise verificou-se uma produção intensa das equipes. O acolhimento produziu quatro categorias, que desvelaram que a prática das equipes conforma um modelo de atenção centrado na consulta médica. A recepção realiza a triagem dos usuários cabendo a equipe de enfermagem a realização de procedimentos que antecedem a consulta médica e que na prática se distanciam do acolhimento. Outras práticas como a consulta de enfermagem e atendimento em grupo quando desenvolvidas pelos trabalhadores, produzem diferenças no cotidiano dos serviços. A cogestão produziu cinco categorias que afloraram os modos de fazer coordenação das enfermeiras e relações de poder. O município apresenta diferentes espaços de gestão e reunião das equipes de saúde incorporadas a agenda de trabalho, que podem ser revistos para operarem numa lógica menos taylorista e mais democrática, envolvendo trabalhadores e gestores. O apoio institucional produziu cinco categorias que revelaram uma experiência pautada em práticas ancoradas na formação de cada profissional considerando seu núcleo de saber. A metodologia desenvolvida pelo grupo de apoio é construído na prática, num interjogo entre encomenda, demanda e ofertas. O fazer do apoiador é algo sempre questionado, por quem faz e quem recebe o apoio. Apesar dos desafios e de processos ainda cristalizados considera-se inovadora a experiência deste município, que sustenta por uma década práticas reconhecidas como propulsoras de uma modelo de atenção que defende a vida.

Palavras-chave: Acolhimento; Cogestão; Apoio Institucional; Humanização; Atenção Primária.

ABSTRACT

Embracement, Comanagement and Institutional Support are three concepts arisen while the Brazilian National Health System (SUS) was being developed, more than a decade ago. These concepts take part in guidelines of policies implemented by the Brazilian Health Department as well as in some of the routines of managers and health workers. The National Policy for Humanization – PNH (2003), a pioneer method regarding Institutional Support – and the National Policy of Primary Health Care (2012) – have both embraced in their official guidelines these technologies that are the expression of a wish to transform the dominant models that organize both management and health production. In view of the transforming power inherent to these devices, we have carried out a descriptive case study with a qualitative approach. This case study intends to analyze conceptions and routines produced by municipal managers and Primary Health Care workers taking part in the Program for Improvement of Access and Quality (PMAQ) and the institutional support group that was created in 2012, in a municipality of the Third Department of Regional Health (DRSIII) in the State of São Paulo. We have employed scientific productions including some capital works in the field of Brazilian Health Care, that depict experiences which are not in keeping neither with the neoliberal program nor an understanding of how micropolitics actually functions in health work. We conducted two interviews with managers, four focal groups with health workers and one focal group with the municipal group of institutional support. To conduct the analysis of these interviews and focal groups we have employed the thematic and categorial content developed. After concluding the analysis we have observed an intense production in those groups. Embracement has produced four categories, and it has also brought to light the fact that their routines and practices consisted in a model focused on the medical consultation. The reception screens the users, then the nursing team take care the procedures prior to the medical consultation that in a practical sense, have little in common with the concept of embracement. There are other practices such as the nursing consultation and group reunions (if conducted by the workers themselves) that make a difference in the daily routine of the health unity. For the nurses, comanagement has produced five categories, and have also brought to light new ways of coordinating as well as new relations of power. In this municipality there are different spaces of management and meetings for the health teams which have been incorporated to the daily schedule. These spaces may be reevaluated so that they could function in a less taylorist and more democratic in which workers and health managers could take part. The Institutional support produced five categories which have proven to be an experience linked to procedures which are rooted on the professional development of worker and have a direct connection to their expertise. The methodology employed by the support group was built on its own actions, creating an interplay between contract, demand and supply. The supporter's interventions are always questioned both by those who give and receive support. In spite of all the challenges and the cristallized notions about the subject, we consider this experience to be a very innovative one: it holds on for more than a decade to practices that have been recognized as the force that moves forward a model of health care that is defending life.

KEYWORDS: Embracement; Comanagement; Institutional Support; Humanization; Primary Health Care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa das Regiões de Saúde do Departamento Regional de saúde de Araraquara – DRSIII

Figura 2 – Pintura de autor desconhecido

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AMAQ - Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CDQ-SUS - Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS

CIR – Comissão Intergestores Regional

CEO - Centro Municipal de Especialidades Odontológicas

CME - Centro Municipal de Especialidades

CONEP/CNS - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Saúde

CRATS - Central de Regulação, Auditoria e Transporte Sanitário

DAD – Departamento de Apoio a Descentralização

DRS III - Departamento Regional de Saúde de Araraquara

EERP/USP - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

ESF - Estratégia de Saúde da Família

EPS- Educação Permanente em Saúde

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

MS - Ministério da Saúde

NAICA - Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Criança e ao Adolescente

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NOB - Normas Operacionais Básicas

PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde

PAM - Pronto Atendimento Médico

PAVS - Programação de Ações de Vigilância à Saúde

PAREPS - Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde

PMAQ - Programa pela Melhoria do Acesso e Qualidade

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNH - Política Nacional de Humanização

PPSUS - Programa de Pesquisa para o SUS

PSF- Programa Saúde da Família

SE- Secretaria Executiva

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1.INTRODUÇÃO	16
1.1 – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA APOSTA EM DEFESA DA VIDA.....	16
1.2 – O BAÚ DO TESOURO:ACOLHIMENTO,COGESTÃO E APOIO INSTITUCIONAL	19
1.2.1 – Política Nacional de Humanização: acolhimento, cogestão e apoio institucional para mudança dos modelos de atenção e gestão do SUS.....	27
1.2.2 – Atenção Básica: estratégia para mudança do modelo hegemônico e como se inserem acolhimento, cogestão e apoio neste contexto.....	36
2 – POR QUE ACOLHIMENTO, COGESTÃO E APOIO INSTITUCIONAL?	39
3 – OBJETIVOS	39
3.1 – GERAL.....	39
3.2 – ESPECÍFICOS.....	39
4 – METODOLOGIA	40
4.1 – CAMPO DE ESTUDO.....	41
4.2 – PARTICIPANTES DO ESTUDO: porque estes sujeitos.....	43
4.3 – PERCURSO METODOLÓGICO: o trabalho e a pesquisa dentro da pesquisa... 4.3.1 – Instrumentos de coleta de dados: entrevistas e grupos focais.....	44 45
4.3.2 - A composição dos grupos focais: a bem vinda mão do acaso.....	46
4.3.3 - Aspectos éticos.....	46
4.3.4 – A coleta de dados.....	47
4.3.5 – A análise de dados.....	48
5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
5.1 – SOBRE O CAMPO DE ESTUDO.....	50
5.2 – O PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	51
5.3 – POSSÍVEIS SENTIDOS AO QUE NOS ACONTECE.....	53
5.4 – ACOLHIMENTO.....	55
5.4.1 - Os saberes sobre o acolhimento.....	55
5.4.2 - A prática do acolhimento e a organização do trabalho das equipes.....	63
5.4.3 - Outras percepções acerca da prática do acolhimento: um velado campo de disputas.....	82
5.4.4 - Acolhimento: um processo em construção.....	88
5.5 – COGESTÃO.....	90
5.5.1 - Da congestão à cogestão: diferentes concepções sobre um mesmo tema.....	91
5.5.2 – Espaços de participação reconhecidos como arranjos de cogestão: sua função e funcionamento.....	93
5.5.3 - O gerenciamento das unidades: “a cara da enfermeira”.....	99
5.5.4 - A reunião de equipe como espaço de cogestão.....	106
5.5.5 - Silêncios que ganham palavras: hierarquização das relações de trabalho.....	110
5.6 - APOIO INSTITUCIONAL.....	121
5.6.1 - A história do grupo de apoio institucional: origem e finalidades.....	124
5.6.2 - Experimentações em curso: elementos para o apoio institucional.....	132
5.6.3 - Ofertas do apoiador: o que carregam na caixa de ferramentas.....	143
5.6.4 - Expectativas, necessidades e demandas: percepções do trabalho do grupo de apoio pelas equipes.....	146
5.6.5 - Dificuldades e potencialidade do trabalho do apoiador.....	152
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	158
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	161
8. ANEXOS	172
Anexo I - Parecer do comitê de ética de pesquisa.....	172

Anexos II - Termo de autorização da instituição.....	173
Anexo III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Gestor.....	174
Anexo IV - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais da Atenção Básica.....	177
Anexo V - Roteiro entrevista com o gestor.....	180
Anexo VI - Roteiro para grupo focal com trabalhadores da atenção básica.....	181
Anexo VII - Roteiro grupo focal com o grupo de apoio institucional.....	182
Anexo VIII - Caracterização dos Participantes.....	184

APRESENTAÇÃO

O tema da humanização na saúde tem me acompanhado nos últimos 11 anos. Após a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) fui designada para ser a articuladora regional responsável por sua implementação nos 24 municípios da região de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRSIII), onde trabalho desde 2003. No início de meu percurso como trabalhadora da gestão estadual, fui me aproximando do tema, fazendo leituras, participando de reuniões, seminários, congressos e diferentes coletivos que me possibilitaram saber mais sobre a política. As diferentes opiniões de trabalhadores e gestores de saúde municipais, estaduais e federais sobre os significados e sentidos dados a humanização na saúde apontavam a necessidade de análise dos processos de trabalho em curso no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesta jornada empírica, fui me constituindo enquanto sujeito trabalhador da gestão, ancorando-me em conceitos e ferramentas subtraídos do texto das políticas nacionais de humanização e Educação Permanente em Saúde (EPS), com a qual trabalho também desde sua criação. Distanciei-me da prática clínica fonoaudiológica que exercera no início do meu ingresso na saúde pública, em equipamentos de saúde mental, mas não daquilo que esta experiência produziu em mim.

O campo da gestão propunha inúmeros desafios relativos à implementação destas políticas contra-hegemônicas. Um destes desafios era a compreensão dos textos que definem estas políticas, provenientes de diversas áreas de conhecimentos e repletas de conceitos complexos. Gestores e trabalhadores municipais apontavam esta dificuldade associada a questionamentos sobre como tornar concretos dispositivos e métodos fundamentados na inclusão, num cenário de SUS regional com barreiras de acesso, ausência de diálogo, de planejamento coletivo, de trabalho em equipe e de gestão democrática e em rede. Para mim, a realidade marcada pela impossibilidade mostrava, com a mesma intensidade, a possibilidade de inventar e inovar.

Em 2006, após uma reforma da estrutura dos Departamentos Regionais foi criado o Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQ-SUS), no qual trabalho na função de diretora. Uma das atribuições deste Centro é incluir na agenda da gestão as políticas de humanização e educação permanente em saúde. Inúmeras estratégias foram realizadas para fazer valer esta missão, num trabalho pautado nas

diretrizes das políticas, constituindo modos de fazer reconhecidos no contexto de experiências da gestão estadual.

A construção do SUS, uma obra aberta marcada por percalços e conquistas, fortaleceu meu interesse pela gestão de políticas públicas. Diretrizes e dispositivos incorporados pela PNH e EPS figuravam nas portarias ministeriais intensificando o caráter transversal das políticas, o que favoreceu a gestão estadual, em parceria com alguns municípios a construção de novas narrativas.

A aproximação com as equipes de saúde e suas práticas permitiu conhecer e reconhecer o que estava sendo produzido, quando o tema é humanização. Predominavam palestras motivacionais, ações de cunho moral, religioso ou assistencialista numa perspectiva ainda distante da mudança nas práticas de atenção e gestão tão necessárias à consolidação do “SUS que dá certo”, na perspectiva e radicalidade que a proposta da Política de Humanização convoca. Percebi que uma possível entrada para iniciar um diálogo com os trabalhadores se fazia exatamente pela conversa sobre estas práticas e não pelo seu combate.

Foi preciso então repensar as intenções das ações desenvolvidas pelo trabalho do CDQ-SUS, bastante concentradas em transpor o texto da Política para a vida cotidiana das equipes. Em 2007, a fim de garimpar parceiros nos municípios, solicita-se aos gestores a indicação do articulador de EPS e mais recentemente, em 2013, do apoiador de humanização, para participarem de reuniões mensais de cogestão e apoio ao desenvolvimento das políticas. Alguns municípios indicam dois trabalhadores, um para cada função, outros indicam o mesmo trabalhador, devido aos recursos humanos escassos em sua equipe de gestão e em sua rede de atenção à saúde.

Observa-se nestes encontros que, a experimentação de dispositivos da PNH nos processos de trabalho das equipes, tinha predominância na atenção básica. No ano de 2015 definiu-se a partir do relato destes trabalhadores, um trabalho mais intensivo com os dispositivos do acolhimento e do apoio institucional, pois destacaram que nos processos de trabalho das equipes de saúde, o acolhimento é sinônimo de triagem para a consulta médica, feito por equipes sem espaço de conversa para pensar sobre o seu trabalho e ausência de apoio da gestão (gestor da unidade e gestor municipal) ou de qualquer outra estratégia de apoio para a realização de seu trabalho cotidiano. Construimos um mosaico de práticas de gestão e atenção atravessado por ruídos e conflitos entre trabalhador e usuário, trabalhador e trabalhador e destes com os gestores.

Nestes relatos também pudemos reconhecer equipes de saúde que produzem a diferença e se destacam no desenvolvimento de práticas de atenção e gestão na perspectiva que o SUS nos coloca.

Minha implicação com diferentes políticas, projetos, processos e dispositivos possibilitou viver experiências como pesquisadora, pela participação em projetos de Pesquisa desde 2010, em parceria com o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), no âmbito do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS).

Um arranjo muito feliz se deu, quando foi possível desenvolver a partir do edital PPSUS para os anos de 2014/15, o *Projeto de Pesquisa Cogestão, Apoio Institucional e Acolhimento na Atenção Básica: uma pesquisa-intervenção*, destinado a uma das regiões de saúde que compõem o DRSIII, com seis municípios. Iniciei ao mesmo tempo, meus estudos no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSCar. Assim, fui construindo meu projeto de pesquisa de mestrado, estimulada por estudos e encontros recheados de novidade e de ressignificações. Juntando tudo, surgiu a ideia de fazer um estudo de caso de um dos municípios desta região, considerando os temas de meu interesse e as inquietações advindas da minha prática.

Este estudo transborda e contém minha história na gestão e na pesquisa, enfocando temas em conexão que instigam em mim uma possibilidade de reinventar o SUS.

1. INTRODUÇÃO

**Quem me dera
um mapa de tesouro
que me leva a um velho baú
cheio de mapas do tesouro
Paulo Leminski**

1.1. Sistema Único de Saúde: uma aposta em defesa da vida

O pano de fundo deste estudo é o Sistema Único de Saúde (SUS), uma conquista que têm origem na luta pela saúde enquanto direito. A Constituição Federal, promulgada em 1988 explicita nos artigos que congregam a seção específica sobre a saúde as Leis que regem a sua criação. A Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080/90, define o que é o SUS, seus objetivos, atribuições, princípios e diretrizes, organização e gestão. A Lei Nº 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema e a transferência intragovernamental de recursos.

Considerando seu arcabouço legal, para sua organização em nível local e regional, “os serviços de saúde devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida” (BRASIL, 1990, p. 5). Os serviços devem oferecer à população diferentes modalidades de assistência, com garantia de acesso as tecnologias disponíveis, possibilitando assim, resolubilidade (BRASIL, 1990).

Desde o movimento da reforma sanitária, o tema da organização dos serviços tornou-se relevante por associar-se a uma decisão política e orientação acerca do modelo de atenção à saúde, sua organização e as tensões expressas na redefinição de práticas, nos limites financeiros, políticos e organizacionais, para se alcançar a operacionalização no cotidiano do sistema (TEIXEIRA e SOLLA, 2006).

Na década de 90, as Normas Operacionais Básicas (NOB), junto à agenda do Governo Federal, definiram a reforma do setor de saúde, numa combinação de estratégias estatizantes e privatizantes. Um conjunto de experimentos de âmbito municipal, com diversas intencionalidades, travou uma batalha no cenário de reforma. Muitos deles foram vitoriosos considerando a produção de modos diferentes de se fazer saúde, colocando o SUS como um campo de disputas em oposição a uma proposta neoliberal. Tais experimentos seguiram na direção de compreender a

dinâmica micropolítica do trabalho em saúde e intervir por meio de tecnologias construídas na prática, com a intenção de romper com paradigmas de sustentação de determinados modelos de atenção (MERHY E ONOCKO, 2002).

Os modos de organização das ações nos serviços, articulando diferentes recursos (financeiro, tecnológico e humano) expressam modelos de atenção à saúde. Segundo Paim (2012):

“modelo de atenção pode ser entendido como uma espécie de lógica ou racionalidade que orienta uma dada combinação tecnológica nas práticas de saúde. Não como algo exemplar a ser seguido ou rejeitado. Ao contrário, indica modos de organizar a ação e dispor os meios técnicos-científicos existentes para intervir sobre problemas e necessidades de saúde que podem ser diversos, tendo em conta as realidades distintas. O processo de trabalho deve estar articulado à noção de modelo de atenção” (PAIM, 2012, p. 463).

Entre os diferentes modelos de atenção existentes, um merece destaque considerando o âmbito do presente trabalho: o modelo em defesa da vida.

Construída no final da década de 80, por militantes do movimento sanitário que trabalharam na região de Campinas e em outras localidades, entre elas Betim (MG), a proposta divulgada na IX Conferência de Saúde em 1992, buscava transportar os princípios do SUS para a realidade. Seus princípios apontam a reorganização dos serviços e do processo de trabalho em saúde, de forma a humanizar as relações entre trabalhadores e usuários. Os usuários devem ser acolhidos e suas necessidades identificadas, garantido o acesso tanto ao serviço quanto aos recursos tecnológicos necessários, de forma resolutiva e responsável. As ações de promoção da saúde no plano individual e coletivo devem produzir autonomia e não a prescrição de normas de como os sujeitos e grupos devem viver. É adotada a noção de "caixa de ferramentas", adaptando ferramentas do planejamento para o cotidiano da equipe de saúde, permitindo a construção de um novo desenho organizacional para as unidades de saúde e para a gestão, de caráter flexível (MERHY, MALTA e SANTOS, 2004).

Neste modelo, a gestão e o controle social são viabilizados pela garantia de espaços de participação dos usuários, que devem ter acesso às informações institucionais dos serviços. A principal crítica à proposta foi a ausência de instrumentos para uma intervenção mais abrangente na gestão do Sistema (MERHY, MALTA e SANTOS, 2004).

A gestão e os modos de fazer política de saúde são elementos importantes pautados pelo movimento da reforma sanitária brasileira, pois revelam e possibilitam o exercício do cumprimento de construção do SUS de forma democrática e democratizante (FEUERWERKER, 2005).

Nos anos que seguem a criação do SUS, houve conquistas, estagnação e retrocesso. Entretanto é inegável que se trata de uma inovação no campo das políticas públicas. Uma análise feita na comemoração dos seus 20 anos de existência, assinala que vários desafios ainda persistem, relacionados à dificuldade no acesso às ações e serviços de saúde, à sua disposição em uma rede regionalizada e hierarquizada que reconheça a atenção básica como estratégia organizadora das redes de cuidado, buscando a conexão das políticas e programas de saúde por meio de processos de gestão de entes federados autônomos e com participação da comunidade (SOUZA e COSTA, 2010).

O SUS depende de inúmeros fatores para sua plena existência na perspectiva de produção de saúde como um bem público. Como está constantemente susceptível às mudanças políticas no Brasil, destaca-se a importância da formulação de políticas públicas para sua implementação, no sentido de consolidar a saúde como direito e modelos de atenção e gestão na perspectiva democrática aliada a defesa da vida. O modo como se operam as políticas públicas torna-se algo a ser analisado, pois é a partir das práticas desenvolvidas pelas equipes nos serviços que se constrói o imaginário social em relação ao Sistema.

Este estudo pretende demonstrar a partir dos temas acolhimento, cogestão e apoio institucional as práticas desenvolvidas por gestores e trabalhadores. Tais temas são adotados em políticas públicas de saúde nas quais estou diretamente implicada (PNH e EPS) e as quais compreendo como ferramentas para a inversão da ordem natural dos termos que justificam determinados modos de organização dos processos de trabalho articulados a modelos de atenção e gestão. Dedico um olhar para as experiências colhendo das equipes as racionalidades que orientam a organização do trabalho em saúde a partir dos temas e que revelam também o que os trabalhadores dispõem para intervir nas necessidades postas pelos usuários.

1.2. O baú de tesouro: acolhimento, cogestão e apoio institucional

Uma das experiências mais referenciadas quando o assunto é acolhimento é a de Betim (MG) apresentada a partir de um relato que retrata as etapas de sua implementação em uma unidade de saúde. Considerado uma diretriz operacional tem como princípios garantir o acesso universal e a qualificação das relações, sendo fundamental ao processo de acolhimento a constituição de uma equipe multiprofissional que se responsabilize pela escuta das necessidades dos usuários e ofereça uma resposta positiva aos problemas apresentados. Sob esta ótica, o acolhimento propõe que o serviço de saúde reorganize o processo de trabalho deslocando seu eixo central do médico para a equipe (FRANCO et al, 1999).

Por estes princípios, o acolhimento modifica o processo de trabalho dos profissionais que realizam a assistência, pois passam a usar todo seu arsenal tecnológico na solução de problemas de saúde trazidos pela população. A organização do serviço se compromete com a defesa da vida individual e coletiva e as modificações no cotidiano do serviço se dão em torno de um processo usuário-centrado (FRANCO et al, 1999).

Na experiência de Betim, os ruídos e estranhamentos gerados nas etapas de implementação do acolhimento mostraram dinâmicas instituidoras de novas possibilidades no modo de se trabalhar em saúde, tendo como exemplo o aumento da capacidade de intervenção do enfermeiro. Outro aspecto apresentado é que o acolhimento só é possível se a gestão do serviço for participativa, favorecendo aos profissionais discutir e decidir sobre sua organização (FRANCO et al, 1999).

O acolhimento é também determinado pelas concepções de sujeito e de saúde/doença em que o trabalho se baseia, portanto as concepções refletem nas práticas desenvolvidas. É um processo de relações humanas realizado por todos os trabalhadores de saúde, nos vários momentos e tipos de atendimento indo além do acesso. No encontro entre profissional e usuário se estabelece uma negociação que visa identificar necessidades, numa busca de produção de vínculo, com o objetivo de estimular a autonomia do usuário quanto a sua saúde (MATUMOTO, 1998).

Uma das ferramentas essenciais para o processo de acolhimento é a comunicação, que ganha um caráter terapêutico quando envolve a escuta acolhedora e minuciosa, permitindo que o indivíduo expresse suas reais necessidades, seja de forma verbal ou não (MATUMOTO *et al.*, 1998).

Para Carvalho & Campos (2000), acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar a todos e resolver problemas e/ou referenciá-los se necessário. A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região. O acolhimento é uma etapa do processo de trabalho, responsável pelo atendimento da demanda espontânea.

O acolhimento atua na humanização do atendimento, como uma tecnologia leve, fundamental para a inversão do modelo tecnoassistencial no SUS. As tecnologias leves tornam-se presentes no espaço relacional trabalhador-usuário e se materializam em atos. É no encontro do trabalho vivo (trabalho em ato) com o usuário que se expressam componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde: as tecnologias das relações que se dão através das práticas de acolhimento, produzindo acesso, vínculo, encontros, subjetividades, autonomia (MERHY, 2002).

O acolhimento também é abordado como uma rede de conversações. Teixeira (2005) descreve o acolhimento dialogado como:

“uma técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento de atendimento, em qualquer encontro, que são, enfim, os “nós” da imensa rede de conversações que são os serviços. O acolhimento-diálogo, no sentido mais amplo possível, corresponde àquele componente das conversas que se dão nos serviços em que identificamos, elaboramos e negociamos as necessidades que podem vir a ser satisfeitas, e que as mesmas não são sempre imediatamente transparentes e nem jamais estão definitivamente definidas” (TEIXEIRA, 2005, p. 593).

Em síntese, o acolhimento dialogado como técnica de conversa se funda nas seguintes disposições ético-cognitivas:

“o reconhecimento do outro como um legítimo outro; o reconhecimento de cada um como insuficiente; o reconhecimento de que o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes. Ou ainda: todo mundo sabe alguma coisa, ninguém sabe tudo e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades” (TEIXEIRA, 2005, p. 593).

Segundo Malta et al (2006) o acolhimento é uma estratégia para mudança no processo de trabalho alterando as relações entre profissionais e usuários. Resgata o conhecimento dos profissionais, ampliando sua capacidade clínica e de intervenções, ao prestar um atendimento integral e de qualidade ao usuário.

Takemoto e Silva (2007) reafirmam a ideia de que a prática do acolhimento nos serviços de saúde revela a organização do trabalho e a postura diante da atenção às necessidades dos usuários, o que traduz as intenções de um atendimento com garantia do direito de acesso aos serviços e da humanização das relações estabelecidas no cotidiano das instituições. Considerando os princípios que fundamentam o SUS, o acesso por vezes tem sido um direito de poucos, daqueles que possuem maior resistência para suportar dor ou sofrimentos ou daqueles que possuem um colega ou familiar que trabalhe no serviço e possa conseguir uma vaga que antes não existia. O acolhimento não deve ser visto como forma de “escolher quem será atendido” (SILVA & ALVES, 2008).

Bremer e Verdi (2010) sinalizam que são incipientes as pesquisas que retomam o acolhimento na perspectiva ética. O acolhimento traduz a ação humana de reconhecer a dimensão subjetiva do sujeito (sujeito histórico, social e cultural), portanto pretende ultrapassar os limites técnico-operacionais de uma atividade programada, devendo atingir o campo dos valores éticos.

Uma vertente para análise das ações de acolhimento na atenção básica pode ser realizada com base na tríade acolhimento-diálogo, acolhimento-postura e acolhimento-reorganização dos serviços, compreendidas como possíveis dimensões do acolhimento (GUERRERO et al, 2013). Tais dimensões desencadeiam transformações nas relações, pois apontam para o desafio cotidiano da alteridade e produção de subjetividades nos processos de trabalho e na organização dos serviços, o que molda e revigora as ações na atenção básica. O acolhimento materializa os princípios da universalidade, equidade e integralidade, enfocando processos de trabalho da gestão e do cuidado em saúde. É preciso compreender, portanto, que o sentido e a prática do acolhimento são abrangentes (GUERRERO et al, 2013).

Isto posto, o acolhimento se apresenta como um dispositivo potente para garantir o acesso, reorganizar processos de trabalho e valorizar as relações no cotidianos nos serviços de saúde. Pelo acolhimento entramos fortemente no campo da subjetividade, pela realização da escuta das necessidades de sujeitos singulares e pelas respostas, também de sujeitos singulares, traduzidas como ofertas tecnológicas a

serem negociadas com os usuários. O acolhimento oferece a possibilidade de ampliar a capacidade clínica e interventiva, quando a perspectiva é a defesa da vida, seja no âmbito individual ou coletivo. As ações disparadas pelo ato de acolher podem ser instituidoras de mudanças, reveladoras de algo oculto, ou de algo já sabido mais ainda inominável.

É um processo que pode ser traduzido como a humanização do atendimento, uma prática estratégica, que foi implementada desde as primeiras propostas de reorientação da atenção à saúde nas décadas de 80 e 90, constituindo-se numa diretriz de determinados modelos tecnoassistenciais que se apresentaram como alternativas ao modelo hegemônico, pois o acolhimento contém os princípios do SUS e enfoca o cuidado e a gestão.

Os modos de gestão dos processos de trabalho são tão importantes quanto a realização dos atos de cuidado quando se considera a produção de saúde. Cuidar e gerir são inseparáveis. Não há como mudar os modos de atender a população em um serviço de saúde sem que se alterem a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação. Para tanto são necessários arranjos e dispositivos que possam reconfigurar as formas de relacionamento nos serviços e nas outras esferas do sistema, garantindo práticas de corresponsabilização, de cogestão, de grupalização (CAMPOS, 2000).

O processo de municipalização, que propõe a descentralização de poder para os municípios e a instalação de conselhos e conferências de saúde, figura entre os principais dispositivos sugeridos pelo SUS para alterar o funcionamento burocrático do Estado. Entretanto, tais medidas são insuficientes para reduzir o alto grau de apatia e indiferença que se constata entre a maioria dos trabalhadores, pouco estimulados para ampliar sua capacidade de reflexão, de cogestão e, em decorrência, de realização profissional e pessoal (Campos, 1998).

Campos (2000) avalia que a efetivação do SUS seguiu a racionalidade gerencial hegemônica, estruturada em um eixo vertical e hierarquizado de poder e um outro eixo que produz a fragmentação dos processos, dividindo os trabalhadores segundo especialidades e funções, favorecendo a contenção de movimentos instituintes e a perpetuação da concentração de poder, marcada pelo exercício do controle e da disciplina.

Nas unidades de saúde, no encontro cotidiano entre os diferentes sujeitos, coexistem modos tradicionais de trabalho e gestão e tentativas de implantar inovações que buscam operacionalizar novos paradigmas, produzindo tensão, conflitos, projetos e desejos disparados pelas disputas individuais e coletivas entre gestores, trabalhadores, usuários e categorias profissionais (SOARES & RAUPP, 2009).

Guizardi & Cavalcanti (2010), destacam que no campo da administração o surgimento da gerência sinaliza, principalmente, a redução da autonomia dos trabalhadores sobre sua tarefa e legitima a separação entre o momento da concepção e o da execução das atividades de trabalho. Fazem também uma análise sobre o conceito de cogestão, desenvolvido no livro “Um método para análise e cogestão de coletivos”, no qual o autor propõe o Método da Roda ou método de apoio Paidéia (CAMPOS, 2000). Ao propor a alteração do modo de gestão das instituições, o autor convoca a produção de liberdade e autonomia ao invés de controle e dominação. Aponta que o trabalho constitui sujeitos e transforma instituições, num processo de reconstrução.

Nos processos cogestivos deve-se garantir um sentido individual e coletivo para a ação desenvolvida bem como condições materiais para sua permanência. O desejo do trabalhador deve ser incorporado sem que isso signifique um descompromisso com o público, com a equipe e com a instituição em que trabalha. A cogestão prevê o compartilhamento de objetivos e objetos de trabalho, a ampliação da capacidade reflexiva e a autonomia dos sujeitos. Compartilhar aumenta o grau de comunicação, produz horizontalidade, cria potência. O desafio é compor consensos e alianças, numa lógica segundo a qual quem planeja também executa (GUIZARDI & CAVALCANTI, 2010).

Democratização do poder é a base da cogestão, portanto deve-se incluir todos os atores nos coletivos, grupos, reuniões, e não somente aqueles que possuem cargo de direção, como nos pede a racionalidade gerencial hegemônica. Todos devem ser convocados a interferir na organização da produção de saúde, instituindo novos compromissos entre os sujeitos, colocando em análise as relações de poder (GUIZARDI & CAVALCANTI, 2010).

A cogestão implica, portanto, no fomento a constituição de coletivos que compartilhem saberes, poderes e afetos em processos de análise do cotidiano do trabalho em saúde. Expressa a inclusão de novos sujeitos nos processos decisórios e alteração das tarefas da gestão. A gestão deve incorporar também, as funções

pedagógicas e de análise (contextos, instituições, política), num exercício crítico-criativo que Campos (2000) vai denominar de Função Paideia.

O método da roda, método de apoio a cogestão de coletivos, possibilita a elaboração de projetos e a construção de sujeitos coletivos com capacidade de análise e de realização e pode contar com a ação do apoiador institucional. O apoiador institucional surge em contraponto à figura clássica de um supervisor do trabalho (de inspiração da gestão do trabalho na área industrial) e também do analista institucional. O apoiador ajuda as equipes na gestão e organização dos processos de trabalho, considerando um conceito ampliado de gestão, com função política, gerencial, pedagógica e terapêutica (CAMPOS, 2000).

A implementação do apoio institucional pelo MS, teve início em 2003, por intermédio da Secretaria Executiva (SE), e foi concebida como uma estratégia do apoio aos estados, municípios e regiões de saúde, referenciada na metodologia do apoio Paideia. Vale ressaltar que a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), do Departamento de Apoio a Descentralização (DAD) e de colegiados gestores dentro da estrutura do MS e da PNH, mostrava a presença do debate da democratização da gestão na agenda da saúde (PEREIRA JUNIOR, CAMPOS, 2014). Apesar de seu importante papel para sustentação de projetos nesta perspectiva, a SGEP foi extinta pelo governo interino no ano de 2016.

O termo apoio caracteriza uma função ou uma metodologia de trabalho a ser desempenhada por um profissional ou por um grupo de profissionais, que deve lidar com demandas de equipes, grupos e instituições de forma a contemplar necessidades, interesses e desejos, portanto deve acolher o coletivo com o qual trabalha por meio da escuta e análise, fazendo suas ofertas de modo a incluir sujeitos, relações de poder, saber e afetos, desestabilizando modos instituídos. Campos define que:

“o conceito apoio procura capturar todo este significado: 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 somente 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, sustentado e empurrado, por sua vez, pela equipe “objeto” da intervenção. Tudo misturado e ao mesmo tempo” (CAMPOS, 2003, p.87).

O apoiador fomenta e acompanha processos de mudança nas organizações, articulando conceitos e tecnologias advindas do planejamento, da pedagogia, da análise institucional e da psicanálise. Esse ator promove rupturas de modelos de gestão baseados na intervenção autoritária e controladora e se insere em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição e na busca de novos modos de operar e produzir das organizações, por meio de uma função gerencial que reformula a forma tradicional de coordenar, planejar, realizar supervisões e avaliações em saúde (ANDRADE et al, 2014).

O método da roda propõe a construção de uma democracia institucional pela ampliação da possibilidade de gerir e de gestar dos sujeitos, aumentando sua capacidade de análise e intervenção na realidade e transformando a racionalidade com que se organizam os processos de trabalho. A lógica dominante dos sistemas de gestão é a racionalidade gerencial hegemônica:

“esta produz sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria. Estes sistemas, mais do que comprar a força de trabalho, exigem que os trabalhadores renunciem desejos e interesses, substituindo-os por objetivos, normas e objetos de trabalho, alheios (estranhos) a ele (Campos, 2000, p.23)”.

Os arranjos organizacionais determinam processos de trabalho, por vezes cristalizados devido à rigidez estabelecida nos contratos institucionais verbais e não verbais, que determinam a cada um *o que* e *como* fazer. Assim formam-se os agrupamentos e não as grupalidades, relações que vão se reproduzindo na roda viva das unidades de saúde. Dos elementos do método de apoio, a análise coletiva e a ampliação da capacidade de intervenção nos processos de trabalho, podem favorecer a mudança nos modos de produzir cuidado e gestão, valorizando o protagonismo e a autonomia dos sujeitos (de direito, de desejos, de necessidades), produzindo novos acordos para a realização do trabalho individual e coletivo.

Pode-se inferir que o acolhimento e o apoio institucional interferem nas dinâmicas de interação presentes no cotidiano, portanto referem-se ao plano das relações de poder, estabelecidas entre usuário e trabalhador, entre trabalhador e trabalhador e entre trabalhador e gestor. São dispositivos que pretendem produzir uma inflexão na hierarquização dos poderes e fragmentação dos processos de trabalho, na busca pela horizontalidade com compromisso, baseada em alianças e consensos que não apagam

as diferenças. A produção de desconforto, ruído, disputa, desestabilizações, são constitutivas dos processos das equipes, elementos para a mudança das práticas institucionais. Vimos que o trabalho produz sujeitos e instituições então podemos fazê-lo em processos cogestivos, pactuados, construídos e reconstruídos de forma permanente.

Tanto no acolhimento quanto no apoio torna-se imperativo lidar com as demandas de usuários e equipes, considerar as necessidades por meio de escuta e análise e fazer ofertas. Desta forma a formação e a prática profissional do trabalhador que acolhe e apoia precisam ser analisadas, pois são estas ofertas que produzem ou não, novos instituintes.

Desta forma, compreender o acolhimento, a cogestão e o apoio institucional implica ressignificar seu uso por trabalhadores, gestores e usuários, para que não se tornem mecanismos protocolares de trabalhar a gestão e o cuidado. Assim, torna-se importante reconhecer a produção da vida cotidiana e dialogar com ela.

Antes de apresentar as análises do campo empírico, que trará vida a este trabalho, serão apresentadas duas políticas ministeriais. A PNH enfocando quais concepções de acolhimento, cogestão e apoio institucional são descritas em seus textos oficiais e a Política Nacional de Atenção básica que se relaciona com o cenário do campo empírico.

No cenário do SUS atual um desafio importante para este século é o fortalecimento da atenção básica, ainda considerada como algo simples de ser realizado e da humanização na saúde, já incorporada no discurso de gestores, trabalhadores e usuários, mas carregada de sentidos que se distanciam de sua proposição inicial. Ambas se tornaram políticas públicas que apostam na mudança dos modelos de atenção e gestão, na consolidação da integralidade, universalidade e equidade e na incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas.

As formulações sobre acolhimento, cogestão e apoio institucional consagradas no campo da saúde coletiva, foram sendo incorporadas nos textos de diferentes políticas públicas. Das Políticas Nacionais de Humanização (PNH) e de Atenção Básica (PNAB), darei destaque à maneira como o acolhimento, a cogestão e o apoio institucional são apresentados às equipes de gestão e da atenção básica e como estão relacionados com a própria estruturação das políticas.

1.2.1. Política Nacional de Humanização: acolhimento, cogestão e apoio institucional para a mudança dos modelos de atenção e gestão do SUS

A política de humanização foi sendo construída em meio a uma disputa de concepções e práticas em torno da questão da humanização, nos anos anteriores ao seu nascimento. Programas e ações já haviam sido propostos pelo MS, como o Programa Nacional de Humanização na Atenção Hospitalar (PNHAH) cujo objetivo era promover uma nova cultura de atendimento à saúde. De acordo com o texto oficial do Programa, humanizar é dar voz ao usuário e trabalhador, para que promovam ações a partir da “dignidade ética da palavra, do respeito, do conhecimento mútuo e da solidariedade” (BRASIL, 2001c). Neste período, o campo da humanização estava marcado pela fragmentação das ações dirigidas à parte da população e pela busca da melhoria da qualidade da atenção envolvendo algumas categorias profissionais e unidades hospitalares.

Neste período, o SUS apresentava em seu modelo de atenção e gestão inúmeras fragilidades, com trabalhadores que lutavam por melhores condições de trabalho para lidar com um cotidiano de doença e sofrimento e com usuários que exigiam a melhoria na qualidade da assistência. A humanização era banalizada por gestores e pela grande maioria dos trabalhadores da saúde, pois o que se fizera até aquela data não havia resultado em mudanças (BENEVIDES & PASSOS, 2005a).

Em 2003, a Secretária Executiva do MS propôs a criação da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH), pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde, afirmando a humanização não como um programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS (BRASIL, 2006).

Após a criação da política, dentro do MS deu-se um embate entre concepções muito diversas de humanização, como as identificadas a movimentos religiosos, filantrópicos ou paternalistas, ou aquelas que visavam resultados considerando os programas em desenvolvimento além da concepção da própria PNH que focava a “problematização dos processos de produção de saúde e de sujeitos, no plano mais amplo da alteração de modelos de atenção e de gestão” (BENEVIDES & PASSOS, 2005a).

A problematização dos processos de trabalho, também apontada na Política de EPS, traz à humanização um caráter estratégico de transformação de realidades, de

sujeitos e coletivos. Gestores e trabalhadores devem estar mobilizados e engajados na experiência real e concreta de seu cotidiano, investindo na produção de outras formas de relação e interação entre os diferentes atores. Uma mudança nos sujeitos que produz mudança nas instituições (BENEVIDES & PASSOS, 2005a).

A mudança se faz por meio da alteração dos modos de fazer, de reorganização dos processos para o trabalho em saúde. Sintonizar “o que fazer” com o “como fazer”, o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade é outro forte pilar da construção da humanização, fortalecendo a ideia de que não basta saber *o que* fazer, mas *como* colocar em prática (BENEVIDES & PASSOS, 2005a).

O documento base, considerado como um orientador para a política tem sua primeira versão no ano de 2004, a segunda em 2006 e a última em 2008, sendo reimpressa em 2010. A análise comparativa dos documentos mostrou que os mesmos foram se modificando, com pequenas diferenças de inclusão ao texto base original, conceitos e ferramentas construídos ao longo da história da saúde pública.

Sendo uma política que se diz transversal, afirma a importância dos direitos dos usuários; da formação dos profissionais; do fortalecimento do controle social; da mudança do modelo de atenção, ainda focado na queixa-conduta; da necessidade de traduzir os princípios do SUS em práticas concretas das equipes de saúde e nos diferentes equipamentos da rede; da produção da saúde e da produção de sujeitos; da subjetividade presente nas práticas; e do contágio de gestores, trabalhadores e usuários, por meio de experiências que expressem o “SUS que dá certo”, não pela multiplicação das experiências, mas pela sua exemplaridade (BRASIL, 2008).

A ideia do contágio expressa a experiência intensiva e não extensiva, pois na prática, se tomarmos como base a multiplicação de ações de humanização, produziremos a paralisia da transformação e a repetição do mesmo.

O texto de 2008 afirma os três princípios da política em conexão: a transversalidade; a indissociabilidade entre gestão e atenção e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos (Brasil, 2008).

A transversalidade é entendida como o aumento do grau de comunicação intra e intergrupos, transformando os modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção em saúde, desestabilizando as fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos das relações de trabalho (BRASIL, 2008). E como aumentar este grau? Deve-se superar a organização assentada em “códigos de comunicação e de trocas circulantes nos eixos da

verticalidade e horizontalidade”. Ampliar o grau de transversalidade é produzir uma comunicação multivetorializada construída na intercessão dos eixos vertical e horizontal (BENEVIDES & PASSOS, 2005a). O eixo vertical sublinha uma comunicação que estratifica o poder entre gestores, trabalhadores e usuários e reforça o organograma das instituições, determinando quem conversa com quem, algo muito comum nos modos de organização da gestão e das equipes. O eixo da horizontalidade alimenta práticas corporativas, uma conversa de iguais. A inclusão das singularidades e diferenças provoca incômodos que são valorizados pela PNH, pois podem resultar em processos instituintes.

Quanto a inseparabilidade entre gestão e atenção, a alteração nos modos de cuidar está inseparável da alteração dos modos de gerir. Sendo inseparável, a apropriação do trabalho passa a ser intensa, pois as decisões são tomadas pelos sujeitos, produzindo protagonismo e autonomia. Numa perspectiva de pensar o cuidado de forma integral e no trabalho não fragmentado, a corresponsabilização ganha efetividade, num compartilhamento dos processos de cuidado e gestão (BRASIL, 2008).

O modo de fazer da PNH (método da tríplice inclusão) é uma oferta metodológica de intervenção que foca mais o processo e menos a obtenção de resultado. “Esta questão é central para a PNH, na medida em que se aposta em determinados modos de fazer como sua produção mais genuína, sua potência de realização: aquilo que faz pode ser desfeito, embora sempre reste o como se fez” (PASCHE & PASSOS, p. 5, 2008).

O método da tríplice inclusão nos convoca a um modo de fazer que inclua:

- “- os diferentes sujeitos em sua diferença (gestores, trabalhadores e usuários) por meio de rodas. Deste modo desestabilizam-se as conversas pela verticalidade ou horizontalidade;
- os coletivos (movimento social organizado, trabalhadores, gestores e usuários em diferentes composições de trabalho grupal) por meio do fomento a constituição de redes; e
- os analisadores sociais (fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e gestão, potencializando processos de mudança) por meio da análise coletiva dos conflitos. Os conflitos (analisadores) não são colocados fora da roda, mas sim considerados como uma potência, derivados dos efeitos da inclusão de diferentes sujeitos e coletivos nos processos de trabalho, trazendo elementos de tensionamento e de perturbação do instituído, com uma

capacidade de perturbar, de impor à regra, aos modos de funcionamento dos grupos e organizações, interrogações sobre sua natureza e efeitos de sua ação (BRASIL, 2008, p. 25).

A política apresenta também as diretrizes que expressam o método da inclusão no sentido de se produzir uma clínica ampliada, a cogestão, o acolhimento, a ambiência nos espaços de cuidado, a valorização do trabalho e do trabalhador, a defesa dos direitos do usuário, o fomento das grupalidades, coletivos e redes e a construção da memória do “SUS que dá certo” (BRASIL, 2008).

A partir dos princípios, diretrizes e método derivam dispositivos, entendidos como arranjos pelos quais se faz funcionar a política. Na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos, acionados nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão (BRASIL, 2008).

Quanto aos dispositivos, PASCHE & PASSOS (2008) colocam que sua implementação impõe crítica constante e devem-se instaurar processos de vigilância pelas equipes e coletivos, interrogando-se sobre os modos de operar e seus efeitos, que por si só não garantem ação transformadora. Os dispositivos representam possibilidades de organização do trabalho e produção de saúde pelas equipes, cabendo a elas a invenção de outros dispositivos, a partir da necessidade dos territórios e análise das realidades.

A proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (cogestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas) é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde (BRASIL, 2008b).

Nos documentos base da PNH de 2004 e 2006, temos a seguinte definição:

“acolhimento é a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário” (BRASIL, 2004, p 43; 2006, p. 35).

No ano de 2008, apresenta-se assim:

“constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde, implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde sua chegada até a sua saída da

unidade, 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 (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário” (BRASIL, 2008b, p. 51).

O acolhimento com classificação de risco é definido como um dispositivo do acolhimento, relacionado à produção de outra lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (burocrática). Sua realização fica restrita a profissional da saúde, com ação pautada na utilização de protocolos técnicos que permitem a identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento e prevê agilidade a adequação de conduta clínica a cada caso (BRASIL, 2004, 2008b).

A PNH integra o acolhimento aos seus “modos de fazer” e não somente a um momento específico da produção de cuidado. Produz a cartilha “Acolhimento nas práticas de produção à saúde”, reconhecendo que tradicionalmente, a noção de acolhimento tem sido identificada como uma dimensão espacial (recepção administrativa e ambiente confortável); como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados e como procedimento ligado ao atendimento da demanda espontânea. É necessário, portanto, um deslocamento, para que esteja presente em qualquer encontro nos processos de produção de saúde e não somente na recepção (BRASIL, 2008a).

Desta forma, o acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz e ferramenta tecnológica:

“como diretriz, podemos inscrever o acolhimento como uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construído a cada encontro e mediante os encontros, portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde; como ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços” (BRASIL, 2008a, p.18).

O acolhimento contém diferentes planos de intervenção que podem ser acionados se tomado como uma diretriz e um dispositivo. Enquanto uma ação técnico-assistencial permite colocar em análise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações. Considerando o usuário e trabalhador enquanto sujeitos da ação (pois ambos são ativos no processo de produção de saúde), o acolhimento pressupõe uma mudança na relação profissional/usuário e profissional/profissional. Enquanto interferência no processo de trabalho, ele possibilita uma reorganização, na qual a equipe multiprofissional é responsável pela escuta e resolução do problema do usuário e da elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos. Enquanto gestão do serviço de saúde, ele possibilita a ampliação dos espaços de discussão, trocas e decisões coletivas. A equipe desenvolve a capacidade de se acolher frente às dificuldades que o acolhimento impõe, como a inclusão da cultura, saberes do usuário e a capacidade do trabalhador de avaliar riscos (BRASIL, 2008a).

Em síntese, com esta proposta de funcionamento o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada, colocando em evidência os seguintes aspectos:

“o ato da escuta e a produção de vínculo como ação terapêutica; as formas de organização dos serviços de saúde; o uso ou não de saberes e afetos, para a melhoria da qualidade das ações de saúde, e o quanto esses saberes e afetos estão a favor da vida; a humanização das relações em serviço; a adequação da área física; a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde; a governabilidade das equipes locais e os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde” (BRASIL, 2008a, p. 23 e 24).

O acolhimento contribuiu para a inserção do tema humanização na saúde de uma maneira prática e necessária à rotina dos serviços. Salienta a importância em reconhecer o usuário como um sujeito portador de necessidades, que não estão postas somente pela demanda processada segundo o saber técnico. Pelo acolhimento, a escuta ganha o atributo de uma escuta qualificada, uma ação terapêutica que valoriza a análise da demanda do usuário pelo diálogo, numa relação de vínculo estabelecida entre trabalhador e usuário, potencializando os processos de cuidado e os sujeitos. Pelo acolhimento possíveis caminhos podem ser negociados, não somente a consulta médica, principal demanda de procura pelos serviços e principal oferta das equipes. As análises, aliadas às condutas para cada caso, possibilitam reorganização do processo de trabalho da unidade acolhedora e uma ampliação da capacidade de ofertas de cuidado. A rede, que também poderá ser acionada, representa uma relação dual

conectada a inúmeras outras relações em uma produção centrada na necessidade do usuário.

Compondo com o acolhimento na condução compartilhada do fazer em saúde, a PNH experimenta arranjos de cogestão em consonância com a proposta de gestão participativa no SUS, buscando a democratização institucional. O modelo de gestão que propõe a política é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva que garanta o poder compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações. A gestão portanto, não é algo para especialistas, permitindo a inclusão de vários sujeitos que compõem a organização, assumindo-se o predicado de que “todos são gestores de seus processos de trabalho” (BRASIL, 2009, p. 12).

Na direção de favorecer processos de cogestão, o apoio institucional surge em seu documento base no ano de 2006 e é definido como um novo método de gestão para se estabelecer novas relações no exercício das funções gerenciais. Aponta que a gerência e a gestão:

“acontecem numa relação entre sujeitos, e que o acompanhamento/ coordenação/ condução (apoio) dos serviços/ equipes deve propiciar relações construtivas entre esses sujeitos, que têm saberes, poderes e papéis diferenciados” (BRASIL, 2006).

No texto de 2008, o apoio institucional é definido como uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Um de seus principais objetivos é fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão (BRASIL, 2008).

A descrição de apoio remete ao método da tríplice inclusão da PNH, considerando a inclusão de diferentes sujeitos (gestor, trabalhador e usuário), de coletivos para a gestão e análise compartilhada dos processos de trabalho e dos analisadores destes processos (perturbações, tensões, conflitos e não ditos que a inclusão e a análise produzem).

Para o desenvolvimento do apoio, nos documentos de 2006 e 2008, a PNH propõe a função do apoiador. Sendo a diretriz do apoio institucional a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos, como funções do apoiador, o documento base propõe:

“- Estimular a criação de espaços coletivos, por meio de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre os sujeitos;

- reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de conhecimentos propiciando a viabilização dos projetos pactuados pelos atores institucionais e sociais;
- mediar junto ao grupo a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos;
- trazer para o trabalho de coordenação, planejamento e supervisão os processos de qualificação das ações institucionais;
- propiciar que os grupos possam exercer a crítica e em última instância, que os profissionais de saúde sejam capazes de atuar com base em novos referenciais, contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS” (BRASIL, 2008, p. 53).

Considerando a estruturação da PNH e os dispositivos apresentados, podemos inferir que ao colocá-los em prática potencializamos a chamada humanização na saúde. A PNH enquanto Política foi a pioneira em utilizar termos como cogestão e apoio institucional e em apresentar o acolhimento como uma diretriz. Nos anos que se seguiram a sua construção, diferentes estratégias foram sendo experimentadas para sua consolidação. Pasche & Passos (2008), em texto sobre os cinco anos de construção do HumanizaSUS, escrevem de forma afetiva sobre esta política movimento e chamam a atenção para que em nome da humanização, não estejamos fabricando aquilo que queremos transformar:

“Cinco anos ainda é pouco, embora não queiramos envelhecer. O SUS exige o esforço de renovar, de nos renovar. Melhor do que envelhecer é o HumanizaSUS poder se dissolver enquanto política de Estado e de governo para se tornar um modo de fazer corporificado nos trabalhadores e usuários. Ainda circulam e se misturam vários sentidos, “políticas de humanização” se fazendo no cotidiano, produzindo práticas diversas que, inclusive, podem estar em descompasso com o próprio ideário da PNH” (PASCHE & PASSOS, 2008, p. 98).

A adoção da função apoio pela PNH demonstra a aposta em outras fabricações o que culminou no investimento da realização de processos de formação de apoiadores institucionais para implementação da PNH por meio de cursos oferecidos pelo MS, calcados na metodologia da formação intervenção. Tal metodologia entende que a função apoio se aprende no próprio exercício do apoio, por meio de práticas que incitam mudanças no cotidiano dos serviços e das equipes. É importante salientar a complexidade da tarefa de qualificação de profissionais para o desenvolvimento destas ações (PAVAN & TRAJANO, 2014).

Em 2011, a nova gestão do MS propôs como forma de diminuir a fragmentação interna e aumentar a cooperação entre os entes federados, a formulação do apoio integrado, que consiste em investir no apoio as regiões de saúde e a construção das Redes de Atenção temáticas. Para viabilizar a proposta o MS definiu equipes de apoiadores para cada estado, composta por apoiadores de Departamentos que o compõem e da PNH, que já desenvolviam este papel em formato diferente, não denominado como apoiador temático. Tal investida vislumbra a tentativa de transformar a relação do MS com Estados e municípios superando a tradicional relação hierárquica construída, porém o apoio à constituição das redes por vezes não se distancia de uma lógica vertical e instrumental (PEREIRA JUNIOR & CAMPOS, 2014). Em nova tentativa do MS temos a proposta de apoiadores generalistas distribuídos pelos Estados do Brasil, que apoiam um único território na implementação de redes e programas ministeriais.

Neste contexto observam-se também deslocamentos da vinculação da PNH no MS, que esteve a princípio na SE e depois na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), com dissolução de sua representação de coordenação nacional e mudanças já descritas, produzidas pelo acento dado a própria política dentro do MS.

Vale ressaltar que ao analisar o material empírico os temas estudados estão presentes no discurso e na prática cotidiana dos sujeitos deste estudo, e ancoram-se na denominação de *humanização da saúde* somente quando aparecem ligados ao dispositivo acolhimento.

1.2.2. Atenção Básica: estratégia para mudança do modelo hegemônico e como se inserem acolhimento, cogestão e apoio neste contexto

A Atenção Básica à saúde vem sendo apontada como estratégica para a reordenação da rede de atenção de um território e como porta de entrada preferencial para o sistema. Para tanto esta reordenação deve ser caracterizada por ações de promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral. O objetivo é produzir impacto na situação de saúde, nos determinantes e condicionantes e na autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2012).

O acesso universal e contínuo com qualidade e resolutivo, garantindo se necessário o atendimento aos demais serviços da rede, convoca os serviços de saúde da atenção básica, para uma organização que favoreça assumir uma função acolhedora, de escuta e oferta de resposta positiva, com capacidade para resolver a grande maioria dos problemas de saúde e de minimizar danos e sofrimentos da população (BRASIL, 2012). A atenção básica está comprometida com a mudança do modelo de atenção à saúde e tem como um de seus pilares reorganizar os processos de trabalho e alterar no modo como os profissionais se relacionam com a população.

Na atenção básica a Estratégia Saúde da Família (ESF) é entendida como fundamental para a mudança do modelo de atenção hegemônico, marcado pelos serviços hospitalares, atendimentos médicos e ações curativas. Antes de se tornar estratégia em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), foi normatizado e adotado como política de intervenção assistencial pelo Ministério da Saúde (MS) tendo como principal referência a experiência cubana. A partir de 1998, com a implantação efetiva da NOB/96 e através de financiamento feito pelo MS, observa-se sua rápida expansão. Alguns segmentos técnicos do MS e certos autores consideram o PSF como “estratégia de reorganização da atenção básica no país” (MERHY, MALTA e SANTOS, 2004).

A ESF baseia-se na territorialização e adscrição da clientela, com quantitativo de pessoas a serem acompanhadas pelas equipes, composta por médico generalista ou médico de família, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), sendo estes um importante elo dos profissionais de saúde com as famílias que precisam ser percebidas no seu ambiente físico e social. A equipe e cada um de seus membros têm suas atribuições definidas e detalhadas no texto ministerial.

As práticas sanitárias e gerenciais devem ser democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe. A Unidade de Saúde da Família (USF) está inserida na atenção básica, e deve vincular-se à rede de serviços de modo a garantir a atenção integral aos indivíduos e famílias (BRASIL, 2012). Com a implantação das equipes da ESF, o acesso aos serviços foi ampliado e se avançou na extensão de cobertura da atenção básica.

São apontadas como características positivas da estratégia a adscrição de clientela, a responsabilização, o vínculo com a equipe e a humanização das relações usuários / sistema de saúde, o que possibilita a criação de referências dos usuários em relação à equipe e responsabilização desta pela assistência àquela população, saindo de uma lógica fragmentada, para outra pautada no vínculo, na escuta e na ênfase da promoção e da articulação intersetorial (MERHY, MALTA e SANTOS, 2004).

A consolidação da atenção básica pautada na mudança das práticas e da forma de organização do processo de trabalho ainda não ocorreu do modo sonhado pelos diferentes projetos em disputa dos sujeitos envolvidos com a produção de saúde. Torna-se um desafio superar modelos hegemônicos muito fortalecidos, como os centrados no poder político e técnico das corporações profissionais, que têm se distanciando cada vez mais da finalidade da defesa radical da vida individual e coletiva, em troca de projetos privados e particulares (MERHY, MALTA e SANTOS, 2004).

Uma política importante que contribui na consolidação da atenção básica e no redirecionamento do modelo de atenção pela análise dos processos de trabalho e disputas cotidianas é a Política de Educação Permanente em Saúde (EPS) criada em 2004. Na PNAB a EPS é apontada como constitutiva da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular pela ampliação da capacidade de análise, intervenção e autonomia. A educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, é uma “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica (BRASIL, 2012).

Considerando os temas do estudo, o acolhimento é apresentado como uma diretriz, sendo sua realização atribuída a todos os membros da equipe. Deve ser efetivado pela realização da escuta qualificada das necessidades de saúde dos usuários, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e intervenção, gerando o vínculo e a responsabilização pelo cuidado integral (BRASIL, 2012).

No que concerne aos processos de gestão, assinala-se que estes devam se dar numa perspectiva cogestiva. As reuniões de equipe são abordadas como espaços de construção de planos de trabalho, tendo como matéria prima o cotidiano e as necessidades da comunidade. O monitoramento e avaliação das ações planejadas pelas equipes, unidades e município, despontam como elementos que permitem a readequação do processo de trabalho e de um replanejamento diante das necessidades, realidades, dificuldades e possibilidades analisadas. Os processos de análise e intervenção dos diferentes atores (gestores, trabalhadores e usuários), devem pautar-se pela autonomia para a gestão das mudanças e pela primazia de quem planeja e executa (BRASIL, 2012).

Define-se um apoio técnico que deve se dar em cascata: do Ministério para o Estado e municípios e do Estado para os municípios e que deverá focar o processo de implantação, acompanhamento e qualificação da atenção básica e de ampliação e consolidação da ESF, considerando as diferentes políticas e programas lançados e recurso financeiro investido. Ao município cabe prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da atenção básica e de ampliação e consolidação da ESF.

A vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional desponta como um potencializador do desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na atenção básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano (BRASIL, 2012).

Constata-se que a PNAB vai incorporando diretrizes (acolhimento, clínica ampliada, cogestão, ambiência), ferramentas e dispositivos (acolhimento, classificação de risco, projeto terapêutico singular, trabalho em equipe, processos cogestivos de planejamento, condução compartilhada de casos, problematização dos processos de trabalho) e Políticas (Humanização e EPS) que apontam um modo diferente de pensar e fazer a gestão e a produção do cuidado, tendo como pontos convergentes a aproximação e a reflexão do dia a dia, pois apostam que é a partir do cotidiano que as mudanças se iniciam.

2. POR QUE ACOLHIMENTO, COGESTÃO E APOIO INSTITUCIONAL?

Minha experiência enquanto trabalhadora da gestão estadual com a Política de Humanização, desenvolvida em parceria com trabalhadores e gestores do sistema municipal, produziu questionamentos, formulados pela aproximação de práticas desenvolvidas em contextos desafiantes.

Considerando os temas que foram abordados neste estudo que se encontram presentes nas políticas públicas do SUS, além da necessidade de investigar quais experiências de acolhimento, cogestão e apoio institucional têm sido produzidas, torna-se relevante compreender:

O que pensam gestores e trabalhadores sobre acolhimento, cogestão e apoio institucional?

Como se desenvolvem as práticas de acolhimento, cogestão e apoio institucional?

Quais os efeitos (nos sujeitos, nos processos de trabalho) das práticas de apoio junto às equipes?

Nesta pesquisa terei a oportunidade de me aproximar das práticas de gestores e trabalhadores de um modo diferente daquele que realizo cotidianamente como trabalhadora implicada com a política de humanização e EPS e sim, na condição de pesquisadora, não menos implicada nestes temas.

Vale ressaltar que o cenário do estudo mostra-se fértil para a ocorrência desta investigação, o que será abordado mais adiante.

Pretende-se que este estudo contribua na condução da gestão estadual para futuros trabalhos cujo enfoque sejam acolhimento, cogestão e apoio institucional nos territórios municipais de abrangência do DRSIII Araraquara.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Analisar as concepções e práticas de acolhimento, cogestão e apoio institucional, de gestores, trabalhadores e grupo de apoio institucional.

3.2. Específicos

- conhecer as concepções de gestores e trabalhadores considerando os temas acolhimento, cogestão e apoio institucional;
- analisar qual a percepção da gestão frente às práticas de acolhimento, cogestão e apoio institucional desenvolvidas no município;

- analisar as práticas de acolhimento e cogestão desenvolvidas pelas equipes de atenção básica;
- analisar as práticas de apoio institucional desenvolvidas pelo grupo de apoio institucional municipal;
- analisar dimensões favoráveis e desafiadoras do trabalho em saúde no campo da gestão e do cuidado no que concerne à implementação do apoio institucional, cogestão e acolhimento.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso descritivo de abordagem qualitativa. O método qualitativo “é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2013, p. 57). As abordagens qualitativas compõem com estudos de grupos e segmentos com limite e foco, interessados em conhecer as histórias sociais e relações sob a ótica dos atores e para análises de discursos e documentos. A autora aponta que para a compreensão de contextos, tal abordagem utiliza-se de alguns pressupostos: a intersubjetividade, a compreensão e racionalidade, além da intencionalidade dos sujeitos e atores.

A preferência por estudos de caso deve ser dada, segundo Yin (2001) quando é possível fazer uma observação direta sobre os fenômenos, pois por meio de estratégias de investigação qualitativa podemos mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. Assemelha-se à focalização sobre um experimento que se busca compreender por meio de entrevistas, observações, uso de banco de dados e documentos, portanto aconselha-se o uso de múltiplas fontes de informação.

A opção pela abordagem qualitativa e estudo de caso deve-se a uma análise previa do cenário regional de onde se originaria o campo empírico e do interesse em aprofundar os três temas em um único contexto.

Neste estudo foram utilizados dados secundários através de documentos escritos (Planos Municipais de Saúde) para ampliar a caracterização do campo de estudo, enriquecendo-o com informações que justificam sua escolha, além de dados primários colhidos em campo por meio de entrevistas e grupos focais.

O emprego desta metodologia tornou possível dar voz e ouvir os participantes acerca das práticas desenvolvidas nas unidades de saúde da atenção básica do território. Desta forma a opção metodológica consistiu em colher diferentes percepções do vivido pela experiência do trabalho dos sujeitos com os temas em questão.

4.1. Campo do estudo

O Departamento Regional de Saúde de Araraquara - DRSIII é constituído por 24 municípios, que compõem quatro regiões de saúde, como demonstra o mapa abaixo:

Figura 1 – Regiões de Saúde do DRSIII



Fonte: Mapa da Saúde da Região Coração

Dentre as quatro Regiões apontadas no mapa, a pesquisa PPSUS *Cogestão, Apoio Institucional e Acolhimento na Atenção Básica: uma pesquisa-intervenção*, desenvolveu-se na Região Coração, considerando a história do SUS local em alguns municípios que a compõem. Este estudo de caso foi realizado em um destes municípios, que está geograficamente localizado na região do Nordeste Paulista, possui uma área de 743km³ e uma taxa de urbanização de 85,79 % (Fundação SEADE).

O município tem como população residente 31.056 habitantes, sendo 15.757 de população feminina e 15.329 de população masculina, segundo IBGE 2010. Entre 2000

e 2010, a população teve uma taxa média de crescimento anual de 0,71%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 1,25%.

Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 10,23%. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,760 em 2010. Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi da Educação (com crescimento de 0,107), seguida por Longevidade e Renda.

O município tem uma rede de atenção a saúde composta por onze Unidades Básicas de Saúde (UBS) com nove Equipes de Saúde da Família (ESF) com cobertura populacional estimada em 98,95% e três equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instaladas no Centro de Saúde “Dr. Vital Brasil”. As equipes da atenção básica desenvolvem o atendimento domiciliar e o Programa Saúde na Escola. O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), implantado em 2012, tem equipe composta por psicóloga, fonoaudiólogo, nutricionista, assistente social, educador físico e médico veterinário. As equipes de saúde bucal atendem nas USF e o atendimento especializado é encaminhado para o Centro Municipal de Especialidades Odontológicas (CEO). Efetua-se a dispensação de insumos e medicamentos na Farmácia Central e nas Unidades de Saúde da Família.

A rede especializada é composta pelo Centro Municipal de Especialidades (CME), pelo Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Criança e ao Adolescente (NAICA), pelo Centro de Fisioterapia e Reabilitação e pelo Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I.

O município possui a Unidade de Pronto Atendimento Médico (PAM), de complexidade intermediária entre a atenção básica (USF e UBS) e a Rede Hospitalar. É a porta de entrada que oferta atendimento às demandas agudas, com funcionamento 24hs em todos os dias da semana, com plantões de emergência nas especialidades de ginecologia, pediatria, ortopedia, anestesista e clínica cirúrgica.

O único hospital público do município é a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, atualmente sob gestão municipal, que apresenta 61 leitos divididos entre as especialidades de Cirurgia Geral, Obstetrícia Cirúrgica e Clínica e Pediatria Clínica.

A organização da oferta de ações e serviços de saúde e fluxo dos usuários a consultas e procedimentos de média e alta complexidade é realizada pela Central de Regulação, Auditoria e Transporte Sanitário (CRATS) Municipal. É a Unidade onde está instalado o setor de transporte, responsável pelo agendamento de transporte dos pacientes que necessitam da utilização dos serviços de saúde nos municípios de

referência. São disponibilizadas cotas de exames para apoio diagnóstico às UBS, USF e CME.

As ações executadas pela Vigilância em Saúde são definidas considerando o risco epidemiológico, sanitário e ambiental em saúde existente no Município. Também são definidas pela Programação de Ações de Vigilância à Saúde (PAVS) do MS e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

4.2. PARTICIPANTES DO ESTUDO: porque estes sujeitos

Os participantes do estudo totalizaram 37 trabalhadores agrupados em três categorias: dois gestores (diretor de saúde municipal e coordenador da atenção básica); seis trabalhadores do grupo de apoio institucional e 27 trabalhadores da atenção básica, cujo critério de inclusão foi pertencer às equipes que aderiram ao Programa pela Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), sendo um trabalhador de nível superior e dois trabalhadores de nível médio de cada equipe. No município 9 equipes aderiram ao programa.

O objetivo principal do PMAQ criado em 2011, que é avaliar os resultados da política de atenção básica por meio de processos de autoanálise e autogestão (BRASIL, 2013b). O programa está organizado em quatro fases e a segunda delas, consiste na *etapa de desenvolvimento*, organizada em quatro dimensões: autoavaliação; monitoramento; educação permanente e apoio institucional.

No manual instrutivo do PMAQ, temos que a autoanálise e a autogestão serão produzidas por meio da autoavaliação, dispositivo que pretende provocar na equipe a constituição de um grupo sujeito da mudança e da implantação de novas práticas de atenção, gestão, educação e participação. O grupo sujeito deverá identificar e reconhecer as dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho, produzindo iniciativas de mudança e aprimoramento significativas para o grupo (BRASIL, 2013b).

Para a autoavaliação o MS construiu o instrumento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ), organizado em dimensões e subdimensões que estabelecem padrões de qualidade na gestão e na atenção, composto por um conjunto de ações estratégicas e produtoras de mudanças no cotidiano dos serviços. As mudanças a serem realizadas, são apontadas em uma matriz de intervenção e referem-se a ações de governabilidade das equipes. O programa prevê a necessidade

de ações de monitoramento que possibilitem um diagnóstico de prioridades de educação permanente e apoio institucional para a melhoria dos processos de trabalho (BRASIL, 2013b).

Decidiu-se pelo critério de inclusão da categoria trabalhador da atenção básica de USF que aderiram ao PMAQ por considerar que, em função da autoavaliação, teriam realizado reflexões sobre sua prática e planejado intervenções por meio da EPS e apoio institucional.

Deve-se levar em conta o viés que o PMAQ carrega, como programa que induz o comprimento das ações atrelado a um ganho financeiro, que grande maioria dos municípios que fizeram adesão, não é revertido para os trabalhadores, produzindo diversos atravessamentos na prática cotidiana das equipes.

4.3. PERCURSO METODOLÓGICO: o trabalho e a pesquisa dentro da pesquisa

A construção de um percurso metodológico deve ser a construção de um caminho, como possibilidade de expressão do pesquisador. Tal expressão carrega no caminhar afetos, o que sabemos e não sabemos, momentos de embotamento e também de criação. Este percurso é o efeito de inúmeras experiências do mundo do trabalho e de boas passagens em uma pesquisa intervenção, que produziram um lugar para o desejo de aprender e pesquisar.

O DRS tem desenvolvido desde 2010, pesquisas em parceria com universidades da região, por meio de editais do Projeto de Pesquisa para o SUS (PPSUS), constituindo um grupo de pesquisa composto por professores, estudantes de graduação e pós graduação e trabalhadores do DRS. Em 2013, alguns integrantes do grupo se debruçaram na tarefa de construir o projeto intitulado “Cogestão, Apoio Institucional e Acolhimento na Atenção Básica: uma pesquisa-intervenção”, com equipe composta por docentes e alunos dos Programas de Pós Graduação da EERP/USP e do Departamento de Enfermagem da UFSCar, com início em 2014 e término em 2016.

As atividades concernentes à pesquisa PPSUS, contribuíram para a discussão das práticas de apoio institucional, acolhimento e cogestão, fomentada em encontros mensais com apoiadores de humanização da região de saúde e nas oficinas denominadas de análise, com os pesquisadores. Nestas oficinas pudemos discutir o referencial teórico metodológico da análise institucional e a pesquisa intervenção, que favorece a produção de conhecimento em ato por todos os envolvidos, num processo

de desvestir papéis pré fixados, comuns a separação entre pesquisadores e sujeitos de pesquisa. A pesquisa, além das atividades já descritas, produziu uma série de dados coletados em grupos focais e entrevistas e encontros para as análises. Os resultados foram apresentados, validados e discutidos em um Seminário de Restituição, com convite para gestores e trabalhadores participantes.

O trabalho desenvolvido no DRS também me atravessava, pelos efeitos das reuniões com equipes de saúde para discussão sobre acolhimento e participação em diferentes coletivos sobre temas diversos.

O exercício vivo de disputas de um modo de fazer gestão de políticas, somado ao exercício vivo da pesquisa, mostraram atalhos neste caminho. Pesquisar é algo que não se faz em linha reta. O tema acolhimento foi objeto do meu projeto de pesquisa para seleção de mestrado e, no processo do projeto de pesquisa PPSUS, vislumbrou-se a possibilidade de agregar os demais temas, definindo um dos municípios da Região de Saúde para um estudo de caso, o que se tornou esta dissertação.

4.3.1. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS: entrevistas e grupos focais

Foi utilizada a entrevista como técnica de coleta de dados sendo uma importante fonte de informações para um estudo de caso (YAN, 2001). Nela o entrevistado tem a possibilidade de discordar sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada e as perguntas são guiadas conforme o interesse do pesquisador (MINAYO, 2013). Foram realizadas entrevistas com o gestor municipal e coordenador da atenção básica, com o objetivo de dar voz a aspectos relacionados à gestão de políticas (atenção básica e humanização) e as percepções relativas aos temas do estudo.

Para dar voz aos trabalhadores e grupo de apoio institucional foram realizados grupos focais. Bonfim (2009) apresenta em seu texto sobre grupos focais dois autores que definem esta técnica: o primeiro seria Morgan, que define grupos focais como uma técnica de pesquisa qualitativa, derivada das entrevistas grupais, que coleta informações por meio das interações grupais. O segundo seria Kitzinger, para quem o grupo focal é uma forma de entrevistas com grupos, baseada na comunicação e na interação.

O principal objetivo do grupo focal é colher informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo)

a partir de um grupo de participantes selecionados, proporcionando a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços (BONFIM, 2009).

Pretendeu-se com o uso destes instrumentos o alcance dos objetivos por meio da diversidade de fonte de dados.

4.3.2. A composição dos grupos focais: a bem vinda mão do acaso

Dos grupos focais realizados com os trabalhadores, dois deles tiveram composições que saíram do desenho do estudo. O desenho previa a presença do profissional de nível superior e nível médio da mesma equipe, mas alguns profissionais não compareceram no dia e horário marcado para sua participação. Foi possível o desenho proposto, no primeiro e quarto grupo focal. A composição dos grupos teve influência no resultado das falas dos participantes apontando aspectos das relações de poder, saber e afetos presentes no cotidiano. No primeiro grupo, participaram profissionais de maior tempo de trabalho na saúde, trazendo para a cena processos vividos ao longo do tempo no município. No segundo e terceiro grupo estiveram presentes ACS, técnicos de enfermagem e escriturários que marcaram como se sentem a partir do lugar que ocupam nas equipes e o que pensam de sua prática frente aos temas apresentados. No último grupo, o da repescagem, a presença de um integrante do grupo de apoio institucional que é também trabalhador do NASF favoreceu a emergência de falas mais dirigidas sobre o tema apoio institucional e apoio matricial.

4.3.3. ASPECTOS ÉTICOS

Os gestores e trabalhadores de saúde foram convidados a participar da pesquisa e, àqueles que se disponibilizaram a realização das entrevistas e grupos focais, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e solicitado o consentimento por escrito, de tal participação. Foram esclarecidos sobre os objetivos, os benefícios e riscos e a autonomia para desistirem de participar a qualquer momento do estudo sem qualquer ônus.

Este estudo é parte do projeto de pesquisa “Cogestão, Apoio Institucional e Acolhimento na Atenção Básica: uma pesquisa-intervenção”, financiada pelo PPSUS-FAPESP e aprovado em 21 de outubro de 2014, sob protocolo no. 35014514.5.0000.5393, pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Saúde (CONEP/CNS).

4.3.4. A COLETA DE DADOS

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da EERP/USP (anexo I), foi realizada uma primeira conversa com o gestor municipal para assinatura do termo de adesão a pesquisa PPSUS (anexo II) onde também foi informado sobre este estudo de caso.

Após o aceite do gestor, para a seleção dos trabalhadores participantes foi realizada reunião com o apoiador de humanização municipal, para explicação sobre os objetivos do projeto PPSUS e suas etapas, que correspondiam à coleta de dados deste estudo. Foi solicitada a apoiadora de humanização a lista das unidades das equipes que aderiram ao PMAQ. A apoiadora prontificou-se a conversar com as enfermeiras das unidades sobre a possibilidade de participação nos grupos focais e as enfermeiras conversariam com as equipes na reunião de equipe, onde seria decidido quem iria participar dos grupos. Foram solicitados a participar do grupo focal três trabalhadores de cada equipe que aderiu ao PMAQ, sendo 01 trabalhador de nível superior e dois de nível médio.

A apoiadora de humanização enviou por meio eletrônico a lista contendo os nomes dos trabalhadores por equipe, que aceitaram participar da pesquisa. Foram apontadas possíveis datas para três grupos focais pelos pesquisadores, sendo o primeiro em dezembro de 2014 e os outros dois em março de 2015. Devido à ausência de trabalhadores nos grupos do mês de março, foi realizado um quarto grupo no mês de abril, organizado por contato telefônico junto às equipes, numa repescagem dos que estiveram ausentes, sendo possível abarcar os 27 participantes trabalhadores.

Antes da realização dos grupos focais, o grupo de pesquisa PPSUS produziu um roteiro de questões norteadoras, a fim de contemplar os três temas em estudo (anexo VI). Os grupos foram realizados em uma unidade básica do município de estudo, que dispunha de espaço mais adequado para um encontro em grupo. Antes da realização do grupo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo IV) foi apresentado aos participantes, que realizaram a leitura do mesmo e frente a aceitação em participar, foram solicitados a assiná-lo. Os grupos foram registrados através de equipamento de áudio, a partir da permissão dos participantes. A transcrição do material foi feita por

empresa contratada pelo grupo de pesquisa. A identidade dos participantes foi mantida em sigilo, não sendo os sujeitos identificados na pesquisa. Foram compostas duplas de pesquisadores da equipe de pesquisa PPSUS para a realização dos grupos focais.

Quanto aos trabalhadores do grupo de apoio institucional, realizou-se um contato com a apoiadora de humanização municipal que é integrante do grupo. Foi acordado que o grupo focal seria realizado no dia de reunião semanal do grupo de apoio, para favorecer a participação do maior número de seus integrantes. Os procedimentos descritos acima para o grupo focal de trabalhadores foi reproduzido no grupo focal com os apoiadores (TCLE, gravação e transcrição). Frente às necessidades de obter informações sobre a história do grupo, foi realizado um roteiro que contemplou além dos três temas do estudo, questões concernentes à criação do grupo (Anexo VII). Dos trabalhadores do grupo de apoio dois de seus integrantes não estiveram presentes. Um destes participou do grupo focal da equipe que apoia, como integrante do NASF.

As entrevistas com o gestor municipal e coordenador da atenção básica foram realizadas por outra pesquisadora do grupo de pesquisa PPSUS em horário e local marcado pelo entrevistado, que assinaram o TCLE (Anexo III). O roteiro das mesmas foi construído pelo grupo (Anexo V) e as entrevistas foram gravadas e transcritas.

Foi solicitado aos participantes da pesquisa o preenchimento de ficha de caracterização, contendo dados sobre sua formação, tempo de atuação profissional, cargos e funções já ocupadas e a atual, bem como formação complementar/pós-graduação e participação em coletivos que tivessem relação com o tema da pesquisa a fim de traçar um perfil dos participantes (anexo VIII).

4.3.5. A ANÁLISE DE DADOS

Como técnica para a análise de dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temático-categorial, que consiste em apreender os núcleos de sentidos de uma comunicação que possam significar algo na perspectiva dos objetivos a que se propõe o estudo, compondo categorias de análise. Esta técnica permite caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além do que está sendo comunicado, possibilitando a inferência de conhecimentos relativos à produção da mensagem (MINAYO, 2013).

Torna-se importante considerar no processo de análise que as perguntas dos roteiros de entrevista e grupo focal, apontam possíveis categorias ao material coletado. Para proceder a análise, o material empírico foi agrupado em três núcleos temáticos (acolhimento, cogestão e apoio) e descrito pelo que foi apreendido das diferentes percepções de gestores e trabalhadores, considerando o que há de significativo em suas falas, as unanimidades, os contraditórios, os paradoxos, os ruídos. Desta descrição que demarca a fala dos sujeitos, foi possível chegar às categorias de análise, que serão discutidas na perspectiva de acrescentar algo aos temas, numa reflexão que não desconsidere o cenário de prática dos trabalhadores. O plano de análise foi contemplar os sentidos e significados das práticas descritas pelos sujeitos, que viveram diferentes processos, e da maneira como viveram.

Os trechos do material empírico transcrito, quando utilizados, serão identificados da seguinte forma na análise: entrevistas com os gestores (EG1 e EG2); grupos focais com trabalhadores (GFT1, GFT2, GFT3 e GFT4) e grupo focal com grupo de apoio institucional (GFAI).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Sobre o campo de estudo

De acordo com os dados obtidos nos Planos Municipais de Saúde (PMS, 2006-2009, 2010-2013, 2014-2017), observa-se uma expansão na estruturação da rede municipal nos últimos 10 anos. Os planos descrevem cada equipamento existente e suas funções dentro da rede, baseadas nas Portarias Ministeriais que orientam neste sentido.

Nos Planos Municipais de 2006-2009 e 2010-2013, a humanização aparece relacionada à “garantia de direitos iguais e a processos de capacitação de recursos humanos”. No Plano Municipal de 2014-2017, ganha destaque o acolhimento, de acordo com o que consta no documento base da PNH: “processo construtivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde sua chegada até sua saída. O acolhimento implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilidade, orientando quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para

continuidade do cuidado, estabelecendo articulações com outros serviços de saúde para garantir a eficácia dos encaminhamentos” (BRASIL, 2010, p. 51).

Outras informações complementam o cenário sobre humanização e acolhimento. Afirmam que humanizar a assistência à saúde é dar lugar não só à palavra do usuário como também à palavra do profissional, de forma que, tanto um quanto outro, possam fazer parte de uma rede de diálogo. O compromisso com a pessoa que sofre pode ter as mais diversas motivações, assim como o compromisso com os cuidadores e destes entre si. Tendo por base estas afirmações, são realizadas ações, como: campanhas, programas e políticas assistenciais, calcadas nos preceitos da ética, do respeito e reconhecimento mútuo, da solidariedade e responsabilidade. O acolhimento tem sido acompanhado e estimulado por constantes cursos, palestras e reuniões com as equipes. Nos serviços de urgência, o foco recai sobre a ferramenta auxiliar da classificação de risco para o processo de acolhimento (PMS, 2014-2017).

Quanto aos aspectos concernentes à gestão o município declara em seu Plano Municipal que está implementando uma gestão em rede, conforme define a Constituição, sendo essa a única forma de garantir ao cidadão e à coletividade a integralidade da assistência à saúde. Destaca também a importância da regionalização na saúde, pois muitas das necessidades apresentadas pelo usuário, ou a serem atendidas, precisam ser referenciadas, e o seu atendimento depende portanto, do cumprimento das pactuações feitas com outros municípios da região e fora dela. Prioriza o desenvolvimento e qualificação de linhas de cuidado a partir do perfil epidemiológico da população com a utilização de protocolos clínicos e sua correspondência nos serviços da rede de cuidado (PMS, 2014-2017).

A gestão participativa é reconhecida como a possibilidade de modificar a realidade da saúde da população e colocar as ações propostas em prática. Como elementos constitutivos desta prática apresentam o diálogo e a colaboração entre os diferentes atores, que permitem a formulação de problema e análises, que reflitam melhor a realidade do município e os anseios da população, dos profissionais que atuam no setor saúde e dos gestores. A construção participativa “favorece a elaboração de propostas mais viáveis para o enfrentamento dos problemas com compromisso de todos nas execuções” (PMS, 2014-2017).

Os autores do plano reconhecem a complexidade do campo da gestão e apontam como “pontos estratégicos” o planejamento, financiamento, participação e

controle social, gestão do trabalho, educação em saúde e educação permanente (PMS, 2014-2017).

Houve também uma aproximação dos temas humanização e educação permanente e dos pressupostos e diretrizes das referidas Políticas, por diferentes ações realizadas pelo CDQ-SUS do DRSIII. Algumas passagens desta história que envolve os municípios das regiões de Saúde estão registradas no Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), documento de planejamento de gestão Regional e Municipal.

Os PAREPS de 2009 a 2011 da Região Coração apresentam projetos de EPS desenvolvidos em parceria com Universidades da região (Departamento de Enfermagem da UFSCAR e Escola de Enfermagem da USP/RP). Tais projetos tinham como objetivo romper a lógica da oferta de cursos de capacitação com temáticas específicas para um público determinado. Pode-se absorver pelo título das propostas a intencionalidade na mudança das práticas da atenção e gestão, envolvendo diferentes equipes da rede de saúde municipal: “Fortalecimento da atenção básica: reorganizando as práticas de atenção e gestão” no ano de 2009; “Fortalecendo a atenção básica a partir do dispositivo trabalho em equipe” e “Territorialização: um processo de transformação das práticas de gestão e produção de vida e cuidado”, no ano de 2011 e “Tecendo a Rede de Saúde Mental: desenvolvimento dos profissionais e reorganização dos serviços na Região do DRS III – Araraquara DRSIII”, nos anos de 2012 e 2013 (PAREPS, 2009, 2011 e 2012). O município foi participante de todos os projetos regionais.

A escolha deste município se justifica pelo cenário e seu contexto, que por meio dos documentos se revela. Traduzem esforços coletivos da equipe de gestão e de trabalhadores, para ampliar a rede de saúde em consonância com diretrizes nacionais, implementar políticas contra hegemônicas (Humanização e Educação Permanente em Saúde), tecnologias de cuidado e modos de fazer gestão.

5.2. O perfil dos participantes

Para traçar o perfil dos participantes das entrevistas e grupos focais, foram considerados os itens idade, formação, tempo de formação, formação complementar, tempo de serviço e participação em grupos/coletivos municipais e regionais (entendidos

como espaços ofertados para a Região de Saúde). Dos 35 participantes do estudo, somente 01 participante não preencheu o perfil.

Os 34 participantes são do sexo feminino, na faixa etária de 21 a 54 anos, distribuída como segue: na faixa de 20 (14 participantes), de 30 (15 participantes), de 40 anos (05 participantes), sendo somente uma trabalhadora da faixa dos 50.

Temos o predomínio de formação em enfermagem nos profissionais de nível superior trabalhadores da atenção básica que participaram dos grupos focais. Dos 08 profissionais que participaram 06 são enfermeiros e 02 dentistas. Uma das enfermeiras também tem formação em Serviço Social. Dos 18 profissionais de nível médio todos apresentam ensino médio completo, 12 são ACS, 05 são técnicos de enfermagem e dois são escriturárias. Na gestão temos formação em enfermagem e pedagogia, e no grupo de apoio duas em enfermagem e duas em psicologia, sendo que uma delas tem também formação em pedagogia, uma em nutrição e outra em fisioterapia. Apenas um participante não informou sua formação.

O tempo de formação dos profissionais de nível superior da atenção básica tem seu maior período em 32 anos de formação (01 participante) e seu menor período, 04 anos (02 participantes). Temos ainda dois participantes na faixa de 07 anos de formação e apenas 01 em 11 anos. No nível médio o tempo de formação varia de 01 a 20 anos. Temos uma distribuição sem discrepância na faixa de 01, 06, 07 e 08 (02 participantes), 10 (03 participantes), 11 (02 participantes), 14 e 15 (03 participantes), 18 e 20 anos de formação. Cinco participantes não forneceram esta informação. Na gestão temos um participante com 11 anos e outro com 15 anos de formação. No grupo de apoio os participantes percorrem as faixas de 05, 06, 12 e 13 (02 participantes) e 15.

No item formação complementar, os profissionais de nível superior participaram das seguintes Especializações, muitas delas oferecidas pelo SUS: Saúde da Família, Educação na Saúde para Preceptores do SUS, Gestão da Clínica, EPS em Movimento, Qualificação para Gestores do SUS, Psicopedagogia, Mediação e Facilitação de Diálogos, Saúde Pública, Odontopediatria, Ortodontia, Administração e Gestão Hospitalar e Cursos dos seguintes temas: plano municipal, primeiríssima infância, saúde da família, saúde do idoso, saúde mental, acolhimento, fisiologia do exercício, reabilitação, álcool e drogas, atenção básica e urgência e emergência. Os profissionais de nível médio referem os seguintes cursos: Formação de ACS, Primeiríssima Infância,

Caminhos do Cuidado, Saúde do Idoso, Saúde Mental, álcool e drogas, acolhimento e teste do pezinho. Somente quatro dos 35 participantes não referiram alguma complementação a sua formação, sendo dois ACS e dois técnicos de enfermagem.

Quanto ao tempo de trabalho na saúde, do grupo de trabalhadores das unidades e apoio institucional, temos 02 anos como o menor tempo, ao maior de 17 anos. A faixa de maior concentração encontra-se nos 03 anos (06 trabalhadores) e 04 anos (06 trabalhadores) de trabalho na saúde. As demais mantêm uma homogeneidade, apenas com salto dos 13 anos de trabalho para o maior tempo. Na gestão municipal, uma delas estava apenas alguns meses na função.

Nos coletivos municipais e regionais, 25 não participam de nenhum grupo, sendo destes 06 de nível superior (enfermeiras e dentistas) e 19 de nível médio. Entre os participantes temos os dois gestores nos coletivos municipais, reunião de Conselho Municipal de Saúde e da Comissão Intergestores Regional – CIR, os 06 integrantes do grupo de apoio institucional no grupo de apoio institucional, grupo de educação permanente em saúde e grupo regional de Articuladores de Saúde do Idoso e dos trabalhadores das equipes de atenção básica, uma enfermeira que participa do Comitê Regional de Mortalidade Materna e Infantil.

Da caracterização do perfil podemos observar que os trabalhadores de um modo geral participam de processos que complementam sua formação. Deve-se considerar que as ofertas em sua grande maioria têm como público alvo os trabalhadores de formação em nível superior.

Vimos também que um número restrito participa dos coletivos municipais e regionais. A participação nos espaços municipais como alternativa viável para contemplar um maior número de trabalhadores, poderia trazer um fortalecimento aos processos de cogestão interrompendo o ciclo de transmissão de informações nas reuniões de equipe.

5.3. Possíveis sentidos ao que nos acontece

“O saber da experiência é o que se adquire no modo como alguém vai respondendo ao que vai lhe acontecendo ao longo da vida e no modo como vamos dando sentido ao acontecer do que nos acontece (...) Não se trata da verdade do que são as coisas, mas do sentido ou do sem sentido do que nos acontece. Desta forma é um saber finito, particular, subjetivo, relativo,

peçoal (...) É um saber encarnado, não esta fora de nós como o saber científico (...) Se a experiência não é o que acontece, mas o que nos acontece, duas pessoas, ainda que enfrentem o mesmo acontecimento, não fazem a mesma experiência. A experiência não se repete, tem sempre uma dimensão de incerteza. É uma abertura para o desconhecido” (BONDÍA, 2012,p. 27 e 28).

As experiências retratadas referem-se a um espaço-tempo que contém diferentes tempos e contextos do município caso. As impressões dos sujeitos no diálogo sobre os temas exprimem construções e desconstruções em processo. Um município com uma trajetória em espiral, não passando de modo igual ao mesmo ponto.

O material empírico revelou não somente respostas às indagações que fomentaram este estudo ou seus objetivos. Os temas foram disparadores de inúmeras outras questões, que não serão aprofundadas neste momento, mas consideradas como resultados.

Importante destacar que ao serem abordados nos grupos focais, os temas foram ligando-se uns aos outros, formando uma rede de conceitos construídos a partir da experiência coletiva, algo de natureza ímpar e singular.

A discussão não tem como finalidade a verificação da prática das equipes no sentido de examinar se estão ou não cumprindo o que é preconizado nos textos oficiais, apesar de serem considerados na realização deste trabalho.

Coloco-me nesta análise como sujeito que não é neutro, carregando comigo o conhecimento das políticas e dos temas e minha experiência na gestão estadual.

5.4. Acolhimento

5.4.1. Os saberes sobre o acolhimento

Os saberes de gestores, trabalhadores e grupo de apoio institucional sobre o tema acolhimento relacionam-se à sua prática na gestão e na atenção à saúde, numa vivência diária no SUS municipal. Para a definição do conceito de acolhimento recorrem à memória de suas experiências, garimpando percepções e ideias. Constatase que as definições apresentadas pelos sujeitos se aproximam de diversos elementos constituintes do acolhimento, expressos nas produções científicas sobre o assunto.

Para trabalhadores e gestores o acolhimento está associado a ter uma atitude acolhedora na recepção do usuário. É importante ser atencioso, manter um contato (olhar, sorrir), mostrar-se receptivo, atender bem.

Depende também, assim, como é feito esse acolhimento. Às vezes a pessoa está ali, nem olha na cara da pessoa, está de costas, não vira, fala "aguarda aí". E às vezes a pessoa, assim, está precisando ali só de uma palavra. Direciona "vai ali, ou vai ali", "espera um pouquinho, vamos ligar em algum lugar", então assim, depende muito de como a pessoa aborda esse acolhimento (GFAI, p. 39).

Eu acho que você pode estar fazendo milhões de coisas, mas eu acho que um olhar, um sorriso, um espera um minutinho, eu acho que isso é fundamental. O acolhimento já começa daí, pra mim (GFAI, p. 42).

Sem esse acolhimento, esse olhar carinhoso para quem chega, é um olhar carinhoso para quem chega, você não estar de mal humor, o acolhimento é você não levar problemas pessoais para o seu serviço, é você estar aberto ao atendimento ao público, você saber que você chegou ali, e que você tem que estar aberta a quem chegar, e muito bem atendido, é o que eu disse, é o olhar nos olhos, é o esboçar um sorriso, é dizer um bom dia, uma boa tarde, em que posso servi-lo, é para isso que eu estou aqui (EG1, p. 13).

As atitudes são a expressão do acolhimento e denotam a atenção ou desatenção do trabalhador diante às necessidades do usuário. Silva Jr e Mascarenhas (2004) apresentam diferentes dimensões do acolhimento sendo uma delas a do acolhimento como postura, que pressupõem uma atitude do trabalhador e da equipe no momento de receber o usuário, escutar e tratar de suas demandas. Na cartilha da PNH, o acolhimento como postura favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a

promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde (BRASIL, 2008a).

O momento da recepção é visto com importante pelos sujeitos. De acordo com Merhy (2002) é no momento da recepção do usuário que se estabelece um processo mútuo de reconhecimento: por parte do usuário, o reconhecimento de que é usuário daquele serviço e por parte do trabalhador, o reconhecimento de que o usuário tem direitos em relação às possíveis ofertas do serviço.

Considerando o apresentado torna-se relevante observar as atitudes de trabalhadores frente aos usuários, que vão construindo realidades, mas que não devem ser transformadas em um ato mecânico de como receber. Neves e Heckert (2010) ressaltam que tradicionalmente nos serviços de saúde o acolhimento encontra-se restrito a técnicas de recepção do usuário associadas a um atendimento humanizado. Na busca pela humanização do atendimento, pode-se produzir um atendimento educado, com atitudes de bondade e favor, que mantém uma distância confortável entre trabalhador e usuário.

Outra ideia bastante presente entre trabalhadores e gestores é a de que acolher é se colocar no lugar do outro com o objetivo de “dar uma resposta, ajudar, produzir um bom resultado, atender como gostaria de ser atendido”. Valoriza-se nesta concepção a capacidade do sujeito de identificar-se com o outro, considerando o que é significativo e sentido pelo outro.

Quando eu penso em acolhimento, é se colocar no lugar do outro. É literalmente fazer da situação dele a minha e poder ajudar ele da melhor forma possível, é como eu gostaria de estar chegando num lugar e ser acolhida daquela forma. Porque ele tá precisando fazer do problema dele o meu (GFAI, p. 48).

Se sentir, como o paciente se sente dentro da unidade (GFT01, p.14).

Eu acho que é a gente se colocar no lugar do outro, não é? Eu sempre falo para a equipe, que acolher é sair melhor do que entrou (EG2, p.13).

...então sempre que vem qualquer assunto mesmo, eu como gestora eu não dispenso nenhum, todos eu dou contrarreferência... e eu volto todas as respostas, porque eu sempre me coloco no lugar do outro, e nas reuniões também sempre é colocado isso... todas as ações na saúde é você se colocar no lugar do outro, que eu acho que quando você se coloca o atendimento

é melhor, tudo é melhor, então eu acho que também o resultado é melhor (EG1, p. 07).

Tal identificação relaciona-se a capacidade da esfera afetiva denominada de empatia, que favorece o estabelecimento de uma relação de interesse e confiança, pela qual o trabalhador se solidariza com o sofrimento ou problema trazido pelo usuário, produzindo uma abertura para o diálogo (SILVA JR.; MASCARENHAS, 2004).

Os trabalhadores também referem que o processo de acolher implica em escuta qualificada, num estado de atenção que favoreça o entendimento do que o paciente necessita.

Então, uma escuta qualificada, se colocar no lugar da pessoa, tentar compreender o que, que ela está passando para a gente né? Se você não tiver prestando atenção, ela pode estar falando e você não está entendendo o que a pessoa quer (GFT04, p. 09).

Os aspectos levantados refletem o campo das relações, do reconhecimento do outro e da escuta deste outro, enquanto um sujeito de desejos e necessidades. Leitão (1995, p.47) aborda que no campo da psicanálise a escuta ocupa um lugar de destaque “por ser uma coisa de palavras ditas ou silenciadas, portanto não limita seu campo de entendimento ao do falado, mas ao contrário”. A autora marca a necessidade de se ter uma escuta atenta e minuciosa nos serviços de saúde e para tanto nos convida a pensar sobre três questões: a quem se escuta nos serviços de saúde, quem é o trabalhador que escuta e como e o que se desenvolve em resposta á escuta. Tais aspectos são pouco refletidos pelas equipes de saúde, podendo ser determinantes de atitudes e condutas em relação ao usuário.

Teixeira (2003) nos convida a pensar sobre o acolhimento, observando que nos serviços de saúde as conversas têm uma qualidade especial. Apresenta o que denomina “técnica geral da conversa” a ser praticada em todas as “conversações” que se dão nos serviços. Define esta técnica como acolhimento-diálogo ou acolhimento dialogado. “Um diálogo orientado pela busca de uma maior ciência das necessidades de que o usuário se faz portador e das possibilidades e modos de satisfazê-las” (TEIXEIRA, 2003, p.106). Talvez a “ciência” a qual o autor se refira deva ser à prática do acolhimento, entendido como uma tecnologia relacional que por meio de uma conversa, concebida também como uma tecnologia, possibilite desvelar as necessidades que “não são sempre transparentes, podem estar contidas nos não ditos, em outras formas de expressão, precisam ser identificadas, elaboradas e negociadas e

mesmo assim não estão definitivamente definidas” (TEIXEIRA, 2005, p. 593). A fala do trabalhador expressa estas colocações.

Acolhimento eu acho assim, é a gente conseguir ver o que o paciente precisa, qual é a necessidade dele, e poder ao máximo assim, ajudar ele, no que ele precisa...e às vezes, ele foi ali para passar no médico, mas às vezes, não é o médico que ele queria... queria só alguém para poder conversar, desabafar...chorar... (GFT02, p. 16).

Outro termo bastante associado ao acolhimento, mencionado por gestores e trabalhadores é o vínculo. Afirmam que o acolhimento com escuta e resolução de problemas constrói vínculo do usuário com os trabalhadores e a unidade de saúde. Ao sentir-se acolhido, o usuário procura a unidade, pois a reconhece como receptiva e resolutiva às suas necessidades.

Acolhimento é o que cria o vínculo (EG1, pág.13).

Na verdade também eu acredito que quando a pessoa é bem acolhida né, se forma o vínculo, ela volta para tudo, a gente tem paciente lá que volta agradecido por um exame, que volta agradecido por coisas pequenas que eles conseguiram, mas porque eles são bem acolhidos né, teve uma escuta e resolução do problema né, então eu acho que isso conta muito (GT04, p. 12).

Merhy e Feuerwerker (2009) referem que a produção de relações a partir do encontro do trabalhador com o usuário, por intermédio da escuta, do interesse, da construção de vínculos, de confiança é o que possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário.

Os trabalhadores observam que o vínculo é algo construído numa relação contínua ao longo do tempo e acabam tornando-se uma referência para o usuário, como representa a fala do trabalhador.

Porque também tem paciente que tem afinidade com uma pessoa tal. Então já vai chegar na unidade “eu quero falar com a pessoa tal” ... eu quero falar com a X, não vai no balcão, vai direto na pessoa, atrás da X (GFT04, p. 10).

Os usuários valorizam o profissional de referência, algo que somente pode ser observado em determinados modos de organização de serviços e equipes. A ESF se apresenta como uma oportunidade para a construção de vínculos de diferentes intensidades, considerando a territorialização, a adscrição de clientela e o trabalho

dirigido para a comunidade. A cena cotidiana da procura do usuário pelo trabalhador ACS representa a vinculação relacionada à natureza de um trabalho que acolhe no extramuros, algo que se perpetua nos encontros além das casas e da rua. As falas destes trabalhadores manifestam um espanto pelo reconhecimento de seu trabalho e também afirmam à construção de uma relação de afetos e confiança. O vínculo permite uma sensibilização do trabalhador frente à demanda do usuário.

E sempre ela me procura, é inacreditável, tem todo mundo... (GFT04, p. 12).

...e o engraçado é que tem muitos pacientes que eles chegam e não vai lá no balcão, vai direto na nossa sala, meu exame chegou? ...eu acho que eles têm um vínculo com a gente...é apego, se apegou na gente (GFT02, p. 14).

A gente tem um...é um carinho por eles. (GFT02, p. 14).

...tem coisas que a gente mesmo resolve para eles, eles nem acabam nem chegando na enfermeira...só que é passado para ela depois, mas eles não chegam nela, diretamente nela...a gente acolhe... (GFT02, p. 14).

Campos (2002) destaca como central à mudança de modelo de atenção a noção de vínculo, que permite alterar os padrões de relação entre trabalhador de saúde e usuários e aumentar a eficácia da clínica, outro elemento fundamental relacionado ao acolhimento e seus desdobramentos. O acolhimento para atingir seus objetivos, incita as equipes à necessidade de praticar uma clínica ampliada e compartilhada.

Os trabalhadores reconhecem que o acolhimento não tem hora nem lugar, pois o paciente deve ser acolhido em todos os momentos que permanece em atendimento, não ficando restrito somente ao momento da recepção. Pode ser feito por qualquer membro da equipe.

Pra mim, o acolhimento é desde a hora que o paciente chega até a hora que o paciente vai embora... (GFAI, p. 48).

E lembrando que isso pode ser feito por qualquer membro da equipe né? (GFT04, p. 10).

O acolhimento se produz no plano dos encontros, “a cada encontro e através dos encontros, no qual a vida é pensada como potência de afetar e ser afetado” (BRASIL, 2008a p18). A fala do trabalhador nos parece ratificar este entendimento: o

acolhimento como um trazer para si, um encarregar-se do outro, ser afetado pelo outro, gerando potência para a tomada de decisão, para a resolução do problema do usuário.

Então quando você acolhe pra você, você traz pra você. Você se empodera pra fazer. Então, como eu posso me empoderar pra resolver? Então acho que trazer, quando eu falo que eu quero trazer algo pra mim é porque eu quero tomar aquilo como meu problema. Então é nesse sentido que eu entendo o acolher também, o acolhimento (GFAI, p. 48).

De acordo com Merhy:

“a relação acolhedora entre trabalhador e usuário é o espaço intercessor que se abre para a escuta dos problemas, para a troca de informações, para um mútuo reconhecimento de direitos e deveres, para as tomadas de decisão que podem possibilitar intervenções pertinentes e/ou eficazes, em torno das necessidades do usuário” (MERHY, 2002, p.77 e 78).

A colocação do autor leva a pensar como estabelecer no cotidiano dos serviços encontros que produzam relações de escuta, troca e reconhecimento? Como amainar a necessidade de satisfação imediata de usuários e trabalhadores em resolver problemas, objeto por vezes exclusivo de sua intervenção?

Na definição dos trabalhadores acolher é resolver os problemas trazidos pelo usuário e sua resolução, produz satisfação a ambos. Uma das gestoras utiliza a expressão “acolher é dar um destino certo para a queixa” em oposição à ideia de “um caminho em vai e volta”, sem resolução, como um problema que se acumula. Considera-se importante dar respostas positivas aos problemas apresentados.

Acolher é tentar resolver o problema dele... (GFT01, p. 14).

É resolução. Tem que ter resolução, tem que resolver o problema para que ele saia satisfeito (GFT01, p. 14).

Tudo isso também tentar resolver né? Na escuta. Resolver o problema de alguma maneira né? (GFT04, p. 09).

Acho que é a gente não fazer o paciente de palhaço, não fazer ele de vai e volta, é a gente dar um destino certo, é você acolher, e não é “ai benzinho, queridinha, vem cá, meu amor”, e saiu sem nada resolvido, é tentar resolver, quando você acolhe uma pessoa você ouve e você dá um destino para aquilo, entendeu? (EG2, p. 13).

O problema apresentado pelo usuário relaciona-se ao entendimento pelo trabalhador de sua necessidade de saúde. Uma suposição que se coloca: necessidade de saúde é aquilo que a equipe entende (a partir de pactos explícitos e implícitos) que pode ser atendido em uma unidade de saúde da atenção básica? São os problemas que a equipe consegue resolver?

Merhy (2002) nos acompanha nesta hipótese: os critérios utilizados pela equipe, os mecanismos criados para dizer sim ou não para o usuário é que definem o que é necessidade de saúde e será a partir desta definição que a equipe irá decidir se a necessidade apresentada pode ser vista como a base da criação de uma relação com o usuário. Sendo assim, o destino do usuário é regulado pelas normas de organização e ofertas de ações de saúde. Para o usuário a necessidade de saúde relaciona-se ao problema que apresenta.

As respostas ou resolução dos problemas, queixas ou necessidades manifestas pelos usuários, colocam também em evidência o autogoverno para a tomada de decisão que cada trabalhador executa. O autogoverno refere-se à autonomia do trabalhador para interferir em qualquer etapa do processo de trabalho, ou mesmo em todo o processo, apesar das normas e protocolos relacionados aos modos de atuar das equipes (MERHY, 2002).

O acolhimento favorece ao trabalhador repensar seu processo de trabalho buscando torná-lo viável, resolutivo e efetivo. Pelo acolhimento o trabalhador amplia sua “visão”, considerando além dos atos que realiza os demais processos de trabalho da unidade. O acolhimento potencializa as dimensões individuais e coletivas do trabalho em saúde e é também produtor de processos. A fala da trabalhadora contém estas ideias.

Então, eu vejo que o acolhimento é essa questão de você pensar o seu processo de trabalho pra tornar o seu processo de trabalho mais viável, como você otimiza a resolubilidade, então acho que acolhimento também, pra mim, é resolutividade. Então assim, pra mim é sinônimo, é consequência, aliás. O acolhimento promove um processo de trabalho resolutivo. E aí como você pode repensar o seu trabalho, com a sua equipe, pra que isso seja efetivo (GFAI, p. 44).

Acho que é até ampliar uma visão da sua unidade, não só do seu serviço (GFAI, p. 45).

O acolhimento também revela no campo da saúde coletiva, a preservação do núcleo de saber de cada trabalhador e a possibilidade de compartilhamento com outro profissional, seja dentro da própria unidade ou fora dela, não tendo como foco somente o repasse do problema. Traz a reflexão da responsabilização e da corresponsabilização pelo cuidado do usuário, como sugere a fala do trabalhador.

Não é só recepcionar, é você dar todo o suporte, e pensar. Até onde meu trabalho vai? Eu posso até aqui, mas eu também não preciso me limitar ao meu trabalho, eu posso passar pro outro que vai ser competente. Mas esse direcionamento sou eu quem faz, a responsabilidade também é minha. Acho que o acolhimento tem a questão de corresponsabilidade, quando você pensa em resolubilidade dos casos (GFAI, p. 40).

Outras concepções de acolhimento relacionam o termo à humanização na saúde, sendo o dispositivo mais referido dos sistematizados pela PNH.

Humanização (GFT01, p. 14).

Surge também como um “dever do estado” que carrega no ato de acolher a integralidade do cuidado, um dos princípios do SUS.

É um dever do estado (GFT01, p. 14).

Pra mim é ter um olhar, é cuidar como um todo... olhar pro paciente (GFAI, p. 48).

Acolher para garantir acesso, “para não perder o usuário”.

E mesmo para a gente não perder o paciente. Dependendo do problema que ele está às vezes se você não ouvir, ele acaba indo embora e você acaba perdendo o paciente (GFT04, p. 10).

Acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde na perspectiva da integralidade do cuidado. Para Carvalho e Campos (2000) acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolvendo seus problemas ou referenciando a outros serviços, quando necessário.

Os saberes sobre o tema acolhimento que foram abordados pelos sujeitos servem como demonstração de ideias consagradas de diferentes autores e áreas de conhecimento. Trabalhadores e gestores foram unânimes ao declarar seu acontecimento nas unidades de atenção básica da rede de saúde do município, e ao

discorrerem sobre a prática do acolhimento colocam em cena outros sentidos e dimensões que se antagonizam ou se igualam ao que pensam sobre o tema.

5.4.2. A prática do acolhimento e a organização do trabalho das equipes: percepções de trabalhadores, gestores e grupo de apoio institucional

A fala de trabalhadores e gestores sobre a prática do acolhimento constrói o caminho do usuário na unidade, um indicativo de que o acolhimento é uma ferramenta potente para a análise da organização do trabalho das equipes.

Ao discorrerem sobre sua prática, as equipes apresentam um encadeamento de processos estruturados, do momento da entrada até a saída do usuário, disparados pela verbalização de necessidades e pelas respostas dadas na recepção e a partir delas. As respostas evidenciam uma combinação de tecnologias acionadas para atender as necessidades de saúde individuais. Uma intensa produção ocorre nas unidades de saúde e nos deteremos em alguns pontos, os quais o tema do acolhimento pode nos revelar.

Entrando nas unidades de saúde a primeira oferta reconhecida pela equipe no processo de acolhimento é a escuta das escriturárias, que ocorre no balcão de recepção. O trabalho desenvolvido tem características de uma triagem, separando a *demanda* (entendida aqui como a demanda espontânea ou encaixe) da *demanda agendada*. A expressão “eliminando da fila” confere a esta ação delimitar o quantitativo de consultas médicas agendadas e as de encaixe, direcionar os usuários que apresentam necessidades a serem atendidas por outros profissionais da equipe e ordenar os usuários no espaço físico da unidade. A necessidade do usuário é denominada de queixa ou problema. Todas as necessidades são ouvidas e é na recepção que ocorre uma decisão para a etapa seguinte, dando continuidade ao processo. Este modo de organização se reproduz nas unidades do município com pequenas variações. A fala dos trabalhadores representa o que foi descrito.

Quem é a primeira escuta é o escriturário que é o que fica na porta de entrada... quem é demanda chega as 7h00, quem está marcado chega 8h00, 8h00 e pouco, então os primeiros a chegarem são a demanda, então já eles fazem a escuta e já escrevem, e dali a hora que

chega o médico, a gente já sabe quantos que já estão agendados na consulta (GFT01, p. 03).

Somos em 3 escriturários e uma estagiária, então agora a gente está organizando uma fila para agendados e outra para demanda, que eles movucam, eles fazem um círculo assim...em volta do balcão...você não sabe quem você já atendeu, agora está mais organizado, você pega a demanda e os agendados... (GFT01, p. 08).

...eles mesmos já formam a fila e vão falando a queixa, porque estão ali. Geralmente são as escriturarias que estão no balcão e perguntam qual que é a queixa, por que ele quer passar (GFT03, p. 02).

Aí ficam duas escriturárias no balcão, e elas fazem mesmo duas filas. Uma demanda espontânea, e o outro lado as agendadas. Aí daí vai eliminando também, tirando para o dentista, para uma outra coisa, e depois vai encaminhando (GFT02, p.12).

Partindo das contribuições de Mendes Gonçalves e de autores da análise institucional, Merhy (2002) introduz a análise da micropolítica do trabalho e as tecnologias em saúde e resgata os conceitos marxistas de trabalho vivo e trabalho morto, para a discussão do trabalho em saúde. Trabalho morto é tudo que é resultado de um trabalho humano anterior. Apesar de ser produto de um trabalho vivo ele é incorporado como uma cristalização do trabalho vivo. No trabalho vivo o trabalhador pode fazer uso do que já está dado ou não, exercendo sua autonomia, tomando decisões, estabelecendo uma relação com o usuário, utilizando diferentes tecnologias em composição (MERHY, 2002).

No momento da recepção, lugar quente da unidade, onde as forças do trabalho vivo e morto atuam, o arranjo organizacional descrito determina uma linha de frente que recebe todos os usuários, guiada por normas e fluxos internos compreendidos pelos trabalhadores da unidade. Observa-se uma lógica estruturada para a realização do momento da recepção do usuário, que comanda a atividade produtiva das recepcionistas ou de quem quer que esteja na recepção realizando a ação.

A demanda não agendada ou espontânea requer das escriturárias uma decisão pautada na utilização de critérios para que possa se efetivar o encaixe no dia ou agendar posteriormente a consulta médica. Em uma das unidades do município, outros profissionais realizam a recepção dos usuários de demanda espontânea, não ficando a cargo somente da escrituraria, como referido pelo trabalhador.

...na verdade, é feito assim, o paciente chega, ele tem a demanda espontânea, aí você vai lá ver a queixa do paciente, se é uma queixa que ele necessita naquele momento ser atendido, ele vai ser encaixado para passar com o médico, senão aí vai dar uma data para ele e falar, “olha, estou agendando uma consulta para outro dia para você poder estar passando” (GFT03, p. 03).

Então, era... tem vezes que a enfermeira...mas acaba sendo o próprio escriturário, agente de saúde, o técnico de enfermagem, quem está na recepção que avalia a demanda espontânea (GFT03, p. 03).

Os critérios adotados pelas escriturárias são o de prioridade (criança, gestante, idoso), associados a sintomas de dor, febre, ou quadro clínico que justifique o atendimento no dia, indicando o que a equipe considera risco.

... os encaixes elas fazem tipo uma triagem, para ver o porquê o paciente vai passar, o que ele está sentindo, se for uma coisa assim que dá para agendar, se for para pedir um exame alguma coisa que dá para esperar, elas agendam a consulta, ou se for em caso de dor, em caso de alguma coisa mais assim urgente, elas procuram mesmo encaixar, principalmente se for uma criança com febre, uma gestante com dor... (GFT02, p. 02).

O encaminhamento do usuário gera dificuldades quando é percebida alguma “gravidade no caso” o que requer a avaliação da equipe de enfermagem. Neste momento o usuário é deslocado da recepção para outro espaço onde serão utilizadas tecnologias (escuta, saberes e práticas dos profissionais da enfermagem) como segue na fala dos trabalhadores.

É quando ele já vê que é um caso mais grave, alguma coisa assim chama a enfermeira (GFT04, p. 03).

Se por acaso tiver algum caso, que precisa ter uma escuta maior, mais qualificada, aí a gente chama ou a técnica de enfermagem, enfermeiro, ou as técnicas de enfermagem, chama numa sala para escutar melhor aquela necessidade (GFT01, p. 03).

Outra dificuldade enfrentada relaciona-se à insuficiência de consulta médica, sendo esta a maior demanda da população do município. Quando o “barraco” é formado pelos usuários a recepção solicita a mediação da enfermeira, que é também a coordenadora da unidade. Os ruídos entre usuário e trabalhador no momento da recepção estão relacionados a uma solicitação não atendida, reação comum no cotidiano dos serviços de saúde.

Às vezes, acaba acontecendo de ter algum atrito assim, por conta de ter passando a cota, às vezes, o paciente ele sabe que ele vai passar, acaba acontecendo algum problema sempre quando fala, não, hoje o médico só vai atender 20, então aí ficou 22, aí você já tem que conversar... (GFT03, p. 07).

Se o paciente também já está querendo né formar um barraco, criar uma situação, daí ele chama a enfermeira... (GFT04, p. 03).

A gestão municipal por sua vez, reconhece que o planejado para o primeiro momento do acolhimento, não ocorre na prática.

O fluxo normalmente é na recepção, o combinado, teoricamente falando, é que a técnica de enfermagem auxilie no balcão, porque o balcão auxilia na distribuição de medicamento (EG2, p. 14).

A prática descrita indica as normatizações pactuadas pela equipe e executadas pela recepção, frente às situações que não necessitam de ajuda e as que necessitam da ajuda da enfermeira (avaliação de risco e a mediação com o usuário). A enfermeira é a profissional que, na maioria das vezes, negocia com o médico consultas além do estimado. Questiona-se se os momentos de decisão sobre atender ou não um usuário devem se pautar somente em critérios estabelecidos pela equipe.

Algumas das equipes utilizam o sistema de senha, distribuída por ordem de chegada. A utilização das senhas é justificada pelos trabalhadores como medida que evita a aglomeração próxima ao balcão e a escuta da queixa pelos demais usuários, já que cada um é chamado de uma vez, evitando constrangimentos.

Na nossa unidade é diferente, foi feito senhas, e aí abre a porta, independente se vai passar, qualquer coisa, é feito uma senha, aí no balcão ficam duas recepcionistas, e aí vão chamando por ordem de senha, distribuída por ordem de chegada. É consulta, o meu é encaixe...e aí pega todas as consultas, direciona o que é dentista o que é pediatra, o que é clínico, e aí é feito uma triagem, no caso de não ter consulta para o número de pacientes, aí é feito uma triagem também de prioridade para criança, para idoso, para gestante, e necessidade mesmo, é dor, é febre (GFT02, p. 02).

E foi feito a senha, porque todos ficavam amontoados ali em cima do balcão... então na porta antes de entrar, não chega nem no balcão, pega a senha e vai sentar... aí vai chamar pelo número, dependente para quem vai passar, e cada um fala o que é, senta e espera ser atendido (GFT02, p. 03).

E em geral ele ficava constrangido porque o outro ficava assim com a orelha em pé querendo ouvir (GFT02, p. 03).

A distribuição de senhas e a possível vaga de encaixe para o mesmo dia, produzem no usuário a necessidade de chegar antes do horário de abertura das unidades, para obter as primeiras senhas e garantir o atendimento nas vagas disponíveis para a demanda de encaixe.

Os usuários chegam cedo lá no portão, e assim, lá a gente tem revezamento, a gente entra 6 e meia, porque a nossa unidade fica em uma avenida muito assim, movimentada, e a gente faz revezamento e gente abre meia hora antes...eles entram e fica ali no banquinho, ali na arinha ali, e aí 7 horas abre a porta (GFT02, p.12).

Observa-se que a formação de filas numa disputa pelas consultas ofertadas, favorece talvez aqueles que conseguem chegar primeiro e não os que mais precisam de assistência, mesmo considerando os critérios de prioridade e risco, utilizados pela equipe para o atendimento da demanda espontânea.

Pelos relatos dos trabalhadores a relação estabelecida na passagem pela recepção está mediada por regras, critérios e pactos internos, que organizam os processos, mas amarram a criação. De acordo com Merhy (2002) quando não se consegue exercer seu trabalho de forma criativa ficando completamente amarrado pela lógica do trabalho morto em suas diferentes dimensões tecnológicas (instrumentos, o saber fazer de cada profissional, técnicas, modos de organização) ocorre a captura do trabalho vivo.

Nas unidades, após a triagem feita pela escriturária, serão ouvidos em espaço reservado somente os casos considerados complexos. Como descrevem as trabalhadoras, os casos complexos que precisam da escuta e avaliação da equipe de enfermagem, são ouvidos na sala de acolhimento (se houver) ou em outro local disponível. Nos casos considerados simples a escuta é feita do balcão.

Quando a gente percebe que o caso é um caso que precisa de uma maior atenção, a gente leva para uma sala específica. Mas tem coisas que são simples que a gente resolve ali na recepção mesmo, tem coisas que às vezes a gente precisa levar numa sala, às vezes na sala de acolhimento, às vezes na enfermagem, depende da situação da unidade, a gente vê para onde a gente leva esse usuário (GFT01, p. 03).

É, geralmente é feita no balcão ou é na sala também de acolhimento. Mas a maioria das vezes é feita no balcão, na recepção (GFT04, p. 03).

Este exemplo, do caso simples e complexo, coloca em jogo como se procedem às análises das queixas expressas no balcão de uma unidade, que podem ser pautadas por critérios biológicos, de cunho moral ou assistencialista. Salienta-se a necessidade dos trabalhadores questionarem sua própria escuta, em espaço reservado para isso, garantindo o direito a privacidade do usuário.

As trabalhadoras observam que os usuários sentem-se mais livres para falar com a equipe de enfermagem do que com os médicos, talvez por produzirem um momento de escuta, mas referem que precisam fazer valer esta preferência, fortalecendo as relações de confiança e o vínculo.

Porque eu acho que eles se abrem mais para a gente da enfermagem do que mesmo para o médico às vezes, e aí às vezes, ela não se abre nem para gente nem para eles, porque ela vê dificuldade em tudo (GFT03, p. 17).

Um importante dispositivo utilizado pela PNH com o objetivo de alterar o uso dos espaços em uma unidade é a ambiência, ferramenta que reorganiza espaços e fluxos dentro dos serviços, entendida como o tratamento dado ao espaço, a ser considerado como um espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Tal conceito vai além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, pois considera as situações que são construídas nos espaços. Um espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos valoriza os elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia, garantindo conforto aos trabalhadores e usuários. O espaço deve possibilitar a produção de subjetividades, que ocorrem no encontro dos sujeitos e deve ser valorizado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho (BRASIL, 2010).

Um espaço reservado para o acolhimento deve ser incluído nas unidades de saúde, pois os trabalhadores percebem o desconforto do usuário em apresentar sua queixa no balcão. Estes espaços são inexistentes na maioria das unidades que não foram projetadas para serem unidades da atenção básica.

E na nossa unidade a gente ainda está em reforma, começou a reforma, então a gente não tem uma sala

específica para acolhimento, então que fica complicado para gente (GFT03, p. 13).

...o que falta bastante para gente é um espaço, é ter uma salinha para muitas vezes, levar o paciente, que às vezes, o paciente não quer passar aquilo que ele está sentindo na frente dos outros, então o que falta para gente é isso (GFT03, p. 16).

O balcão não é o lugar ideal, porque tem outros pacientes juntos, outras pessoas junto, vamos supor, é uma mulher e ela está com algum problema...porque é uma cidade pequena, todo mundo conhece todo mundo, se a pessoa chegar lá na frente e fala determinada coisa, vamos supor, que ela fala que ela está com uma cãndida e alguém ouvi, e aí já vai falar, nossa, o que ela fez, porque as pessoas não entendem, então vai se espalhar aquilo, então fica complicado (GFT03, p. 17).

A equipe de enfermagem que realiza a pré consulta, refere que as salas destinadas para este fim são muito próximas ao balcão, produzindo um constrangimento e inibição a fala do usuário.

O que falta para gente ali na pré-consulta, porque é uma sala muito pequena, ela é bem próxima da sala de espera, então o paciente está ali ele ouve o que o outro está falando, ele não quer se abrir, porque é muito próximo, às vezes, tem uma senhora e um senhor, ela vai falar alguma coisa que acha que não pode falar perto dele (GFT03, p. 17).

A distribuição dos espaços físicos nas unidades e das ações a serem realizadas nestes espaços produzem sensações e percepções que afetam o usuário. Alguns solicitam um espaço mais reservado para apresentar sua queixa.

É mais pessoal, assim, quando fala assim “ah, gostaria que fosse separado, particular”, a gente vai para a sala (GFT04, p. 03).

Ou quando tem aquele momento, assim, a pessoa não quer falar o que tem né? Aí a gente vai para a sala (GFT04, p. 03).

Frente a ambiência da unidade, são ouvidos em espaços reservados os usuários que apresentarem uma queixa considerada mais grave ou que solicitarem outro local, manifestando incômodo as escriturárias no espaço do balcão. Os demais não deixam de ser ouvidos e ter acesso ao serviço, porém o fazem no momento em que deveriam somente ser recepcionados para um posterior acolhimento de sua necessidade.

E o que querem os usuários que procuram as unidades? A análise nos aponta a consulta médica como um primeiro pedido.

No município, o tempo de espera para uma consulta médica nas unidades da atenção básica varia de 03 a 18 dias. Mas a maioria é atendida para consulta médica praticamente no mesmo dia ou na mesma semana.

Então assim, a gente faz triagem de manhã, o que não dá para passar de manhã, já marca para tarde. E se tiver algum caso que não de para passar a tarde, a gente marca para outro dia. A gente nunca deixa passar ou marcar para daqui uma semana. Isso não existe. É sempre, acho que em todas as unidades, não dá manhã, passa a tarde, se não conseguiu a tarde passa para o outro dia (GF04,p. 07).

Para as especialidades de ginecologia e pediatria, que também atendem nas unidades básicas, geralmente a consulta ocorre no mesmo dia de procura, a depender do horário de trabalho do profissional. Em algumas unidades a demanda para ginecologia e pediatria é maior, devido ao quantitativo de crianças e mulheres no território, e nestas a espera é de um mês para uma consulta.

No município algumas unidades oferecem o atendimento noturno para os usuários que não acessam a unidade durante o dia em decorrência do trabalho. O serviço noturno recebe 30 usuários, divididos na agenda médica em agendada e espontânea.

No atendimento diurno são disponibilizadas 16 consultas médicas, sendo 8 agendadas e 8 de demanda espontânea. Todas as unidades da rede trabalham a agenda da mesma forma. A gestão municipal tem conhecimento de como as consultas são distribuídas na agenda médica.

Para o serviço, a agenda, eu acredito que do município inteiro, ela é assim, ela é uma parte agendada, e uma parte demanda espontânea. É um trabalho que a gente fez em conjunto, todas as unidades, e é quase que uniforme (GFT01, p. 02).

Tem a consulta agendada ela já vai direto para o balcão, a gente tenta fazer, não é por horário certinho, mas a gente tenta fazer 3, 4, cada meia hora...(EG2, p. 14).

Aumenta-se a oferta de consultas quando a demanda é maior.

Só que a procura é muito grande. Todos os dias é sempre muita procura. A média de encaixe é muito

grande da demanda espontânea. Nunca é menos que 10. De 10 já chegou até 30 na demanda espontânea. Então é bastante (GF04, p. 07).

A negociação de aumento de consultas médicas conta com o grau de flexibilidade do profissional para a inclusão de mais usuários em sua agenda.

tem vezes que é até difícil, aí a gente leva a agenda para a doutora, e a doutora vê o que ela acha que é prioridade para ela (GFT02, p. 05).

...o médico meu é bem flexível...Como ele é mais maleável, assim, se tiver necessidade de passar das 16 a gente consegue (GF04,p. 07).

Uma das enfermeiras relata que para não enfrentar a negociação diária de aumentar a agenda no dia, criou-se a estratégia da “agenda escondida”. Trata-se de uma maneira de garantir que o usuário tenha sua necessidade atendida em agenda programada, com tempo de espera reduzido. Seu uso é controlado pela enfermeira da unidade.

Só que aí, o que, que eu faço? Eu tenho algumas agendas escondidas (risos). Que alguns dias, como tem bastante médicos, tem alguns dias que eu não agendo nada. Para que na hora que eu faço esse acolhimento, aqueles que eu posso agendar para outro dia, que é mostrar um exame, que é uma alergia, ou coisas do tipo assim, eu tenho essa agenda escondida que eu posso agendar para amanhã ou para depois de amanhã entendeu? (GFT01, p. 07)

...escondida porque ela não fica na recepção...o escriturário não sabe... Assim, eles sabem que a agenda existe, mas ela não é de livre uso, eu sou uma mediadora dela, porque ela é uma carta na manga para que eu possa dar uma resposta ao usuário e que ele não sai sem resposta nenhuma da minha unidade, se eu não puder atender ele hoje, eu não vou dizer para ele, “olha, eu não vou poder atender o senhor”, eu falo, “ah eu não posso atender o senhor hoje mas eu posso atender amanhã, eu posso deixar agendado?”, então essas agendas elas têm esse intuito (GFT01, p.07).

Os escriturários acham tranquilo, é um acordo nosso, até porque eles me ajudam a fazer o acolhimento. Eles também agendam nessa agenda, só que não é agenda de livre demanda, que as pessoas vêm todo dia pra consulta, essa agenda ela é para os casos de acolhimento que precisa ser atendido naquela semana e não para daqui 20 dias como é o fluxo normal da agenda (GFT01, p.07).

As situações descritas colocam em análise o poder de médicos e enfermeiros frente ao atendimento do usuário. Considera-se importante a distribuição das 40hs do médico das USFs, entre consultas individuais, atividades em grupo, visitas domiciliares e participação em reuniões na busca de um equilíbrio entre elas. A realização de consultas médicas é algo importante nas unidades de atenção básica, mas julga-se necessário não reproduzir um modelo de pronto atendimento, alimentando o elevado número de consultas na atenção básica à demanda espontânea. Deste modo deve-se abrir espaços para outras atividades na agenda médica e enfrentar possíveis resistências a estas mudanças, tanto por parte dos médicos quanto dos usuários.

A definição de um quantitativo de consultas cria dificuldades que são mediadas pelas enfermeiras das equipes na recepção de usuários mais inflamados, enquanto negociam com os médicos a realização de mais uma consulta, como já visto. Tais situações, oriundas do modo de organização do serviço e da prática profissional do médico e do enfermeiro, permitem uma autonomia do médico para estabelecer horários e agendas (número de consultas a serem realizadas) individualmente, e institui como papel da enfermeira, ser uma mediadora dos conflitos daquilo que escapa às normas instituídas, uma dinâmica que em suma remete ao não enfrentamento do problema. A realização de consultas de enfermagem poderia contribuir na mudança do modelo centrado na consulta médica, um dos objetivos da adoção de ESF nos municípios.

Observa-se que a oferta vai modulando a demanda, pois os usuários que procuram a unidade são na sua grande maioria, encaixados. Isto amplia a necessidade de realização das ofertas acopladas às consultas médicas (pré consulta e pós consulta) e a fragmentação das ações de cuidado, como apresentado a seguir pelos trabalhadores.

Para a demanda de consulta médica agendada, o fluxo de atendimento segue da recepção para a pré consulta e finaliza na pós consulta, realizada pelas técnicas de enfermagem.

Na pré consulta, também denominada pelos trabalhadores de acolhimento, ocorre a verificação dos sinais vitais do paciente e uma escuta de sua necessidade, na busca de entender o que lhe fez procurar por atendimento.

Quem faz esse trabalho da pré-consulta são as técnicas de enfermagem (GFT02, p. 12).

Em relação aos pacientes que são agendados, tem esse acolhimento na hora de fazer a pré consulta antes

do atendimento médico, que lá também tem o acolhimento da equipe de enfermagem (GFT01, p. 03).

É ver sinais vitais do paciente, conversar com o paciente, ver o que ele está sentindo no momento, porque ele está necessitando da consulta... Pressão, destro pra quem é diabético, peso... altura. Temperatura para ver se está com febre... (GFT01, p. 13).

A pré consulta é apontada por uma das gestoras como o momento de avaliação pelo instrumento “anamnese”.

Então uma pessoa já se dirige ao balcão, é identificado, ela já informa que pode aguardar, ela já espera o seu lugar, a recepção leva a ficha, a pré-consulta chama, faz avaliação, faz anamnese e manda para o médico, volta e faz a pós-consulta (EG2, p. 14).

Na pós consulta a equipe de enfermagem preocupa-se em orientar e garantir que o usuário dê seguimento ao que lhe foi indicado pelo médico.

E quando ele sai da consulta ele volta para a sala da enfermagem, eles recebem orientações, se foram solicitados exames, ele já sai com a data do exame, se são encaminhamentos... a gente avisa ao usuário que dia que vai ser atendido (GFT01, p. 13).

Então, dessa sala de enfermagem normalmente ele já vai embora. Se precisar passa pela recepção, para pegar as guias de encaminhamento... ou pega na sala de enfermagem (GF T02, p. 12).

...entrega a medicação, é feita a orientação de exames, essas coisas, aí depois já passa para o autógrafo... (GF T02, p. 12).

Observando a forma como o paciente deixa a unidade observa-se que o trabalhador revela um cuidado com o usuário, no sentido de garantir a continuidade do que lhe foi indicado pela clínica médica. Ressalta-se que as práticas denominadas como “pré e pós-consultas” não configuram a consulta de enfermagem, como esclarece o parecer do COREM/SP:

“a realização dessas abordagens denominadas genericamente como “pré e pós consultas”, cujas ações comumente desenvolvidas são aferição dos dados vitais e levantamento de dados antropométricos, bem como explicações sobre o tratamento médico proposto, se descontextualizadas da Consulta de Enfermagem ferem os dispositivos da legislação do exercício profissional de Enfermagem e contribuem unicamente

para a precarização da assistência” (COREM/SP, 2012, p.4)

A Resolução CFM nº 1958/10, que define e regulamenta o ato da consulta médica, explicita em seu Art. 1º que “a consulta médica compreende a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição terapêutica como ato médico completo e que pode ser concluído ou não em um único momento”. Fica explicitado que é competência do profissional médico por ocasião da realização da consulta médica proceder ao exame físico do paciente o qual compreende entre outras ações a aferição dos sinais vitais (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010). Desta forma não faz sentido a manutenção da pré consulta nas unidades de atenção básica, um instituído que sustenta a relação de poder do profissional médico e descaracteriza a prática da enfermagem, reduzindo sua clínica.

Em se tratando da demanda de encaixe para a consulta médica, a mesma prevê uma pré consulta e uma pós consulta, como no fluxo da agendada, portanto todos os usuários que procuram por atendimento médico irão passar na pré consulta.

Merece destaque o emprego das denominações triagem, avaliação e pré-consulta como sinônimos de acolhimento. Pode-se pensar que no ato de sua execução seja possível estabelecer entre usuário e trabalhador o espaço intercessor que possibilita o diálogo e o vínculo. Talvez se deva rever a finalidade destas ações, já que o acolhimento é afirmado por gestores e trabalhadores como uma prática das equipes, mas que se perde neste contexto. As falas que seguem exemplificam as duplicidades que envolvem termos e práticas, provocadas pelo imperativo da consulta médica.

Na fala da trabalhadora, o acolhimento acontece a todo o momento e deixa de ocorrer quando a demanda do usuário é a consulta médica. A partir daí passa-se a fazer uma triagem, pois a demanda é sempre maior que a oferta.

Eu acho que o acolhimento acontece nas equipes a todo o momento. Só que ainda nós temos um grande problema entre acolhimento e triagem. Porque a partir do momento que o indivíduo chega solicitando uma consulta, já muda o foco, e deixa de ser daí só o acolhimento, e passa a ter que ser feito uma triagem, porque nem sempre a gente tem vaga pra todos que chegam com essa demanda de querer uma consulta (GFAI, p. 39).

A trabalhadora argumenta que a triagem determina uma avaliação da necessidade a partir da escuta do usuário e que, nesta avaliação, decide-se o destino da queixa (encaminhar para a psicóloga, encaminhar para o grupo, conversar com o usuário). A ação de triar é também denominada de acolhimento.

É feita uma triagem, nessa triagem é feita uma avaliação de qual a necessidade que ele está precisando no momento, então às vezes, é uma consulta, passar na psicóloga, às vezes é uma atenção mesmo que o paciente quer, às vezes, o paciente vai sempre na unidade a gente tem que saber por que, que tem muito aquele que quer mesmo conversar, para desabafar, tem aquele que precisa da gente encaminhar para um grupo. Então é assim que é feito o acolhimento, é feita uma triagem, e a gente vê, dividindo qual é realmente a necessidade dele (GFT03, p. 02).

Uma situação que oferece um contraponto ao apresentado é a da triagem como desnecessária, pois na grande maioria das unidades o quantitativo de consultas é suficiente possibilitando o encaixe. Nesta situação todos os usuários são encaminhados diretamente para a pré consulta.

Para falar a verdade, assim, com o tempo que eu ACS fiquei ajudando as escriturarias no balcão, é difícil dispensar um paciente... elas mesmo encaixam, geralmente tem consulta para todo mundo (GFT02,p.12).

Quando está sobrando consulta elas vão colocando... mesmo sem fazer uma avaliação do paciente... porque depois esses pacientes vão ser chamados em uma pré-consulta, verificar a pressão, glicemia, e já vão perguntar por que está passado... (GFT02,p.12).

Observa-se ainda uma demanda frequente relacionada a usuários que precisam conversar. De acordo com a fala do trabalhador esta demanda é compreendida como “necessidade de origem psicológica” o que reforça a afirmação da PNH e de diversos autores a respeito da dificuldade do trabalhador de saúde para lidar com a dimensão subjetiva sem a dicotomia corpo/mente.

As enfermeiras e a gestão expressam satisfação quando o atendimento do usuário engloba o acolhimento, que possibilita uma ação mais resolutiva, e imprime no fazer da enfermeira o exercício de sua clínica. Entende-se que a consulta de enfermagem deve ser realizada com mais frequência por este profissional.

E a gente tenta ser o mais resolutivo possível né? Se tiver que passar no médico, já passa. Senão, se tiver alguma coisa para eu resolver, na consulta de enfermagem eu já resolvo (GFT04, p. 04).

Se precisa eu peço exames, verifico a pressão, às vezes está com a pressão muito alta, a gente vai verificar a pressão ali. Então às vezes não é, então na verdade não é só uma conversa, quando você identifica uma necessidade você já tenta resolver...Já tenta resolver ali. Isso (GFT04, p. 04).

Porque muitas vezes a gente consegue, como enfermeira, resolver muito mais rápido do que ter que passar pelo médico. A gente consegue ter essa agilidade. Cabendo a nós né? (GFT04, p. 08)

...a própria recepção já pega a queixa, às vezes, é auxiliado pela técnica ou pela enfermeira, e aí já disponibiliza a consulta, ou senão a consulta, às vezes, eu estou com dor urinária, a própria enfermeira já pede um exame, aí para já voltar para consulta com o exame em mãos (EG2, p. 15).

Observamos no município caso que a organização dos serviços e as ofertas das equipes têm instituído necessidades (consulta médica) e modos capturados de agir dos trabalhadores (pré e pós consulta). Deve-se considerar que nos espaços ofertados aos usuários temos a possibilidade de produção de encontro, portanto tais espaços podem ser mais explorados, produzindo uma abertura para novas leituras. Os fragmentos do cotidiano dão pistas de que a estruturação dos processos de trabalho vão determinando um modelo tecnoassistencial, centrado no fazer médico e no uso de tecnologias que afastam os profissionais da enfermagem da potência de sua atuação profissional dentro da ESF. Para a efetivação da cadeia de produção criada, vemos que cada trabalhador precisa realizar o que foi combinado em cada etapa, para poder dar sequência a etapa seguinte. Cada etapa tem sua finalidade na cadeia de processos instituídos e já institucionalizados.

Os conceitos de instituído e instituinte nos ajudam a compreender o trabalho em saúde e seus processos. Toda a instituição apresenta um jogo de forças entre o instituído e o instituinte, conceitos da Análise Institucional. O instituinte corresponde às forças transformadoras ou fundadoras da instituição enquanto o instituído consiste no efeito ou produto da atividade instituinte. De acordo com Lourau, toda instituição se encontra atravessada pela interação contínua e mútua dessas forças inerentes ao processo de institucionalização (BAREMBLITT, 2002).

Considerando o fluxo a partir da recepção e o direcionamento para o acolhimento, que na concepção de trabalhadores e gestores é a abertura para a escuta e o diálogo, constituição de vínculo e resolução dos problemas do usuário, o que a prática revela é a captura do trabalho vivo. Segundo Merhy (2002), o trabalho vivo por sua vez estará sempre sendo capturado por forças instituídas, pelas necessidades de saúde socialmente construídas (consulta médica no caso) e pelos modos de satisfazê-las, modos traduzidos pela organização dos processos de trabalho e do uso de ferramentas (tecnologias que o trabalhador utiliza para sua realização). Quanto mais ferramentas originárias de trabalho morto, mais captura pela força instituída. Daí a importância das finalidades do trabalho em saúde que determinam a composição entre trabalho vivo e trabalho morto.

O trabalho vivo em ato tem a potencialidade de questionar o processo de trabalho, pois sua essência está na ação do trabalhador, sua intencionalidade e finalidade e os modos de operar. A implementação do acolhimento pode ser considerada uma força instituinte, pois é reconhecida como uma ação que possibilita a análise do processo de trabalho, bem como o encontro entre trabalhador e usuário, um espaço intercessor de criação (MERHY, 2002).

Parece-nos que a produção de mais trabalho vivo e de um encontro entre trabalhador e usuário, resultaria em uma interferência no modo de produção da equipe e de processos instituintes.

Em uma das unidades, a organização da agenda da equipe de enfermagem permite a escuta de todos os que buscam por atendimento sem agenda prévia. Uma sala vazia (onde ocorre a pré-consulta) e trabalhadores não ocupados pelos afazeres da pré e pós consulta médica realizam a escuta individual da queixa do usuário, o que denominam como “um melhor direcionamento a necessidade do usuário”.

Então, no nosso caso, na nossa unidade é um pouquinho diferente né? Os usuários chegam, também tem a demanda espontânea e consulta agendada. Só que as consultas agendadas são a partir das 8 horas da manhã e no início da manhã demanda espontânea. Apesar da gente não ter sala, todas as meninas acolhem né? A recepcionista que acolhe o paciente. Aí a gente tria né? No caso, a gente vai ter uma escuta, só que leva na sala porque até o médico chegar, eu não tenho ninguém fazendo pré-consulta porque minhas consultas são agendadas. A gente agenda consulta das 8h00 as 9h30, por horário. E aí a gente vai escutando um a um. Tem caso que não tem

necessidade de passar no médico, a gente acolhe e direciona ele (GFT04, p. 03).

O depoimento de uma enfermeira, detalhando o seu fazer cotidiano com os usuários, sugere como possibilidade a escuta feita por um profissional da equipe após a recepção das escriturarias no balcão da unidade.

... aqueles que vêm para a demanda espontânea chegam às 7, a gente vai acolhendo e vendo a necessidade. Aí quem faz essa escuta na salinha sou eu. Isso. As meninas da recepção, a gente tem um caderninho, vai colocando a queixa do paciente, eu chamo um a um, converso qual é a queixa e a gente coloca em consulta, dependendo da necessidade do paciente (GFT04, p. 04).

A prática descrita nos parece produtora de equidade e de escuta atenta, no sentido de reverter a ideia segundo a qual todos os usuários que procuram por atendimento médico terão necessariamente como resposta, o correspondente a sua demanda. Portanto, torna-se importante considerar a combinação de diferentes tipos de tecnologias para satisfazer as necessidades do usuário. Merhy (2002) nomeou de tecnologias duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras são os equipamentos, medicamentos, protocolos, prontos para serem utilizados quando necessário. As tecnologias leve-duras são a união dos saberes estruturados que estão prontos (anamnese, a clínica do médico e da enfermeira) com as interferências do que é produzido na relação com o usuário. As tecnologias leves são as utilizadas na construção das relações: escuta, atenção, vínculo, responsabilização.

Nas unidades de saúde, os primeiros atendimentos são reservados a demanda espontânea e a descrição do trabalho das equipes nos parece indicar que predomina a combinação das tecnologias leve-duras e duras de uma dada complexidade no momento da chegada do usuário e seu seguimento. O município para a continuidade do cuidado do usuário depende de outros serviços que detém as tecnologias duras mais complexas e que não se encontram no território municipal.

Os trabalhadores reconhecem que diferentes formas de receber os usuários são realizadas na unidade, mesmo considerando as regras de funcionamento. Tal diferença é produzida pela escuta e por afetações percebidas nas entrelinhas quando o assunto é o perfil demanda que chega a unidade. Tal percepção nos remete a dimensão do acolhimento enquanto atitude. Quando questionados referem o seguinte perfil daqueles que procuram por atendimento na demanda espontânea: as poliqueixosas; as demandas “psicológicas”; o usuário que faltou no trabalho e quer um atestado para o

dia, o pedido de receita médica, a necessidade de conversar, compartilhar seus problemas (carência).

...a maioria é psicológico... (GFT03, p.13).

Alguns atestados também, é que lá sai gente e o atestado já deu um corte...damos o atestado no horário que ele chegou até o horário que ele sai, e aí ele sai descontente, porque ele não queria aquilo, ele queria o atestado do dia, porque ele não foi trabalhar, e aí ele veio a tarde, e ele fala, vou pegar atestado... (GFT03, p.13).

a gente vê a necessidade de conversar, de achar, encontrar alguém que ouça elas, o problema delas, às vezes nem é tanto só a consulta médica em si. Às vezes são pessoas que não tem um familiar, uma pessoa para estar conversando, estar expondo os problemas, então elas aparecem assim entendeu? (GFT04, p. 11)

Carência né, de alguém estar ouvindo. (GFT04, p. 11)

... a gente já conhece quem são os atestados, quem é poliqueixoso, porque na verdade, ele quer ir mais para conversar, que acaba até que tirando uma pessoa que realmente está com dor (GFT02, p. 05).

Quanto ao perfil da demanda espontânea, que não corresponde na maioria das vezes ao atendimento de casos agudos, o trabalhador menciona a utilização desnecessária de consultas médicas destinadas ao usuário, que ocupa um lugar que não lhe é de direito. A partir desta afirmação as equipes criam mecanismos para lidar com esta realidade frequente, instituindo o controle de vindas à unidade, feito pela recepção e pelo médico no prontuário do usuário, no sentido de inibir a procura por consultas.

E são sempre as mesmas pessoas, por que é usado lá na nossa unidade, de uns tempos para cá, as meninas da recepção, as escriturarias, elas escrevem no prontuário de vermelho, que foi demanda espontânea, que o paciente veio para encaixe, então é escrito pela escrituraria quando o paciente chegou e tal. Então agora o médico sabe quando o paciente está agendado e quando o paciente veio para encaixe, então agora o médico mesmo, se o paciente vai para encaixe, e vai pedir receita médica o mesmo já dá um corte, entendeu? (GFT03, p.13)

A saída pensada pela equipe denota uma estratégia punitiva ao usuário. Parece-nos necessário uma atenção mais dirigida a estes perfis, pois podem apresentar riscos

sociais e/ou subjetivos, que indicam vulnerabilidades. O Caderno Acolhimento à demanda espontânea (BRASIL, 2012) afirma que a competência técnica, o bom senso e a sensibilidade são suficientes para avaliar os casos atendidos de demanda espontânea, considerando o risco e a vulnerabilidade de sujeitos e comunidades. Se houver dificuldades na estratificação deste risco e o caderno sugere que a equipe pactue um protocolo que contribua no momento do acolhimento.

Uma das gestoras apresenta seu entendimento sobre a disponibilização na agenda médica de consultas de encaixe, destinadas ao atendimento de usuários que apresentam um sintoma agudo que deve ser atendido na atenção básica.

...se é um encaixe, uma pessoa que procura o atendimento por algum outro motivo, ela vai chegar ao balcão, ela vai expor a queixa dela, normalmente a gente já deixa um número reservado de consultas, para os casos que aparecem não de emergência, mas de uma coisa aguda (EG2, p. 15).

Saindo do foco da consulta médica, as enfermeiras apontam outras ofertas na agenda da unidade realizadas por elas, como atendimento de usuários com patologias crônicas que necessitam de controle. Este é o momento em que elas exercem uma ação específica de cuidado a partir de seu núcleo de saber.

...normalmente também quem vem para um atendimento de enfermagem que são os controles que não passam pelo médico, vêm num horário um pouco depois das 08:30 que é um horário que o médico já fez o atendimento das demandas, depois já vai fazendo de quem já está agendando, e depois a enfermagem só faz os atendimentos de enfermagem que somente passa na enfermagem (GFT01, p. 03).

Trabalhadores e uma representante da gestão municipal complementam a fala da enfermeira com os caminhos que o usuário pode percorrer na unidade: a consulta de enfermagem, uma orientação, coleta de exames, o trabalho com grupos, um atendimento de fisioterapia e saúde mental, o que garante ao usuário o atendimento de suas necessidades no território onde mora.

É, ele pode vir para diversas coisas, por exemplo, ele pode vir para um atendimento com a enfermeira, para uma orientação, ele pode vir para uma consulta médica, ele pode vir pelo procedimento, então são diversos caminhos que ele pode percorrer na unidade (GFT01, p. 01).

Os grupos que a gente tem lá na comunidade, é grupo de hipertensão, feita pela médica...que é grupo de hipertensão e diabético. Aí é feito todo mês, mensal, geralmente são mais idosos que vão no grupo, e a gente tem o grupo de saúde mental, que é de atividade física, agora tem um grupo novo que agora foi aberto pela psicóloga...(GFT03, p. 18).

...coleta de exames a gente já tenta fazer na unidade, como eu disse, a fisioterapia, o que dá para ser feito na unidade a gente já faz também, saúde mental, o que dá para fazer na unidade a gente já faz também. Então a gente tenta fazer a maioria dos procedimentos na própria unidade, ou no território onde a pessoa mora (EG2, p. 15).

Entre estas ofertas, os atendimentos em grupo encontram menos adesão dos usuários. Alguns trabalhadores interpretam sua ausência como uma falta de interesse.

Tem grupo, tem grupo de caminhada de manhã, eles não aderem...foram bastante no começo...a gente foi também ...Teve um grupo dessas senhoras com a TO pra fazer artesanato... na nossa foi marcado 4 encontros, não apareceu 1 pessoa...eles não vão, porque eles não têm interesse... (GFT03, p. 12).

O trabalho com grupos na atenção básica é algo a ser explorado e desenvolvido pelas equipes. A equipe do Núcleo de Saúde da Família (NASF) do município, que apoia as equipes da atenção básica tem algumas ofertas nesta direção. A roda de conversa com a psicóloga produz adesão de mulheres que buscam ser acolhidas por dores inespecíficas, sintomas vagos e difusos que não encontram associação direta com uma causa orgânica. Desta forma, atendem-se necessidades percebidas e pouco acolhidas na prática das equipes das unidades de saúde da atenção básica.

...tem dois grupos novos, o de artesanato, e o de mulheres políquelixosas, grupo de rodinha de conversa mesmo com a psicóloga, também está bem interessante, está tendo bastante adeptos (GFT03, p. 18)

Percebe-se um estigma nestes casos, expresso pela compreensão das necessidades das usuárias como uma carência. Talvez a experiência no fazer em saúde de modo compartilhado com profissionais de outra formação, possa produzir outros sentidos, pois tradicionalmente, os serviços de saúde da atenção básica organizam seus processos de trabalho com base no modelo hegemônico estruturado sobre os núcleos especializados de saber profissional (BRASIL, 2012).

... Mulheres poliqueixosas que estão lá todo dia, que a minha cabeça dói, porque a... todo dia a cabeça dói, já fez tudo quanto é exame, não tem nenhum diagnóstico, não tem nenhuma patologia nada... (GFT03, p. 13).

A psicóloga atende as poliqueixosas, que essas que vão chorosas, que vão todo dia...as vezes dá certo, a psicóloga conversa e não aparece mais...demora um tempo para voltar (GFT02, p. 10).

As ofertas na agenda das equipes incluem triagem administrativa, consulta médica, consulta de enfermagem, consulta odontológica, atividades relativas a prática dos técnicos de enfermagem (pré e pós consulta, outros procedimentos) e trabalho com diferentes grupos. Aponta-se que o encontro com os usuários pode produzir dificuldades (ruídos), e que os mesmos podem ser vistos como aberturas para a criação do trabalhador, como um campo de possibilidades.

O processo de trabalho das equipes permite verificar uma polarização entre trabalho vivo e trabalho morto. A supremacia do modelo biologicista de intervenção floresce quando se apresenta como necessidade do usuário e principal oferta das equipes a consulta médica (agendada, de encaixe) ou mesmo na demanda espontânea. A possibilidade de complementação de outros saberes em ato, pela composição de diferentes profissionais no desenvolvimento de ações em saúde, poderia ampliar os significados do trabalho e da produção em saúde, tanto para os trabalhadores quanto para os usuários, em contraposição ao que vem sendo realizado pelas equipes do município.

Várias das situações descritas podem se configurar em espaços intercessores. O acolhimento pode ser um destes momentos se entendido como uma tecnologia do encontro, no qual trabalhador e usuário possam intervir e produzir outros encontros.

5.4.3 Outras percepções acerca da prática do acolhimento: um velado campo de disputas

Uma das gestoras refere que, às concepções dos trabalhadores com relação ao acolhimento, determinam as ações desenvolvidas e que as mesmas não correspondem ao que entende por acolhimento. Uma tentativa da gestão em reverter este processo é tentar mudar o que pensam os trabalhadores por meio de capacitações. Entende

também que o acolhimento é um processo em construção e não depende somente de normatizações e conhecimento sobre o assunto.

É preconizado sim, como eu disse tem pessoas e pessoas, tem pessoas que acham que abraçar, beijar, e falar, queridinha vem aqui, acolheu, e aí a gente vira e mexe faz alguns treinamentos que não é assim (EG2, p. 12).

Então assim, eu acredito que aconteça, mas já visualizei também várias situações, onde eu falo, “gente, isso não é acolhimento”, e a pessoa entende que é acolhimento. Então ainda é um processo de construção, eu acredito, não é 100% não, não vou falar para você que eles não sabem, então se chegar em qualquer unidade e falar que é acolhimento eles vão ter uma definição deles, mas não é 100% ainda não (EG2, p. 13).

O acolhimento surge para a gestão como um balizador do trabalho das equipes nas unidades, pois passa a conhecer a partir das queixas feitas pelo usuário, o próprio trabalho das equipes. Com base nestas observações o gestor decide que rumo tomar, ou uma capacitação ou um remanejamento do profissional da função que ocupa por não apresentar um perfil adequado para desenvolvê-la. A situação reconhecida como problema pelo gestor é usada como exemplo no trabalho da gestão com as equipes das unidades, que devem corrigir os erros e construir uma prática que evite novas reclamações.

Principalmente em alguns (PSFs), porque as reclamações sempre vêm dos mesmos lugares, tem lugares que passa despercebido, porque não existe reclamação, e algumas unidades (PSFs), tem algumas pessoas que ainda precisam ser ou capacitadas, ou remanejadas, quando a gente entender que o perfil não é para aquilo mesmo (EG1, p. 13).

...a gente sempre pega essas situações, leva até como exemplo não necessariamente naquela equipe, mas até como um exemplo do que poderia acontecer dentro daquela situação, e qual seria o norte mais correto (EG2, p. 18).

Dentre os diferentes modos de recepção, fluxos e regras estabelecidos pelas equipes e rotas criadas pelos usuários, existe um campo de disputa. Pelos relatos das equipes, as decisões relativas ao funcionamento da unidade e as normas para o acesso às ações e demais serviços não foram construídas com a participação da comunidade produzindo alguns efeitos.

Como fazê-los entender que o atendimento não é mais por ordem de chegada e sim por critérios de priorização e que a demanda espontânea é um encaixe? As equipes criam diferentes estratégias que objetivam fazer o usuário compreender a lógica da organização do serviço, como exemplifica a fala das trabalhadoras.

Eles chegam um pouquinho antes do horário de abrir a unidade, não chegam às 5 da manhã. Mas eles têm uma visão ainda que é por ordem de chegada... (GFT01, p. 10).

Mas a gente orienta, colocamos um cartaz também... Aquele cartaz ele é estratégico, cumprido e vermelho para chamar atenção, porque tem gente que lê e muitas vezes eles não vão entender que a demanda espontânea é um encaixe. Então eles vão ler aí eles vão virar e vão perguntar, “o que que é?”, aí é uma deixa, pra gente chegar e explicar... (GFT01, p. 10).

Apontam que uma das principais dificuldades do usuário consiste em compreender como se dá o atendimento com a estratificação de risco e prioridade. Os trabalhadores inferem que os usuários não compreendem as normas ou não “entendem o sistema” de saúde, pois continuam chegando mais cedo do que o necessário.

Mas ainda tem o paciente que não conhece o sistema direito, chega gritando o paciente reclama que passou aquele que tava com febre, aquele que tava com dor no pé... (GFT01, p. 12).

Por que, que você atendeu ela primeiro, não atendeu eu... (GFT01, p. 12).

Às vezes por ignorância no sentido da palavra mesmo, de não saber, de não conhecer o processo, pessoas que é a primeira vez que vem para a unidade e ainda chegam com essa ideia de que eu cheguei primeiro e vou primeiro... (GFT01, p. 12).

E a gente explica, os agendados nossos são a partir das 8 horas, que são os idosos depois são as crianças e os adultos lá em cima. Só que geralmente os idosos vêm 7 horas da manhã (GFT01, p. 12).

Por sua vez, os agendados do dia, no momento em que observam que o médico está atendendo a demanda de encaixe, solicitam antecipar sua consulta.

Querem passar antes da demanda, só que eles não entendem que a demanda são pessoas que estão com febre, pessoas que não estão passando bem, então assim, dá um probleminha às vezes, porque eles não

querem entender que eles são prioridade. (GFT01, p. 12).

Relatam que alguns usuários querem escolher o médico que realizará sua consulta e não aceitam outras opções, informando ao trabalhador que irão procurar “no particular” pela consulta com o médico desejado.

Por exemplo, eu quero o doutor X, as vezes eu não tenho o Doutor X, eu ofereço o Y, agora se ele não quer, não posso fazer nada. Eu tenho essa dificuldade com um pediatra, que é um pediatra antigo, conhecido e tal, que ele atende duas vezes por semana pra mim, tem mãe que quer aquele pediatra, aí ela tem que aguardar o agendamento normal. Aí eu falo, “olha, mas o seu filho não tá bem, vamos marcar para amanhã com outro médico”, “não, eu não quero, eu vou procurar particular”, aí é uma opção da pessoa (GFT01, p. 08).

Outro aspecto abordado refere-se ao não entendimento da organização em rede, sendo a atenção básica apenas um nó do sistema. Nem todas as necessidades são atendidas nas unidades, resultando na reclamação de alguns.

Porque às vezes é dificultoso para eles entender que a gente trabalha em rede, aí vai chegar num certo setor que depende de um sistema, que tem que ter a espera, que não é aquela hora, tem um tempo, aí tipo, eles já ficam meio sabe? Mas eu ainda acho que os que não entendem ainda são a minoria. Que briga, que discute (GFT04, p. 14).

Os trabalhadores percebem as diferentes rotas criadas pelos usuários, como o aproveitamento da brecha dada pela demanda de encaixe, que o leva a não marcar mais consultas programadas. Vê-se com isso que a unidade de saúde está sendo transformada num pronto atendimento.

Os agendados faltam, geralmente tem dia assim que é todas as consultas foram só encaixe, foi 1 só do agendado. Então assim, eles não têm essa noção de saúde, eles acham assim, vou lá e eles têm que me atender, se e eu for lá 1 hora tem que ter médico para mim, eles não querem saber de agendar para consulta, ir lá no seu horário agendado (GFT02, p. 07).

...para alguns ficou até muito mais fácil no momento, ele irem no encaixe, sem agendar a consulta...eles acabam acostumando com isso... (GFT03, p. 11).

A realidade produzida imprime uma tensão entre o trabalhador e usuário. O usuário que “atrapalha” por ocupar a vaga de uma demanda genuinamente espontânea.

às vezes, atrapalha, sempre atrapalha (ocupar vaga da demanda espontânea) porque se aparece uma urgência, não é de acontecer, mas se aparece uma urgência, e aí como que vai ficar? E a vaga pra aquela pessoa que tá urgente lá, a gente tenta trabalhar isso com eles (GFT03, p.13).

Mas na verdade, ficou prático para eles, então a gente já conhece os pacientes, quando eles entram pela unidade ali naquela porta, a gente já percebe o que vai ser, se algum encaixe...não precisa falar, a gente já conhece os pacientes (GFT03, pág13).

Os trabalhadores reconhecem que os usuários que utilizam a agenda reservada para a demanda espontânea deveriam por conta de sua necessidade, ter sua consulta programada.

De 10 consultas vamos pôr que 4 é urgente, o restante é coisa que pode ser agendado, entendeu? (GFT02, p. 08).

...porque na verdade, a demanda espontânea é para ser um caso mais urgente para passar, nem sempre é...(GFT03, p. 07).

Os usuários não utilizam as consultas programadas para o acompanhamento médico, tentando obter nas consultas de encaixe, o que lhes é ofertado: exames e remédio.

... preciso de uma receita, minha receita está vencida, só que assim, a receita vale por 3 meses, a pessoa tem 3 meses para agendar uma consulta, já são orientados para isso...elas deixam para o último dia... (GFT02, p. 06).

...é orientado toda vez, só que não adianta, eles estão lá na hora do encaixe, chega 6 e meia da manhã, quer ser o primeiro a ser atendido, dá um barraco... Daí, ou fica tentando o encaixe ou já agenda uma consulta (GFT02, p. 06).

O que impede o trabalhador em acionar mecanismos para reverter estes ruídos e o modo de organização do serviço? A reclamação do usuário é um aspecto que afeta o trabalhador pela intensidade com a qual é recebida e pela possibilidade de ser lembrado como aquele que não atende as suas necessidades.

...é a mesma intensidade né, então eles não sabem às vezes ouvir um não né, então tipo assim, quer aquela hora...se de repente é uma coisa que você tem que dar uma resposta negativa ou não, que não é aquela hora, aí tipo eles meio que se rebelam então, aí então você também é lembrado, fulano de tal não me resolveu, não procura fulano de tal... (GFT04, p. 13)

A reclamação do usuário extravasa os muros da unidade e chega à gestão municipal. O trabalhador não consegue romper a obrigatoriedade de atendimento do usuário que lança mão da reclamação como via de acesso ao atendimento. Sentida como uma imposição, que atravessa a organização do trabalho das equipes, tal dinâmica retira do trabalhador sua autonomia. A tensão surge na tríade gestor, trabalhador e usuário.

...paciente vai na secretaria, chega lá, liga, não, pode fazer. Tipo, tira a sua autonomia, de uma coisa que já foi conversado, foi estabelecido para todo mundo falar a mesma fala, chegam lá e tiram a sua autonomia, tipo você que negou, você não quis me dar. Isso também é difícil porque esse é o mal, não ouvir primeiro o funcionário e ouvir o paciente (GFT04, p. 46).

Ou se não muitas vezes com ar de deboche, “eu fui e consegui fazer” (fala do usuário). Ele volta desse jeito, na maioria das vezes. Mas tem uns que voltam na sacanagem (GFT04, p. 46).

Um aspecto importante levantado por uma das gestoras relaciona-se a escuta e compreensão cuidadosa do que está por trás da queixa do usuário, para que não se reforce a oferta de consulta médica, ampliando as possibilidades de produção de saúde. A prática do acolhimento é vista como um dispositivo para romper o ciclo vicioso que inclui demanda e oferta centrada somente na consulta médica.

a gente fala o acolhimento é entender, não é necessariamente a consulta médica, mas a população ainda está muito focada na consulta médica, então às vezes, se você não dá a consulta médica, você não fez um tratamento humanizado (EG2, p 15).

As equipes compartilham da percepção da gestão e também compreendem o acolhimento como um dispositivo que pode reverter o modelo de atenção e processo de trabalho. Porém, o trabalhador acaba sendo engolido pelo seu cotidiano e atribui a falta de tempo como um dificultador da realização do acolhimento.

o usuário descobre, e ele sabe, se eu não passar eu vou reclamar eu vou... de alguma forma eu vou passar, então você não precisa nem se preocupar, você já vai

colocar, e eu vou passar, acaba ficando nisso, e aí a enfermeira já está preocupada com alguma outra coisa, e acaba não tendo nenhum tempo para fazer esse acolhimento (GFT03,p. 05).

A transformação de alguns processos, percebidos e descritos, talvez devolvesse aos trabalhadores a autonomia que sentem perdida. Acrescenta-se a isso a necessidade de negociação com o usuário e gestor para a utilização dos serviços públicos, associada a novas ofertas de produção de cuidado e não a barganhas políticas. De acordo com Merhy & Tulio (2003) as tecnologias leves favorecem a construção da autonomia do usuário produzida no encontro com o trabalhador, por meio de abordagens relacionais na produção de saúde. Nas percepções e dificuldades apontadas pelos trabalhadores e gestão em sua relação com o usuário, no que concerne ao uso dos serviços, as falas indicam uma participação de interferência, numa disputa de sentidos e projetos de organização dos espaços de saúde. Tal realidade nos remete a necessidade de fortalecimento de espaço de gestão compartilhada com o usuário, previsto nas leis do SUS.

5.4.4 Acolhimento: um processo em construção

A gestão municipal e o grupo de apoio institucional reconhecem que o acolhimento é um processo em construção e uma realidade na rotina das equipes. Ambos apontam a necessidade de ampliação e problematização do conceito, pois existe a percepção de que a definição sobre o tema reverbera no fazer das equipes.

Então assim, eu acredito que aconteça o acolhimento...então ainda é um processo de construção, eu acredito, não é 100% (EG2, p. 14).

E eu acho que, assim, o acolhimento já acontece. Muitas vezes, a unidade não sabe que está fazendo acolhimento, ela já inseriu na rotina dela algumas práticas, mas aquilo pra ela talvez não tem o nome acolhimento (GFAl,p. 40).

Então, mas o problema é que o conceito, às vezes, de acolhimento está um pouco limitado, que é a questão de ter ou não educação, e não é só isso. É isso que a gente precisa ampliar (GFAl,p. 43).

Mas já visualizei também várias situações, onde eu falo, gente, isso não é acolhimento, e a pessoa entende que é acolhimento... não, não vou falar para você que

eles não sabem, então se chegar em qualquer unidade e falar o que é acolhimento eles vão ter uma definição deles (EG2, p, 14).

Vimos que as concepções descritas neste estudo abarcam uma gama de elementos estruturantes do acolhimento e que talvez ocorra a suposição feita por um trabalhador do grupo de apoio: a de que os trabalhadores demonstram uma não correspondência entre o que pensam e o que fazem.

É, porque se você vai discutir acolhimento, dizem “eu sei fazer acolhimento”. Aí você fala, então “está bom, então indo em forma de dinâmica, vamos mostrar que tipo de acolhimento você faz”. Mas ali ela faz, talvez, montar um acolhimento, mas no dia a dia ela não pratica esse acolhimento. Então, você fica querendo entender o que acontece (GFAI, p. 43).

Relembrem que no início da implantação do acolhimento no município o mesmo era realizado somente pela enfermeira e que tanto ela quanto a equipe enfrentaram dificuldades neste fazer. Reconhecem que a partir da prática e de processos de capacitação desenvolveram uma capacidade no fazer em saúde, estando o acolhimento associado e uma avaliação da queixa do usuário.

E no começo essa decisão ela partia da enfermeira né, quando a gente instituiu essa lei dessa forma, já alguns anos eu acho eu lembro que a gente, nossa, ficava assim duas horas fazendo, mais de uma hora fazendo acolhimento, tentando resolver isso, agora não, a equipe já está capacitada para isso (GFT01, p. 10).

Geralmente só vão pedir ajuda da enfermeira quando não consegue mesmo, ou precisa olhar um exame ou avaliar um ferimento, coisas assim. Mas a equipe já tem capacidade para fazer essa avaliação (GFT01, p. 10).

Segundo Merhy (2002) quando o usuário procura uma unidade, vai consumir algo (ações de saúde), que tem um valor de uso (permitir que sua saúde seja mantida ou restabelecida). Este consumo ocorre imediatamente na produção da ação. É neste momento da produção/consumo que temos a construção do espaço intercessor, espaço de intervenção, na relação entre sujeitos, que é um produto que existe tanto para o trabalhador quanto para o usuário, e não tem existência sem o momento da relação em processo, no qual o espaço de intervenção se abre como um processo instituinte. Neste processo intercessor de produção/consumo vai haver um jogo de instituintes entre produtores (trabalhador) e consumidores (usuário) que os coloca em

confronto (nem sempre um conflito) de distintos formatos de necessidade e formas de satisfazê-las.

De acordo com Merhy e Franco (2003) a composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves, implica um impacto no núcleo de produção do cuidado. Os autores mencionam a operação da produção do cuidado em linhas de cuidado, uma possibilidade de produzir saúde de forma integral e integrada.

Em se tratando da organização de trabalho das equipes, observam-se duas lógicas desenvolvidas na prática, uma representada pelo conjunto de normas, técnicas e procedimentos voltados à medicalização da vida pelo destino dado as necessidades, sempre voltado à consulta médica e marcado pelas tecnologias duras e leve-duras e nas atividades desenvolvidas atreladas a consulta médica, que estruturam o fazer dos demais profissionais num cenário de repetição, fortalecendo a ideia da produção da anulação das diferenças. Para exemplificar esta questão Merhy, Feuerwerker e Cerqueira (2010) argumentam que a repetição funciona bem em certas situações (diagnóstico, que já revela um tratamento e um prognóstico) e que a objetivação e o foco no corpo biológico, deixam de lado elementos constitutivos da vida dos sujeitos.

A outra lógica revela trabalhadores operando com tecnologias relacionais em momentos de encontros singulares com os usuários.

Frente as pertinentes questões colocadas pela gestão, trabalhadores e grupo de apoio, sugere-se como um facilitador da mudança do modelo tecnoassistencial em vigor, um diálogo reflexivo sobre suas práticas, na perspectiva da hegemonia do trabalho vivo sobre o trabalho morto, acoplado aos diferentes modos de viver dos usuários e as inúmeras possibilidades do trabalho em saúde, que já florescem no cotidiano destas equipes.

5.5. Cogestão

A cogestão é produzida por modos compartilhados e democráticos de fazer gestão, modos que contenham um repensar as relações de poder, os saberes e os afetos que atravessam e circulam os processos de trabalho.

Os trabalhadores e gestores do município em estudo apresentaram sua definição de cogestão, quais os espaços reconhecidos e modos de fazer instituídos para este fim, considerando suas percepções dos poderes e afetos que circundam as relações.

5.5.1. Da congestão à cogestão: diferentes concepções sobre um mesmo tema

Trabalhadores definem a cogestão como um processo pelo qual todos os participantes expressam e compartilham o que pensam para a tomada de decisão. As decisões não devem ser entendidas como regras a serem seguidas, portanto devem ter um caráter provisório. Cogestão é um processo em que as decisões são compartilhadas e que constrói a corresponsabilidade, entendida como a responsabilidade construída no fazer junto. Quando o trabalhador se sente parte do processo ele produz e percebe o trabalho não como uma imposição. Afirmam que cogestão é discutir e fazer em equipe e consideram que as equipes do município operam em cogestão a gestão dos processos de trabalho.

Onde eu acho que todos possam se expressar, não é uma coisa engessada que eu defino e tenho que seguir, onde todo mundo pode justamente falar, dar a opinião e daí a gente compartilhar uma decisão. Eu entendo por isso (GFAI, p. 65).

Compartilhar as decisões né? (GFT04, p. 23).

Entendo que é oportunidade de realmente compartilhar e ser corresponsável, você assume essa corresponsabilidade, e aí você faz parte do processo. Você se sente parte do processo e aí você produz. Aí é construtivo, acaba sendo mais construtivo do que deliberativo, aquela coisa imposta (GFAI, p. 65).

Para mim cogestão é fazer junto né? É fazer junto com a equipe, é discutir. Eu considero que a gente faz cogestão (GFT01, p. 22).

Cogestão é também o processamento coletivo de um problema, os diferentes olhares para um mesmo objeto, favorecendo a tomada de decisão. Uma das gestoras também caminha neste sentido, de que os diferentes olhares são a matéria prima para a construção de estratégias para a resolução de problemas, que se não forem construídas coletivamente estão “fadadas ao fracasso”.

Eu até tento colocar o problema, e ver o que, que a equipe tenta olhar para os problemas e ver qual a solução ou qual o caminho a ser tomado. Eu acho que isso é uma cogestão (GFT01, p. 22).

Eu acredito na cogestão, diversos olhares de vários técnicos no mesmo ponto, e você ouvir esses técnicos, com diferentes olhares, é o que nos norteia para levar a um resultado melhor nas estratégias, entendeu? Na hora você vai montar uma estratégia, você tem que ter

essa cogestão, porque senão você pode estar fadado ao fracasso (EG1, p. 14).

Alguns trabalhadores não tem clareza na definição do termo e suas dúvidas mas expressam uma relação com sua finalidade: corresponsabilização, organização coletiva do trabalho, fazer parte da gestão do serviço. É pensada também como uma “ajuda” à enfermeira gestora da unidade. No entendimento de outro trabalhador, a ajuda viria do médico, pois “culturalmente, reforçado pela população”, é aquele que faz a gestão dentro da unidade. A fala dos trabalhadores assinala que a gestão do serviço é tarefa de enfermeiros e médicos, algo já naturalizado pelos trabalhadores das equipes.

Imagina, que ... não sei... cogestão é quando você divide não a responsabilidade, a responsabilidade é geral, mas digo assim a questão de organizar de, não sei... (GFT01, p. 22).

Nós teríamos que fazer parte da gestão...teria que ajudar, vamos supor, administrar, organizar, seria isso uma cogestão? (GFT02, p. 34).

Isso, né, quando tem alguém que te ajuda a fazer a gestão, que seja assim, a gestão é dela, não sei, a gestão é da enfermeira, mas ela tem alguém que ajuda, que seja, por exemplo, o médico, como ele tem essa, culturalmente falando né, para a população, é o médico na unidade né? ...Então assim, talvez seja a enfermeira gestora e o médico fica com uma cogestão, de ajudar a enfermeira em algumas questões que eles têm a ver com a gestão mesmo (GFT01, p. 22).

Tais falas colocam em cena a supremacia do poder de médicos e enfermeiros que realizam a gerência/administração das unidades de saúde e equipes. A PNH aposta na cogestão como um modo de administrar baseado na participação, interação e diálogo entre usuários, gestores e trabalhadores em processos que incluem o pensar e o fazer coletivos, produzindo autonomia e corresponsabilidade. Uma mudança no modelo burocrático e verticalizado que caracteriza o fazer em saúde (BRASIL, 2012). Tenta-se desconstruir a hegemonia de poder de alguns profissionais e a hierarquia imposta pelos organogramas.

A cogestão também é associada por uma trabalhadora a processos mal digeridos, uma “congestão”.

Se fosse congestão seria mais familiar (GFT03, p. 36).

Os entendimentos sobre cogestão na voz de trabalhadores e gestores são anunciados ora por sua definição com base na experiência, ora por algo que se deseja.

Torna-se presente a clareza de alguns, a imprecisão de outros e a constatação de modos de fazer gestão que não foram bem digeridos.

O tema da cogestão coloca o foco no *como* os trabalhadores operacionalizam a organização e os processos de trabalho e se a gestão destes processos se aproxima de modos mais verticalizados ou horizontalizados de comando e planejamento. Considerando que gestão e atenção são inseparáveis, modos de fazer a gestão e a gerência podem produzir importantes reflexões no sentido de alterar o modelo tecnoassistencial adotado pelas equipes.

O homem tem a capacidade, diferentemente dos demais seres vivos, de planejar e executar seu trabalho pelo manejo de distintas ferramentas. Veremos quais ferramentas estão sendo utilizadas por trabalhadores e gestores nos espaços instituídos de gestão.

5.5.2 Espaços de participação reconhecidos como arranjos de cogestão: percepções de gestores e trabalhadores sobre sua função e funcionamento

Importante destacar que os gestores municipais, ao apontarem espaços de cogestão, referem-se àqueles espaços que constam em Leis. Um deles é o Conselho Municipal de Saúde (CMS) que se reúne mensalmente e funciona como espaço consultivo e deliberativo. Todas as mudanças que venham a ocorrer no município são pautadas neste espaço. O seguimento dos usuários é o mais participativo, pois questiona, apresenta problemas e exige soluções.

Tem o segmento da sociedade civil dentro do Conselho, eles são atuantes, eles trazem questionamento, eles trazem problemas e eles querem solução, eles trazem, eles captam... (EG1, p.10).

Um contraponto ao referido sobre a participação dos usuários é colocado por outra gestora. Observa que o município tem inúmeros espaços para a participação do usuário, porém poucos participam e quando o fazem, o que predomina é um individualismo que descaracteriza a participação representativa.

Espaço de conversa tem bastante, até com a população, a gente faz audiência pública, é totalmente convidado, não participam muito... então você vê assim

que você consegue bastante coisa coletivamente, mas o individualismo ainda impera bastante (EG2, p. 08).

A gestora refere também que os conselhos de gestão local (nas unidades) têm a presença ainda incipiente de usuários, que quando participam trazem somente questões individuais e não coletivas, repetindo algo percebido no Conselho Municipal de Saúde. A legitimidade e compromisso político na perspectiva do SUS, pelos representantes do CMS é algo a ser construído.

Nas Unidades, que fazem... tem Unidade que é mensal, que eles participam, e tem Unidade que é bimensal, que o Gestor participa, mesmo no conselho Gestor local você sabe que vem aqueles dois, muitas vezes, traz problemas pessoais da família para tentar resolver, o jeitinho brasileiro, pensando na coletividade mesmo a gente ainda está aquém (EG2, p. 09).

Conselhos municipais de saúde e conselhos gestores locais atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde municipais, porém a participação de usuários, gestores e trabalhadores não estão circunscritas somente aos espaços institucionalizados pelo SUS (BRASIL, 2012). Vimos na análise sobre o acolhimento que outros espaços, pontuais e específicos, são criados pelos usuários, em momentos de reclamação direta com a gestão municipal (Secretaria Municipal de Saúde). Esta possibilidade dada ao usuário estaria esvaziando os espaços institucionalizados de participação e construção do SUS? Como legitimar espaços de construção coletiva se há contato direto com a gestão, no atendimento de questões individuais e pontuais? O Conselho Gestor Local poderia ser uma ferramenta potente de construção de novos modos de organização das unidades, a partir da escuta das necessidades da comunidade. Talvez os ruídos produzidos entre trabalhador e usuário pudessem ser minimizados por meio de novos pactos coletivos, já que na maioria das vezes os fluxos de acesso e normas de funcionamento das unidades são construídos somente pela gestão, gerência e trabalhadores.

Quanto aos processos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde, uma das gestoras afirma que eles “se dão em equipe”. A gestora solicita a opinião de trabalhadores que ocupam cargos estabelecidos no organograma e que desempenham funções gestoras para áreas específicas a diferentes assuntos e processos.

Eu ouço a equipe em tudo, principalmente no que tange aquela especialidade, então se for Atenção Básica, é a Coordenadora Geral da Atenção

Básica...como nós trabalhamos, tudo aqui é feito em equipe... (EG1, p. 10).

A mesma gestora refere na fala que segue que, ainda que não ocupem cargos do organograma, as enfermeiras coordenadoras e outros profissionais das equipes de saúde são reconhecidos como participantes da gestão municipal e solicitados a contribuir com o “olhar técnico” para a tomada de decisão, num movimento definido como cogestão. Enfatiza que as decisões não devem ser tomadas individualmente.

Nada é decidido nessa gestão que não for com a participação do olhar técnico das Coordenadoras (EG1, p.12).

Nós buscamos o olhar do médico, nós buscamos o olhar dos enfermeiros, nós buscamos o olhar dos técnicos, até dos administrativos. Então é de uma forma complexa. As decisões são tomadas depois de estudado com todos os segmentos daquele assunto, isso é uma cogestão, nós já adotamos, essa é uma filosofia que eu tenho dentro de mim, que eu acho que uma flecha sozinha quebra fácil, mas se nós juntarmos 10 flechas, ninguém consegue envergar, então é assim que tem que ser uma administração pública, tem que ter uma equipe para ser fortalecida, uma pessoa sozinha talvez tenha um olhar errôneo, e ela sabendo ouvir a sua equipe pode mudar até o direcionamento do olhar. Então é assim que eu penso (EG1, p. 12).

De acordo com Fracolli & Egry (2001, p.14) implementar a descentralização político-administrativa da saúde requerida pelo SUS decorrente do processo de municipalização, é algo que pressupõe o preparo dos municípios para assumir as funções gerenciais e a responsabilidade de gerir os serviços públicos de saúde sob sua responsabilidade, com autonomia para organizar o processo de produção de ações de saúde. Vê-se que o exercício da gestão do município não se faz por sujeitos de forma isolada e que a gestão em saúde se aprende pela prática. No arranjo de gestão descrito ela se processa entre os ocupantes das diferentes funções gestoras expressas no organograma e pelas coordenadoras das unidades de saúde da rede, exigindo uma adesão destes sujeitos aos processos de gestão.

No município temos espaços instituídos estabelecidos em Leis que regem o SUS e outros criados pela gestão, com o objetivo de viabilizar o funcionamento do sistema de saúde local. Estes espaços municipais representam uma experiência no campo da gestão que valoriza a organização do trabalho de modo compartilhado, porém ainda priorizando alguns atores para esta participação. Destacamos aqui a

priorização das profissionais enfermeiras, que frequentemente dividem sua atuação em duas funções, complementares e complexas (gerência e a assistência). Tal fato se ampara nas atribuições legais da atuação da enfermeira que implica em assumir funções na assistência e coordenação dos serviços de saúde, o que demonstra sua inserção e atuação no processo de gestão (SOUZA & MELO, 2009).

Uma das gestoras descreve como espaço de cogestão e descentralização da gestão da atenção básica, a agenda de trabalho com as coordenadoras das unidades. A finalidade destes encontros é acompanhar os processos de trabalho em desenvolvimento pelas equipes e a implementação das diferentes redes em construção no território municipal. Neste espaço compartilham-se também informações de grupos externos ao município, oferecidos pela gestão Estadual (DRSIII).

A gestora se sente apoiada pelas enfermeiras e reconhece o apoio quando constata a execução das ações planejadas pela gestão e coordenação da unidade no trabalho concretos das equipes. Valoriza também a exposição pelas enfermeiras dos problemas vivenciados no cotidiano das equipes, entendida como uma aproximação da gestão com a atenção a saúde. A gestora tem a percepção de que não adianta planejar e definir ações, sem a dimensão do que acontece “na ponta”, com as equipes.

Então eu acho que essa comunicação faz com que uma cogestão funcione, porque às vezes, você só deliberar as coisas, você não tem a resposta de como está lá na ponta, então eu acho que esse feedback da ponta para gente também é muito importante e auxilia muito (EG2,p. 09).

Eu entendo muito como cogestão, o papel que as enfermeiras fazem comigo, então assim, muitas vezes, a gente não faz quase nada em mão única, a gente sempre faz as coisas assim em várias mãos, a gente senta e se reúne, e conversa mesmo, mas eu acho que o apoio que elas dão de logística, de execução de ações, de descentralização das ações, de retorno mesmo dos problemas, eu acho que é uma cogestão, a gente se comunica muito, a gente se fala muito... (EG2,p. 09).

Por sua vez, as coordenadoras das unidades se sentem amparadas, pois quando necessitam da opinião da gestão para a resolução de um problema pontual o fluxo de comunicação é direto e aberto com a coordenação da atenção básica, sem precisar aguardar a agenda já instituída. A pauta da reunião com a gestão é construída

numa mescla de necessidades da Secretaria da Saúde acrescidas dos problemas percebidos pelas enfermeiras no cotidiano do trabalho das unidades.

Instituído tem uma reunião de chefia, que ela geralmente acontece uma vez por mês, vão todas as gestoras das unidades, junto com alguém da secretaria de saúde né, no momento quem esta com esta responsabilidade é a x que é coordenadora dos PSF's, mas se a gente tem um problema pontual, a gente liga lá e fala, "oh, estou precisando conversar" (GFT01, p. 24).

Ela já vai anotando as demandas e lá a gente toma uma decisão junto. Aí por exemplo, a bolsa família não tá legal, então faz uma, junto na pauta, coloca o que precisa ser pensado do bolsa família... então assim, é bem cogestão eu acho (GFT01, p. 24).

Observa-se que há uma confluência nas falas das enfermeiras coordenadoras e da gestora que caracteriza a cogestão de processos pactuados entre elas, num trabalho reconhecido como uma construção coletiva embasada no diálogo e colaboração, demonstrando vínculo e afinidade para o trabalho. Dentre os processos pactuados está o planejamento prévio de ações a serem executadas pelas equipes, indicando que a organização do trabalho separa quem planeja de quem executa, com características de um sistema de organização taylorista.

O taylorismo fundamenta-se na ideia de separação do processo de planejamento e execução, transferindo o pensar e dirigir para os comandos da gestão e o fazer para os executores. O processo de trabalho deverá ser fragmentado a fim de obter-se maior rapidez e produtividade, retirando do trabalhador o conhecimento global do processo produtivo (MALTA & MERHY, 2003).

Entre os diferentes sistemas de organização do trabalho no século XIX e XX (taylorista, fordista e toyotista) criados a partir da análise de seus autores dos processos desenvolvidos na linha de produção industrial, ambos visavam a ampliação da produção e do lucro com menores custos a partir de métodos de controle e dominação. Por meio dos processos de produção ocorre a separação técnica e social do trabalho, destinando a cada trabalhador, direitos e deveres no que tange ao planejamento, coordenação e execução das atividades. Assim configurou-se que o planejamento e a coordenação da produção não ficassem a cargo dos trabalhadores, dando início a criação da administração (gerência) e sua separação da produção direta (execução) (PINTO, 2007). De acordo com Campos (2000) a separação de quem

pensa e quem executa produz uma diferença de poder entre a “cúpula diretiva e os agentes de produção”.

Observa-se que a gestão municipal considera que a enfermeira gestora representa a equipe e que a conversa com os demais trabalhadores é função da gerência, para repasse de informações e planejamento de ações. Cabe ao trabalhador a responsabilidade de estar ou não bem informado para a execução. Percebe-se aqui a responsabilização individual a um processo que está sendo denominado coletivo e cogrido e a legitimidade da representação de toda uma equipe por somente um de seus membros.

As enfermeiras também têm essa conversa muito próxima com os técnicos, algumas com a recepção, porque eu só tenho uma em cada unidade... então no momento que elas estão aqui, a equipe delas também está junto com elas, então eu acho que as informações só não chegam para quem não quer (EG2, p. 10).

A participação direta da gestão (gestor municipal, coordenador da atenção básica) com as equipes da atenção básica ocorre nas reuniões de equipe, quando se faz necessária a resolução de situações emergenciais, entendidas como problema pela gestão. A gestão aponta que as decisões na saúde devem ser rápidas, o que justifica a intervenção para a resolução de problemas, como mostra a fala de uma das gestoras.

É uma Secretaria que absorve, tem problemas e tem interferências, e tem que tomar soluções rápidas, então não dá para fazer reuniões dentro do expediente nessa Secretaria, então nós optamos, ou nós vamos lá nos PSFs, ou Unidade Básica de Saúde, onde está tendo a reunião, e isso é semanalmente...(EG1,p.10).

Nota-se que os espaços e processo de gestão da atenção básica, vão se formando em cascata, da gestão municipal para a coordenação da atenção básica, desta para as enfermeiras e das enfermeiras para os demais membros da equipe, demonstrando que ocorre uma separação técnica e social do trabalho, na qual cada um tem sua função definida quanto ao planejamento, coordenação e execução de atividades.

A gestão municipal demonstra uma proximidade com as equipes na maioria das vezes pautada por problemas. Os trabalhadores reconhecem as determinações da gestão municipal e sentem que a mesma os inclui somente quando precisam de sua colaboração para realização de algum processo. A demanda não construída pela equipe entra em disputa com as diversas necessidades individuais e coletivas vigentes.

Existem determinações (GFAI, pág. 57).

Quando eles precisam de alguma coisa da gente, aí a gente sente participativo, entendeu? Aí a gente tem voz, quando eles precisam (GFT03, p. 36).

No sentido de, que às vezes, a gente ia ter uma reunião e queria discutir uma coisa, daí veio uma demanda de fora e que acabou ocupando o tempo todo da nossa reunião... acontece...É horrível (GFT02, pág. 25).

Considerando os modos de gestão, autores que versam sobre o tema (Campos, 1998, 2000, 2002, 2010; Guizard & Cavalcanti 2010, Cunha & Campos, 2010; Fernandes & Figueiredo, 2015) analisam a hegemonia de processos de “centralização normativa, que caracterizam a implementação do SUS e modos de fazer gestão nos serviços herdados de estratégias de administração moderna”. Por sua vez, o cotidiano das práticas em saúde revela que usuários e trabalhadores participam pouco dos processos decisórios das unidades que utilizam e trabalham o que pode ser atribuído a modos de gestão centralizadores e pouco democráticos.

O tema da cogestão aborda as relações institucionais e seus efeitos, no sentido de problematizar relações cotidianas de poder que permeiam e configuram as unidades de saúde no âmbito da gestão dos processos de produção. A produção de saúde tem suas dobras na gestão dos estabelecimentos, desta forma os espaços de decisão devem ser ocupados pelos trabalhadores das equipes (MERHY, 2002).

Veremos uma amostra do que ocorre dentro das unidades, analisando como a gerência das equipes é feita pelas enfermeiras e como se dá a gestão dos processos de trabalho.

5.5.3 O gerenciamento das unidades: “a cara da enfermeira”

O processo de descentralização e as reformas administrativas desencadeadas no Brasil na década de 80 trouxeram para o debate a questão das tecnologias gerenciais em saúde. A municipalização coloca a responsabilidade da gestão das unidades de saúde para o nível local, ordenando à criação da gerência e a determinação de competências para o desenvolvimento da função.

De acordo com Dantas et al, citando Campos (1989) a gerência destaca-se como um elemento estratégico no sentido de contribuir na organização do processo de trabalho, qualificando as ações em busca da integralidade, assinalado como um

instrumento para a efetivação de políticas públicas e transformação de um determinado contexto.

No município estudado as enfermeiras assumem a função gerencial como coordenadoras das unidades. Na função gerencial, lhes é atribuído pela gestão o repasse de informações de reuniões, eventos e capacitações das quais participam, sendo esperado também, por gestores e trabalhadores, que conduzam o trabalho de sua equipe.

A gerência é objeto de estudo de diversos autores (DANTAS et al, 2001, FRACOLLI & EGRY, 2001, PERES & CIAMPONE, 2006, SOUZA & MELO,2009,) e a enfermeira é o profissional no Brasil que mais desenvolve esta função com predomínio nas unidades de atenção básica, exercício regulamentado pelo Conselho Federal de Enfermagem.

O trabalho da enfermeira compreende ações assistenciais, educativas e administrativas. Ao desenvolver a função gerencial envolve-se com a maioria dos trabalhadores da equipe o que possibilita uma aproximação dos problemas que emergem do cotidiano e controle de recursos necessários para a prestação dos serviços da unidade. É também a enfermeira o profissional que assume a supervisão dos agentes comunitários de saúde e da equipe de enfermagem (DANTAS et al, 2001, FRACOLLI & EGRY, 2001, PERES & CIAMPONE, 2006, SOUZA & MELO,2009).

Diferentes análises sobre a prática da enfermeira na função gerencial apontam que o trabalho possui características como organizar, articular, controlar e supervisionar as atividades das equipes. As lógicas que caracterizam este trabalho estão organizadas sob uma concepção de gerência que adota tecnologias e saberes pautados em sistemas de organização do trabalho (taylorismo, fordismo) que reforçam a burocracia, a divisão do trabalho, o produtivismo e a alienação do trabalhador do seu produto final. Observa-se a ênfase dada pelas enfermeiras nas ações de supervisão e controle, deixando para um segundo plano o planejamento e a avaliação das práticas de saúde. Outro aspecto presente refere-se à organização pelo enfermeiro do trabalho do médico (DANTAS et al, 2001, FRACOLLI & EGRY, 2001, PERES & CIAMPONE, 2006, SOUZA & MELO,2009).

Neste estudo, a reflexão do grupo de apoio institucional sobre os modos de fazer a gerência e seus desdobramentos tenta exemplificar como as enfermeiras concretizam esta prática com as equipes.

É reconhecido que a enfermeira conduz a equipe e nessa condução “dá a cara da unidade”. Além de gerenciar a equipe a enfermeira organiza os processos de trabalho. Na percepção de uma das apoiadoras há uma tentativa de fazer com que os demais membros da equipe realizem os processos do jeito que ela os realizaria, surgindo à imposição de modos de fazer. Num contraponto a imposição, o vínculo aparece com um elemento que facilitada o trabalho da gerência.

A enfermeira, como gerente, ela conduz a sua equipe. De uma forma ou de outra ela conduz. Dá a cara da unidade, assim, por isso que eu falei que dá a cara. Não é que ela impõe tudo, que ela é um ser supremo, não, mas ela conduz a equipe, ela tem um vínculo com aquela equipe, isso torna muito bom, como ela vai gerenciar a equipe dela (GFAI, p. 58).

Eu acho assim, cada equipe tem muito, assim, a cara da enfermeira. Porque assim, ela que organiza o processo de trabalho. Ela dá uma cara pros funcionários, pelo menos tenta (GFAI, p. 49).

Então, cada enfermeira tem um jeito de trabalhar, uma forma de agir, então assim, eu acho que tem muito a ver com as enfermeiras da unidade, pelo menos é o que eu sinto nas minhas andanças aí pelas unidades (GFAI, p. 49).

Pode-se inferir que no exercício da gerência predomina o apagamento da subjetividade pela objetividade imposta ao trabalhador, uma objetividade que tem como finalidade controlar a autonomia dos trabalhadores sobre a tarefa, para que as atividades realizadas não se desviem das normas estabelecidas (CAMPOS, 2000).

A fala da apoiadora, enfermeira de formação, segue no sentido abordado por Campos, pois elucida a sustentação de regras de realização dos processos de trabalho e apagamento das subjetividades nos modos de fazer. Um exemplo classificado como “bobo”, mas revelador da disputa dos jeitos de fazer de cada um, descrito no *como* deve se dar o preenchimento da agenda de atendimento. A enfermeira lamenta que nem sempre a equipe siga o seu jeito de fazer e que não tenha sempre “a sua cara”. A equipe por sua vez, espera sua ausência na unidade para demonstrar como gostaria de fazer a agenda.

Um exemplo bem chulo, bobo. Gosto da agenda totalmente organizada, cabeçalho vermelho, escrito a lápis, sem rasura. Mas vai na minha unidade? Nem sempre as agendas tão desse jeito, entendeu? Isso porque eu converso quase todas as reuniões sobre agenda. “Pessoal, agenda é um documento, é feio

chegar alguém, você abrir pra fazer uma anotação e a agenda tá totalmente rasurada”. Período que eu não tava lá foi muito pior. Porque eu cheguei, gente, aquela agenda parecia um rascunho dos piores rascunhos. Rabiscada. Então assim, às vezes o que eu tento colocar pra minha equipe nem sempre o que elas seguem, entendeu? Então por isso que eu discordo, que nem sempre é a cara da enfermeira (GFAI, p. 50).

Outro aspecto referente a este tópico relaciona-se a denominação de “jeitos” de trabalhar das equipes. Uma trabalhadora refere que os climas e dinâmicas das equipes, são classificados com atributos relacionados ao modo de ser e estar das enfermeiras coordenadoras, que se cristalizam, passando a identificar as equipes (são harmoniosas ou tensas em oposição a estão harmoniosas ou tensas). De acordo com Fracoli e Egry (2001, p.15) “o processo de trabalho da gerência assume uma expressiva dependência de dimensões mais singulares, relativas ao sujeito que concretamente executa o trabalho de gerência”.

Esse lugar que está sem enfermeira, tava pipocando, cada semana tava uma enfermeira. Então você ia, quando determinada enfermeira tava, o clima tava exaltado, todo mundo nervoso. Mas por quê? Porque aquela enfermeira é assim, deixou todo mundo tenso. Medo. Aí na outra semana eu fui, já tava outra enfermeira. E aí essa outra psicóloga que trabalha com a gente também foi. Então, tava aquela paz, todo mundo harmonizado. Por isso que eu falo que é muito a enfermeira que direciona a equipe. (GFAI, p. 59).

As colocações sobre gerência remetem aos métodos de gestão. Há vários anos Campos (2010) investiga métodos de gestão e trabalha com a hipótese que grande parte deles tem como estratégia controlar o trabalho humano. Denominou de racionalidade gerencial hegemônica a lógica de regulação do trabalho e considerou alguns elementos que a sustentam.

O primeiro elemento é subordinar o trabalho a modos de funcionamento padronizados, condicionados a protocolos com definição de condutas, reduzindo os espaços para reflexão e decisão autônoma durante a realização das tarefas. Um exemplo, seriam os protocolos criados por especialistas que saberiam qual o melhor caminho a ser tomado para a realização do trabalho numa priorização do trabalho morto sobre o trabalho vivo.

O segundo elemento é o “de pensar a gestão como um instrumento disciplinar, controlando o trabalho em geral e o trabalhador em particular”. A participação do trabalhador fica restrita a corrigir possíveis erros do protocolo e metas estabelecidas. A coordenação/gerência para alcançar este tipo de controle recorre ao poder de excluir os “rebeldes” ou “inaptos” ou selecionar trabalhadores com personalidades adequadas a função; utilizam também de estratégias de sedução como treinamentos, prêmios e status para os mais produtivos (CAMPOS, 2000, p.2338).

O terceiro e último elemento é considerar que os sujeitos tendem a se comportar segundo seu interesse imediato, sendo necessária uma instância que administra tal tendência. O controle da dispersão de pessoas com este tipo de comportamento visa o alcance de determinado resultado. “Os sujeitos quando trabalham deveriam ser manipulados como recursos, ideia de onde decorre a denominação de recursos humanos” (CAMPOS, 2000, p.2338).

Observa-se que nas situações mais difíceis ou conflituosas com a equipe as decisões são tomadas somente pela enfermeira e podem ser entendidas como imposição. Apresentam tal atitude como a única saída para a organização do trabalho, porém as mesmas não constroem pactos e responsabilização. Quando as enfermeiras se deparam com situações de difícil manejo, desenvolvem mecanismos disciplinares para sua solução.

O cotidiano apresenta diferentes situações e diferentes maneiras de agir da gerência, determinantes de processos de decisão mais compartilhados ou não. Alguns optam por ouvir a todos e lidar com as discordâncias e polêmicas em processos decisórios, pelo voto da maioria.

Eu falo por mim. Geralmente eu escuto todo mundo. Se é uma coisa que gera muita polêmica e há uma discordância, vai pra votação. E hoje a minha equipe tá bem menor. A equipe é 20 pessoas, então eu tenho que ter a maioria dos votos (GFAI, p. 57).

Outra enfermeira exemplifica como convida os trabalhadores a participar, buscando uma democratização, por meio de questionamentos feitos a cada assunto trazido por ela.

A gente pergunta, o que vocês acham? Vocês concordam? Quem acha que não é assim? Quem acha, a gente tenta fazer democraticamente as coisas...Qual o melhor caminho...(GFT01,p. 21).

Os apoiadores tem a percepção de que processos mais democráticos e compartilhados para se chegar a uma decisão, ainda são frágeis. Refletem que, se as equipes desenvolvem seus processos de trabalho e decisão de forma compartilhada, supõe-se que a responsabilidade pelo que possa surgir no desenvolvimento dos processos, seja de todos. Porém isso nem sempre ocorre. A “cara da enfermeira” surge com outra conotação. “Quem dá a cara” é sempre a enfermeira, pois a equipe não assume a responsabilidade das decisões tomadas, como exemplifica a fala de uma trabalhadora.

Sobre essa gestão compartilhada, eu acho que em alguns momentos a unidade até tem isso, a gestão é compartilhada, é feito dessa forma, reunião de equipe e tal, só que numa hora dos funcionários falarem isso, foi a enfermeira que decidiu. E não foi, foi à equipe (GFAI, p. 65).

Não assumem a responsabilidade. Não assumem a corresponsabilidade, aí tem que ter alguém pra dar a cara (GFAI, p. 65).

Tal descrição nos remete ao planejamento feito somente pela gestão e gerentes em suas reuniões mensais, que pode estar produzindo a não responsabilização pelas decisões. Talvez o trabalhador pense que se a decisão não foi tomada por ele, cabe à enfermeira responder pelo trabalho desenvolvido nas unidades.

A função de gerência encontra-se presente em diversos momentos como visto no processo de acolhimento, sendo que, à profissional enfermeira são requeridas as funções de assistência e administração, o que pode acarretar escassas possibilidades de movimentos instituintes do trabalho da gerência no trabalho das equipes.

Objetivando uma mudança na perspectiva da cogestão, aspectos referidos nesta análise são percebidos como pontos sensíveis de serem tocados. A gerência está vinculada a enfermeira como se fosse uma segunda pele. Problematizar os modos de gestão das enfermeiras é entendido como um ataque pessoal às mesmas, uma entrada no plano das relações interpessoais. É como estar mexendo num “cacho de abelhas”. As trabalhadoras do grupo de apoio institucional procedem a uma reflexão neste sentido.

Como a gerência está vinculada à enfermeira que de acordo com o tipo, a conduta, a forma da enfermeira, então, mexer nessa questão da gerência é mexer diretamente. Como a gerência é personificada, a enfermeira tal, então aquela unidade faz a gerência

assim, aquela outra faz a gerência assado, porque a gente tem no nosso consciente, tem a cara da enfermeira. Então mexer nessas questões, de alguma forma, vocês tão querendo dizer que é complicado porque vai personificar, vai trazer a tona uma coisa assim "tá falando porque sou eu", alguma coisa nesse sentido. Vai ser uma coisa mais delicada porque vai lidar com relações mais pessoais. Eu acho meio complicado. Eu acho que são questões que a gente vai mexer num cacho de abelha (GFAI, pág. 60).

Observa-se na fala da trabalhadora a necessidade de um descolamento de gerência sinônimo de enfermeira e de um deslocamento dos problemas percebidos somente pela condução das gerências para uma análise coletiva da gestão dos processos de trabalho das equipes.

Consolidar processos cogestivos nas unidades de saúde para que possam lidar com os problemas do cotidiano não é tarefa fácil. Mudanças nos processos de trabalho são muito mais abrangentes que mudanças nos modelos de atenção em saúde. A gestão poderia dar as instituições uma plasticidade considerando modelos menos burocráticos que pudessem dar conta do que acontece no interior das organizações e na elaboração de soluções para problemas cotidianos (MERHY, 2002).

Outro ponto sensível e já percebido como impossível pelas próprias enfermeiras, é a necessidade de padronização da gerência das unidades. A apoiadora e enfermeira reconhece que isso não é possível, pois as particularidades são determinantes. "Cada um tem um jeito de trabalhar".

Eu acho que cada um tem uma particularidade. A gente já tentou até em alguns momentos, não sei nem se como apoio, mas eu acho que só como enfermeira mesmo, em reunião de gestoras, padronizar algumas coisas, mas acho que não conseguimos, não. Cada um tem um jeito de trabalhar (GFAI, pág. 49).

A fala da enfermeira conduz a pensar que todo trabalhador exerce sua função gestora, pelo modo como coloca sua marca na realização das tarefas mais rotineiras. A gestão dos processos de trabalho não são feitas somente por aqueles que ocupam cargos formais. Isto também foi observado na análise dos processos disparados pelo acolhimento, pela fala de compromisso e responsabilização por parte dos profissionais da equipe frente ao cuidado do usuário e realizações de ações para o funcionamento

da unidade, que surgem provavelmente em decorrência de um protagonismo e autonomia do trabalhador.

5.5.4. Espaço reconhecido pelas equipes como um espaço de cogestão: a reunião de equipe

A reunião de equipe é reconhecida pelos trabalhadores como espaço de cogestão para a organização de seus processos de trabalho. Ocorre semanalmente em horário específico, em todas as unidades da atenção básica sendo algo consolidado no município. Alguns dos desafios já superados para sua implementação ainda são lembrados pelos trabalhadores, como o entendimento pelos usuários desta atividade na agenda das equipes gerando a princípio, reclamação e indignação.

Antes era um problema da população entender. Porque tinha que parar, foi difícil. Questionavam muito, eles iam pra radio direto. Porque só fazem reunião, essa saúde (GFAI, p. 53).

Cada equipe construiu mecanismos de informação a população usuária, sobre a atividade tão cara às equipes de saúde. Atualmente adotam manter o cronograma de reuniões na recepção, expresso em cartaz ou *banner* e sustentam que neste momento, nenhuma atividade destinada ao cuidado do usuário deve ser realizada, para garantir a participação dos trabalhadores e a conversa sobre a rotina do trabalho.

...até porque eu acho que não conseguiria fazer uma reunião com a unidade aberta, não tem condições. A reunião com todos os membros da equipe para conversar, sobre o rotineiro de trabalho não tem como. Com a unidade aberta (GFT04, p. 16).

A reunião de equipe adquiriu diferentes sentidos para gestores e trabalhadores no decorrer de sua experiência. Atualmente para a gestão ela representa o espaço reservado à reprodução de informações, repasse de cursos e capacitações e para a discussão de necessidades advindas da gestão e das próprias equipes. Nota-se por esta descrição que o espaço reunião de equipe e a função de gerência não são diferenciados para a gestão.

Para os trabalhadores a reunião de equipe é um espaço para conversas sobre o cotidiano, englobando resolução de problemas mais imediatos; discussão de casos; repasse de informações pela enfermeira gestora na busca de “nivelar a equipe” para “falar a mesma língua” no sentido de que todos possam orientar o usuário da mesma

forma; replanejamento das ofertas tecnológicas das equipes considerando situações emergentes; funcionamento da unidade e avaliação das ações individuais e coletivas (as de resultado positivo e as que não o tiveram). É um espaço necessário para a tomada de decisão, para dar conta tanto das coisas mais simples como das mais complexas. Os trabalhadores afirmam que neste espaço renovam a motivação para o enfrentamento de problemas, ao receber ajuda dos membros da equipe, sugerindo um clima de cooperação.

Eu acho que é um espaço necessário. Além de funcional ele é necessário. No dia a dia você não consegue reunir a equipe inteira para tomar uma decisão, por mais simples que ela seja. Na verdade, você é responsável por fechar os vidros, por mais simples que seja uma coisa assim, do dia a dia, mas ela precisa acontecer. Então eu acho que ela é necessária (GFT04, p. 25).

... eu acho que a reunião de equipe serve para motivar, para incentivar, vê qual é o problema que você está enfrentando, então vamos todo mundo ajudar, você entendeu? (GFT03, p. 30).

A reunião de equipe também possibilita mudanças no processo de trabalho, como ocorrera no processo de trabalho do acolhimento por meio da conversa coletiva e da correção de rumos. As conversas sistemáticas na agenda da equipe produzem no trabalhador segurança e autonomia na realização de sua tarefa.

Ah eu acho que foi o fazer junto, foi o conversar sobre isso nas reuniões de equipe... foi fazendo um pouquinho por dia...foi um trabalho conjunto...foi corrigindo os erros...(GFT01, p. 11).

É, eu acho que dá um pouco até de autonomia, dentro daquela condição de saber, esse é febre, sabe ter esse olhar, que eu acho que a reunião de equipe é uma coisa que a gente tem também e um negócio garantido...então eu acho que na reunião, o que aconteceu essa semana? Ah teve isso... (GFT01, p. 11).

O grupo de apoio institucional que participa das reuniões de equipe das equipes da atenção básica retrata o que enfocam em suas reuniões: o processo de trabalho, a discussão de casos em atendimento, informes, planejamento de processos, compartilhamento de problemas, troca de informações. As reuniões são consideradas valiosas.

Nas reuniões é discutido tudo. Processo de trabalho, os pacientes, geralmente quando a gente está é pra passar algum caso, pra discutir algum caso (GFAI, p. 53).

Passar os informes (GFAI, p. 53).

Pra discutir com a equipe o que eles acham como eles vão trabalhar (GFAI, p. 53).

Mas é uma forma de a equipe se inteirar dos problemas, eles estarem passando os problemas, de se conversar esses informes. É uma troca de informação ali naquela equipe. Eu acho muito valiosas nossas reuniões de equipe (GFAI, p. 54).

Na reunião de equipe os assuntos se voltam para a realidade vivida no município e pelas equipes. A dinâmica revela-se colaborativa, favorecendo a participação de todos na discussão de casos e problemas, na distribuição de tarefas e responsabilização frente ao cuidado do usuário. Na discussão de casos a equipe prioriza-se os mais graves, a partir da avaliação de quem está atendendo, como colocado pelo trabalhador.

Aí a gente junta e vai criar uma estratégia, olha, como que a gente vai fazer? O agente vai fazer uma visita de início? Vai encaminhar ele para o psicólogo? ...ou ela vai junto com a gente para fazer a consulta? ...a gestora vai junto fazer essa visita? A gente resolve junto, até dentista, todo mundo da unidade... (GFT02, p. 23).

A enfermeira vai passando os tópicos, o que está acontecendo e tal, vocês acham qual a melhor estratégia, como que vai resolver, aí cada um fala, depois volta ponto por ponto...Aí no final vê se alguém tem alguma coisa para falar, dos casos, pacientes...organização da unidade, para ver o que vai ser melhor, o acolhimento, no momento agora nessa fase de ter bastante casos de dengue, como acolher o paciente, o que fazer primeiro no momento que ele chega, então tudo isso é discutido (GFT03, p. 21).

...aí cada um se habilita a falar primeiro, por exemplo, eu tenho um caso mais grave, então eu falo, eu falo o que eu penso, o que eu fiz ou o que eu vou fazer, ela dá a opinião dela, então é aberto, vamos supor, determinado caso, a gente tem bastante, não sei se na unidade delas também, cartinhas do conselho tutelar, criança tal, vamos supor, manda a cartinha, criança tal relatou...denúncias... (GFT02, p. 23).

Para seu funcionamento foi criada uma forma de organização. A coordenação fica a cargo da enfermeira, que se denomina uma mediadora das discussões, dando início e seguimento a reunião, um instituído apontado pelos trabalhadores.

Geralmente a enfermeira... A gente é mediadora... Começa, da o inicio, pra fluir... (GFT01, p. 20).

Começa com a enfermeira gestora falando e depois a gente vai participando também... (GFT01, p. 20).

Na verdade assim, como as enfermeiras são as gestoras, então assim, elas mediam, elas começam (GFT01, p. 21).

Os trabalhadores apontam o que é abordado no início das reuniões: informes gerais e assuntos administrativos (ofícios, convocação, férias de funcionários). Na sequencia a pauta se dá a partir das necessidades dos trabalhadores, como exemplificado: discussão de casos; rotina do serviço; planejamento de ações; situações que se referem às relações entre os membros da equipe e insatisfações produzidas pela própria organização do serviço ou fora dele. Em uma das equipes encontra-se um modo diferente de construir a pauta. Durante a semana a equipe anota em um caderno ou lousa, assuntos a serem discutidos e no momento da reunião, os colocam em pauta. Há abertura para assuntos emergenciais, bastante comuns na área da saúde.

O enfermeiro é apontado como o profissional que mais apresenta os informes e assuntos de pauta, algo que se justifica pela função de gerência e participação em outros espaços de gestão municipais. Por acontecer somente uma vez na semana e contemplar assuntos de natureza diversa, o tempo da reunião na maioria das vezes acaba sendo tomado pela fala do enfermeiro. Informam também que as reuniões são registradas em ata e assinadas por todos os membros da equipe e deve ser lida por aqueles que não participaram no dia ou nunca participam da atividade (médicos).

A reunião de equipe é um espaço valorizado pelos trabalhadores e gestão. Não é somente para informação, mas para construção de pactos. Pela descrição podemos inferir que as equipes estabelecem um espaço de troca de informações, planejamento e avaliação das ações em desenvolvimento nos serviços, reorganizando processos de trabalho e resolvendo problemas emergentes. Na tomada de decisão, notam-se traços de uma homogeneização (técnica e política) da equipe, num abafamento das diferenças para evitar conflitos. Desta forma, a reunião de equipe não nos parece uma arena de disputas. Processos ainda silenciosos relativos as relações possibilitaram a aproximação com dificultadores para o trabalho de cogestão das equipes.

5.5.5 Silêncios que ganham palavras: dificultadores na perspectiva da cogestão

Os trabalhadores assinalam como um dificultador a ausência de médicos nas reuniões. Todos os profissionais participam com exceção dos médicos que atuam na atenção básica. Uma ressalva é feita a algumas participações, atribuídas ao fato de “serem médicos mais jovens e recém-formados” interessados em participar da reunião.

Sob o ponto de vista da gestão em análise feita sobre os médicos da rede, mesmo os da ESF “pouco colaboram e interagem com as equipes”. No seu fazer cotidiano realizam os atendimentos da agenda e visitas domiciliares e apresentam resistências no desenvolvimento de outras atividades. Poucos, talvez os citados pelos trabalhadores, participam das reuniões, apresentando propostas ao trabalho em equipe. A grande maioria não participa, se retirando da unidade no horário da reunião e outros quando presentes, não se colocam como integrantes da equipe. A gestão ressalta que sua atuação seria mais efetiva se participasse dos processos desenvolvidos pela equipe, produzindo efeitos em sua clínica, avaliada como pouco resolutiva.

Merhy (2002, p.114,115) nos ajuda a problematizar esta realidade, tão presente nas unidades de atenção básica. O trabalhador de saúde médico opera em um espaço de autogoverno que lhe dá a possibilidade de “privatizar” o uso do espaço público, sem ter que prestar contas de como está atuando. Uma mistura entre “seus territórios privados de ação e o processo mais público”. Neste sentido o autor aponta que a gestão deveria operar com o jogo de disputa dos diferentes agentes, revelando as contratualidades que se instituem e que dão uma “cara” para o serviço, pois os diferentes “agentes institucionais” tem perspectivas de ação que nem sempre são comuns.

Os trabalhadores tentam explicar os motivos da não participação dos médicos nas reuniões de equipe e reconhecem que os horários de trabalho pactuados com a gestão dificultam a participação, pois realizam atendimentos em mais de uma unidade da rede, dividindo seus períodos ora em uma, ora em outra. No horário da reunião, alguns agendam atividades fora da unidade e outros mesmo estando presentes questionam a enfermeira gestora sobre a necessidade de sua participação, demonstrando um não reconhecimento e priorização desta atividade. As falas das trabalhadoras exemplificam o descrito.

Aqui, por exemplo, nós temos um médico da família, numa unidade que ele atende no período da manhã, a tarde ele tem outro horário para estar indo, dentro da rede também. Então não tem como ele participar, porque ele está em outra atividade. A pediatra também, ela atende no dia da reunião, então não tem como ela participar (GFT01, p. 19).

É, às vezes sim, às vezes vai fazer visita, seria tipo assim, a minha reunião ela é da uma as três, aí ele chega umas duas e meia, três horas, aí já está terminando a reunião, ele vai fazer visita... (GFT04, p. 18).

E a outra médica da família da outra unidade, às vezes ele fala, “vou precisar participar da reunião”, sempre precisa, mas tudo bem, não vou falar nada. Às vezes eu falo, “oh, vai precisar, hoje vai precisar”, aí ela fica e tal. Foram umas duas vezes, uma vez só que ela participou (GFT01, p. 19).

O trabalhador reconhece que a participação dos médicos é algo a ser conquistado.

Mas uma coisa a ser conquistada né? (GFT04, p. 19).

Algumas equipes referem que se desdobram para garantir a participação do médico, tomando algumas medidas como o não agendamento da demanda programada no dia da reunião. Uma das equipes coloca os casos a serem discutidos com os médicos como primeiro assunto de pauta.

Na quarta feira a gente não atende consultas, como a unidade fecha às 3 horas, e tem muita demanda espontânea, a gente acaba não atendendo neste dia, então a gente atende todos os crivos da demanda (GFT01, p. 17).

Agora, tem um momento, olha, doutora eu vou discutir, nós vamos discutir tal assunto, seria legal a doutora estar presente. Aí lógico que fica né? ...vai acabar muito tarde, pode ser o assunto primeiro? A gente faz lógico né? É isso que é...(GFT01, p. 18).

A ata da reunião torna-se um documento importante para ciência do que foi discutido e pactuado, e que deverá ser aceito por todos.

Aqui, eu faço assim, por exemplo, o que é discutido em reunião, vai para a ata, eu passei para as escriturarias, falei, “oh vamos passar a ata para todo mundo, todo mundo lê e assina. O que for discutido em reunião de equipe, e acordado em equipe, todo mundo vai aderir. E inclusive o médico” (GFT01, p. 18).

A não aceitação dos acordos é um ponto enfrentado pelas equipes. Na discordância do médico, o tema volta para discussão na reunião, como nos refere a trabalhadora.

... muita coisa que você precisa passar para os médicos, aí se ele não concorda, volta para a reunião de equipe, é uma discussão difícil (GFT03, p. 24).

As trabalhadoras referem que as discordâncias entre médico e equipe, na maioria das vezes têm ligação direta com acordos que interferem diretamente na prática médica, de possíveis ações a serem desenvolvidas na consulta com o usuário. Para que não ocorra o embate, as enfermeiras declaram que assumem a realização das ações que o médico não quer assumir, o que o desresponsabiliza ainda mais. Um exemplo disso relaciona-se a realização pela equipe de enfermagem da pré e pós consulta médica.

... então a gente estava tentando passar para os médicos, mas eles não entendiam, eles não queriam seguir o que foi passado na reunião, aí fica complicado, porque aí a gente vai ter que fazer o serviço do médico, ir atrás do paciente, que alguma coisa que ele poderia até estar fazendo, saiu, a gente só orienta o que o paciente tem que fazer, e aí acabou ficando para gente da enfermagem, os pedidos do exame... (GFT03, p. 24).

...deixa a guia assinada e tal. E aí eu percebo que ele não participa muito, para eles é só chegar ali, atender e ir embora (GFT03, p. 24).

Os trabalhadores mencionam que na maioria das vezes há uma concordância em relação ao que foi combinado, pois como o médico não participou ele acaba não apresentando argumentos que sustentem sua possível oposição. Uma trabalhadora afirma, num movimento de resistência e valorização da construção coletiva, que ao tomar a decisão de não participar, o médico deverá lidar com as consequências.

Ele não tá presente, porque se ele estivesse presente, ele daria uma ideia né, daquilo que está discutindo e tal. Se ele não está presente, então ele está sujeito a estar de acordo com aquilo que a gente discutiu, geralmente o que a gente discute, eles acatam, ajudam, entendem, alguns, questionam, a gente fala, “olha, isso foi discutido na reunião nós decidimos que vai ser assim”. Então eles não questionam sabe? Também isso acaba, eles sabem que era para estar na reunião e não estiveram (GFT01, p. 18).

Por opção deles, tem que aderir não é? Fizeram a opção de não estar, então eles têm que arcar com as consequências...É, eles foram convidados né então... (GFT04, p. 19).

O trabalhador percebe que a agenda do médico voltada somente para consultas individuais, não se relaciona com as demais ações planejadas pelas equipes. A prática médica focada na queixa conduta, aos olhos dos demais trabalhadores, os faz pensar na falta de capacitação para o desenvolvimento de um olhar mais ampliado, algo que os demais trabalhadores já adquiriram na prática da atenção básica.

Assim, particularmente o que eu percebo é que a gente, a gente tem bastante treinamento com relação a olhar o paciente, a ver qual a necessidade, o médico infelizmente eu não sei se falta para eles, eles não tem muito olhar, eles lidam com a queixa momentânea do paciente, e pronto (GFT03, p. 24).

Os ACS sentem-se incomodados com o desconhecimento do princípio da universalidade do SUS e preocupam-se com a responsabilização sanitária dos usuários de sua microárea. Uma divergência implícita do modelo de cuidado ampliado e a o modelo queixa conduta.

Lá na nossa unidade a gente tem um problema sério com uma médica, porque se o paciente é um pouco mais assim, uma classe um pouco melhorzinha, ela já pergunta se o paciente tem convênio, ela já é bem direta, ela fala, você não tem um convênio...? Para que você veio aqui? O paciente vai na unidade passar em consulta, e a médica simplesmente me solta uma dessa, então quer dizer, a gente perde o paciente, e a gente é responsável pelos pacientes da nossa área, da nossa microárea (GFT03, p. 24).

Existem os trabalhadores que se sentem aliviados com a ausência dos médicos na reunião; por serem inflexíveis, “atravancam” os processos das equipes.

Ah às vezes é melhor (risos) quando eu estava no PSF eu tinha esta sensação às vezes. Por que às vezes eles atravancam o trabalho da gente (GFT01, p. 16).

E eles são muito inflexíveis. Mas como a gente toma as decisões e comunica eles se tornam flexíveis (GFT01, p. 16).

Outro silêncio que emergiu, ainda relacionado à conversa sobre a participação de trabalhadores na reunião de equipe, provocou risos e tensão, carregada de sentimentos.

Os ACS, sempre estão presentes na reunião de equipe, são os que menos falam nas reuniões e isso é apontado por eles como algo instituído.

Os ACS falam um pouco menos né? É uma coisa instituída, a gente tenta...(GFT01,p. 20).

Apresentam-se também como os que mais falam, mas “a voz menos ouvida”. A contraposição de falar pouco e falar muito, mas não ser ouvido, os faz perceber alguns limites, como assuntos que podem ser explicitados e momentos em que devam omitir sua opinião, construindo modos de comunicação, demarcando dinâmicas e a trama de relações de poder. Nota-se que os ACS revelam uma leitura precisa das equipes em que estão inseridos.

...nós, agentes, é o grupo que mais fala, é a gente, não adianta.....isso, a nossa voz geralmente é a que menos é ouvida (GFT03, p. 27).

Quando a gente às vezes, quer colocar alguma coisa, a gente sabe que tem um certo limite, e a gente não pode passar disso (GFT03, p. 27).

...você esta aqui na roda e cada um vai expor a sua opinião, você sabe que vai ter momentos que você não vai poder expor a sua opinião. (GFT03, p. 27).

O limite é eu sei que para ela eu vou poder falar... mas para a médica... (GFT03, p. 27).

Outro trabalhador refere que pela natureza do trabalho e contato direto com as famílias, os ACS têm a necessidade de usar o espaço da reunião, para compartilhar os casos no coletivo. Os ACS confirmam esta colocação e referem uma participação relevante na reunião, pela apresentação de casos geralmente complexos, que trazem a tona desafios, pois determinam respostas que as equipes precisam inventar. Reconhecem uma abertura e participação da equipe, onde ocorre interação.

Eu acho que as ACS são as que mais têm necessidade de falar. Falam bastante (GFT04, p. 21).

A última palavra somos nós mesmos, que vamos passando todos os casos que aconteceu durante a semana para elas. Aí é difícil, começa a vir muitas coisas... (GFT01, p. 21).

Mas não tem como, porque todo mundo acaba sempre interagindo, aí um dá uma opinião, aí outro fala o que acha, e assim vai, todo mundo acaba assim, se interagindo (GFT03, p. 22).

È necessário assinalar a importância da existência da reunião de equipe, algo raro nas unidades de saúde. A participação dos ACS está presente na gestão do cuidado frente aos casos de sua microárea. Sua percepção aponta que não há participação nas decisões relacionadas a gestão dos processos desenvolvidos na unidade. Para eles ocorrem imposições, pois as decisões já estão tomadas antes da consulta feita pela enfermeira a equipe, como pode ser visto na fala da agente.

...as coisas já chegam decididas, logicamente que é falado, o que vocês acham? Está ótimo, era assim que eu ia fazer...(GFT03, p. 34).

Os ACS declaram pela suas vivências a hierarquização nas relações de trabalho, não produtora de cogestão.

Só que o que a gente fala lá, é muito cacique para pouco índio, todo mundo quer ser o chefe, todo mundo quer te mandar fazer tudo e ninguém quer fazer a parte deles...(GFT02, p. 35).

Não tem cogestão, todo mundo manda (GFT02, p. 35).

A sensação que predomina no trabalhador ACS e de desvalorização e sujeição.

Para mim tipo assim, eu não sei porque a gente acha, pelo menos, lá nós achamos, porque as escriturarias é mais do que a gente... um exemplo, se sumiu um exame, se sumiu um prontuário, agente, quero esse prontuário agora, cadê o prontuário, todo mundo vai se voltar para gente...o escriturário quer e o gestor também quer, então é o agente que para o que está fazendo e vai procurar. (GFT02, pág. 36).

A relação ACS e médico, que na percepção dos agentes se “acham superiores” há o predomínio do receio e medo, o que caracteriza um afastamento por parte do agente em relação a este profissional.

É diferente, os médicos se acham bem superior, igual a gestora da unidade sempre fala, vocês não precisam ter medo deles, são iguais a vocês, mas tem um certo receio de falar com eles, de pedir para atender um paciente a mais, e vai lá, com todo jeitinho, tem vez que você escuta um monte, por mais que a gente queira muito, a gente fica magoado, sentido, a pessoa não precisa ter medo, mas eu também tenho receio também de conversar com eles (GFT03, pág. 28).

E a gente tem que trabalhar com uma equipe com medo de um profissional...(GFT03, pág. 28).

Num movimento de recolhimento e revolta os ACS decidem silenciar para não lidar com os conflitos. A vivência os faz supor que as coisas são imutáveis. “Manda quem pode, obedece quem tem juízo” (provérbio português).

É horrível...Aí depois a gente discute, vamos supor, foi alguma coisa forte, vamos supor...que a gente preferiu ficar quieto, mas não vai ter como perder a cabeça, então não adianta você brigar, você quebrar o pau, com uma coisa que você sabe que não vai resolver... (GFT02, p. 26).

Outros preferem ficar calados... para não piorar a situação. Por que as vezes o ambiente fica tão pesado, se você inventar mais uma discussão, mais uma intriga ali...um ataca o outro...aí vai ficar mais pesado ainda. Tem gente que vai pro pessoal, aí já vira a cara...então às vezes, é melhor ficar quieto...(GFT02, p. 26).

...não pode tocar, que é arrancar a casca da ferida...Se quiser uma harmonia na equipe...então tem que ficar quieto para não ter assim, desavença entre a equipe (GFT02, p. 30).

Tal situação gera sofrimentos nos trabalhadores ACS, que contém suas percepções quando estão com a equipe, e operam entre si uma atitude solidária e de companheirismo. Ao mesmo tempo em que este agrupamento produz conforto e proteção, produz afastamento da dinâmica de trabalho diário na unidade de saúde e um sentimento de exclusão e inferioridade.

Só que assim, a gente procura não... conversa normal, trata bem, não criar desarmonia entre a gente, entendeu? A gente só fica calado, a gente chora calado, a gente chora nós 4 lá na sala...para tentar resolver nós 4, dar uma força pra outra (GFT02, p. 31).

...é um agente pelo outro só, uma pessoa que dá respaldo para o agente de saúde é o outro agente de saúde só, o restante da equipe ninguém fala, mas os agentes fazem isso, fazem aquilo...a gente fala, vamos fazer o nosso trabalho, a gente pega sai e faz o nosso trabalho e procura...a gente prefere ficar lá até 5 para 11, chega lá eu só guardo o meu material...e vai embora...é a mesma coisa. Chegou, só pego minhas coisas de novo, volto 5 para as... não quero nem saber o que acontece lá dentro (GFT02, p. 31).

... o que a gente não conseguiu discutir da reunião de equipe, a gente discute entre a gente (GFT02, p. 31).

E lá nós temos o lado A e o lado B, a gente classificou o lado B é do agente, é sempre o inferior.E lá também, é um lado que ninguém respeita, parece, você

entendeu? Tem também o pessoal da frente, e o pessoal do fundo. Nós somos o fundo... Os excluídos (GFT02, p. 31).

Eles afirmam a importância de sua função dentro da ESF construída na relação de trabalho com os usuários e ao mesmo tempo a contrapõem como prática desvalorizada por alguns profissionais da equipe. Tais percepções os fazem utilizar expressões como “trabalhador tapa buraco”, “lixo da unidade”, “ratos do porão”. Uma tradução de como se sentem.

...eu acho que o serviço do agente comunitário é um dos mais importantes ali dentro da unidade de saúde (GT03, p. 26).

Mas aí percebe que é desvalorizado mesmo, o agente de saúde ele é bem desvalorizado, o escriturário... eu percebo que pelos que tem uma graduação ...os profissionais de nível superior, vamos falar o português claro (GT03, p. 26).

...precisar tapar um buraco, pega o ACS lá (GT03, p. 26).

Olha, acho que até os usuários acho que eles até acham que a gente... mas eles lá dentro não...a equipe mesmo não, exclui muito os agentes de saúde...Tem hora que eu me sinto um lixo...É como a gente fala, a gente é o lixo da unidade.Um lixo, ratos de porão, um lixo (GFT02, p. 33).

Um relato carregado de sentimentos tristes que nos remetem novamente a divisão técnica e social do trabalho. De acordo com Pires (2008), esta divisão tem sido usada para designar a especialização das atividades produtivas presentes nas sociedades complexas, fragmentando o processo de trabalho nas especialidades produtivas, produzindo alienação e aumento da produtividade, hierarquizando as atividades e atribuindo-lhe valor.

Podemos inferir que o ACS, subordinado ao trabalhador intelectual, representa o trabalhador manual já que não detém uma especialidade produtiva. É aquele que mais se aproxima da dimensão da produção de cuidado centrada no usuário, no desenvolvimento de um trabalho mais relacional. Porém, pela fala das ACS, ainda não tem potência para contaminar os demais trabalhadores e os processo de trabalho com o saber de sua experiência.

Os ACS também verbalizam aspectos de sua relação com as enfermeiras. Referem que relação deveria ser marcada pelo apoio e reconstrução permanente de

pactos de trabalho e confiança para sua realização, dialogando frente às inusitadas situações que possam surgir entre comunidade, famílias e equipe, porém, por vezes, isso não acontece.

Após estas análises e relembrando o modo de produção das equipes, observa-se uma solidão dos profissionais no desenvolvimento de suas práticas de atenção e gerência e um afastamento ao trabalho em equipe. A cogestão como um modo de pensar a gestão do trabalho em saúde pretende construir uma nova racionalidade gerencial, que tem como um de seus pilares o trabalho em equipe, que implica em planejar e executar os processos com poder compartilhado por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente. A cogestão potencializa a comunicação e as relações que ocorrem nos processo de produção de saúde, estimulando que as equipes trabalhem na definição de objetivos comuns, fazendo circular o diálogo de forma mais democrática (BRASIL, 2012).

A gerência das enfermeiras e a gestão dos processos de trabalho ocupa um lugar estratégico. Seus métodos podem conduzir ou não para a construção de comuns, de construir coincidências entre os interesses dos trabalhadores e a finalidade dos serviços. As questões micropolíticas do processo de trabalho de gerência podem apresentar potencialidades e limitações para operar mudanças nos modelos tecnoassistenciais de saúde, rompendo instituídos e viabilizando a construção de novos instituintes. É neste sentido que Merhy (2002) refere que a gerência poderia se utilizar das tecnologias leves o que poderia possibilitar a emergência dos instituintes necessários para a recomposição do trabalho em saúde.

Outro ponto sensível que atravessa as equipes são os tipos de contrato de trabalho no SUS municipal que interferem no cotidiano dos trabalhadores. Temos nas equipes, trabalhadores com diferentes contratos e remunerações e que executam as mesmas tarefas. A insegurança é produzida nos trabalhadores dos contratos terceirizados que silenciam suas opiniões com receio de perderem seu emprego. Alguns funcionários contratados pela Prefeitura por vezes não realizam o pactuado, manifestando descompromisso com o trabalho, sentindo-se protegidos pelo tipo de contratação.

...pagamento, que é da prefeitura, por exemplo, o técnico de enfermagem, o auxiliar da prefeitura já ganha mais que o auxiliar da associação, e eles fazem o mesmo serviço...(GFT03, p. 31)

Os salários são diferentes. É menor. (GFT03, p. 32)

Cria muita diferença. Muita diferença em relação, eu sou contratado da associação, então, se não está bom para você, se vai falar alguma coisa, vão te mandar embora...(GFT03, p. 31)

Todo funcionário que é da prefeitura, ele já mesmo fala, isso... tem aqueles que estão ali trabalhando e focados no seu serviço... mas tem uns que fala, eu sou da prefeitura, eu não vou ser mandado embora... (GFT03, p. 31)

As leituras de gestores e trabalhadores sobre as diferentes formas de contratação revelam opiniões, que também fazem parte do senso comum e do imaginário da população em relação ao trabalhador do setor público, como estabilidade no trabalho e pouca participação, estabilidade no trabalho e acomodação, estabilidade no trabalho e desqualificação.

..ter uma estabilidade já é outra coisa, você sente mais segurança...sente mais vontade de se manifestar (GFT03, p. 32).

Eu acho que aí é que não se manifesta tanto...da prefeitura as pessoas elas não ligam tanto...não tem mais vontade de se dedicar as coisas...quando vira funcionário dá uma acomodação (GFT03, p. 33).

Porque tem a segurança do serviço, eu sou concursado, então assim, eu não vou fazer, só que aí você vê que a pessoa nem se qualifica, não pega um livro, não faz uma técnica nova, não está atualizado. Então eu acho isso uma grande dificuldade no serviço público (EG2, pág. 11).

Surge na fala de um trabalhador que a atitude participativa e o desejo de mudança geram incômodos. Refere que ao questionar, participar, dar sua opinião, lhe é atribuído determinado papel pela equipe (de questionador) e que isso o desmobiliza a manter uma posição participativa dentro da equipe. O trabalhador refere que as realidades vão produzindo sujeitos, que se tornam “funcionários mornos”. A vontade de mudar é engolida pela falta de apoio e limitações da própria equipe.

Na reunião de equipe, em conversas mesmo sem ser em reunião, sobre algumas coisas que a gente vê que não está legal, não é por ali, e tal, mas aí a gente escuta, e aí você perde a vontade de questionar, de participar, de dar sua opinião que sabe que não vai mudar muita coisa, e aí você vai ficar taxado como a que questiona, que fala... (GFT03, p. 28)

E a maioria acaba virando aquele funcionário morno, às vezes, é o funcionário ele chega na unidade, ele fala, nossa que legal, eu vou tentar mudar algumas coisas que vejo aqui, mas ele não tem apoio de ninguém, então você prefere...a gente tem limitações (GFT03, p. 30)

A vontade de ser trabalhador da saúde se alimenta no contato com os usuários, na relação dual e afetiva, vincular e quente. O trabalhador reconhece que as mudanças desejadas se dão no plano coletivo e precisam ser construídas.

...porque não adianta, é dar murro em ponta de faca, assim, não que a gente não tenha vontade de lutar, que nem eu falo para as meninas, quando eu passei pelo curso de agente comunitário, nossa, eu achei que eu ia ser a agente comunitária, logicamente que eu tenho vínculo adoro meus pacientes, eles gostam muito de mim, isso a gente cria porque gosta, mas em relação a mudanças, tem muita coisa que não depende somente da gente...(GFT03, p. 34)

As percepções trazidas sobre o tema cogestão transparecem o modelo de gestão e gerência desenvolvido no município e nas unidades de saúde. Conformam-se instâncias e espaços onde o fazer compartilhado é sentido de diferentes maneiras pelos atores. Poderes, saberes e afetos que permeiam as relações institucionais, são expressos por vezes de forma dolorosa. Mas há também vigor na afirmação dos trabalhadores de uma cogestão a ser construída e presente na vida cotidiana. A alteração da organização dos serviços depende de processos compartilhados de gestão. Diversos percalços referidos pelos trabalhadores foram ultrapassados exatamente por um saber/fazer adquirido na experiência coletiva, o que os fez mais “estratégicos”.

Um método consagrado que visa a produção da cogestão e critica a tradição da racionalidade gerencial hegemônica é o método Paidéia. Um de seus pressupostos é a construção da democracia organizacional, que visa aumentar a participação dos sujeitos, sua capacidade de análise e intervenção dos coletivos. O método apresenta diferentes elementos em sua composição, correlacionando dispositivos para serem experimentados na clínica e na gestão, a serem feitas de modo compartilhado (CUNHA & CAMPOS, 2010). Vale salientar que para a gestão do trabalho em saúde, vários dispositivos e arranjos podem ser criados e implementados. Um deles é o apoio institucional.

5.6. Apoio institucional

5.6.1. A história do grupo de apoio institucional: origem e finalidades

**“Existirmos, a que será que se destina?”
(Caetano Veloso)**

Lançadas pelo MS, as Políticas Nacionais de Humanização e Educação Permanente em Saúde declaram em seus textos Oficiais a transformação dos modelos de atenção e gestão como ponto comum. Para tanto destacam a importância da participação e inclusão de gestores, trabalhadores e usuários e a valorização de espaços de conversa para o enfrentamento dos desafios que o SUS apresenta. Seu arcabouço teórico contém conceitos oriundos da educação, da clínica, da psicanálise, da análise institucional e de experiências que resultam em conhecimentos no campo da saúde coletiva, num movimento de produzir saúde, sujeitos e inovação (BRASIL, 2004a, 2004b).

Uma ferramenta valiosa é a análise coletiva das práticas concretas de gestão e produção de saúde com foco no aumento da capacidade de intervenção. Como as análises não seriam produções externas aos grupos e sim dos próprios grupos surge a necessidade da constituição de diferentes coletivos que produzam uma parada no cotidiano para olhar e dizer as inúmeras ações e relações que operam na realidade. A análise se torna importante, pois pode produzir um saber sobre os processos de trabalho, os problemas vividos no cotidiano, as demandas dos usuários e da comunidade e também dos recursos existentes para seu enfrentamento. Saberes que se tornam uma ferramenta de intervenção.

As políticas ofertam métodos, ferramentas e dispositivos que podem ser utilizados como intervenção. Baremblytt (2002, p.135) define o que é um dispositivo: uma montagem ou artifício produtor de inovações, que gera acontecimentos e devires, atualiza virtualidades e inventa o novo radical. Os dispositivos devem ser inventados para disparar movimentos, produzir possibilidades e potência.

As políticas criaram denominações aos sujeitos que disparariam movimentos para sua implementação: a EPS chamou estes atores de facilitadores e a PNH de apoiadores, funções que podem ser entendidas como dispositivos, a depender dos processos que disparam.

Dos vários movimentos criados pelo MS nos anos posteriores a criação das políticas, um deles foi o propulsor de relevantes ações nos territórios municipais. No

município em questão a Secretária de Saúde e alguns trabalhadores foram participantes das Oficinas que antecederam a indicação de trabalhadores para o primeiro Curso de Formação de Facilitadores em Educação Permanente, pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), oferecida no ano de 2006 para o Estado de São Paulo.

Os participantes deste curso, que previa a implementação de coletivos, instituíram o grupo de educação permanente em saúde, que com o passar dos anos e de novas políticas e programas, tornou-se o grupo de apoio institucional.

Como ilustra a fala da apoiadora que participou deste momento, após a participação do município no curso, foi constituído em 2008 por decisão do gestor municipal o grupo de educação permanente, com o objetivo de desenvolver intervenções nas equipes de saúde de todos os equipamentos da rede,

Foi em 2008, eu lembro, da educação permanente, que o grupo começou que eu fui convidada a participar da educação permanente, que foi na gestão da X, que ela era Secretária, e iniciou os trabalhos da educação permanente (GFAI, p. 02).

Dando continuidade ao seu relato, enfatiza a importância da participação da gestora municipal, que consistia na apresentação de demandas da gestão a serem trabalhadas. As demandas foram constituindo o objeto de intervenção do grupo: discutir o cotidiano dos trabalhadores, seus problemas e possíveis soluções, em espaços coletivos institucionalizados (reuniões de equipe). A gestão, que valorizava a reunião de equipe, pretendia consolidá-las em todas as unidades. Este trabalho foi o marco da implementação da EPS no município.

A gestora montou o grupo, pegou alguns profissionais e trazia demanda pras reuniões, ela começou a trazer pras reuniões os livros, pra gente discutir o que tava acontecendo nas unidades, algumas problemáticas que estavam acontecendo nas unidades... pra ver o que poderia melhorar, e pra estar fazendo algum trabalho nas reuniões de equipes... Ela gostaria, além de ter as reuniões de equipe, que colocássemos alguns trabalhos nessas reuniões de equipes. Foi aí que ela começou a implementar a educação permanente. E aí nós começamos fazer esses trabalhos nas reuniões... Naquela época não tinha ainda definido unidades que tinham as reuniões de equipes certas toda semana, e era uma coisa que ela queria deixar certo, que ela via muita importância ter toda semana reunião de equipe nas unidades (GFAI, p. 02).

O investimento da gestão em processos coletivos foi um elemento importante para a sustentação do grupo de EPS e reuniões de equipe, aliado à necessidade dos trabalhadores em terem um apoio à execução de seu trabalho. Com o passar do tempo a gestora imprimiu outro ritmo a sua participação, mas a representação da gestão sempre esteve presente nas reuniões do grupo, portando as intenções da gestora municipal.

Olha, eu não sei se as meninas concordam, mas eu acho que primeiramente a gestora. A X, naquela época, investia muito nessas questões... a X trazia, porque ela era muito participativa no grupo. Até quando teve essa migração de EP para apoio, ela ainda continuou sendo. Ela não participava das reuniões diretamente, mas tinha a XX, que era de dentro da Secretaria, que trazia o que a gestora passava: "Olha, a X está pensando em tal coisa.". Então, ela já trazia pras reuniões... a vontade dela foi um grande passo, e a necessidade do município, das equipes em ter o apoio (GFAI, p. 08).

Após quatro anos de trabalho voltado a EPS, no ano de 2012, o grupo teve uma mudança em sua denominação e passou a chamar-se grupo de apoio institucional. Esta mudança foi induzida pela adesão do gestor e equipes de atenção básica, ao Programa pela Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), que institui um mecanismo de financiamento da atenção básica mediante a contratualização de compromissos por parte das equipes e da gestão municipal. O PMAQ vincula a transferência de recursos ao desempenho das equipes e o recurso financeiro é destinado ao financiamento de ações que promovam a qualificação da atenção básica (BRASIL, 2013b).

O Programa prevê a necessidade de ações de monitoramento que possibilitem um diagnóstico de prioridades de educação permanente e apoio institucional para a melhoria dos processos de trabalho das equipes de atenção básica (BRASIL, 2013b).

As integrantes do grupo de apoio atual indicam que houve uma composição entre EPS e apoio institucional, no momento da transição, pois “uma coisa anda junto com a outra”, como menciona a fala de uma das apoiadoras.

Porque de educação permanente virou apoio institucional, uma coisa anda junto com a outra (GFAI, p. 03).

As diferenças entre EPS e apoio estão ligadas aos seus conceitos. Uma das integrantes entende que na EPS as ações são voltadas a processos educativos dos

trabalhadores e no apoio institucional ocorre uma interferência mais direta no processo de trabalho e na resolução de problemas apresentados pelas equipes

Eu acho que sim. Eu acho que, assim, conceitualmente tem uma diferença de educação permanente pra apoio, eu imagino. Eu entendo assim, porque educação permanente é você desenvolver ações voltadas realmente pra educação permanente, e apoio institucional pode ser uma atuação talvez mais direta sobre ações de processo de trabalho, eu acho que se você consegue resolução, tentar otimizar resolução de problemas de equipe (GFAI,p. 26).

Frente às colocações das apoiadoras, constata-se que a composição de EPS e apoio tem se tornado cada vez mais presente no cotidiano dos serviços que trabalham nesta vertente. Considera-se possível esta composição, pois EPS e apoio apresentam pontos comuns (conceitos, ferramentas, correntes filosóficas) que devem servir à mudança dos modelos de atenção e gestão no SUS. O apoio pode ser utilizado como estratégia de educação permanente, do mesmo modo que a EPS pode ser reconhecida como uma modalidade de apoio às equipes. Ambos almejam a mudança do trabalho em saúde e desenvolvimento de uma gestão democrática (cogestão), transformando também sujeitos e instituições, por meio de crítica reflexiva e propositiva. A formação em serviço pela construção de conhecimentos com base na experiência e indicação da participação de sujeitos externos as equipes que facilitem processos de mudança, é inerente às duas propostas.

Na prática, as experiências na gestão estadual permitem dizer que os trabalhadores, ao realizarem suas rodas e reuniões para discussão dos processos de trabalho, entendem que a EPS se concretiza quando uma capacitação ou curso é solicitado e realizado, ficando ainda distante a compreensão de que a análise em ato é uma ação educativa e uma intervenção. Nos processos de EPS a intervenção está associada em sua grande maioria a uma capacitação.

As experiências de apoio institucional no território do DRSIII se referem apenas a dois municípios, que demonstram uma compreensão do objeto de intervenção (processo de trabalho), porém apresentam dificuldades relacionadas ao modo de fazer o apoio. As ações desenvolvidas por articuladores de EPS e apoiadores de humanização municipais são dirigidas as equipes de saúde da atenção básica em sua grande maioria. Sabe-se que tanto a EPS como o apoio são consideradas potentes ferramentas de gestão, mas de difícil concretização.

De acordo com Ceccin (2005), a EPS fundamenta-se em diferentes movimentos e áreas de conhecimento que a estruturam, como a noção de aprendizagem significativa de Paulo Freire e seu trabalho com educação popular e educação de jovens e adultos; a autoanálise e autogestão da produção de René Lourau e George Lapassade, autores do Movimento Institucionalista da Educação, e de vários outros movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde. A Educação Permanente em Saúde seria estratégia fundamental para recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde.

A EPS está comumente relacionada à ideia de capacitação para a implementação de políticas, programas, protocolos. Neste sentido Ceccin (2005, p. 165) refere que tais capacitações não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas – tanto de gestão, como de atenção e de controle social – por trabalharem de maneira descontextualizada e se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos. Considerando as ideias do autor, as práticas educativas devem ser críticas e estar relacionadas à necessidade originadas das práticas dos sujeitos. Os processos educativos devem contemplar o cruzamento dos saberes que operam a realidade com os saberes formais de estudiosos ou especialistas. Estes saberes deverão ser ferramentas de mudança das práticas, incorporados na autoanálise e autogestão das equipes. Para tanto “é preciso implementar espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho e dos referenciais que orientam essas práticas, com apoiadores matriciais de outras áreas, ativadores de processos de mudança institucional e facilitadores de coletivos organizados para a produção” (CECCIN, p.166).

A constituição de um grupo de educação permanente em saúde foi uma marca importante para a organização de espaços de conversa e a criação do facilitador dos processos de trabalho das equipes, inaugurando a experimentação de outros modos de fazer a gestão destes processos.

A apoiadora menciona que a gestão considerava as prioridades a serem trabalhadas a partir de sua leitura, que definia quais seriam os problemas alvo da intervenção a ser realizada pelo grupo. Os temas, portanto, eram pensados *a priori* pela gestão e validados pelo grupo de EPS não emergindo das equipes. Nota-se que um dos pressupostos da EPS refere que os problemas devem emergir dos coletivos e não serem estabelecidos por agentes externos a eles.

Ela vinha discutir com a equipe. Por exemplo, ela trazia assim "olha, na unidade tal está acontecendo isso, isso, isso", ela trazia, por exemplo, 3 questões que estavam acontecendo naquela unidade, 3 problemas que estavam acontecendo ali. Então ela falava, discutia aqui com a gente o que a gente podia estar fazendo pra melhorar esses 3 problemas que está acontecendo lá, quais estratégias aqui que a gente pode levar pra aquela equipe pra melhorar esses 3 problemas que está acontecendo lá (GFAI, p. 05).

A formação do grupo de EPS partiu da escolha da gestão municipal e levou em conta a formação profissional de cada um. Houve uma segunda composição, já com a denominação de apoio institucional e a terceira e atual, com seis integrantes, de formações diversas (psicólogos, enfermeira, fisioterapeuta e nutricionista) com inserções no grupo em tempos diferentes (2012, 2013 e 2014) e com experiência na atenção básica, saúde mental e apoio matricial, por serem trabalhadoras do NASF. A apoiadora aponta que, em sua opinião, os psicólogos são solicitados para este tipo de trabalho, por terem conhecimento e habilidade na abordagem com grupos.

Eu sou psicóloga e ela me chamou pra fazer parte do grupo, pra ajudar nas abordagens, que essa é uma fala do grupo até hoje, que é uma participação importante pro grupo, a questão de uma psicóloga no grupo, como todas as profissões são importantes, mas ela me fez o convite (GFAI, p. 02).

As apoiadoras entendem o apoio institucional como uma ferramenta, que ganha utilidade quando auxilia e apoia a gestão e equipes, ficando “no entre”, vinculando e integrando demandas das equipes e necessidades da gestão, como exemplificam suas falas.

Eu entendo como uma ferramenta que auxilia gestão e equipe, assim, intermediária entre equipe e gestão, quando o objetivo tá bem definido mesmo. Você consegue vincular a demanda da equipe com a necessidade e integração da gestão. Daí eu acho que a gente se torna uma ferramenta útil (GFAI, p. 36).

Eu vejo que é no meio mesmo, que é um apoio pras equipes e pra gestão mesmo, acho que a gente fica no meio dos dois, que eu acho que tem que vir a demanda da Secretaria pra gente justamente apoiar a gestão em relação às unidades, mas existe também a demanda das unidades. Eu acho que é o apoio pras unidades também (GFAI, p. 37).

É um dispositivo para o trabalho em rede, que permite compreender como as equipes se relacionam e interagem entre si. Apostam no apoio enquanto ferramenta que ajuda a equipe, por ser um olhar de fora que contribui para isso. O apoio deve estar voltado para as instituições.

Acho que é um dispositivo de como trabalhar em rede, de conhecer os relacionamentos, equipes, interagir, uma forma de interação (GFAI, p. 36).

Então eu acho que o apoio institucional é isso, é uma ferramenta que consegue auxiliar, desencadear um apoio a partir de um olhar de fora (GFAI, p. 36).

A instituição, voltada pra instituição mesmo (GFAI, p. 37).

As apoiadoras mencionam que o objetivo do trabalho do grupo de apoio é dar suporte as equipes do município para a qualificação dos processos de trabalho por meio de cogestão, visando a melhoria do trabalho em saúde, do atendimento ao usuário e da qualidade de vida das pessoas (usuários e trabalhadores).

A metodologia de apoio Paidéia de cogestão das instituições e do cuidado em saúde foi desenvolvida por Gastão Wagner de Souza Campos nos anos 90. O autor define o apoio como uma função gerencial para a cogestão, utilizada nas relações entre serviços, e entre gestores e trabalhadores. Foi bastante difundida pela PNH em seus três eixos de aplicação: apoio institucional, apoio matricial e a clínica ampliada e compartilhada (CAMPOS et al, 2014).

A PNH define o apoio institucional como uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Um de seus principais objetivos é fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão (BRASIL, 2008).

O PMAQ, também define apoio como uma função gerencial que busca uma reformulação de modos tradicionais de fazer gestão junto a coletivos/equipes, vinculada a racionalidades que não se restringem à razão instrumental. Deve buscar a democracia institucional, a ampliação dos graus de autonomia dos sujeitos, a defesa da vida e dos princípios e diretrizes do SUS. O apoio pretende potencializar o trabalho vivo, auxiliando as equipes na tarefa de, ao colocar o trabalho e as práticas em análise, explicitarem e lidarem com problemas, desconfortos e conflitos. A construção e utilização de ferramentas e tecnologias em processos de intervenção também é foco do

trabalho do apoio. O desenvolvimento das ações deve ter um caráter compartilhado, considerando realidades e singularidades de cada território, além de pressupor planejamento, avaliação constante e agendas de educação permanente para os apoiadores para que desempenhem as dimensões gerenciais, pedagógicas e matriciais (BRASIL, 2012, 2013b, 2016).

A adesão do Município ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), instituído por Portaria em 2011 pelo MS, configurou o objetivo do trabalho do primeiro grupo de apoio, que desenvolveu ações voltadas exclusivamente ao cumprimento das etapas do programa, que prevê uma Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade (AMAQ) a ser realizada por gestores e equipes, apontada como o ponto de partida da melhoria da qualidade dos serviços.

O programa coloca o apoio como um componente importante da engrenagem da gestão, ligado a gestão municipal e da atenção básica, definido como suporte ao processo de avaliação do trabalho por estes gestores. São explicitadas as ações e serem desenvolvidas que devem considerar o enfrentamento de desafios que ofuscam a qualidade da atenção básica.

No período de adesão o grupo de apoio auxiliava as equipes nas tarefas relativas às etapas do programa (apresentação de documentos, autoavaliação, elaboração na planilha de intervenção, visita externa). O grupo de apoio teve como tema central de sua intervenção, o apoio a realização de todas as fases definidas pelo PMAQ, como ilustra a fala da apoiadora.

Do que eu me lembro, o apoio institucional depois de 2012 se voltou pra ações do PMAQ, então foi as ações de apoio, então eu lembro que eles se organizavam pra isso (GFAI, p. 09).

Ajudava praticamente em tudo. As dúvidas da equipe com relação à visita, à organização da unidade. Então fazia reuniões voltadas pro PMAQ (GFAI, pág. 25).

O programa apresenta diferentes dimensões e subdimensões acompanhadas de descrições a serem considerados como balizadoras para o processo de avaliação produzindo lacunas entre o descrito e a experiência concreta das equipes. Observando as descrições que constam no documento que orienta a autoavaliação das equipes, nota-se que o Programa não alcança aquilo que preconiza, pois não conquistou em sua estruturação o afastamento do pragmatismo, aprisionando as equipes as descrições e reprimindo sua criatividade, primordial ao trabalho vivo. A proposição do PMAQ é não

reforçar racionalidades que se reduzam a razão instrumental. O apoio vem sendo utilizado como uma ferramenta que tenta apaziguar a força instrumental da ação avaliadora, e não como um eixo estruturante e transversal dos mecanismos de gestão.

Portanto, o apoio institucional teve sua inserção nas equipes de atenção básica a partir do PMAQ, que determina as equipes tarefas a serem realizadas, a partir de seu processo de autoavaliação e posterior avaliação externa (avaliadores contratados pelo MS, que verificam in loco se as equipes realizam aquilo que apontam em sua autoavaliação). Como se pode constatar pela fala das apoiadoras o apoio institucional aos processos de trabalho das equipes ficou em segundo plano, pois o foco foi a realização de etapas de um programa.

Importantes impressões são lembradas pelos trabalhadores sobre o período de adesão ao PMAQ. As discussões relativas ao processo de trabalho das equipes provocadas pelo grupo de apoio eram sentidas como um mecanismo de controle de um agente político ou da gestão. O apoio chegou, portanto, de forma enviesada as equipes.

Do PMAQ então assim, o PMAQ queria discutir o processo de trabalho, e às vezes gerava discussões, e tinha um período político envolvido, aí falavam que era o prefeito que tinha mandado, que era não sei quem que tinha mandado (GFT01, pág. 29).

Outra crítica dos trabalhadores a este processo foi a tentativa de padronização dos processos de trabalho das equipes, obscurecendo as singularidades e possibilidades a serem criadas para o alcance das descrições contidas no manual do PMAQ.

E também colocou todas as equipes para trabalhar assim na mesma língua entendeu? O processo de trabalho de todas as unidades acabou sendo o mesmo, porque pode ser diferente, aqui no X, ou Y, e até mesmo o nosso Z, o processo de trabalho acabou sendo o mesmo, por conta desse trabalho do apoio, com o PMAQ (GFT01, g. 29).

Tem suas singularidades, mas o processo geral foi uniforme (GFT01, p. 29).

Os trabalhadores relatam divergências produzidas neste processo, pois alguns queriam que o apoio atendesse as necessidades da equipe e esperavam pela resolução de problemas, outros “não queriam discutir nada”, um retrato de impressões

que pode ser estendido a tantas outras políticas e programas que chegam desta mesma forma aos trabalhadores de saúde.

E o apoiador ele chegou com uma demanda do PMAQ e aí quando eles chegaram, a gente queria discutir uma outra coisa, não queria falar de PMAQ... (GFT01, p. 30).

A gente não queria discutir nada (GFT01, p. 30).

Resolver os problemas da unidade e pronto (GFT01, p. 30).

A percepção vinda de outro trabalhador trata da invisibilidade da necessidade das equipes. O grupo de apoio queria discutir “coisas” que as equipes não queriam, mas que o PMAQ exigia como ponto de discussão.

É... quando ele começou, foi quando a gente aderiu ao PMAQ quando a gente aderiu ao PMAQ 2 ou 3 anos atrás? 3 anos. Montou-se uma equipe, inicialmente foi muito difícil para eles, pelo que a gente percebia, porque eles queriam discutir coisas que a gente não queria discutir, mas que o PMAQ pedia para discutir, então... (GFT01, p. 28).

Um trabalhador que na época integrava o grupo de apoio relembra sua percepção sobre os efeitos do trabalho com as equipes para a realização de etapas do programa: o apoio era sentido como um atravessamento na dinâmica da reunião de equipe.

Eu estava na auditoria nesta época, eu não estava numa unidade, mas eu via de fora, eu via o que as enfermeiras diziam, e o que as unidades diziam né? Eu até ajudei nesse processo, porque eu acabei ajudando na organização dos documentos, então a gente sentia isso. Mas você vai vir? Mas eu tenho tantas coisas para conversar na reunião né? (GFT01, p. 30).

A fala dos trabalhadores confirma esta observação, pois sentiam como uma interferência no processo de reunião e na própria reunião, que por vezes deixava de ser realizada.

Eles vinham no espaço da reunião. E acabava não tendo a reunião de equipe pra ficar com eles (GFT01, p. 30).

Retomam a lembrança da adesão ao PMAQ e o incômodo causado pela presença constante do apoiador.

Assim, quando começou foi muito enfático. Assim, vinha muitas vezes, vinha sempre. Até pra conseguir

fazer...Para conseguir organizar, conseguir... (GFT01, p. 29).

Para alguns trabalhadores o apoio está presente somente quando renova-se a adesão ao PMAQ ficando à disposição das equipes. Por sua vez, os trabalhadores afirmam não solicitar o apoio quando necessitam.

O apoio, assim, a única vez que a gente viu o apoio no ano, vou tipo ser sincera agora, é quando a gente tem que preencher a ficha do PMAQ, aí a gente vê o apoio, aí eles vêm, eles falam que o que precisar, pode procurar eles, mas quando... bom, a gente nunca nem foi, a gente nunca nem tentou na necessidade ir atrás deles (GFT03, p. 45).

Percepções neste sentido levam ao questionamento de trabalhadores do objetivo da criação de um grupo de apoio institucional, como algo colocado somente no papel para o recebimento de verbas. Fortalece esta percepção a ausência de resposta do grupo de apoio frente à solicitação de algumas equipes.

Aquele apoio institucional que é falado, que é para ajudar na melhoria da funcionalidade da unidade, das problemáticas, é muito difícil eles irem, e se a gente solicitar não dá certo deles irem, eles nunca podem, então é complicado. É mais assim, a gente percebe que aquilo é muito do papel para se ganhar verba, agora do resto (GFT03, p. 43).

Surge na fala de uma trabalhadora, um contraponto à vivência relativa ao PMAQ, não é sentida como interferência e sim como construção. A trabalhadora atribui o incômodo sentido por alguns relacionado ao processo de avaliação e aos seus desdobramentos. Assinala que a avaliação não teve caráter punitivo e sim de possibilitar melhorias nas condições de trabalho e reconhece que o PMAQ foi um aprendizado para a discussão do processo de trabalho das equipes.

Eu não acho que atrapalhou, eu acho que foi uma construção (GFT01, p. 29).

E quando você começa a questionar, a dar serviços diferentes, a ter que pensar, ter um outro olhar, isso incomoda né? Então por isso que eu acho que se sentiu um pouco incomodada, porque tinha aquelas 60 questões para ser avaliadas, nos falando do processo, então isso incomoda...(GFT01, p. 29).

Então uma coisa, que se você fica ali mais perto, é uma coisa que incomoda, mas eu acho que depois todo mundo entendeu que era uma coisa, não era para ser, para assim, prejudicar ninguém, que não era para

avaliar, era para realmente ajudar e tentar fazer uma condição melhor do trabalho (GFT01, p. 29).

Então no começo foi com a questão do PMAQ e aí a gente aprendeu com isso a discutir mais os nossos processos de trabalho (GFT01, pág. 29).

A gestão municipal refere-se a este processo lembrando a autoavaliação como uma possibilidade de percepção de erros no trabalho das equipes, que pode levá-las a pensar no que fazer para produzir acertos.

...na autoavaliação que eles fizeram, eu acho que refletiram bastante a questão do onde eu estou errando, não é? Eu tenho tudo para fazer uma qualidade melhor, ou porque que eu não consigo (EG2, p. 03).

A atual composição do grupo de apoio não viveu este processo, mas ainda lida com seus efeitos, que perduram como uma marca registrada, confirmada pela produção da experiência com as equipes. Para dar continuidade ao trabalho do apoio tiveram que “suprir as necessidades” das equipes, percebidas pelos trabalhadores no processo de autoavaliação do programa.

Segundo Campos (2003), durante os processos de produção em saúde produzimos sujeitos e instituições. Se o apoio é uma postura metodológica que pelo seu potencial pedagógico e terapêutico busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão como um complemento às funções gerenciais de coordenar, planejar, supervisionar e avaliar, ampliando a autonomia e capacidade de análise das pessoas, deve intervir *com* e não *sobre* as mesmas.

5.6.2 Experimentações em curso: elementos para o apoio institucional

O grupo de apoio institucional constata que na prática, sua experiência se assemelha a do grupo de EPS e não a do grupo de apoio originado pelo PMAQ, considerando as tensões produzidas por esta experiência. Ao considerarem os fundamentos teóricos e metodológicos de ambas as propostas (EPS e apoio institucional) as apoiadoras consideram diferenças. Nota-se que no grupo de EPS fica evidenciada a supremacia da gestão sobre o trabalho das equipes e na experiência do apoio pelo PMAQ, a resistência dos trabalhadores a proposta de trabalho dos apoiadores.

Eu acho que o apoio trabalha praticamente a mesma forma que a EP. A busca de trabalho das unidades, eu acho que o foco é o mesmo da EP (GFAI, p. 10).

Sim, a gente continua trabalhando da mesma forma (GFAI, p. 10).

Na prática, pra mim não tem diferença, mas acho que pra responder muita coisa naquele que faz na teoria, sim, de muitas atividades eu acho que tem (GFAI, p. 09).

Veremos como o exercício do apoio se relaciona com os conceitos apresentados e as proposições que fundamentam o método no campo da saúde coletiva. No município o *locus* privilegiado da ação do grupo de apoio é a reunião de equipe, espaço apontado por trabalhadores e gestores como espaço de cogestão. A utilização do espaço da reunião de equipe para o trabalho justifica-se também por ser o momento de maior concentração dos integrantes de uma equipe.

No desenvolvimento do trabalho com as equipes, as apoiadoras mencionam a periodicidade dos encontros, que apresenta intervalos de 2, 3 ou até 05 meses. Justificam que os intervalos tão espaçados se devem ao fato do grupo ter seis apoiadores para apoiar 13 equipes.

E no horário da reunião, então tava todo mundo da unidade...(GFAI,p. 07).

Depende da atividade que a gente vai propor. De 2 a 3 meses, até 05. Foi isso, né, no ano passado foi isso (GFAI, p. 55).

A inserção do grupo na reunião de equipe é pactuada com as enfermeiras. As possíveis agendas de trabalho do apoio, contam com a quantidade de assuntos na pauta da reunião, que determinam sua participação ou a transferência da participação para outro dia. Apesar do intervalo entre um encontro e outro, as equipes sabem que o apoio “irá voltar”, pois deixar a agenda “em aberto” implica no cuidado de pactuar com a equipe um retorno, mesmo que sem data marcada. Algumas agendas de trabalho são construídas considerando a necessidade e expectativa das equipes apoiadas. Todas estas variações estão representadas nas falas das apoiadoras.

...a gente tem que ir no horário das reuniões delas. Então às vezes tem pauta muito grande, "não dá pra vocês participarem", então é só na outra semana que dá pra gente ir. Então eles mesmos sabem que a gente demora mesmo pra conseguir. Mas nós vamos voltar, assim que der nós vamos combinar com a enfermeira. Então a gente não deixa uma data programada. Mas

nós vamos voltar, então eles já sabem que a gente vai voltar (GFAI, p. 55).

Essa do acolhimento que nós já fomos no X, a gente saiu sem data. Então nós fizemos esse cuidado e nós falamos que assim que der a gente vai voltar com uma nova atividade. "Mas quando vocês vão voltar?" "Olha, assim que der a gente volta". Então a gente saiu sem uma data (GFAI, p. 56).

O X foi o lugar que estava mais complicado, que a gente já saiu com uma data certa da próxima reunião, até porque tava com uma expectativa grande do resultado, então assim, depende a gente já sai com uma data (GFAI, p. 55).

As opiniões do trabalhador quanto à periodicidade do trabalho do apoio apresentam diferenças, que vão de uma presença constante a uma agenda de trabalho mais espaçada.

Toda semana (GFT01, p. 37).

Não, de vez em quando (GFT01, p. 37).

Eu acho que a cada 2 meses está bom (GFT01, p. 37).

Eh, 1 vez por mês (GFT01, p. 37).

Presença mais contínua. Mais constante (GFT04, p. 41).

Campos (2003) apresenta recursos metodológicos para o desenvolvimento da função apoio. O autor assinala a importância da construção de espaços coletivos/arranjos que propiciem a interação dos sujeitos, para que possam proceder a análises e tomada de decisão, avaliando processos e tarefas e redefinindo rumos quando necessário.

No município, pelo relato de gestores e trabalhadores, estão constituídos espaços de conversa para a equipe de gestão e as reuniões de equipe para os trabalhadores. Talvez as reuniões de equipe se apresentem como o espaço mais adequado para o trabalho de apoio, no sentido de dar suporte ao trabalho em desenvolvimento, proceder a análise dos processos de trabalho para possíveis mudanças e mediar os momentos de tomada de decisão, algo referido como mais desafiador e por vezes conflituoso para as gerentes das equipes, facilitando a abertura para o diálogo entre os trabalhadores.

Quanto à periodicidade, nota-se a necessidade de um contrato que a estabeleça a inclusão do trabalho de apoio, dentro da agenda de trabalho das equipes. Como

colocado pelo grupo, sua participação nas reuniões de equipe mesmo quando garantida se realiza em “um pedacinho de pauta” para o desenvolvimento do trabalho.

É onde o grupo de apoio vai fazer os trabalhos, então quando nós vamos a gente liga. É nesse momento. Na reunião de equipe. E a gente já deixa fechado. Um pedacinho da pauta pra gente. (GFAI, p. 55).

A sequência das atividades desenvolvidas num intervalo de tempo menor é um determinante para que a equipe e o apoio não percam sua história. Isso é mencionado como algo importante por uma trabalhadora.

Porque na verdade o que, que aconteceu, houve a primeira reunião agora né? E eles pediram para cada um escrever o que estava incomodando dentro daquela equipe. Aí eles trouxeram essa outra dinâmica que fez com que cada um falasse qual era a sua qualidade e o que precisava do outro para conseguir fazer a sua qualidade acontecer. Ele deixou um tempo para a equipe se mostrar para o outro e oferecer o que poderia dar um para o outro. Então eles pegaram todas essas filipetas que a gente fez e estão vendo. Se eles demorarem muito, por isso que eu acho que 1 vez por mês seria o ideal até para poder ter essa resposta, porque se demorar muito você perde a história que está acontecendo (GFT01, p. 38).

Outro aspecto levantado referente a periodicidade é a identificação das demandas singulares, o que colocaria ao grupo de apoio o desenvolvimento de uma ação mais “específica”. Para a proposição do trabalho é necessário que o grupo e a equipe se encontrem com mais frequência. Os trabalhadores reconhecem esta necessidade.

Mas a gente já fez diferente, por exemplo, uma unidade foi uma ação específica para aquela unidade. Mas para identificar essa necessidade, falta estar mais perto, estar mais junto porque a gente não sabe qual a necessidade entendeu? Ainda é uma coisa mais ampla... (GFT04, p. 42).

A fala da trabalhadora nos remete à importância do vínculo entre grupo de apoio e equipes. O vínculo é entendido como compromisso, estabelecido pela construção de um contrato que permitirá formalizar um acordo que motive a todos para o trabalho. Considerando a fala de apoiadores e trabalhadores o espaço, tempo e intervalo de encontros deve ser pactuado. Todos estes elementos são apontados por Campos (2003) como sugestões metodológicas do apoio.

Outro recurso apontado pelo autor (CAMPOS, 2003) nos parece útil nesta análise: a ampliação de espaços onde se aplica o método. As reuniões de equipe, espaços tão caros e conquistados, não são os únicos para a atuação do grupo. A democratização da participação de gestores, trabalhadores e usuários nos diferentes espaços já instituídos nos parece uma oportunidade de experimentar o fazer junto, de modo reflexivo e crítico.

Outro aspecto relevante ao trabalho do apoio refere-se à atuação do grupo planejada por meio de atividades. Na maioria das vezes, realizam a mesma atividade com todas as equipes que apoiam.

Então a gente faz uma atividade para passar em 15 unidades de saúde, em todas né, para fazer uma ação... (GFT04, p. 42).

Observa-se que este planejamento se ancora na percepção do sujeito apoiador que “passa” pelas equipes e acaba fazendo uma escuta das necessidades dos trabalhadores e de si enquanto sujeito trabalhador (enfermeiro ou da equipe NASF). Um planejamento impregnado pelos afetos percebidos nas equipes e por um eu trabalhador e apoiador, que neste turbilhão, encontra abrigo no desenvolvimento de algo que gostaria de receber.

A gente não está ali no dia a dia, a não ser eu e a X, que somos enfermeiras, pra saber o que está se passando, qual a necessidade, entendeu? Às vezes a gente levanta do que uma passa na unidade e observou, que a outra passou, não é mais ou menos isso? (GFAI, p. 11).

Nessa última que nós montamos, nós começamos a passar nas unidades, nós levamos, assim, consideração o que todo mundo está passando, o processo político que todo mundo está passando. Então assim, todas as equipes nós percebemos a desmotivação, como o apoio ia chegar lá pra levar alguma coisa pra eles se todo mundo tava, até o apoio tava desmotivado (GFAI, p. 17).

As atividades a serem desenvolvidas com as equipes e o quantitativo de trabalhadores por equipes determinam o quantitativo (duplas ou trios) de apoiadores e a divisão de tarefas frente à atividade proposta.

Então eu iniciava, a outra começava a dinâmica, o outro já ia preparando tal coisa, porque fazia com a equipe toda... Então a gente já ia tudo pronto, cada um já tinha sua função ali. Então a gente já se dividia.

Então, você vai fazer a dinâmica, vocês 2 fazem a dinâmica, os outros já entregam as mensagens, era tudo dividido entre nós aqui na equipe (GFAI,p. 07).

Depende o que a gente tinha montado, depende a dinâmica e depende a unidade. Se fosse unidade menor, a gente ia em 4, em 3. Se era uma unidade grande, ia todo mundo (GFAI,p. 07).

As ações desenvolvidas pelo grupo são registradas no livro ata das reuniões de equipe e no livro ata do apoio institucional.

Mas tem um livro ata em cada unidade de saúde. Então, se a gente vai numa visita, a atividade que a gente desenvolve lá também é anotado lá (GFAI,p. 21).

O nosso é mais a nossa reunião e o que a gente vai desenvolver, a programação (GFAI,p. 21) .

O grupo realiza uma avaliação de seu trabalho, questionando se o que fazem é importante e viável para as equipes, nas reuniões semanais que realizam: “avaliar” aqui significa definir o caminho a ser seguido.

Se o que a gente está fazendo tem viabilidade, tem importância, é isso mesmo. É o que a gente mais questiona (GFAI,p. 29).

É uma importância, pra gente ver se o caminho que a gente está seguindo está certo. Senão a gente tem que parar, repensar, retomar e novos rumos (GFAI,p. 32).

As equipes também avaliam o trabalho do apoio, na perspectiva da atividade realizada. Mas a avaliação do apoio institucional em si, ainda não foi realizada.

Sempre no final a gente pede (GFAI,p. 32).

Isso é uma proposta do PAREPS. Desenvolver algum tipo de avaliação do grupo de apoio, do trabalho que a gente desenvolve, mas ainda não foi feito (GFAI,p. 32).

Campos (2003, p.100) alerta para a importância dos apoiadores autorizarem os grupos que apoiam a exercer a crítica generosa e a desejar mudanças. A avaliação ganha outro caráter neste sentido.

Um aspecto do trabalho do apoio merece destaque: o interjogo entre a encomenda, a demanda e a oferta. É possível apontar diferentes nuances do trabalho desenvolvido, relativo ao suporte para as equipes, observando a origem das encomendas e a produção das demandas para as possíveis ofertas do facilitador e apoiador.

Para exemplificar a diferença entre encomenda e demanda, Monceau (2013) argumenta que a encomenda ajuda a construir um diagnóstico formulado por quem a faz, e que as demandas são produzidas por todos no desenvolver do trabalho de apoio.

No trabalho com o grupo de EPS observa-se que a encomenda da gestão ao grupo, expressa em seu pedido uma intervenção nos problemas cotidianos, por meio de estratégias planejadas para sua solução. No desenvolvimento do trabalho do grupo de apoio ligado ao PMAQ, a encomenda da gestão foi um suporte do grupo a realização das etapas de adesão ao programa. As demandas foram mapeadas no processo de avaliação com as equipes. Pela maioria dos depoimentos não se concretizou uma oferta do grupo de apoio associada as percepções e problemas levantados pela autoavaliação e avaliação externa do PMAQ, o que produziu uma reação de resistência ao trabalho do apoio, quando retoma os trabalhadores em sua segunda composição.

O grupo de apoio institucional apresenta como algo importante para sua atuação a encomenda vinda da gestão do município, a exemplo do que acontecia com o grupo de EPS. Entendem que a gestão tem a possibilidade de fazer uma leitura das equipes frente a queixas e êxitos que são percebidos e que podem funcionar como sinalizadores, dando pistas, um direcionamento para o planejamento de uma intervenção nas equipes.

Porque assim, quando a gestora trazia pra nós, não é comparando, ela vinha, trazia uma demanda, porque eu acho quem fica na Secretaria ouve queixas de todas as unidades, então fica ali absorvendo tudo, então assim, sabe tudo de todas as unidades. Tanto coisas boas quanto coisas ruins. Então sabe pra trazer pro grupo de apoio o que está acontecendo em todo lugar. Então poder vir e falar "olha, gente, estou escutando que lá em tal lugar está acontecendo muitas queixas de tais coisas, o que vocês tão pensando em fazer em tal lugar? Tanto que lá em tal lugar, está acontecendo muita coisa boa também" (GFAI,p. 12).

Assim, o que ela estava dizendo é da gestão direcionar: "olha, acho que vocês precisam atuar nisso", vamos supor, acolhimento, que é que está acontecendo agora. Fazer oficinas, fazer qualquer coisa direcionada a acolhimento nas equipes, que é o que a gente está sentindo de dificuldade (GFAI,p. 11).

A ausência de uma encomenda para o grupo de apoio pode estar relacionada ao não entendimento do que é apoio institucional, como exemplifica a fala de uma das gestoras.

O apoio institucional seria o apoio das entidades? Seria o apoio do hospital, o que seria apoio institucional...? É o apoio dos gestores, não é? (EG1, p. 14).

Quando questionada sobre a existência de ações de apoio institucional a gestora afirma que ocorre um apoio para a realização das ações no campo da gestão e da assistência. O apoio é estabelecido por uma comunicação entre Secretaria de Saúde e unidades da rede. Reconhece as equipes de saúde como solidárias, pois os trabalhadores se ajudam mutuamente, sendo esta uma característica interessante das equipes.

Ele ocorre, e é frequente, e é diário, porque a nossa comunicação é diária, e as apoiadoras estão aqui diariamente na Secretaria, tanto a Secretaria nos PSFs, ou em uma Unidade Básica de Saúde, então isso é concomitantemente e diariamente. E existe na equipe essa solidariedade, de um ajudar o outro, não é? Então isso é muito interessante dentro da nossa equipe (EG1, p. 14).

A outra representante da gestão menciona a existência de uma equipe de apoio que oferta educação permanente e continuada. Complementa dizendo que o apoio institucional deve fazer a ponte entre gestão e equipes: apresentar para as equipes as “normas” da gestão e trazer para a gestão o que as equipes precisam, funcionando como uma engrenagem. Também se atribui ao apoio a oferta de um suporte da gestão para as equipes.

A gente é uma equipe, que tenta dar o maior suporte possível, tanto de educação permanente, quanto de educação continuada, quanto de suporte para N coisas da gestão para a equipe (EG2, p. 15).

Então eu acho que o apoio institucional é isso, é você dar normativas, dar norte do que a gestão precisa, para a ponta, mas também fazer um apoio do que a ponta precisa e trazer para a gestão. Então eu acho que o apoio é muito essa engrenagem, entendeu? (EG2, p. 15 e 16).

A percepção desta gestora sobre a prática desenvolvida pelo grupo de apoio demonstra um conhecimento das ações realizadas pela proximidade que tem com o grupo, pois ocorrem reuniões sistemáticas para o compartilhamento das impressões

sobre as equipes, como representa sua fala sobre o momento de desmotivação dos trabalhadores.

Essa semana a gente estava fazendo uma ação, que a gente está vendo o pessoal muito desmotivado, aí a gente fez uma ação de acolher o nosso funcionário, e a gente chegou, e a gente vai fazer o quê? Não tinha o que fazer, a gente não tem recurso financeiro, a gente não tem nenhum, aí a gente chegou e falou assim, a gente vai lá, vamos lá, no fim, cada um teve uma ideia, nós chegamos e fizemos uma dinâmica de massagem, de música, de tudo, e a gente falou assim, é equipe apoiando a equipe (EG2,p. 16).

Uma das apoiadoras menciona que o grupo de apoio comunica à gestão o que vem sendo realizado com as equipes.

Não tem a demanda, mas sabe do que a gente faz mesmo porque a gente comunica o que a gente vai fazer. Sempre que a gente tem uma ação nova a gente passa (GFAI,p. 22).

Ao mesmo tempo em que as necessidades da gestão são importantes para o trabalho, também causam uma preocupação ao grupo, no sentido de produzir interferências no trabalho do apoio. Uma das apoiadoras relembra o pedido feito pela gestão, do apoiador que capacita, na lógica das capacitações “que surgem de cima para baixo”, se afastando das necessidades reais do trabalhador. Afirma que se a equipe de apoio estiver associada a projetos desta natureza, potencializam-se sentimentos de não aceitação ao trabalho do grupo pelas equipes.

Acho que é isso mesmo porque eu lembro até que a X falou uma vez numa reunião pra nós que o grupo de apoio ia ter que inclusive capacitar, porque não só trabalhar algumas questões nas reuniões de equipe, mas inclusive com alguns temas. Ainda eu lembro que eu comentei, falei "nossa, mas às vezes é tão difícil a gente conseguir sensibilizá-las, se a gente levar algum tema aí que elas não vão gostar da gente mesmo", e é verdade (GFAI, p. 27).

Os trabalhadores analisam que a encomenda vinda da gestão associada a uma participação ativa na discussão e planejamento com a equipe de EPS, como ocorreria anteriormente, foi constituindo um modo de fazer do grupo, que consistia na apresentação de problemas pela gestão e decisão coletivas de estratégias para sua intervenção. Reconhecem também a importância da gestão compreender o que é

educação permanente e apoio institucional, para construírem uma encomenda que não se afaste da perspectiva destas ferramentas.

Apesar de suas afirmações e do reconhecimento da incompreensão do apoio institucional pela gestão municipal, a ausência de um pedido ainda provoca um efeito desnorteador. O grupo guarda dentro de si a lembrança de um direcionamento, algo que lhes confortava na tarefa tão complexa de apoiar. Sem esta direção questiona-se: o que fazer com as equipes?

A gestora X direcionava o grupo na época dela. Então, ela trabalhava, ela direcionava. Aí o grupo ficou meio desnortado. E assim, a gente tentou buscar, tentou trabalhar nas unidades, mas, assim, até a gente ficou um pouco perdido. O que trabalhar nas unidades? (GFAI, p. 11).

A sensação de “estar perdido” é ocupada por algo importante ao trabalho do apoio: a escuta da demanda produzida no trabalho com as equipes que confere uma legitimidade as necessidades apontadas pelo trabalhador. Produzir respostas a estas necessidades deu “um norte” ao grupo.

Quando a gente fez esse levantamento com as unidades foi muito rico, foi bem legal o que a gente tirou deles, o que veio deles. Então, foi uma coisa bem legal. Foi uma experiência nova (GFAI, p. 37).

E que ajudou a gente a se nortear também (GFAI, p. 37).

Foi, e que partiu deles. Então eu acho que é isso, é um apoio pra eles também, e pra qualificar o trabalho deles (GFAI, p. 37).

Somado à escuta das equipes, que permite ao grupo um “diagnóstico” para nortear o trabalho, surge a escuta das percepções de cada um dos integrantes do grupo de apoio, enquanto trabalhadores da rede. As apoiadoras apresentam-se como sujeitos implicados nas situações do município, em seu próprio trabalho e no trabalho com as equipes. Acolhendo todas as percepções, tentam com dificuldade entender a trama em que se capturam. O grupo de apoio vive um conflito, marcado pela ausência de encomenda, origem das demandas e implicação das apoiadoras, mas afirmam ser importante o caminhar com as próprias pernas e manifestam o desejo de se firmarem enquanto grupo, se aproximando do entendimento das equipes frente a este dispositivo.

Digamos que a gente agora anda com as próprias pernas, e antes a gente tinha uma ajuda pra andar (GFAI, p. 14).

E aí, de umas ações do ano passado, foi objetivo da gente se firmar como grupo de apoio também, essa nova composição, e tentar retomar o que eles entendiam que era grupo de apoio (GFAI, p. 30).

Outro autor que aborda estes conceitos, Baremlitt (2002, p. 95), nos ajuda a pensar sobre o dilema das apoiadoras em seu *roteiro para uma intervenção institucional padrão* no qual coloca como primeiro passo a análise da produção da demanda. Baremlitt assinala que o modo como a oferta é feita produz uma demanda e utiliza como exemplo o que o marketing e as propagandas produzem nos consumidores, a criação de demandas antes não percebidas que podem ser distinguidas como necessidades produzidas em um consumidor. Desta forma não existe uma demanda espontânea, toda demanda é produzida. Deslocando este conceito para a área da saúde, o autor afirma que não é o serviço o único responsável por aquilo que oferece. A demanda é produzida por uma falência de outras ofertas nas organizações. Devido a sua incompletude e distorção, os próprios serviços geram uma demanda por não conseguirem resolver os problemas de sua especificidade.

Fazendo um paralelo com o trabalho do apoio, nota-se a relevância de fazer um entrecruzamento das demandas (da gestão e dos trabalhadores) e uma análise do que elas carregam quando são verbalizadas.

No grupo de apoio relacionado ao PMAQ, que se centrou no suporte à realização de tarefas para a conclusão de um programa, encomenda explícita da gestão, seu reconhecimento enquanto grupo se deu pelas ofertas avessas as necessidades das equipes, resultando em uma não aceitação do trabalho ofertado, já que as demandas produzidas em processo, não foram consideradas como objeto de intervenção pelos apoiadores.

Frente ao colocado pelas apoiadoras, uma das possíveis ofertas do apoio seria a produção de demandas junto às equipes de gestão e de atenção. A produção em ato por meio de análise do cotidiano do trabalho e dos processos que o organizam, aproximando-se das relações de poder, dos saberes e dos afetos que atravessam e dão sentido as diferentes instituições presentes no campo da saúde coletiva.

5.6.3. Ofertas do apoiador: o que carregam na caixa de ferramentas

"A vida é como uma viagem, e toda viagem precisa de uma mala. Porém, costumamos levar muitas coisas que não são úteis, e nossa mala fica muito pesada, nossa caminhada fica pesada. Então, pedimos que cada um avalie sua bagagem e tire fora aquilo que não é útil" (frase utilizada em uma atividade do grupo de apoio).

O grupo de apoio relembra sua entrada nas equipes, pautada por uma apresentação do grupo e pelo questionamento sobre o que é apoio institucional para as equipes, levantando suas expectativas. Consideraram também as experiências prévias dos trabalhos já realizados (EPS e apoio PMAQ). Esta reaproximação trouxe elementos fundamentais para a retomada do trabalho: os trabalhadores não entendiam o que era apoio institucional; muitos deles eram recém-chegados na saúde e não conheciam os trabalhos desenvolvidos por grupos anteriores e a maioria associava apoio ao PMAQ.

Não entendiam o que era o apoio (GFAl, p. 24).

Todas as equipes mudaram. Então assim, muitos nem conheciam o apoio (GFAl, p. 24).

Assim, o apoio ficou focado somente no PMAQ. Ficou 2 anos só focado no PMAQ (GFAl,p. 24).

A percepção dos trabalhadores sobre a primeira oferta do apoio demonstrou a tentativa de reconstrução das relações entre grupo de apoio e equipes, fragilizadas e esgarçadas, tanto pelas ações desenvolvidas quanto pela lacuna entre a última intervenção (PMAQ) e a proposta atual. Os trabalhadores reconheceram que o grupo escutou as necessidades das equipes e o que queriam do apoio. Como primeira oferta a abertura de espaços para uma conversa que produziu a seguinte demanda: as equipes precisam conversar.

....primeiro eles vieram na unidade, e escutaram a demanda..Todo mundo falou. Cada um falou a sua, o que ela queria para melhorar...o que queriam do apoio...o que queria melhorar dentro da unidade (GFT01, p. 36).

O apoio vai retomar agora... lembra que eu falei que o apoio tinha ficado um pouco devagar? O que vocês precisam do apoio? E ai eles chegaram a conclusão de que estávamos precisando conversar.Com as respostas que foram dadas na reunião eles trouxeram essa dinâmica que foi uma resposta da primeira conversa (GFT01, p. 36).

A apoiadora reconhece que o grupo de apoio se aproximou da realidade vivida pelas equipes e entendeu suas expectativas como necessidades.

Então assim, o que eles esperavam? De acordo com o que eles esperavam do apoio institucional a gente entendia como uma necessidade. Então foi uma forma de a gente conhecer também a realidade da unidade... a gente buscou deles um diagnóstico (GFAI, p. 18).

O grupo compilou o material produzido pelas equipes (o que pensam sobre apoio e suas expectativas) e a produção apontou as demandas dos trabalhadores, seus “pedidos ao grupo de apoio”. Assim, pensaram em estratégias para atender a demanda das equipes.

Então aí a gente fez uma dinâmica com eles, que a gente chegava, nos apresentávamos e perguntava o que era o grupo, o que eles entendiam por apoio institucional e o que eles esperavam. E aí eles respondiam por tarjetas, tal, e aí depois a gente fez um compilado das informações que eles falavam (GFAI, p. 19).

Até pra gente ver então quais atividades, estratégias a gente poderia estar usando com eles, qual a demanda então eles estavam pedindo pro grupo de apoio (GFAI, p. 19).

Ao compilar o produto de todas as equipes, decidiram desenvolver uma mesma proposta de trabalho, mesmo afirmando que as equipes traziam suas próprias demandas e que o problema de uma equipe não é o mesmo que de outra.

E a demanda das equipes, elas trazem aquilo muito voltada pra cada equipe, daí você tem que fazer esse compilado, ver, pra gente trabalhar com o município como um todo (GFAI, p. 23).

Nem sempre o problema de uma equipe é o da outra (GFAI, p. 23).

As apoiadoras tomaram a decisão de trabalhar um único tema de uma mesma forma, por meio de uma atividade única. A atividade era desenvolvida a partir de um disparador (problema) que se apresentava em todas as equipes porém com intensidades variadas. Porém na execução do trabalho foi percebido que, a demanda que expressou algo comum (dificuldades na comunicação), foi atravessada pela singularidade da equipe e por novos emergentes de trabalho.

Porque depois desse último trabalho que inclusive nós percebemos que nós fizemos um pouco diferente, assim, nas unidades nós trabalhamos a questão da

comunicação, mas em uma unidade ficou diferente. Nós não conseguimos a comunicação na unidade. Nós fizemos um trabalho diferente lá (GFAI, p. 29).

Porque não dava pra trabalhar comunicação lá. Muitas questões lá, então assim, nós usamos outra dinâmica, fizemos outro trabalho (GFAI, p. 29).

As dificuldades de comunicação entre os integrantes das equipes foi o foco do grupo de apoio. A atividade planejada foi desenvolvida por meio de uma dinâmica, que partia do reconhecimento de uma qualidade individual e de como a equipe poderia contribuir para potencializar esta qualidade. Além da comunicação abordou-se o tema do trabalho em equipe.

E assim, a maioria das unidades, praticamente unanimidade, era a questão da comunicação. Era uma dificuldade de comunicação. Aí a gente, a partir desse diagnóstico das unidades, a gente pensou numa estratégia... a dinâmica era como você gostaria de ser reconhecida nesse grupo (GFAI, p. 21).

Várias necessidades foram sendo percebidas pelo grupo de apoio a partir desta dinâmica como as relações dentro das equipes, que precisam ser cuidadas. Os trabalhadores mencionam que para poder cuidar melhor dos usuários também precisam ser cuidados. Outro ponto desvelado foi a desmotivação para o trabalho. A cada necessidade o grupo de apoio oferecia uma resposta: trabalharam o tema da comunicação, criaram uma atividade oferecendo relaxamento e massagem, com o objetivo de levar o cuidado a quem cuida, denominaram esta ação de um “esvaziamento do que é ruim e uma colheita de algo bom”.

As falas das apoiadoras fornecem mais elementos para justificar a oferta desta atividade, pois defendem que o apoio não deve funcionar como um potencializador das crises e de sentimentos de angústia. Optaram por não levantar mais problemas e não colocar casos em discussão. Consideraram também os abalos produzidos pela crise política no município, que afetava todos trabalhadores e conformava um desânimo, algo que também era sentido pelas integrantes do grupo.

A gente vai perguntar de problema? Vai surgir um monte. Vai fazer o que, discussão de um caso? Eles já têm um monte pra discutir. Então assim, ai vai lá o grupo de apoio, aí vai a gente ficar em situação constrangedora (GFAI, p. 29).

Então assim, vamos oferecer um cuidado agora, porque se a gente está precisando de um cuidado, a gente imagina que eles também estejam, porque

realmente a gente está passando por um processo político complicado (GFAI, p. 29).

Aí você vai potencializar uma coisa que já está acontecendo nas unidades, está uma bomba relógio. Aí você vai trazer problema pra Secretaria, então a gente fica meio, às vezes, num fogo cruzado. Então aí qual é a estratégia? Vamos levar cuidado, porque a gente está precisando também (GFAI, p. 29).

Talvez de reforçar sentimentos de angústia, esse era o nosso medo (GFAI, p. 30).

Estas colocações nos remetem à reflexão sobre o que é intervir nas práticas e no cotidiano de saúde. Intervir considerando a proposta do apoio é produzir perturbação. O trabalho do apoio não deve estar caracterizado por uma intervenção de alguém que vem de fora e aplica algo, mas sim uma atitude de corresponsabilização pelo grupo e com o grupo. Produzir perturbações é apontar exatamente aquilo que por vezes queremos encobrir. Manejar com a impotência, o desânimo, os conflitos no sentido de produzir novas percepções para poder lidar de outra forma com todas estas circunstâncias (VASCONCELOS, 2014).

Diferentes demandas foram produzidas ao longo do trabalho com as equipes. Algumas delas ainda permanecem sem uma problematização e provocam, na avaliação do trabalhador frente a função do apoio, alguns descontentamentos, como veremos nas expectativas ainda presentes na fala dos trabalhadores.

5.6.4. Expectativas, necessidades e demandas: percepções do trabalho do grupo de apoio pelas equipes

Os trabalhadores esperam que o grupo de apoio facilite as conversas “mais difíceis” dentro da equipe, as mais conflituosas. A necessidade de trabalhar com os conflitos é algo referido, mas pouco abordado. Entende-se que os trabalhadores desejam que o grupo de apoio amenize as perturbações ou os ajude a passar por elas.

Eu acho que o apoio ajuda a iniciar as conversas às vezes, algumas coisas que estão, que a equipe não consegue ter a disponibilidade de conversar sobre aquele assunto, sobre aquela situação, o apoio promove o início dessa conversa (GFT01, p.36).

É, mas eu acho que ainda está assim, está engatinhando, nessa questão assim de apoio no sentido das relações (GFT04, p. 41).

Pela fala do trabalhador, havia sido colocado que as situações adversas seriam objeto de trabalho do apoiador, criando expectativa e frustração. Tais situações são resolvidas pelos próprios trabalhadores, que frente à ausência do apoio, aprenderam a dar conta dos problemas sem a ajuda de alguém de fora da equipe.

Pelas poucas vezes que a gente teve contato com eles, foi o que foi falado para gente, o que seria feito, que a gente não vê muito. Eu acho que a gente aprendeu tanto a lidar com as situações adversas, a gente aprendeu às vezes, a não se dar, e depois a se dar, que a gente não precisa muito de outras pessoas, a gente acaba se resolvendo (GFT03, p.44).

Outra necessidade mencionada por trabalhadores relaciona-se a contribuição na reorganização dos processos de trabalho por meio da reflexão e na resolução dos problemas, pelo olhar de quem está de fora deles.

Que também pode servir de organizar algumas coisas. Pra ajudar na reflexão do processo de trabalho, pra organizar algumas coisas (GFT01, p.36).

Porque tem horas que a gente está no meio do problema, e a gente não vê a luz no fim do túnel, e às vezes, uma pessoa de fora ouvindo a gente..porque são vários profissionais lá, eles vão atender...do que a gente não está conseguindo... (GFT03, p. 43).

Os trabalhadores que se sentem menos ouvidos nas equipes desejam que o apoio favoreça sua prática profissional, e sugerem uma escuta de sua categoria em momento separado das reuniões de equipe.

Ouvir a gente... cuidar, o que a gente não está conseguindo fazer...alguém que ouvisse, pelo menos, um pouquinho desse razão para gente, entendesse a gente, entendesse o trabalho, que parece que não...tentasse buscar junto com a gente uma solução, visse, enxerga-se tudo que a gente faz, que parece que ninguém quer (GFT02, p. 40).

*...acho que podia ter assim uma reunião individual...
...uma reunião com os ACSs, com todos, ouvir o que eles têm para falar... (GFT02, p. 45).*

A aproximação entre o apoio e a realidade das equipes é um pedido dos trabalhadores. De acordo com o relato o trabalhador percebe que nas conversas com o apoio, por vezes, as impressões registradas pelos apoiadores concentram-se somente

naquilo que não foi resolvido pelas equipes (problemas), deixando de lado os inúmeros atos produzidos pelos trabalhadores com resolubilidade. Nota-se uma demanda de apoio ao trabalho vivido no cotidiano, o trabalho vivo.

Porque assim, às vezes ele chegou na reunião, ah eu não consegui resolver um problema. Tipo ajuda ele ali falando, ah você poderia ter feito dessa outra forma... então me vê como eu não ter conseguido resolver. Só que atrás disso, eu resolvi vinte lá trás e ele não está sabendo...Entendeu? Então aí eles vão levar essa imagem, que não resolveu (GFT04, p. 45).

Outro trabalhador menciona que se torna necessário a retomada do contrato de trabalho entre apoiadores e equipe para a produção de vínculo. As intervenções do apoio por vezes são recebidas como críticas aos modos de fazer das equipes, associada a uma desvalorização do trabalho realizado. O apoiador precisa ser reconhecido como um membro, literalmente “um braço da equipe”, para que sua fala ocupe outro lugar e não seja entendida como distorção da realidade, para que os conflitos não se intensifiquem.

Eu acho que tem aquela frase, só aceita crítica de quem conhece o seu dia a dia né? Eu acredito que aí, a equipe reconhecendo esse apoiador, como mais um membro, um braço na equipe, aí olha, aí realmente, se ele está falando é porque ele tem uma visão a parte, então eu acredito nisso, porque às vezes, como que você chega, você nunca aparece aqui, chega e tem que falar isso, isso e isso. Espera aí, e o que eu faço? E o que eu reboło o dia inteiro para fazer? Dá para conseguir dar conta e ele não falou, só falou aquilo? Então eu acredito que seja isso. Porque esse apoiador fica uma visão distorcida né? (GFT04, p. 47).

Este aspecto trazido pela trabalhadora remete ao lugar que o apoio e o apoiador são colocados pelas equipes/trabalhadores apoiados e pela captura ou não desta relação, manifesta em corresponder ou problematizar este lugar. Torna-se necessária a análise permanente das deferentes implicações das equipes e dos apoiadores possibilitando desvios e não cristalizações.

A singularidade dos territórios e das equipes também é lembrada pelo trabalhador como um aspecto fundamental para o planejamento de ações que transforme as dinâmicas de trabalho.

Não chegar lá e colocar só ideias, colocar uma frase ou uma coisa bonita, não, tem que estar ali, tem que ir vendo, ajudando, e às vezes, quem está de fora, as

equipes são muito particulares, eu acredito que cada equipe tem um perfil, até por conta da população também ter um perfil, a minha população é um perfil, a população dela é outro perfil, a dela é mais tranquila, então assim, a pessoa estando lá, vendo o perfil, a nossa dinâmica de trabalho, vai conseguir avaliar nessa dinâmica e poder falar para a gente de outra forma (GFT04, p. 47).

As percepções apontam conflitos que emergem da relação entre o trabalho desenvolvido pelo grupo de apoio e desejos e expectativas de trabalhadores. Para os trabalhadores as vivências com os apoiadores vão construindo e desconstruindo diferentes sentidos ao trabalho do apoio institucional, mas revelam como o apoio esta fora das equipes, não incluído como algo cogido e construído de forma compartilhada. Há uma separação entre equipe apoiada e apoiador, demonstrando que não participam da construção do dispositivo. Um trabalhador questiona se há necessidade de um grupo de apoio, já que as equipes não demandaram a sua criação. Questiona-se de onde surgiu a proposta: de um programa e de uma gestão.

Eu acho que ainda falta muita coisa, eu acho que não tem essa necessidade desse apoio. (GFT04, p. 27)

Ressurgem com força as memórias de experiências mais remotas com apoiadores, traduzidas na expressão de reconhecimento de um “leva e traz” da gestão, que produzia desconfiança e silenciamento. As equipes se sentiam expostas e fragilizadas pelo trabalho de apoio, como assinalam as falas dos trabalhadores.

Sim, exposta né, e para que, que serve o apoio se é para apoiar, ajudar, tem que ver se é para apoiar ou se é para levar e trazer (GFT04, p. 44).

Porque o apoiador ia lá e levava depois para a gestão. Ai se torna complicado... (GFT04, p. 44).

Era passado para a secretaria da forma que eles viam que era a equipe, eu acho que essa não era a intenção (GFT04, p. 44).

Quando falava com a gente que o apoio ia, na maioria das vezes todo mundo ficava quieto só ouvindo. Porque você não sabia o que você poderia falar (GFT04, p. 44).

Frente ao que foi colocado e recuperando falas anteriores, nota-se que os conflitos emergem de relações de poder (médico e equipe, ACS e enfermeiras, trabalhador e grupo de apoio, quando entendido como um agente controlador da gestão), mas não se apresentam nos espaços reservados para a gestão e o apoio. O

método da tríplice inclusão da PNH apresenta como um de seus componentes de inclusão, os analisadores compreendidos como os fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança. A análise coletiva dos conflitos é compreendida pela Política como a potencialização da força crítica das crises (BRASIL, 2010, p.25). Barembliitt (2002) expõe que os analisadores podem também ser construídos para propiciar a explicitação dos conflitos e sua resolução. Para tal fim, pode-se valer de qualquer recurso que torne manifesto o jogo de forças, os desejos e interesses. Cecílio (2005) apresenta o conflito como uma matéria prima da gestão em saúde e elabora uma matriz de análise de conflitos como uma ferramenta gerencial. Em uma das sínteses de definição do conceito de conflito, o autor afirma:

conflito é o que escapa, o que se apresenta, o que denuncia, o que invade a agenda de quem faz a gestão, o que incomoda. São os comportamentos observáveis que exigem "tomadas de providências": a briga entre funcionários, o bate-boca de pacientes com funcionários, a disputa de recursos entre unidades diferentes, as reclamações de pacientes. Ruídos (CECILIO, 2005, p. 510).

Encontra-se também na fala de alguns trabalhadores, efeitos que se aproximam do esperado, nas experiências vividas por meio do apoio: o olhar de fora que ajuda a repensar o trabalho e as relações entre os trabalhadores, o reconhecimento dos descuidos produzidos no dia a dia e a capacidade das equipes de diálogo e autoanálise.

...eu acho que é um olhar de fora que avalia o processo de trabalho, que ajude a repensar alguma maneira de melhorar aquela condição, até, na verdade, eles estão trabalhando no relacionamento interpessoal... (GFT01, p.38).

Na minha unidade aconteceu essa semana a dinâmica. Mas depois a gente para pra pensar e vê assim, nossa, nem percebi que essa atitude magoava essa pessoa. Nem percebi que isso estava travancado por causa dessa atitude. Então, aí você vê que, porque o conversar a gente já sabe, a gente já faz. Que bom que a gente já faz. (GFT01, p.39)

Porque por mais que a gente já tenha esse status de conversa, de auto reflexão, a gente já tem. Às vezes você precisa de alguém de fora para ajudar a direcionar isso...(GFT01, p.38)

Outra avaliação positiva ao trabalho do apoio refere-se ao acolhimento de sentimentos de angústia e tensão, na oferta de um espaço de escuta.

Ajudou muito a equipe porque elas estavam angustiadas, elas estavam assim, pareciam uma panela de pressão, era a segunda semana que eu tava aqui, uma panela de pressão elas estavam. Aí no momento que veio assim, o grupo de apoio, e eu junto assim, nós meio que abrimos a panela. Aí saiu tudo que tinha que sair, para depois ficar todo mundo bem. Tanto é que hoje está todo mundo, nem parece a equipe que eu encontrei quando eu cheguei (GFT01, p.35).

Por meio das diferentes experiências os trabalhadores fazem avaliações dos diferentes apoios municipais já recebidos pelas equipes: um que “abre feridas”; outro que ajuda a emergir o conflito, estando junto com a equipe para sair dele.

Então assim, a minha primeira experiência com o grupo de apoio não foi boa. Eu sinto até hoje. Não fechou a ferida (GFT01, p. 34).

Agora, realmente, é diferente, eu tive agora a presença desse momento né, que foi legal, foi assim, o primeiro momento quando eu entrei aqui, na segunda reunião veio o pessoal do apoio, foi muito bom. Então eles criaram o conflito, desse conflito nós conseguimos resolver muita questão que estava afogando (GFT01, p. 33).

Eu acho que cada um falou o que queria mesmo e acho que foi uma discussão legal, foi muito bom, foi uma das melhores (GFT01, p. 32).

O problema foi resolvido ali com todo mundo (GFT01, p. 32).

Refletindo sobre as vivências atuais, concluem que o apoio faz a diferença. Ele promove uma parada para a reflexão, interrompendo o ritmo cotidiano, produz movimentos, “sacode e chacoalha” e nas palavras de um trabalhador, pelo apoio você decanta. Decantar é um processo fundamentado nas diferenças existentes entre as densidades que compõem uma mistura. Se o apoio decanta, ele torna possível a percepção da singularidade de cada sujeito que compõem a equipe.

...que faça a equipe parar para repensar alguns dos assuntos. Que as vezes a gente está tão envolvido no processo de trabalho que não tem como parar para repensar, agora é hora de parar para pensar isso. O apoio ajuda... (GFT01, p.38).

...o apoiador ele trás um movimento que é algo que você não consegue fazer no cotidiano mesmo no espaço da reunião de equipe... as vezes até faz. Mas tendo o apoiador parece que flui mais fácil (GFT01, p.39).

É como se fosse assim, um momento que você decanta. Aí o apoiador vem, geralmente alguém assim para dar uma chacoalhadinha, né? Uma sacudida (GFT01, p.39).

5.6.5. Dificuldades e potências ao trabalho do apoiador

Um primeiro desafio colocado pelas apoiadoras é ser uma apoiadora institucional. Estar com um grupo, trabalhar um determinado tema, planejar as atividades e executá-las.

E não é fácil você chegar numa equipe que não é sua, trabalhar certo tema é difícil (GFAI, p. 33).

Eu acho que desafio, tudo isso que a gente já pensa sozinha, já faz sozinha, já fica fazendo, então eu acho que tudo isso já é um desafio. (GFAI, p. 33).

Outro desafio apontado concerne ao manejo de equipes, que impõe ao apoiador lidar com o que emerge, com imprevistos, “uma caixinha de surpresas”.

Acho que desafio é saber como aquela equipe, como a gente vai agir com determinada equipe, com determinado funcionário daquela equipe (GFAI, p. 33).

Em saber como o apoio vai atuar, e assim, como eu posso explicar, saber como eles vão receber o apoio. Porque é sempre uma caixinha de surpresas, pra mim é isso (GFAI, p. 33).

Lidar com as percepções originadas da recepção das equipes ao trabalho do apoio, manifesta na forma receptiva ou pouco receptiva, com ares de decepção ou pouco acolhedoras, é outro desafio.

Realmente, às vezes chegar lá na equipe e todo mundo já olhar pra nós e falar assim "lá vem elas"... tem gente que adora, "ai vocês voltaram" (GFAI, p. 33).

Porque às vezes até a gente mesmo chega ali como grupo de apoio, você chega assim falando um "oi, vim participar da reunião", "mas não são 3 horas, ainda não começou" (GFAI, p. 42).

Algumas hipóteses formuladas pelas apoiadoras para entender as reações menos receptivas das equipes: a não aceitação de alguma opinião do grupo de apoio;

comparações do trabalho do grupo de apoio com o grupo de EPS que teve uma boa aceitação das equipes na época de sua atuação o entendimento dos trabalhadores de que o apoio provocaria um aumento de trabalho das equipes. Esboçam também relações de desagrado aos modos de fazer o apoio, ligados a caixa de ferramentas do apoiador (dinâmicas). A fala das apoiadoras expressa estas colocações.

Às vezes o apoio não é muito bem recebido. Tem gente que não aceita ainda muito bem a opinião do apoio, do que a gente vai trabalhar com eles, então a gente se questionou muito sobre isso também (GFAI, p. 12).

Não são todas as unidades e as pessoas que veem o grupo de apoio como viam a educação permanente com bons olhos (GFAI, p. 13).

Vem esse grupo dar mais trabalho pra gente (GFAI, p. 13).

Desde a educação permanente continua essa visão. De que vem esse grupo às vezes "a gente está com tanta coisa pra fazer, agora vem esse grupinho dar dinâmica de novo pra gente", então assim, não são todas as pessoas que gostam (GFAI, p. 13).

Percebe-se pelas falas dos trabalhadores que os apoiadores poderiam lançar mão de outras ferramentas que contribuiriam para o desenvolvimento de habilidades para fazer o apoio. Observa-se que os profissionais carregam saberes e práticas de sua formação no fazer do apoiador, por vezes “psicologizando” o manejo por meio de dinâmicas e/ou fazendo uso de tecnologias duras da gestão para o controle das situações.

A rejeição das equipes pode estar ligada também ao reconhecimento do apoio como um representante da gestão, um fiscalizador, um agente que irá resolver problemas administrativos, o apoiador ocupando um lugar de poder hierarquizado sobre as equipes.

Um fiscalizador, mas não como apoio (GFAI, p. 15).

Que antes assim, eles confundiam, o apoio veio, por exemplo, pra ver hora extra, pra pedir algum material que tava faltando na unidade (GFAI, p. 15).

Campos (2014, p. 986), descreve que o apoio não é um lugar estrutural específico. Pode-se realizar o apoio de um lugar de poder institucional, de um lugar de suposto saber, de um lugar de suposto saber e ao mesmo tempo de poder profissional (na relação clínica) de um lugar de paridade, que pressupõe uma suposta

horizontalidade no coletivo (apoio matricial). O autor também coloca que o método do apoio tanto pode ser autoaplicável como contar com apoiadores externos as equipes.

As apoiadoras compartilham da opinião das equipes, de que o apoiador não deve ser trabalhador da equipe que apoia. Mas o de fora da equipe, no caso deste município, é também o de dentro, pois o apoiador é um trabalhador de outra equipe. Isto cria para as equipes uma dificuldade em vê-lo como apoiador. As falas dos trabalhadores refletem esta ideia.

Só que ele é de uma outra equipe, o apoiador, ele não é apoiador só, ele é, ele tem uma outra função (GFT01, p. 31).

Ele é trabalhador de um outro lugar, por exemplo, a enfermeira que era enfermeira e é uma apoiadora. A fisioterapeuta do NASF é um apoiador. A dentista é um apoiador (GFT01, p. 31).

So que a gente não olhava como apoiador ela é dentista (GFT01, p. 31).

E aí isso também é complicado, porque quem está no grupo de apoio esta trabalhando em outro lugar...Ele não esta ali so para isso. Não é específico (GFT04, p. 42).

Um trabalhador expressa uma crítica considerando a dupla função do apoiador, avaliando a sobrecarga de trabalho que isso acarreta, questionando que “ao fazer muitas coisas, alguma pode não sair bem feita”.

Sim, eu acho que até para eles, eu não sei se é feito um treinamento a fundo, porque eles são... a gente tem dentista, a gente nutricionista, eles desempenham outras funções, então é tudo muito corrido também para eles. Então assim, a pessoa muitas vezes, faz muita coisa ao mesmo tempo, que às vezes, não acaba fazendo nada, porque muitas vezes, é melhor você fazer uma coisa bem feita, do que várias male male, e meia boca (GFT03, p. 46)

Os apoiadores mencionam que frente à dupla função pactuaram com a gestão uma carga horária específica para o trabalho de apoio.

Porque assim, pra gente se organizar, cada um de nós temos as suas funções já na sua área de atuação. Então, a gente na segunda feira tem a reunião do grupo de apoio mas a gente ainda tem 12 horas de ações que a gente desenvolve na semana com as outras unidades. Aliás, o total é 12 horas, então sobraria 8 (GFAI, p. 14).

Os apoiadores afirmam não sentir dificuldades em serem apoiadores e desempenharem a função que os fez ingressar na rede municipal. Alegam que o trabalho relativo à sua profissão agrega qualidades ao trabalho do apoiador, citando como exemplo as atividades concernentes ao NASF que contribuem para o desenvolvimento de habilidades, como por exemplo, serem mais flexíveis ao lidar com diversas variáveis.

Eu não sinto dificuldade. Eu, particularmente, não. A gente, enquanto NASF, a gente já lida com essas variáveis. Muitas variáveis, você vai numa unidade, é uma coisa, você tem que ficar tentando, mudando estratégia o tempo todo. Então, assim, a gente já está acostumado a ser flexível nesse sentido, questão de reconhecimento (GFAI,p. 30).

Porque por mais que a gente também é equipe, faz parte dentro da (USF), da rede do município, na verdade a gente também acaba ampliando o olhar. Sai, olha pra fora e tenta até identificar em nós as nossas dificuldades, a nossa relação com toda a rede, e aí a gente consegue criar ferramentas pra otimizar isso, o processo de trabalho das equipes. (GFAI, p. 36).

Uma dificuldade encontrada nesta dupla função pelos apoiadores, refere-se que a convivência diária com as equipes, produz desentendimentos e percepções relativas ao atendimento prestado ao usuário e ao próprio trabalhador, algo que transportam para o trabalho de apoio. Tais percepções produzem no apoiador um sentimento de confusão.

... a gente se fala diariamente, a gente às vezes tem esses desentendimentos, a gente conhece as outras pessoas, às vezes eu estou ali falando com a pessoa de uma coisa, ela está falando justamente que faz, a gente sabe que ela não faz no dia a dia, então tem os 2 lados da questão (GFAI,p. 35).

Mas eu não sei se você perguntou, enquanto profissional a gente se sente às vezes... Confundida (GFAI,p. 30).

Por serem da rede, eles avaliam que isto os torna mais próximos das equipes. Se fossem apoiadores externos ao quadro de funcionários municipais, seriam vistos como um grupo à parte, como “o pessoal do grupo de apoio”.

Justamente por a gente também estar na rede, ser profissionais junto, que a gente não é uma equipe à parte. Olha, vem lá o pessoal do grupo de apoio (GFAI,p. 33).

Os apoiadores mencionam que também precisam de apoio, pois por serem trabalhadores da rede municipal, são afetados por problemas comuns aos demais trabalhadores. Talvez, por esta razão planejem ações que possam produzir efeitos que amainem suas próprias necessidades.

...esse processo de todos os funcionários, às vezes da unidade estão nesse processo de necessidade de ser cuidado. Olha, sinceramente, foi o que a X falou, quando a gente foi pensar em uma ação, a gente também tava fragilizada por um processo administrativo, então a gente também olhou pra isso (GFAI, p. 30).

Atualmente o apoio do apoiador vem das próprias integrantes e de uma trabalhadora da gestão que a equipe de apoio se vinculou.

De nós mesmas. Da gente (GFAI, p. 28).

Eu acho que a X faz um vínculo com a Secretária. A função dela seria de articular, mas exigiram essa atribuição mais voltada para a Secretária. Não por vontade dela, por necessidade mesmo. A gente sempre volta pra ela primeiro. A gente sempre se volta a ela, o que a gente pensou, o que está acontecendo, recursos materiais pra desempenhar as ações nas unidades, tudo (GFAI, p. 28).

Os trabalhadores do município reconhecem a ligação entre cogestão e apoio e sua experimentação, como um processo de aprendizagem. Abordam que as experiências os fizeram aprender, pela discussão coletiva que liberta e expressão, produz vínculo entre trabalhadores e destes com os usuários, reformulando mecanismos hierárquicos de gestão.

...o processo da cogestão e do apoio. A gente trabalha bem, você trabalha bem, você consegue criar vínculo com a sua equipe, com a sua população e você consegue dizer o que você pensa, discutir junto, não é uma coisa "ah, o gestor mandou". Então acho que esse processo eu sou totalmente defensora dele. Eu aprendi assim... (GFT01, p. 40).

Alguns avanços do trabalho desenvolvido são perceptíveis pelos apoiadores. O reconhecimento da existência do grupo pelas equipes, a realização de um trabalho com as equipes e o reconhecimento da função de grupo de apoio institucional no município.

E agora um avanço, assim, acho que todo mundo já conhece o grupo de apoio, já sabe pra que o apoio tá indo nas unidades, pra mim é isso (GFAI, p. 33).

Eu acho que o avanço, todas as vezes que o apoio esteve nas unidades acho que é o avanço. Seja na questão do PMAQ, que nós fomos bem avaliados, seja nessas outras visitas que nós fizemos já com intuito de comunicação e tudo, nós tivemos aí um avanço, tanto por parte das equipes de nos receber como por parte de ir ali e plantar uma semente. Acho que reconhecer a função do apoio... (GFAI,p. 33).

Um trabalhador menciona a dimensão de um apoio que extrapole grupos e espaços, pelo desenvolvimento da função apoio, que pode ser realizada por todos e qualquer um: uma rede de apoio.

É a rede ...quando a gente precisa de um...Tem sempre um que socorre a gente também... Então eu acho que a condição... é criar uma rede de apoio. (GFT01, p. 40)

São relatos vivos de experiências marcantes. Conceitos construídos a partir do que o trabalhador entende e faz. O saber da experiência.

Quando eu entrei eu fiz o primeiro curso de introdutório que teve na Universidade, a primeira vez que teve, primeiro grupo que teve eu era agente comunitária de saúde, eu participei já era uma coisa feita pela educação permanente, já era processo da educação permanente. A gente construía junto o conhecimento e não era coisa assim “ah, (PSF) é isso”, não. O que, que é então? O que você entende e como que a gente faz? Então acho que esse processo não tem outro melhor e todos os municípios deviam ter essa possibilidade de viver isso. (GFT01, p. 40)

O apoio como já visto e dito por muitas das vozes neste estudo, deve estar voltado ao desenvolvimento do trabalho em saúde. Deve-se, portanto, interrogar o sentido do trabalho que ainda se apresenta fragmentado, do trabalho vivo capturado para que as equipes mantenham uma rotina. Dentro deste contexto temos também aberturas, produzidas em determinados encontros, talvez os mais incertos, os menos programados, os que criam movimentos. Se o trabalho produz trabalhadores, o objeto do apoio talvez devesse ser a análise do que o trabalho em saúde está produzindo. A educação permanente coloca foco na ideia de que não somos uma folha em branco, ensinamos e aprendemos no trabalho. O que estamos aprendendo? O que estamos ensinando?

Talvez o apoio possa também indagar a missão das instituições. Para que existimos? Qual o real compromisso de profissionais de saúde com a vida das pessoas

sob sua responsabilidade? Sabe-se também que muitos dos dispositivos criados pela PNH, EPS e PNAB, para o trabalho das equipes e do apoiador, foram capturados e precisam ser recriados. Precisa-se, portanto recriar o acolhimento, a cogestão e o apoio institucional. Indícios dessa potência o município já tem. Talvez buscando outras perguntas, juntando gestão, apoio e trabalhadores, deixando de lado o olhar direcionado somente para os problemas e passando a ver o que as equipes produzem, para que possam dispor de novas questões, abraçando inúmeros objetos de intervenção.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências descritas neste estudo, associadas as minhas perguntas enquanto pesquisadora permitem algumas considerações. A primeira delas refere-se à relevância dos três temas para a transformação do SUS. Tais temas vêm sendo difundidos por meio de programas e políticas públicas que os adotam (PMAQ, PNH e PNAB), porém se analisarmos os modos como são implementados, por vezes configuram-se somente como uma nova roupagem que encobre antigas práticas. Deste modo a criação de políticas públicas sem estratégias de implementação construídas e pactuadas com aqueles que realizam as ações de saúde, revela-se ainda incipiente para garantir uma prática na perspectiva transformadora com protagonismo e autonomia de gestores, trabalhadores e usuários.

As concepções dos temas que foram apresentadas pelos sujeitos do estudo permitiram revelar o que pensam, algo que pode ou não estar refletido em suas práticas. As práticas, portanto, desenham realidades que compõem ou criam atritos com os planos das políticas e dos conceitos. Devem-se considerar, portanto, que os planos das políticas, dos conceitos e das práticas atuam intensamente na construção dos sistemas de saúde.

Os sujeitos demonstraram maior afinidade com o tema acolhimento. Vê-se que as práticas de cuidado são as mais discutidas pelas equipes como os casos atendidos principalmente pelos ACS e as atividades pontuais (como campanhas, grupos, epidemias) algo bastante presente na área da saúde devido ao seu caráter dinâmico. E por vezes disciplinador. As equipes distanciam-se de análises relativas à organização do serviço e das ofertas para a produção em saúde, provavelmente por ser este um tema relacionado a disputa de projetos pessoais e coletivos, e aos diferentes sentidos

dados pelos que fazem e usam o SUS: são ruídos e conflitos percebidos diariamente, difíceis de serem abordados.

O acolhimento demonstrou ser um dispositivo valioso para a análise da organização dos serviços. A partir deste tema foi possível reconhecer uma organização centrada na consulta médica que reduz a capacidade dos serviços e dos trabalhadores em fazer outras ofertas, pois as mesmas ficam na órbita da consulta, o que não contribui para a inversão do modelo de pronto atendimento e da queixa/conduita ainda presente nas unidades de atenção básica. A repetição deste fazer, que pode gerar conforto para o trabalhador, ofusca o trabalho vivo, fonte de criação e de ineditismo para seu cotidiano.

O acolhimento traz à tona as dificuldades de um trabalho em saúde que considere a dimensão subjetiva da produção do cuidado. Algumas políticas públicas, como a PNH, apontam esta necessidade e relacionam sua produção ao modo *como* os trabalhadores executam suas ações. Talvez o modo como são realizadas as consultas e atendimentos, fortaleça o imaginário social de que a subjetividade é somente para psicólogos. O acolhimento compõe com a diretriz da clínica ampliada e com a construção de projetos terapêuticos singulares, que contém em sua proposta esta dimensão. Desta forma o *como* fazer a clínica e a clínica que se faz devem estar associados, não restringindo este fazer somente a escuta de sinais e sintomas e a diagnósticos e protocolos de encaminhamento.

A cogestão coloca o foco no *como* fazer a coordenação dos serviços e dos processos de trabalho, sendo propulsora da constituição de espaços horizontalizados de planejamento e decisão. Apesar de sua definição não estar tão clara para alguns, a oportunidade de refletir sobre o tema possibilitou a emergência da percepção de aspectos relativos ao planejamento da gestão municipal somente com as enfermeiras coordenadoras, reluzindo uma organização mais taylorista e menos democrática, separando quem planeja de quem executa.

No município, a existência e sustentação de arranjos de gestão e de reuniões de equipe a mais de uma década demonstra a valorização da construção coletiva, fruto do trabalho de implementação da Política de EPS. Observa-se no município a necessidade de ampliação de espaços de discussão a depender dos desafios colocados para a construção do SUS local. Entende-se como importante a criação e a transformação permanente destes espaços, como movimentos que mantêm a força instituinte. Um instituído que precisa ser analisado refere-se ao *como* fazer a

coordenação e condução dos espaços, incluindo os mecanismos de tomada de decisão. Uma aproximação de ferramentas de gestão poderá favorecer a experimentação de processos compartilhados, um incentivo a gestão participativa e pactuada entre os trabalhadores, gestores e usuários.

Dos dificultadores abordados a partir dos temas, destacam-se os conflitos e as tramas de poder em produção, que desestabilizam pactos individuais entre gestão e trabalhador, gestão e usuário, trabalhador e usuário, trabalhador e trabalhador e trazem diferentes perspectivas que devem ser incluídas nos coletivos municipais, nas reuniões de equipe e nos espaços de produção de cuidado.

O apoio institucional surge como uma ferramenta fundamental para a reorganização da produção de saúde e abordagem das relações de poder, de saberes e afetos. Porém deve-se considerar para o desenvolvimento deste trabalho alguns aspectos. Um deles refere-se ao lugar que o apoiador ocupa e os efeitos que isso provoca nos sujeitos e no trabalho das equipes e se estes efeitos atendem ou não as suas demandas. Talvez o município deva cogitar a parceria de um apoiador externo ao quadro de trabalhadores municipais, potencializando a atuação do grupo e o caráter inovador da proposta do apoio. Apesar de inúmeros artigos que apresentam pistas sobre como fazer apoio, outro aspecto relevante para a proposta é a complexidade do método que resulta em inúmeras dúvidas, às vezes são respondidas pelas experiências existentes. Questiona-se se a formação pela prática do apoio é suficiente para a realização deste trabalho.

Acolhimento, cogestão a apoio institucional apresentam uma forte conexão. Os comuns destes dispositivos se traduzem para mim na imagem desta pintura que sugere um movimento contínuo e coordenado de sujeitos que se apoiam para o salto, com um objetivo comum. A precisão é necessária para a realização do movimento, que também carrega a incerteza e abertura para o desconhecido.



Figura 2

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, MAC, BARROS SMM, MACIEL NP, SODRÉ F, LIMA RCD. Apoio institucional: estratégia democrática na prática cotidiana do Sistema Único de Saúde (SUS). Revista Interface. 18 Supl 1:833-44, 2014.

BAREMBLITT, G. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. 5ª ed. Belo Horizonte: Record. 2002.

BRASIL. Lei no. 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: agosto de 2015.

BRASIL. Lei Nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: agosto 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à saúde. ABC do SUS, Doutrinas e Princípios. Brasília, 1990.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde (11.: 2000: Brasília, DF). 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – Brasília: Ministério da Saúde – (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 198 GM/MS. Institui a Portaria de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. 2004b.

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde – 2. ed. 2ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão. Brasília (DF): MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão. Brasília (DF): MS, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Volume II. Brasília. Ministério da Saúde, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e Qualidade – AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BREHMER; L.C.F. ; VERDI, M . Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3):3569-3578, 2010.

BENEVIDES,R. e PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago, 2005a.

BENEVIDES,R. e PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (3):561-571, 2005b.

BOMFIM, L.A Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [3]: 777-796, 2009.

BONDÍA, J.R. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*. Nº 19. Jan/Fev/Mar/Abr/2002.

CAMPOS G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Caderno Saúde Publica*. 14(4): 863-70.1998.

CAMPOS, G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec. 2000.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy. E. Onocko. R. Agir em saúde: um desafio para o público. 2ª edição. São Paulo. Hucitec.2002.

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

CAMPOS, G.W.S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol 15. Nº 5. 2010

CAMPOS. G.W et al. A aplicação da metodologia Paidéia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface. Comunicação saúde Educação.vol.18supl.1 2014.

CARVALHO, S.R.; CAMPOS, G.W.S . Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16 (2):507-515, abr-jun, 2000.

CECCIN. R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1958, de 15 de dezembro de 2010. Define e regulamenta o ato da consulta médica, a possibilidade de sua complementação e reconhece que deve ser do médico assistente a identificação das hipóteses tipificadas nesta resolução. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1958_2010.htm Acesso em: 28 de julho de 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer 037/2012 – CT PRCI nº 100.072/2012. Disponível em http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2012_37.pdf. Acesso em: 28 de julho de 2016.

CUNHA,G.T.; CAMPOS, G.W.S. Metodo Paideia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. ORG & DEMO, Marília, v.11, n.1, jan/jun.2010.

DANTAS. T.C.C; TAHARA, A.T.S.; FERREIRA,S.L. A prática gerencial de enfermeiras em unidades básicas de saúde. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador. v.14, n. 1, abril/ 2001.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar Ciência & Saúde Coletiva, 9 (1):7-14, 2004.

FERNANDES,J.A.; FIGUEIREDO, M.D. Apoio institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol 25. N1. 2015.

FEUERWERKER, L. *Interface* 497 - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.

FRACOLLI,L.A.; EGRY, E. Y. Processo de trabalho de Gerencia: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde? *Revista Latina-Americana de enfermagem*. Vol.9. N5. set/out. 2001.

FRANCO, T. B. *et al.* O acolhimento e o processo de trabalho em saúde: o caso Betim Minas Gerais, Brasil. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

GIOVANELLA,L. *Política e Sistemas de Saúde no Brasil*.2 ed.rev. e amp.Organizado por Ligia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GUERRERO,P; MELLO, A.L.S.; ANDRADE; S.R , ERDMANNA.L. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, jan-mar; 22(1): 132-40. 2013.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI,F.O.L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, volume 20 (4), 2010.

LEITÃO, L.R.G. Não basta ouvir é preciso escutar. *Saúde em Debate*. RJ. Nº 47. p. 46-49. Jun. 1995.

LEMINSKI, Paulo, 1944 -1989.Toda poesia / Paulo Leminski. — 1a- ed. — São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

MAINARDES, J. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 27, n. 94, p. 47-69, jan./abr. 2006.

MAINARDES, J., MARCONDES, M. I. Entrevista com Stephen J. Ball: um diálogo sobre justiça social, pesquisa e política educacional. *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 30, n. 106, p. 303-318, jan./abr. 2009.

MALTA, D. C. *et al.* Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 21-34, set/dez. 2000.

MALTA, D. C.; MERHY, E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde – revendo alguns conceitos. *Revista Mineira de Enfermagem*. Vol 7. nº1. jan/jul. 2003

MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F (orgs). A análise da política proposta por Ball em: Caminhos para análise das políticas de saúde – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA - Série INTERLOCUÇÕES. Práticas, experiências e pesquisas em saúde. 2015

MATUMOTO, S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade de rede básica de serviços de saúde. 1998. 226 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. Onocko, R. Agir em saúde: um desafio para o público. 2ª edição. São Paulo. Hucitec. 2002.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MERHY, E. E.; FEUERWECKER, L.; GOMES, M. P. C.. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco, T.B. (Org.). *Semiótica, afecção & cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75. Disponível em:<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-21.pdf>. Acesso em 26 jun 2016.

MERHY,E.E.; FRANCO,T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde em Debate*. Ano XXVII v.27.Nº 65. set/dez.2003.

MERHY, E.E; MALTA, D.C; SANTOS, F.P. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: Eduardo Freese de Carvalho (org.) *Município: a gestão da mudança em saúde*.1ª edição. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2004, vol I, p.45-76. Disponível em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/>. Acesso em: 05 jan 2016.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13.ed- São Paulo: Hucitec.2013.

MONCEAU. G. A Socioclínica Institucional para pesquisas em educação e saúde.In *Análise Institucional e Saúde Coletiva*. Organização Solange L'abatte.1.ed.São Paulo. Hucitec. 2013.

MORI, M. E; OLIVEIRA, O. V. M. Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF), Brasil. *Revista Interface Comunicação Saúde e Educação*. Vol. 18; Supl 1.2014.

NEVES. C.A.B.; HECKERT A.L.C. Micropolítica do processo de acolhimento em saúde.*Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ.Ano 10, Nº1. 2010.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, out/dez; 16(4), 2008.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à saúde no Brasil. Política e Sistemas de Saúde no Brasil. 2 ed. rev. e amp. Organizado por Ligia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

PERES. A.M , CIAMPONE M.H.T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis. v 15. N 3. jul-set. 2006.

PINTO. G.A. A organização do Trabalho no Século 20: taylorismo, fordismo e toyotismo. 1 ed. São Paulo. Expressão Popular. 2007.

PAREPS. Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde DRSIII Araraquara. Araraquara: DRSIII, 2009.

PAREPS. Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde DRSIII Araraquara. Araraquara: DRSIII, 2011.

PAREPS. Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde DRSIII Araraquara. Araraquara: DRSIII, 2012.

PASCHE, D.F. e PASSOS, E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008.

PASCHE, D.F.; PASSOS, E. ; HENNINGTON, E.Z. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. Ciência & Saúde Coletiva, 16(11):4541-4548, 2011.

PAVAN, C.; TRAJANO, A.R.C. O apoio institucional e a experiência da Política Nacional de Humanização (PNH) na Freguesia do Ó, Brasilândia, São Paulo, Brasil. Interface. (Botucatu); 18 Supl 1:1027-1040; 2014.

PEDUZZI, M. SCHRAIBER. L.B. In: Pereira, I.B. e Lima, J.C.F. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PEREIRA JÚNIOR N, CAMPOS GWS. O apoio institucional no Sistema Único de saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da gestão. Interface. (Botucatu); 18 Supl 1:895-908; 2014.

PMS. Plano Municipal de Saúde. Descalvado, 2006-2009.

PMS. Plano Municipal de Saúde. Descalvado, 2010-2013.

PMS. Plano Municipal de Saúde. Descalvado, 2014-2017.

SILVA JUNIOR , A. G.; MASCARE NHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da Integralidade: aspectos metodológicos e conceituais. In: PINHEIRO , R.; MATTO S, R. A. (Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade: Rio de Janeiro: IMS/.UERJ, 2004.

SILVA, L.G; ALVES, M.S. O Acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. Rev. APS, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008.

SOARES, R.S; RAUPP, B. Gestão compartilhada: Análise e Reflexões sobre o processo de implementação em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do SUS Rev. APS, v. 12, n. 4, p. 436-447, out./dez. 2009.

SOUZA. M.K.B; MELO, C.M.M. Atuação de enfermeiras nas macrofunções gestoras em saúde. Revista de Enfermagem. UERJ. Rio de Janeiro, abr/jun; 17(2). 2009.

SOUZA, L.A.P; MENDES, V.L.F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). Interface. Comunicação Saúde Educação. v.13, supl.1, p.681-8, 2009.

SOUZA, G.C.A e COSTA, I.C.C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010.

SOUZA,J; KANTORSKI,L.P; LUIS,M.A.V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental.Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011.

SOUZA, D.V., ZIONI, F. Novas perspectivas de análise em investigações sobre meio ambiente: a teoria das representações sociais e a técnica qualitativa da triangulação de dados. Saúde e Sociedade v.12, n.2, p.76-85, jul-dez,2003.

TEIXEIRA, CF., and SOLLA, JP. *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família* [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. Sala de aula series, nº3. ISBN 85-232-0400-8. Available from SciELO Books. <http://books.scielo.org>. Acesso em: agosto de 2015.

TEIXEIRA R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; p. 49-61. 2003.

TEIXEIRA, R.R. Humanização e atenção primária *Ciência & Saúde Coletiva*, vol 1º, supl 3, 2005.

TAKEMOTO MLS, SILVA EM. Acolhimento e transformação no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 2007.

VASCONCELOS. M.F.F. et al. Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: ofertas da Política Nacional de Humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras. *Interface. Comunicação Saúde Educação*. vol.18. Sup.1. 2014.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos* / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi - 2.ed. -Porto Alegre : Bookman, 2001.

8. ANEXOS

Anexo I

Parecer do comitê de ética de pesquisa



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 183/2014

Ribeirão Preto, 21 de outubro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 21 de outubro de 2014.

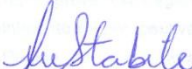
Protocolo CAAE: 35014514.5.0000.5393

Projeto: Cogestão, apoio institucional e acolhimento na atenção básica: uma pesquisa-intervenção.

Pesquisadores: Cinira Magali Fortuna

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


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

Ilma. Sra.

Prof. Dra. Cinira Magali Fortuna

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Anexos II

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Eu, _____
represente legal da instituição _____, venho por meio desta, informar que estou ciente e de acordo com a realização em nossas instalações, do projeto de pesquisa: “*Cogestão, Apoio Institucional e Acolhimento na Atenção Básica: uma pesquisa-intervenção*”, com a coordenação da Prof^a Dr^a Cinira Magali Fortuna da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), da Universidade de São Paulo (USP) e equipe de pesquisadores a ser realizada no período de Setembro de 2014 a Dezembro de 2015.

O pesquisador responsável e os demais participantes declaram estar cientes das normas que envolvem as pesquisas com seres humanos, em especial a Resolução CNS no 466/2012 e que a parte referente à coleta de dados somente será iniciada após a aprovação da pesquisa por parte do Comitê ou da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

_____, ____ de _____ de 2014

Nome e carimbo com o cargo do representante da instituição onde será realizado o projeto

Anexo III

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Gestor

Prezado(a)Sr(a):_____

Estamos convidando o(a) senhor(a) a participar da pesquisa *Cogestão, Apoio Institucional e Acolhimento na Atenção Básica: uma pesquisa-intervenção*, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Cinira Magali Fortuna, docente da Universidade de São Paulo (USP).

A pesquisa tem por objetivo implementar e analisar estratégias de apoio institucional com vistas a desenvolver e/ou aprimorar a cogestão e o acolhimento na perspectiva da Política de Humanização, em unidades da atenção básica dos municípios da Região de Saúde Coração do DRS III de Araraquara/ São Paulo, que aderiram ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ).

Estão previstas as seguintes formas de coleta de dados: análise de documentos, entrevista com gestores, grupo focal com trabalhadores de unidades de saúde e grupos de reflexão com apoiadores da Política de Humanização. O senhor está sendo convidado para a entrevista.

Caso concorde, você participará da entrevista semi-estruturada que irá compor o conjunto de dados dos municípios da região de saúde Coração do DRS III de Araraquara com vistas a produção de estratégias voltadas para implantação e implementação da cogestão, do apoio institucional e do acolhimento, configurando o que se chama de pesquisa-intervenção. Essa entrevista será gravada em mídia digital para transcrição em outro momento. O material registrado estará a sua disposição no momento em que desejar e serão destruídos após o uso na pesquisa. A mesma será previamente agendada conforme a sua disponibilidade e poderá ser realizada em local de sua preferência.

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

deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Ressaltamos que durante a participação o(a) senhor(a) terá como possível risco, o desconforto ao se deparar com questões referentes à sua percepção acerca da temática deste estudo. Outro desconforto ao qual poderá estar exposto(a) é o de expressar sua opinião. Em caso de desconforto, solicitamos preferencialmente que o manifeste imediatamente, para encontramos formas de amenizá-lo. Os pesquisadores poderão utilizar estratégias que amenizem os possíveis desconfortos, tais como esclarecimentos de quaisquer natureza e/ou interrupção da entrevista. Você pode se manifestar sobre quaisquer particularidades com relação a esta pesquisa ao pesquisador que estiver presente no encontro com o senhor, ou ainda, à coordenadora da pesquisa através dos telefones abaixo indicados, para as devidas providências.

A participação na pesquisa não trará benefícios diretos ao Sr(a) mas proporcionará benefícios indiretos como a produção de conhecimento e possibilitará, em conjunto com as demais fases desta pesquisa, o desenvolvimento de ferramentas para o efetivo apoio institucional, almejando a implantação e implementação do acolhimento e da cogestão nas unidades de atenção básica aderentes ao PMAQ, inclusive, do seu município.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos científicos como congressos, publicação em revistas científicas e para os trabalhadores do DRS III de Araraquara e dos municípios de sua área de abrangência, mas o Sr (a) não será identificado e nem o seu município.

Se o(a) Sr(a) aceitar o convite para participar da pesquisa, esclarecemos que não está previsto pagamento por esta participação, também não haverá nenhuma despesa financeira.

Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação nessa pesquisa, poderá haver indenização conforme as leis vigentes no país.

Caso tenha qualquer dúvida, a qualquer momento, o(a) Sr(a) poderá ser esclarecido(a) diretamente com os pesquisadores responsáveis. Para comunicar-se com os pesquisadores o(a) Sr(a) poderá fazê-lo pelos telefones (016)3602-3476 – EERP – USP, Profa. Cinira Magali Fortuna; (016)3351-8111 – UFSCar, Profa. Márcia Niituma Ogata; (016)3301-1868 – DRS III de Araraquara, Sra. Monica Vilchez da Silva e solicitar para falar com os pesquisadores. Caso concorde em participar, uma via deste termo de consentimento assinada será entregue ao(a) Sr(a). Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP,

Protocolo nº35014514.5.0000.5393. Caso tenha necessidade, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, órgão que tem por objetivo proteger o bem estar dos indivíduos pesquisados, pelo telefone (016)3602-3386, de segunda à sexta-feira, das 8:00 às 17:00 horas.

Agradecemos sua colaboração e ressaltamos a importância de sua participação nesta pesquisa para produção de conhecimentos em saúde.

Profa. Cinira Magali Fortuna

Coordenadora da Pesquisa

Professora junto ao Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde

Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Contatos: (16) 3602-3476 ou (016) 3602-3391

Av. Bandeirantes, 3900. Campus USP. Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto-

SP

fortuna@eerp.usp.br

Eu _____, aceito participar da pesquisa *Cogestão, Apoio Institucional e Acolhimento na Atenção Básica: uma pesquisa-intervenção*.

Local , _____ de _____ de 2015.

Assinatura

do

participante _____

Anexo IV

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais da Atenção Básica

Prezado(a)Sr(a): _____

Estamos convidando o(a) senhor(a) a participar da pesquisa *Cogestão, Apoio Institucional e Acolhimento na Atenção Básica: uma pesquisa-intervenção*, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Cinira Magali Fortuna, docente da Universidade de São Paulo (USP).

A pesquisa tem por objetivo implementar e analisar estratégias de apoio institucional com vistas a desenvolver e/ou aprimorar a cogestão e o acolhimento na perspectiva da Política de Humanização, em unidades da atenção básica dos municípios da Região de Saúde Coração do DRS III de Araraquara/ São Paulo, que aderiram ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ).

Estão previstas as seguintes formas de coleta de dados: análise de documentos, entrevista com gestores, grupo focal com trabalhadores de unidades de saúde e grupos de reflexão com apoiadores da Política de Humanização. O senhor está sendo convidado para o grupo focal.

Caso concorde, sua participação se dará compondo um grupo focal previsto para ser realizado em um encontro com a participação de, pelo menos, dois pesquisadores deste projeto. A presença destes neste grupo focal tem por finalidade coordenar a discussão, facilitar a interação entre os participantes visando discutir o acolhimento, a cogestão e o apoio institucional. O local do encontro será previamente estabelecido por você com a anuência do gestor local em conjunto com o diretor da atenção básica do seu município. A duração do grupo focal será de três horas aproximadamente. O encontro será gravado em mídia digital para transcrição em outro momento e os pesquisadores farão anotações em cadernos durante a reunião. Todo esse material registrado estará a sua disposição no momento em que desejar e serão destruídos após o uso na pesquisa.

As informações/opiniões emitidas pelo(a) senhor(a) serão tratadas de forma anônima no conjunto das demais pessoas que participarem do estudo. Ainda, a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a

continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento, e deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Ressaltamos que durante a participação o(a) senhor(a) terá como possível risco, o desconforto ao se deparar com situações difíceis do seu trabalho e ter que analisá-las com os demais participantes, podendo por vezes identificar lacunas em seus conhecimentos e habilidades para realizá-lo. Outro desconforto ao qual estará exposto(a) será o de expressar sua opinião e também ouvir os presentes no grupo, o que poderá causar tensões, especialmente se houver diferenças de opiniões entre os participantes. Em caso de desconforto, solicitamos preferencialmente que o manifeste no próprio grupo, pois esse desconforto poderá ser também de outros participantes, e assim o problema ou dificuldade poderá ter uma solução no próprio grupo, ou seja, os pesquisadores utilizarão estratégias de mediação para a superação das dificuldades identificadas, amenizando os possíveis desconfortos e também promoverão atualização de conhecimentos identificados como necessários. O Sr (a) poderá também se manifestar particularmente ao pesquisador que estiver presente no encontro, ou ainda, à coordenadora da pesquisa através dos telefones abaixo indicados, para as devidas providências.

A participação na pesquisa não lhe proporcionará benefícios diretos mas sua participação contribuirá para a produção de conhecimentos sobre os temas de acolhimento, cogestão e apoio institucional.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos científicos como congressos, publicação em revistas científicas.

Se o(a) Sr(a) aceitar o convite para participar da pesquisa, esclarecemos que não está previsto pagamento por esta participação, também não haverá nenhuma despesa financeira.

Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação nessa pesquisa, poderá haver indenização conforme as leis vigentes no país.

Caso tenha qualquer dúvida, a qualquer momento, o(a) Sr(a) poderá ser esclarecido(a) diretamente com os pesquisadores responsáveis. Para comunicar-se com os pesquisadores o(a) Sr(a) poderá fazê-lo pelos telefones (016)3602-3476 – EERP – USP, Profa. Cinira Magali Fortuna; (016)3351-8111 – UFSCar, Profa Márcia Niituma Ogata; (016)3301-1868 – DRS III de Araraquara, Sra. Monica Vilchez da Silva e solicitar para falar com os pesquisadores. Caso concorde em participar, uma via deste termo de consentimento assinada será entregue ao(a) Sr(a). Esclarecemos que

esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, Protocolo nº35014514.5.0000.5393. Caso tenha necessidade, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, órgão que tem por objetivo proteger o bem estar dos indivíduos pesquisados, pelo telefone (016)3602-3386, de segunda à sexta-feira, das 8:00 às 17:00 horas.

Agradecemos sua colaboração e ressaltamos a importância de sua participação nesta pesquisa para produção de conhecimentos em saúde.

Profa. Cinira Magali Fortuna

Coordenadora da Pesquisa

Professora Doutora junto ao Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Contatos: (16) 3602-3476 ou (016) 3602-3391

Av. Bandeirantes, 3900. Campus USP. Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto-
SP

fortuna@eerp.usp.br

Eu _____, aceito participar da pesquisa *Cogestão, Apoio Institucional e Acolhimento na Atenção Básica: uma pesquisa-intervenção*.

Local, _____ de _____ de 2014/15.

Assinatura

do

participante _____

Anexo V

Roteiro entrevista com o gestor

- 1- Fale como se organiza a ABS no seu município?
- 2- Conte-me o tem feito para a humanização do cuidado em saúde no município?
- 3- O que é a Política Nacional de Humanização - PNH?
- 4- Como avalia a importância do seu trabalho na gestão para o processo de efetivação da PNH?
- 5- Como se organiza a gestão da saúde no seu município?
- 6- Quem participa dos processos deliberativos na sua gestão? De que maneira ou quais são os espaços de planejamento e deliberação?
- 7- O que é cogestão em saúde ? Está contemplada em sua gestão e em seu município? Se sim, de que forma?
- 8- O que é acolhimento? Está contemplado em sua gestão e em seu município? Se sim, de que forma?
- 9- Como ocorre o acolhimento nos serviços de saúde em seu município?
- 10-O que é apoio institucional ? Está contemplado em sua gestão e em seu município? Se sim, de que forma?
- 11-Diante desses temas (acolhimento, cogestão e apoio institucional) que elementos são considerados estratégicos para realizar sua gestão?
- 12-Qual o papel da gestão na implementação da PNH, quanto ao acolhimento, cogestão e apoio institucional?
- 13-De que maneira e/ou com quais ações sua gestão tem contribuído para alcançar/garantir essas práticas? Como a gestão tem apoiado o trabalho das equipes de saúde?

Anexo VI

Roteiro para grupo focal com trabalhadores da atenção básica

BLOCO 01 - ACOLHIMENTO

1. Quando o usuário chega até a unidade, como acontece o atendimento ?
2. O que é acolhimento para esse grupo?

BLOCO 02 - COGESTÃO

3. Como são organizadas as atividades desenvolvidas pela equipe?
4. Como você se sente com relação à isso?
5. Como é a sua participação nos processos de decisão dentro da sua unidade?
6. O que é cogestão para esse grupo?
- 7.

BLOCO 03 – APOIO INSTITUCIONAL

8. Vocês identificam ações apoiadoras para o seu trabalho cotidiano?
9. E para o trabalho da equipe?
10. Como você definiria o apoio institucional?

Você gostaria de expressar algo que não foi dito?

Anexo VII

Roteiro grupo focal com o grupo de apoio institucional

Roteiro grupo focal com os trabalhadores do grupo de apoio institucional

Convidar o grupo a conversar sobre os três temas, considerando que a fala de cada um é importante para a pesquisa.

APOIO INSTITUCIONAL

Iremos começar pela história da origem do grupo de apoio:

O que disparou sua criação?

Em que ano foi?

Com que composição?

Com que finalidade? Qual o objetivo de se ter um grupo de apoio no município?

Quais foram as primeiras ações de apoio realizadas pelo grupo? Com que equipe(s) de saúde? (solicitar que contem como foi)

Como foram levantadas as necessidades destas ações?

Como se dá o planejamento das ações do grupo?

Falar sobre o trabalho do grupo ao longo do tempo, focando: composição (mudanças e permanências) / demandas da gestão, das equipes (como equalizam isso) / que ações de apoio o grupo vem desenvolvendo ao longo dos anos (explorar o modo como operam o apoio) / avanços e dificuldades

E o apoio do apoio? Reconhecem algo neste sentido?

Como percebem a repercussão deste trabalho para as equipes? Ocorrem processos avaliativos?

Como percebem a repercussão deste trabalho para a gestão? Ocorrem processos avaliativos?

Como vocês vêem o fato de desenvolverem apoio e ao mesmo tempo, serem profissionais de saúde da rede? Quais interferências você identificam, neste sentido, para o desenvolvimento do apoio a outras equipes de saúde da família?

Como vocês definiriam o apoio institucional?

ACOLHIMENTO

O que percebem sobre o acolhimento realizado pelas equipes da AB que vocês apóiam?

O grupo de apoio tem trabalho acerca desta questão com as equipes?

Com que objetivo? Como esta sendo desenvolvido este trabalho?

Desta forma, como definiriam acolhimento? (identificar o que a equipe de apoio considera ser acolhimento)

COGESTÃO

Como se dá a organização dos processos de trabalho das equipes?

Existe algum(uns) profissional(is) de referência para o desenvolvimento do gerenciamento do trabalho dentro das equipes que vocês apóiam? Qual(is)? Por quê?

Como acontece esse gerenciamento desenvolvido por ele(s)?

As equipes de AB apresentam em sua rotina, momento de discussão do processo de trabalho? Com qual periodicidade isso acontece (se acontece)?

Como são organizadas as atividades desenvolvidas pelas equipes? (se são planejadas, se todos participam do planejamento)

Vocês participam destes momentos?

Como percebem os processos de gerenciamento do trabalho das equipes que vocês apóiam?

A partir desse contexto, em que consiste, para vocês, a cogestão?

Gostariam de dizer algo que não foi perguntado?

Anexo VIII

Caracterização dos Participantes

Projeto PPSUS: Cogestão, Apoio Institucional e Acolhimento na Atenção Básica: uma pesquisa-intervenção.¹

Nome ou iniciais do nome:

Município:

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado civil: () solteiro(a) () casado(a) () união consensual () divorciado(a) () viúvo(a)

Escola ou Faculdade em que se formou:

Ano de conclusão:

Graduação com licenciatura? () sim () não

Outra graduação concluída (indicar o curso):

Ano de conclusão:

Pós-Graduação (indicar o curso)

() Especialização: _____ Ano
de conclusão:

() Mestrado: _____ Ano
de conclusão:

() Doutorado: _____ Ano
de conclusão:

() Outros cursos realizados: _____ Ano
de conclusão:

Trabalho(s) atual(ais):

Local: _____

Data de Admissão:

Cargo ou Função: _____

Jornada de trabalho/semana: _____

Local: _____

Data de Admissão: _____

¹ Adaptação do Instrumento da pesquisa PPSUS Rede Cegonha do DRSIII de Araraquara. Coordenada pela Prof^a Dr^a Sílvia Matumoto docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Cargo ou Função: _____

Jornada de trabalho/semana: _____

Experiências anteriores de trabalho na área da saúde (públicos e privados):

Local: _____

Função: _____

Tempo: _____

Local: _____

Função: _____

Tempo: _____

Participação em cursos/treinamentos/oficinas que considera relevante(s) para seu trabalho na rede de atenção básica:

Curso: _____

Carga horária: _____

Data: __/__/__

Curso: _____

Carga horária: _____

Data: __/__/__

Participação em grupos/coletivos municipais relacionados ao tema da pesquisa

Representação/Condição de participação/desde quando participa?

Participação em grupos/coletivos Regionais relacionados ao tema da pesquisa

Representação/Condição de participação/ desde quando participa?