

Ricardo Burg Ceccim
Juliano André Kreutz
Jaqueline Dinorá Paiva de Campos
Fernanda Steffen Culau
Laura Anelise Faccio Wottrich
Lucenira Luciane Kessler
Organizadores

Intensidade na Atenção Básica: **prospecção de experiências *informes* e pesquisa-formação**

(Prospecção de modelos tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde – Volume 2)

editora



redeunida

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

**Ricardo Burg Ceccim
Juliano André Kreutz
Jaqueline Dinorá Paiva de Campos
Fernanda Steffen Culau
Laura Anelise Faccio Wottrich
Lucenira Luciane Kessler**
Organizadores

**Intensidade na Atenção Básica:
prospecção de experiências *informes* e
pesquisa-formação**

(Prospecção de modelos tecnoassistenciais
na Atenção Básica em Saúde – Volume 2)

1ª Edição
Porto Alegre/RS, 2016
Rede UNIDA

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Àngel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani – Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino – Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Julio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Sueli Goi Barrios – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Projeto gráfica Capa e Miolo

Editora Rede UNIDA

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Arte da Capa

Alexandre Amorim

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

I35

In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede / Ricardo Burg Ceccim ... [et al.] organizadores. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. – 351 p. – (Atenção Básica e Educação na Saúde ; 5. Prospeção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde ; 1). – Conteúdo: v. 1. In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede – v. 2. Intensidade na atenção básica: prospecção de experiências 'informes' e pesquisa-formação

ISBN: 978-85-66659-59-7

DOI: 10.18310/9788566659597

1. Atenção Básica em Saúde. 2. Educação em Saúde Coletiva. 3. Modelos Tecnoassistenciais. I. Kreutz, Juliano André. II. Paiva-de-Campos, Jaqueline Dinorá. III. Culau, Fernanda Steffen. IV. Wottrich, Laura Anelise Faccio. V. Kessler, Lucenira Luciane. I. Série.

CDU: 614
NLM: W84.6

Biblioteca responsável: Aliriane Ferreira Almeida CRB 10/2369

Copyright © 2016

by Ricardo Burg

Ceccim, Juliano

André Kreutz,

Jaqueline Dinorá

Paiva de Campos,

Fernanda Steffen

Culau, Laura

Anelise Faccio

Wottrich, Lucenira

Luciane Kessler.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

EducaSaúde - Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde

Projeto SUS Educador: Formação e Desenvolvimento de Trabalhadores para o Sistema Único de Saúde

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Grupo de Pesquisa Educação e Ensino da Saúde

Programa de Desenvolvimento Tecnológico e Extensão Inovadora em Atenção Básica e Educação em Saúde Coletiva

Esta publicação contou com apoio do Projeto SUS Educador / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (Auxílio Financeiro à Projeto de Extensão Inovadora); da Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Programa de Pós-Graduação em Educação (Auxílio Financeiro à Projeto de Pesquisa); e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Auxílio Financeiro à Projeto de Desenvolvimento Tecnológico). A publicação registra produção do Grupo de Pesquisa Educação e Ensino da Saúde, cadastrado junto ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, e integra a construção do Programa de Desenvolvimento Tecnológico e Extensão Inovadora em Atenção Básica e Educação em Saúde Coletiva.



Palavras-Chave: Educação em Saúde Coletiva; Atenção Básica; Pesquisa-Formação; Círculos em rede; Problema Educossanitário; Prospeção de modelos tecnoassistenciais em saúde.

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br

O Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde) e o Grupo de Pesquisas no Brasil de Educação e Ensino da Saúde foram constituídos em 2005, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). As atividades de estudo, pesquisa científica, desenvolvimento científico e tecnológico, assessoramento, extensão inovadora e redes de conversação do EducaSaúde envolvem a intersecção das áreas da Educação e da Saúde Coletiva, em particular ocupando-se de temas relativos à formação de profissionais de saúde, desenvolvimento de trabalhadores e do trabalho no setor da saúde, metodologias de avaliação institucional formativa na área da saúde e desenhos tecnoassistenciais orientados pela integralidade e pelo protagonismo e autonomia dos usuários. Toda a sua atividade tem fulcro na produção em Educação, por isso sua referência como Educação em Saúde Coletiva e Formação de Profissionais de Saúde. O presente livro, uma produção desse coletivo, envolveu o Ministério da Saúde; a Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia; a Fundação Oswaldo Cruz – Manaus; a Universidade de Brasília, a Universidade Estadual de Campinas; e a Universidade Federal Fluminense, além do contato com sistemas locais de saúde e Instituições de Ensino Superior em 40 municípios brasileiros. O livro decorre do projeto de Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde, estipulado entre Ministério da Saúde e EducaSaúde, convergindo ao mesmo apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (Auxílio Financeiro à Pesquisa) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Auxílio Financeiro à Pesquisa de Desenvolvimento Tecnológico).

As pesquisas empreendidas pelo EducaSaúde inserem-se em um horizonte ético-político de busca do fortalecimento do Sistema Único de Saúde e de mobilização por “círculos e redes”. Os conceitos de círculos e redes na pesquisa-ação crítico-colaborativa em saúde, de escuta pedagógica na construção de projetos de educação permanente em saúde e de problema educossanitário na identificação de temáticas ao estudo-ação, assim como a proposta da imagem da mandala para as redes em saúde, configuram sua particular produção e têm sido objeto de formulação, discussão e consolidação de seu propósito de conhecimentos e práticas.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....11

Ricardo Burg Ceccim

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, PESQUISA-FORMAÇÃO E ESTRATÉGIA DE PROSPECÇÃO DE MODELOS TECNOASSISTENCIAIS NA ATENÇÃO BÁSICA.....17

Ricardo Burg Ceccim, Juliano André Kreutz, Jaqueline Dinorá Paiva de Campos, Fernanda Steffen Culau

PARTE 1 - APOIO E FORMAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

AS MODELAGENS DE APOIO NA FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA: afazeres com a atenção básica da Bahia.....31

Aline Lima Xavier, Luzia Vilma Delgado, Cristiane Ribeiro da Silva Castro, Alexandra dos Santos Vasconcelos, Camila Taise Lirio de Aguiar, Américo Yuiti Mori, Caroline Castanho Duarte, Daiana Cristina Alves Machado, Grace Fátima Souza Rosa, Grasiela Damasceno de Araújo, João André de Oliveira, Vânia Priamo

O APOIO COMO PRODUÇÃO DE ENCONTROS ENTRE CUIDADO, GESTÃO, FORMAÇÃO E PARTICIPAÇÃO.....71

Adriane da Silva, Ana Paula de Lima, Marisa Martins Altamirano

O APOIO INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DA GESTÃO.....93

Lúcia Gimenes Passero, Thais Bennemann, Luciana Bisio Mattos, Vívian Freitas, Dulce Maria Bedin, Maria Cristina Almeida, Mariana Bauer, Fernanda Steffen Culau

PARTICIPAÇÃO SOCIAL E SAÚDE: experiências do movimento social e a construção da saúde indígena em Manaus.....107

Vanessa Miranda, Fabiane Vinente dos Santos, Paula Francineth Fróes da Silva Azevedo

APOIO MATRICIAL E PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO PRODUZIDOS A PARTIR DOS ENCONTROS NO TERRITÓRIO NO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA (PMF) DE NITERÓI.....131

Luiz Carlos Hubner Moreira, Túlio Batista Franco

PARTE 2 - TRABALHO E TERRITÓRIO NA ATENÇÃO BÁSICA

O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA SOB A PERSPECTIVA DE UM ESTUDO QUALITATIVO: emaranhado de avanços e desafios.....163

Cristiane Pereira de Castro, Mônica Martins de Oliveira, Gustavo Tenório Cunha

O TERRITÓRIO QUE CORTA OS RIOS: a atenção básica no município de Barreirinha, estado do Amazonas.....195

Michele Rocha Kadri, Júlio Cesar Schweickardt

EXPERIÊNCIAS INOVADORAS DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA.....227

Cristiane Castro, Alexandra Vasconcelos, Camila Aguiar, Aline Lima Xavier, Luzia Vilma Delgado, Ronaldo Santos

SAÚDE SOBRE AS ÁGUAS: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial.....269

Rodrigo Tobias de Sousa Lima, Arlete Lima Simões, Nicolás Esteban Heufemann, Valdelanda de Paula Alves

PALHAÇARIA NA GESTÃO COM ACOLHIMENTO: o caso do morro do Cantagalo/Pavão/Pavãozinho (Cidade do Rio de Janeiro).....295

Rafael Morganti Pinheiro, Túlio Batista Franco

TEMA DE DOBRADIÇA

A EDUCAÇÃO DE JOVENSES ADULTOS COMO AVIZINHAMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA COM A ATENÇÃO BÁSICA: saúde, educação e conversas-em-ação.....311

Jaqueline Dinorá Paiva de Campos, Ricardo Burg Ceccim

SOBRE OS AUTORES.....337

ANEXOS - Álbum de fotografias.....345

APRESENTAÇÃO

O presente livro resulta de um projeto de investigação colaborativa realizado no período de abril de 2012 a abril de 2014, designado como *Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica*. O projeto foi uma parceria com o Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, e concretizado por um protocolo de pesquisa colaborativa interinstitucional de Educação em Saúde Coletiva, firmado entre 07 (sete) instituições brasileiras de ensino, desenvolvimento tecnológico e pesquisa, sob a coordenação do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde, constituído na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Da rede de investigadores em colaboração, participaram a Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia (FESF-SUS/BA); o Instituto Leônidas e Maria Deane, da Fundação Oswaldo Cruz em Manaus (ILMD/Fiocruz); a Universidade de Brasília (UnB); a Universidade do Estado do Amazonas (UEA); a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e a Universidade Federal Fluminense (UFF), além da UFRGS. Estavam envolvidas instituições das cidades de Salvador, Manaus, Brasília, Campinas e Niterói, além de Porto Alegre; os estados da Bahia, do Amazonas, de São Paulo, do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul, além do Distrito Federal; presentes, portanto, as 05 (cinco) regiões do país.

A coordenação nacional esteve a cargo de docentes e recém-mestres da UFRGS. Além desta, foram configuradas 5 (cinco) Coordenações Regionais: Centro-Oeste, Sudeste, Nordeste, Norte e Sul. A Coordenação Nacional foi composta por Ricardo Burg Ceccim, docente da UFRGS, Juliano André Kreutz, Laura Anelise Faccio Wottrich e Jaqueline Dinorá Paiva de Campos, recém-mestres da UFRGS; a Coordenação Regional Centro-Oeste foi composta por Elizabeth Queiroz, Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira e Antonia Angulo-Tuesta, docentes UnB; a Coordenação Regional Sudeste por Gustavo Tenório Cunha, docente da Unicamp; Carmen Siqueira Ribeiro dos Santos, doutoranda da Unicamp, por São Paulo; Túlio Batista Franco, docente da UFF, e Luiz Carlos Hubner Moreira, doutorando UFF, pelo Rio de Janeiro; a Coordenação Nordeste por Aline Lima Xavier, pesquisadora mestranda da FESF-SUS/BA; a Coordenação Norte por Júlio Cesar Schweickardt e Rodrigo Tobias de Sousa Lima, respectivamente pesquisador doutor e pesquisador doutorando do ILMD/Fiocruz, e a Coordenação Sul por Fernanda Steffen Culau e Lucenira Luciane Kessler, respectivamente recém-mestre e doutoranda UFRGS.

A “prospecção” veio da busca de contato com múltiplas experiências de fazer a Atenção Básica e da colocação de diversos interlocutores dessas experiências em rede de conversas. Não havia a menor intenção de localizar “boas práticas”, mas “distintas práticas”, nenhuma intenção de, ao final, tecer recomendações transversais ou resultantes de análise sistemáticas. Ao final, interessava comemorar a multiplicidade, a pluralidade, a diversidade. Uma boa pista era encontrar tensões, paradoxos e potências em prática. Talvez evidenciar outros/novos itinerários assistenciais, percursos pedagógicos locais (círculos), o repensar constante, a atualização permanente em Atenção Básica (redes). Captar perguntas e possibilidades que envolvessem a política e seus atores estratégicos, tomados por seu valor

protagonista de realidades (intensidades). O projeto, portanto, tinha o intuito de dar visibilidade às ações em saúde que estão em curso nos territórios multifacetados e multirreferenciados de nossas equipes, nossas cidades, nossas geografias, nossas culturas e apresentá-las como potência, a fim de reconhecer *políticas do fazer* a partir dos próprios protagonistas que vivenciam as realidades. O seu desenrolar circulou entre a educação, a pesquisa, a intervenção e o desenvolvimento tecnológico, “prospecção” de conhecimentos, saberes e estratégias (aprendizados).

O projeto reúne “histórias pra contar”, as quais denominamos “caldos de cultura”, uma vez que poderiam proliferar, contaminar e contagiar, em ramos e ramificações, bom alimento de conversa. Nas cinco regiões brasileiras “rodas locais”, designamos “círculos educossanitários” e sua articulação em “redes de conversação”. Devido ao modo de exposição aos outros, cada seminário de pesquisa funcionava como rodas de dobradiça (desafios e desconforto de saberes *educossanitários*). As conversas de rede eram marcadas pela concentração nas práticas (produções do trabalho vivo dos cotidianos), circulação da palavra e “função analítica” (“roda de dobradiça” com frequências e dinâmicas criadas pelos participantes), configurando aprendizados por intensidade provenientes dos “caldos de cultura”.

Compartilhamos saberes e atividades de experiência que relacionavam unidades básicas fluviais ou “consultórios na água”; consultórios na rua ou “equipes nômades na cidade”; apoio institucional e matricial autogeridos pelos trabalhadores ou confrontando os modos de fazer a gestão; medicalização da infância e palhaçarias; intervenções de estudantes nas redes de atenção e de gestão; gestão do trabalho intermunicipal, interredes e intergestores; regionalização com geografias líquidas; outros processos

de cuidado nos territórios. Afirmou-se a fruição nas trocas e na produção de inteligências coletivas. Apostou-se que a produção de conhecimento em saúde pode se dar por outros caminhos para além do que tradicionalmente é legitimado como o conhecimento científico (muitas vezes mascarando inúmeras prescrições que cobrem a experiência). Inventou-se um modo de operar que se deu pela participação de pesquisadores das cinco regiões brasileiras, vinculados a instituições federais, estaduais e municipais. Foram atores de diferentes cenários da saúde pública: estudantes, profissionais, gestores, pesquisadores e agentes da cultura local.

Como parte do processo/produto produziu-se o seminário *Jornada de Intensidades: in-formes da atenção básica em saúde, prospecção de devires*, promovido pelo Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde, no final de 2013, em Porto Alegre. “In-formes”: informação para destituir a forma e enunciar saberes, nada de esclarecer ou ilustrar a boa ou a melhor forma. “Intensidades”: jornada de conhecimentos intensivos, não conhecimentos lógicos ou morais, intensidades que desafiassem a lógica e a moral. “Prospecção dos devires”: das imanências, do que brota do chão, do que se destaca dos encontros, do que se desprende das rodas, redes e corpos de afeto. O evento propôs a experimentação da metodologia utilizada no projeto, compondo-se de oficinas, desenvolvidas cada uma por cada “caldo de cultura” (círculos), por sessões transversais com debatedores convidados (rodas de dobradiça) e momentos plenários, livres ou pontuados por falas livres ou transversais, trazendo os marcadores “Trabalho e Território” e “Apoio e Formação” na Atenção Básica, que emergiram nos encontros nacionais (os “prospectos” da rede).

O produto em livro foi organizado em dois volumes distintos, um com os aprendizados (extrações dos círculos e redes), outro com a pesquisa-formação (“caldos de cultura”). Entende-se que cada narrativa destinada ao outro produz outros olhares sobre as histórias, histórias de outros olhares, olhares outros de outras histórias sobre as histórias, uma mistura de olhos estrangeiros e produção de estrangeirismos na sua história, simplesmente porque se quer a troca, a mescla, a novidade, a invenção, a recriação, mas não se quer a regra, a forma, a prescrição, a imposição, o modelo a ser replicado, copiado, difundido. Se quer a dobra, a rede, a conversa, a cultura que se contamina e contagia, que cria novas passagens, novos pontos e outros nós a partir da abertura aos signos, do deixar-se imprimir pelos signos que não relacionam significado-significante, se abrem à invenção, produção e composição de sentidos.

O presente volume refere-se ao “livro da pesquisa-formação”, o livro 2. É o livro dos “caldos de cultura”, seus textos vieram das narrativas locais/locorregionais. Círculos-cultura, rodas de conversa por local, núcleos de intensidade. Podemos chamar de pontos focais de tecedura, o crocheter local de conversa franca e amizade. Desse crocheter local, os primeiros enlaces de cor e linha, sensação e pensamento, servem para o entrelaçamento em redes de conversação. Primeiro contato ou primeiras laçadas, um aprender da conversa trocada entre pares ou vizinhos. Primeiras laçadas que deveriam dar em um informe da experiência, narrativa. Da primeira narrativa aos “desconfortos intelectuais”, desequilíbrios ou pedras no caminho. E, de volta ao crocheter local, um novo conhecimento da experiência. Pontos desmanchados, linhas trazidas de fora, certa dose de responsabilidade, concentração e paciência. O momento de narrativa coletiva é o afastamento da rotina, oportunidade de artesanaria de pensamento, partilhar da

própria experiência e colocar-se em análise. A artesanania de pensamento, o crochê da autoanálise, nada mais é do que sair da rotina (voltar a estranhar), interromper o ritmo (prestar atenção) e demorar em miudezas (um pormenor, uma delicadeza). Escrever dessas coisas pode ser “qualquer coisa”, faz-se uma etapa no interior de um processo dinâmico, pode ser a composição de uma linha ou cor para emprestar, pode ser a composição de um tecido para receber agulhas e linhas. Nesse volume estão tecidos, cores e linhas, sem formar nada de coeso, são in-formes intensivos a serem entretecidos, entrelaçados e entremeados. A partir de alguma laçada na linha, uma rede pode ser tramada, uma vez verificado o tecido, uma linha pode ser oferecida. Cada ponto pode ser continuamente tecido. Cada produção não esgota as linhas que lhe deram possibilidade. Cada linha pode ser amarrada em outra antes que finde, se a trama ainda não acabou. Um “caldo de cultura” é a proliferação de fios, e a trama de fios é a rede, a renda ou o tecido.

Ricardo Burg Ceccim

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, PESQUISA-FORMAÇÃO E ESTRATÉGIA DE PROSPECÇÃO DE MODELOS TECNOASSISTENCIAIS NA ATENÇÃO BÁSICA

*Ricardo Burg Ceccim
Juliano André Kreutz
Jaqueline Dinorá Paiva de Campos
Fernanda Steffen Culau*

A convocatória

Um projeto de prospecção, vizinho, porém diverso de um projeto de pesquisa científica, teve curso em busca de experimentações da/na atenção básica à saúde. Ainda que atendendo plenamente aos requisitos da investigação científica situada (MARCUS, 1995), propunha-se, no campo do desenvolvimento tecnológico e da extensão inovadora, uma ação pouco frequente na esfera das políticas públicas, parecendo uma ação mais própria à esfera industrial ou de empreendimentos, constituída para explorar determinado ramo de negócios e oferecer produtos, bens, serviços, programas, sistemas ou tecnologias ao mercado ou para

fins de desenvolvimento e sustentabilidade no mundo econômico, ecológico ou organizacional. A experiência de prospecção aqui referida à atenção à saúde tinha em vista recolher do “conhecimento em ato”, coordenado pelos operadores sociais das práticas, a potência de criação, a potência de escuta de necessidades em saúde, a potência de composição de coletivos em colaboração e formulação de fazeres (os “fazimentos” da prática). As “fontes” buscadas foram emergentes de uma rede de conversações sobre suas próprias redes de conversação. A ideia foi reunir, em conversa, parceiros que constituíssem redes de colaboração entre universidades ou institutos de pesquisa e desenvolvimento organizacional e de serviços de saúde e a rede sanitária, de alguma maneira já conectados ao Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

O Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde se compõe como um grupo de estudos e pesquisa ligado aos Programas de Pós-Graduação em Educação e em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Suas atividades envolvem a intersecção dessas duas áreas do conhecimento, também reunidas pela consigna da Educação em Saúde Coletiva. Em particular, ocupa-se de temas relativos à formação de profissionais de saúde, desenvolvimento de trabalhadores e do trabalho no setor da saúde, metodologias de avaliação institucional formativa na área da saúde e desenhos tecnoassistenciais orientados pela integralidade e pelo protagonismo e autonomia dos usuários. As pesquisas empreendidas pelo EducaSaúde inserem-se em um horizonte ético-político de busca do fortalecimento do Sistema Único de Saúde e de mobilização por “círculos em rede”. Os conceitos de *círculos e rede* na pesquisa-ação crítico-colaborativa em saúde (CECCIM et al., 2013; 2014), de *escuta pedagógica*

(CECCIM, 2007) na construção de projetos de educação permanente em saúde e de *problema educossanitário* na identificação de temáticas ao estudo-ação, assim como a proposta da *imagem da mandala*¹ para as redes em saúde, configuram sua particular produção e têm sido objeto de formulação, discussão e consolidação de seu propósito de conhecimentos e práticas.

Os “círculos e rede” (círculos de cultura e círculos-dobradiça, rodas situadas e redes multissituadas, rodas de conversa e redes de conversação) abarcam uma construção metodológica relativa à investigação em saúde como pesquisa-formação e como “intercessão” educação-saúde relativa à qualidade da atenção e dos processos interativos no setor da saúde. Admitindo que toda a produção de conhecimento caminha para uma “forma do conhecimento”, seu regime de verdades e seu domínio de visibilidades e enunciados, reconhecemos e destacamos a persistência / insistência de um “fora” permanentemente interrogando, desacomodando, amassando a “forma” (um “fora da forma”). Tirando a prova do “formas fora”, o que a realidade nos indica? A concepção é de que a educação da saúde se integra ao trabalho em saúde, admitindo o lugar disruptor do pensamento, do pensar o fora, ou o lugar disruptor do corpo, das sensações informando os saberes. Interessa, sobretudo, escutar e dar corpo ao que é microgenético, heterogenético e de aposta nos entrelaçamentos que alimentam vida e criação.

¹ A mandala, ainda que finita, é uma ilimitada margem de dobras, inversões, reversões, apresentações. Na imagem da mandala a ausência do repetível, exceto a ressingularização permanente, por composição de diversos, por harmonização de prazeres, por potência de inventos. (CECCIM, 2007)

O relatório

Na realização da prospecção de “experimentações”, rodas de conversação local (círculos locorregionais), uma em cada uma das cinco regiões do mapa geopolítico nacional e rodas de conversação nacional enunciaram descritores ao “ver e ouvir”. Ao final de um ano dessas rodas de enunciados de ver e ouvir, sistematizaram-se rodas narrativas com operadores sociais de práticas situadas. A narrativa entra como fator de aprendizado, desencadeada pela “interpelação de pesquisa”: indagação por perguntas, interrogação pela introdução de estranhamentos; fazer perguntas, provocar questões, procurar por informações. Interpelar em pesquisa-formação é bisbilhotar, mas também demandar e esquadrihar saberes da prática que retornam como saberes da narrativa. Cecília Warschauer chama de *rodas e narrativas: caminhos para a autoria de pensamento*, tendo em vista inclusão e formação. Rodas e narrativas colocam “dois caminhos que se cruzam e se complementam no aprendizado de uma nova atitude, criativa, dinâmica e inclusiva, fundamentados em aprendizagens pela convivência, pelos confrontos e conflitos com os outros, com suas ideias e posturas.”²(WARSCHAUER, 2004) Na relação planejada de interação universidade – sociedade, a formulação de Selma Garrido Pimenta é de introdução determinante: pesquisa-ação crítico-colaborativa (PIMENTA, 2005), constituindo-se a ação situada, a implicação recíproca de atores-autores pensadores de si, seus fazeres e formulações, além da colaboração com perspectiva “inquiridora”, perscrutadora e capaz de apoio interinstitucional. Na proposta de Ceccim,

² O uso da noção de “convivência” vem um pouco distorcido da fonte bibliográfica indicada, uma vez que não há qualquer intenção de melhorar ou acentuar relações de convivência ou inclusividade local. A convivência comparece aqui apenas como rede de conversações. (TEIXEIRA, 2003)

as duas contribuições se unem com as noções de rede de conversações em Ricardo Teixeira (TEIXEIRA, 2003) e Círculo de Cultura e Temas de Dobradiça em Paulo Freire. (CECCIM et al., 2014) A rede de conversações torce bastante os termos da “convivência” e “inclusão” presentes na obra de Warschauer (2004) sobre rodas e narrativas, pois, mediante diversas outras conexões, aproveitadas em tópicos, provocações ou mesmo em torções no sentido original, Ceccim apresentou a noção de círculos e rede. (CECCIM et al., 2013; 2014) Desaparecem as fórmulas originais de Paulo Freire, restando os círculos e a dobradiça para apontar grupos situados por local, tema, interesse, seleção de foco ou outras possibilidades de interface intensiva, assim como entra a noção de dobradura, a inflexão nos sentidos, a introdução do “distúrbio de pensamento”, a traição de uma linha de aprofundamento para uma linha em ramificação.

A relatoria, então, não foi simples e nem poderia ser “higienizada”, deveria vir com a liberdade de sua emergência. Relatamos o esforço em reunir saúde e pesquisa sob a produção de conhecimento a partir da existência de diferentes realidades que dão vida à atenção básica ou ao Sistema Único de Saúde. A prospecção foi disposição à inovação. O novo não foi visto como o magistral, a pedra no caminho, o inesperado, o estranho. Qualquer pedra retém uma joia, vemos o novo como o lapidar da pedra bruta, operação de cortar, facetar, ressaltar a beleza ou o brilho.

O projeto prospecção entrou em contato com múltiplas experiências da atenção básica, decorrentes do encontro com interlocutores de cinco regiões do país, sistematizando uma rede de conversa colaborativa. Esta rede se estabeleceu pela concretização de uma parceria com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, por meio de um protocolo de desenvolvimento metodológico na Educação em Saúde Coletiva, que envolveu a Universidade do Estado

do Amazonas (UEA) e a Fundação Oswaldo Cruz no Estado do Amazonas (Fiocruz Manaus) na região Norte; Fundação Estatal Saúde da Família do Estado da Bahia (FESF-SUS) na região Nordeste; Universidade de Brasília (UnB) na região Centro-Oeste; Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e Universidade Federal Fluminense (UFF) na região Sudeste; e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) na região Sul. Cada uma dessas instituições mobilizou sua rede locorregional, inserindo secretarias municipais de saúde e conselho de secretarias municipais de saúde. Não havia a intenção de encontrar boas práticas modelares ou modelizáveis, mas práticas por distinção, por novidade, por indicativo de projeção de futuro ou futuros possíveis.

Evidenciando a multiplicidade de práticas possíveis e rastreando paradoxos, tensão e potência em práticas, era preciso mostrar pistas para itinerários assistenciais, para percursos pedagógicos locais, para o repensar permanente ou para o atualizar cotidiano da atenção básica. Objetivou-se inventar perguntas em ato para nossas equipes, nossas cidades, nossas geografias e nossas culturas, a fim de narrar políticas por relatores de campo (docentes, pesquisadores, equipes de saúde e usuários do cuidado em saúde). Todos do projeto compunham-se como parceiros de campo que aprendem, que fazem perguntas e inventam saberes coletivos, constituindo rodas de conversa locorregionais ou “caldos de cultura”. Um bom alimento de conversa pode proliferar, contagiar e até mesmo contaminar outros “caldos de cultura” e os representantes de outras regiões do país. Falamos de uma rede colaborativa de “saberes educossanitários”.

A rede colaborativa educossanitária nacional, composta por “caldos de cultura” locorregionais, substituiu a noção de “uma pergunta do pesquisador ou do grupo de

pesquisa” por “um problema educossanitário” (CECCIM et al., 2013), que é um problema de pensamento em que parceiros de campo buscam, além da produção de novos conhecimentos, a invenção coletiva de novos modos de pensar, decorrentes da livre circulação da palavra, de uma escuta sensível do que é narrado, não relacionando significado-significante e, portanto, dando passagem a tensões e paradoxos a partir dos encontros extensivos e intensivos de seus integrantes. Este coletivo acopla saberes formais, saberes da experiência locorregional e produções e questões de si nos encontros, compondo o problema educossanitário. Assim, a noção de problema ou foco não preexiste à relação entre parceiros de pesquisa, este foco se constitui e se atualiza em ato decorrente dos modos de exposição ao outro pela articulação das redes de conversação. Evidencia-se que, se o foco se produz em ato, não existem “as respostas” para as questões da/na saúde, e sim resolutivas sempre provisórias de construção coletiva, em coletivos que habitam um determinado território e tempo.

Este modo de fazer campo desacomoda o modo como se faz ciência na modernidade, que se serve de uma pergunta de pesquisa que preexiste a relação com seu objeto e que dá vazão à binaridade pesquisador-objeto, na qual o campo é mero informante. Ao “enredarmos” cada uma das regiões, operamos uma cartografia, funcionando como rizoma. Conforme Deleuze e Guattari, “o mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente”. Com a cartografia, podíamos tomar os mapas locais para rasgá-los, revertê-los, adaptá-los a montagens de qualquer natureza. (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p.22) Cada região apresentava-se conforme seu próprio modo de organização, não havendo uma forma específica para tal participação.

Foram um total de dez reuniões nacionais que ocorreram em três estados: Rio Grande do Sul, Distrito Federal e Rio de Janeiro. Essas reuniões eram preparadas por todos os participantes. Ao final de cada uma, conforme havíamos conseguido avançar no trabalho, planejávamos ações locais e compartilhamentos. Esses encontros formavam coletivos, usávamos dispositivos para a circulação da palavra, formação de rodas de conversa, seleção de modos de expressão de experiências, que iam da encenação teatral de clichês do cotidiano, passando por relatos de experiências vivas, até a exposição explicativo-didática dos “caldos de cultura”. Da rede de conversações, uma rede de analisadores serviu à interrogação do trabalho em cada “caldo de cultura”. Os analisadores apareceram como “algo em comum”, repetiam-se, mesmo em regiões distantes territorialmente. Dentre eles podemos destacar: o carimbo; a burla; território adscrito *versus* o território relacional; a delegação *versus* a autogestão; o cuidado *versus* a regulação. Uma trama dos temas analisadores gerou dois eixos analisadores: apoio e formação, trabalho e território.

Na finalização temporal do trabalho, sua conclusão se deu em forma de livro com a seleção de dez textos, cinco para cada eixo. Os textos são relatos, contêm os analisadores, documentam as conversas, servem às memórias e ao compartilhamento, sem preocupação de consensos teóricos, convenções quadro ou termos de síntese, devendo seguir abertos e convidativos. Com os relatos, destacamos a relevância da narrativa não apenas como registro da prospecção, algo absolutamente necessário e pactuado, mas também como instrumento de pesquisa-formação, veículo de autoria que resulta e constitui favorecimento à formação de si, de coletivos e de instituições. As “narrativas de formação”³ propiciam espaço para a ressingularização,

³ Sobre as as narrativas de formação, ver Saldanha, Pereira, Ceccim et

ao mesmo tempo em que expressam singularidades e ativam novas singularizações. Para incluir o estranhamento, são necessárias novas experiências/experimentações, não os acontecimentos em si. Trata-se da imanência do vivo ou dos significados atribuídos ao vivido. Nossa própria história é parte da montagem das estratégias de mundo e de serviço ou de docência em que nos inserimos. Nossa narrativa não omite o que fizemos, o que enfrentamos, o que construímos, a que recorremos e que riscos corremos.

A articulação de ações no tempo e a introdução da roda de conversa, do círculo de cultura, dos círculos de dobradiça, das redes de conversação e da rede científica mostra um movimento favorável à formação em coletivos. Esses instrumentos explicitam o movimento do vivido e permitem desvelar desconfortos entre gestão e atenção, atenção e participação, participação e formação, formação e atenção, gestão e participação, formação e gestão. Em círculos e rede, encetamos condições que favorecem a formação, uns que relatam de si, outros que problematizam esse relato, uns que reivindicam a força do relato, outros que ensejam seu despregamento e sua ramificação.

A prospecção deve ser reconhecida como abertura para novos possíveis aprendizados com o experimentado e com as redes de conversação. A formação é tanto um processo que pertence àquele que se forma quanto uma tarefa docente e dos formuladores de políticas. Precisamos ampliar nosso espectro de compreensão e ação, deixando de fora nosso desejo de simplificar, de buscar modelos e de tudo incluir em programas, protocolos e diretrizes. A vida (o vivo) resiste a modelos (inauguram e consolidam classificações, rótulos e exclusões), preservando o pleno exercício da cidadania e facilitando o contato de cada serviço com sua singularidade e a autoria de sua equipe na montagem de coletivos e da instituição de saúdes.

Referências

CECCIM, R.B. “Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde”!: o devir da educação e a escuta pedagógica da saúde. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 11, n. 22, p.358-361, ago. 2007.

CECCIM, R.B. et al. A proposta de pesquisa-intervenção em saúde: construção do método de círculos em redes. **Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, dez. 2013.

_____. Círculos em redes: da construção metodológica à investigação em saúde como pesquisa-formação. **Fórum sociológico [on-line]**, n. 24, 2014. Disponível em <<http://sociologico.revues.org/11111>>. Acesso em: 16 nov. 2014.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil platôs. **capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996. v.1.

MARCUS, G.E. Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography. **Annual review of anthropology**, v. 24 p.95-117, 1995.

PIMENTA, S.G. Pesquisa-ação crítico-colaborativa: construindo seu significado a partir de experiências com a formação docente. **Educação e pesquisa**, v. 31, n. 3, p.521-539, 2005.

SALDANHA, O.M.F.L.; PEREIRA, A.L.B; CECCIM, R.B. et al. Clínica-escola: apoio institucional inovador às práticas de gestão e atenção na saúde como parte da integração ensino-serviço. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p.1053-1062, 2014.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2003. p.89-111.

WARSCHAUER, C. Rodas e narrativas: caminhos para a autoria de pensamento, para a inclusão e a formação. In: SCOZ, B. (Org.). **Psicopedagogia: contribuições para a educação pós-moderna**. Petrópolis: Vozes, 2004. p.13-23.



PARTE 1

APOIO E FORMAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

AS MODELAGENS DE APOIO NA FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA: afazeres com a atenção básica da Bahia

*Aline Lima Xavier
Luzia Vilma Delgado
Cristiane Ribeiro da Silva Castro
Alexandra dos Santos Vasconcelos
Camila Taise Lirio de Aguiar
Américo Yuiti Mori
Caroline Castanho Duarte
Daiana Cristina Alves Machado
Grace Fátima Souza Rosa
Grasiela Damasceno de Araújo
João André de Oliveira
Vânia Priamo*

Introdução

O presente texto é o relato coletivo sobre a experiência da Fundação Estatal Saúde da Família, órgão do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia, congregando governo estadual e governos municipais mais de 60 municípios. Conforme o portal da Fundação, trata-se de “um órgão integralmente público, intermunicipal, integrante da administração indireta dos Municípios, sem

fins lucrativos, de interesse coletivo”. Embora dotada de personalidade jurídica de direito privado, atende a um modelo singular dentre as modalidades de instituições públicas da administração brasileira: a combinação entre as autarquias e as empresas estatais. O texto descreve, de maneira reflexiva, o exercício da função *Apoio* na Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS¹) durante o período de 2009 a 2013.

Para definir, em linhas gerais, o que chamamos aqui de função *Apoio*, contaremos com a formulação de Gustavo de Oliveira. O autor refere que o apoio constitui “função inscrita em arranjos concretos que põem em relação sujeitos com diferentes desejos e interesses”, oportunidade em que pode “ativar objetos de investimento mais coletivos e de apoiar esses sujeitos na ampliação de sua capacidade de problematização, de invenção de problemas, de interferência com outros sujeitos e de transformação do mundo e de si”. Destacando que, neste sentido, “implica uma tarefa clínica-crítica-política.” (OLIVEIRA, 2011, p.158)

Produzido a partir de narrativas pautadas em nossas próprias vivências e experiências² como trabalhadores da Fundação, o texto apresentará o histórico e algumas características das principais *modelagens* de Apoio experimentados na FESF-SUS durante seus primeiros quatro

¹ A FESF-SUS é instituição interfederada do Sistema Único de Saúde criada por 69 municípios do estado da Bahia para atender às demandas de execução de serviços de gestão e de assistência no SUS. A Fundação celebra contratos de prestação de serviços (públicos) com prefeituras municipais e com a Secretaria Estadual da Saúde. Para maiores informações ver o portal da FESF-SUS em <<http://www.fesfsus.ba.gov.br>>.

² “Experiência é aquilo que ‘nos passa’, ou que nos toca, ou que nos acontece, e, ao nos passar, nos forma e nos transforma. Somente o sujeito da experiência está, portanto, aberto à sua própria transformação.” (LARROSA, 2002, p.25-26) A maioria dos autores do presente texto atuou diretamente na equipe de Apoio Institucional FESF-SUS como Apoiadores ou Coordenadores.

anos de existência: Apoio Institucional, Apoio às Equipes de Saúde, Apoio Regionalizado, Apoio à Gestão Municipal, Apoio Matricial e Apoio Clínico.

Apoio Institucional

Entre as ações que compunham o escopo de serviços da Fundação Estatal, o Apoio Institucional sempre esteve destacado como diretriz estratégica, desde sua formulação, iniciado em 2007.³ A primeira equipe de Apoiadores Institucionais foi composta por nove Gerentes de Macrorregião, todos em cargos de confiança no organograma institucional, cada um ocupando-se de um conjunto de municípios delimitados, conforme o Plano Diretor de Regionalização da Saúde no Estado – PDR. (BAHIA. SECRETARIA DA SAÚDE, 2007) Para referirmo-nos a esses profissionais, utilizaremos a denominação *apoiadores-gerentes*. Os apoiadores-gerentes e a coordenação da equipe eram especialistas em saúde coletiva e saúde da família, com experiência nas áreas de gestão da atenção básica, gestão do cuidado, avaliação e monitoramento, gestão da educação e do trabalho em saúde e planejamento em saúde. Logo no seu primeiro ano de atividade, em 2009, a equipe de Apoio precisou desenvolver-se em novas capacidades, conhecimentos e habilidades para que fosse formulado e colocado em prática o que veio a ser o primeiro processo de contratualização da Fundação. Nesse início, o

³ A formulação da FESF-SUS iniciou em 2007 pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Antes da criação, foi realizada uma série de debates e atividades envolvendo principalmente o Conselho Estadual de Saúde, Conferência Estadual de Saúde, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Assembleia Legislativa da Bahia. No decorrer de 2008, decidiu-se que a melhor solução seria SESAB e COSEMS fomentarem a criação de uma fundação pelos próprios municípios interessados, o que lhe deu o caráter interfederado. (SANTOS; PINTO, 2009)

foco da Fundação estava voltado para os serviços a serem desempenhados em unidades de saúde da família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família/Atenção Básica (NASF). Para cada município contratualizado, independente do tipo e abrangência do serviço, a Fundação se comprometia com o desenvolvimento de ações de Educação Permanente e Apoio Institucional aos gestores municipais e suas equipes técnicas⁴:

A organização político-administrativa da Fundação está toda voltada para receber e dar respostas às demandas de cada município em particular. A estrutura foi montada para garantir facilidade de acesso ao prefeito, secretário ou qualquer membro da equipe de gestão municipal. [...] Para cada macrorregião contamos com apoiadores institucionais que têm como função dar suporte e apoio técnico à equipe de gestão municipal. Após a contratualização, antes mesmo do início das atividades, cada gestor municipal deverá indicar uma Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Contrato que será responsável por implantar o Sistema FESF-SUS de Qualificação da Gestão e do Cuidado. A equipe de apoiadores dará todo o suporte para a implantação desse Sistema, além de um processo de educação permanente construído especificamente para a equipe de gestão municipal. (BAHIA. FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA, 2009, p.51-52)

⁴ Com base em deliberação do Conselho Curador, ficou estabelecido um percentual mínimo do valor de cada contrato de gestão a ser empregado em ações de Educação Permanente, Apoio Institucional e Gestão por Resultados: tripé da Gestão Compartilhada FESF-SUS. (BAHIA. FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA, 2009)

No período de novembro de 2009 a julho de 2010, os apoiadores-gerentes tiveram dois principais focos de trabalho em sua agenda cotidiana: o processo de contratualização e a preparação dos municípios para receberem os trabalhadores de carreira⁵ da Fundação para desenvolvimento dos serviços de atenção básica contratados. As duas frentes de trabalho envolviam processos integrados de formulação, execução e avaliação, que aconteciam em parceria com os demais setores da instituição. Devido ao grau de inovação e pioneirismo, a contratualização demonstrou-se bastante complexa. Eram muitas etapas e também muitas dúvidas a serem trabalhadas. Esse processo demandava atuação intensa dos apoiadores-gerentes junto às prefeituras, envolvendo setores jurídicos, administrativos e financeiros tanto da FESF-SUS quanto dos municípios. Foram realizadas diversas reuniões para apresentar e esclarecer os serviços⁶, além de reuniões de negociação dos termos dos contratos de gestão naqueles municípios que sinalizavam interesse em aderir à Fundação. Além de representarem a instituição nas atividades junto aos gestores e demais atores sociais, os apoiadores-gerentes realizavam o monitoramento de toda a ação/negociação em cada macrorregião, para manter a equipe de gestão da Fundação permanentemente informada e em condições de tomar decisões cotidianas. Também orientavam as etapas do processo administrativo em cada

⁵ Nesse momento, os principais profissionais aguardados eram médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas e profissionais da saúde de diversas categorias para as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Atenção Básica (NASF).

⁶ Em geral, eram reuniões com conselhos municipais de saúde, colegiados de gestores das microrregiões, equipes de prefeituras, câmara de vereadores e secretarias municipais de saúde, trabalhadores da atenção básica e sindicatos de profissionais de saúde. O apoiador-gerente de referência organizava a agenda junto ao ator demandante e solicitava o acompanhamento de outros gestores da FESF-SUS, conforme a característica da agenda e disponibilidade dos demais setores.

município contratante, incluindo acompanhamento das documentações junto aos setores das Prefeituras. Nesse período de contratualização, dentre as principais demandas provenientes dos municípios para os apoiadores-gerentes, destacam-se:

- a) renegociação dos valores contratuais após avaliação do setor financeiro municipal, o que implicou rebaixamento dos padrões salariais de diversas categorias profissionais antes mesmo que se iniciassem os serviços;
- b) reuniões e diálogo com os trabalhadores municipais para discutir a Fundação e o impacto do contrato na realidade local, uma vez que muitos trabalhadores manifestavam temor em perder seus atuais postos de trabalho;
- c) suporte técnico para a conformação das Comissões de Acompanhamento e Avaliação (CAA).

Tais demandas eram acolhidas pelo apoiador-gerente da Macrorregião por meio telefônico, eletrônico (e-mails) e também nos encontros presenciais que ocorriam durante as *visitas de apoio*⁷. O processamento dessas demandas, bem como seus encaminhamentos, aconteciam junto aos coordenadores e diretores cotidianamente. Foi somente no ano de 2010 que se deu por finalizada essa primeira contratualização da Fundação, resultando em 40 municípios aptos para execução dos serviços. Na sequência, aconteceu a seleção pública dos trabalhadores em todo o Brasil para a provisão de profissionais e ingresso na carreira da Fundação, a qual passou a ocupar a agenda da equipe de apoio. Devido a mandatos judiciais individuais de candidatos e outros vários problemas de ordem político-administrativa,

⁷ O termo *visita* era utilizado no cotidiano da FESF-SUS para se referir à ida do apoiador ao território: “viagens e visitas de Apoio” para encontros, reuniões, contatos com serviços de saúde ou colegiados e eventos que costumavam possuir programação pactuada anteriormente com os atores locais.

os profissionais aprovados na seleção pública estiveram impedidos de iniciar suas atividades imediatamente nos municípios contratualizados. Os apoiadores-gerentes se viram, nesse momento, em um papel de mediação bastante delicado, pois os gestores já haviam se organizado para receber os novos trabalhadores (em alguns casos, incluindo demissões dos antigos contratos temporários e consequente desassistência da população em alguns territórios) e não se tinha governabilidade sobre a situação que estava sendo coordenada por ação do Ministério Público. A sensação era de crise e os apoiadores desempenhavam papel central para a instituição.

No segundo semestre de 2010, os concursos passaram a ser liberados por categorias, conforme avaliação do Ministério Público, e começaram a ser convocados os primeiros trabalhadores. Com esse problema se solucionando progressivamente, o próximo momento crítico se daria perante a dificuldade de atração de profissionais médicos para boa parte dos municípios, especialmente os menores e mais distantes da capital, justamente onde a aposta era maior. Nesse meio tempo entre o contrato de gestão firmado/publicado e a chegada dos primeiros trabalhadores nos municípios, a equipe de apoio institucional dedicou-se às atividades de qualificação da gestão municipal, além de continuar trabalhando insistentemente para a resolução das diversas pendências contratuais persistentes em cada município. O objetivo do trabalho passou a ser consolidar as Comissões de Acompanhamento e Avaliação (CAA) para que os serviços prestados pela FESF-SUS fossem implementados e geridos na perspectiva da Gestão Compartilhada. O investimento de energia foi direcionado para a preparação de metodologias de apoio para as equipes de gestão dos municípios. Empreendia-se boa parte do tempo em formulações, como na confecção de manuais técnicos voltados aos gestores

e aos trabalhadores e na formulação dos instrumentos e das ferramentas de gestão do trabalho e do cuidado. Nesse processo de criação, foram construídas também as atribuições das CAA, que, na sequência, foram pactuadas com os gestores municipais em espaço colegiado.⁸ A previsão da instituição era de que as CAA acompanhariam e avaliariam cotidianamente a execução do contrato, coordenando a comunicação entre Fundação, trabalhadores e gestão municipal. Elas deveriam encaminhar críticas e sugestões e desenvolver progressivamente a capacidade de coordenar a execução local dos serviços da FESF-SUS. Esperava-se que as CAA tivessem participação ativa nas atividades de planejamento conjunto, visando integrar as ações, evitando, assim, que o sistema de saúde ficasse fragmentado ou com duplo comando.

Para o desempenho dessas atribuições, foi pactuado com os gestores que as equipes das CAA seriam compostas por um coordenador e apoiadores locais conforme a capacidade de cada município. Orientou-se ainda que, para a escolha dos membros, o gestor levasse em conta o grau de experiência, conhecimento e proximidade com a Atenção Básica, Unidades de Saúde da Família e toda a rede de atenção à saúde municipal. Além disso, seria necessário aos membros tempo e disposição para se dedicar ao apoio às equipes de saúde e ao acompanhamento contratual, e participar das atividades de apoio e suporte oferecidas pela Fundação. A expectativa naquele momento era que os

⁸ A FESF-SUS tem sua governança baseada em sistemas colegiados. Ainda que tenha um Diretor Geral e um organograma hierarquizado, o grande espaço deliberativo da instituição é o Conselho Curador. Este reúne mensalmente representantes da Secretaria de Saúde do Estado (SESAB), do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-BA), trabalhadores da carreira eleitos pelos pares, Conselho Estadual de Saúde, Fórum de Universidades, Governo do Estado da Bahia e Secretários de Saúde de Municípios instituidores eleitos pelos pares. A Fundação conta ainda com o Conselho Interfederativo e o Conselho Fiscal, ambos com baixa frequência de encontros.

apoiadores da FESF-SUS pudessem apoiar os gestores que viriam a se colocar como apoiadores locais, em um fazer conjunto no território. As primeiras atividades coletivas desenvolvidas para as equipes das CAA foram denominadas *Acolhimento Pedagógico do Gestor*. Foram realizados três encontros, o primeiro e segundo aconteceram em maio e junho de 2010 na cidade de Salvador, e o terceiro foi realizado em julho de 2010 de forma descentralizada em municípios de referência para cada macrorregião de saúde.

O primeiro encontro de acolhimento pedagógico dos gestores contou com a participação de 59 municípios. Foram debatidos os principais desafios da gestão compartilhada visualizados naquele momento: a fixação de profissionais médicos e a ampliação do acesso e da qualidade da assistência. O debate procurou consensos sobre qual deveria ser o papel e a composição das comissões municipais. Os apoiadores-gerentes incentivaram que os municípios elaborassem um plano de ação para a recepção, adaptação e fixação dos profissionais nos seus primeiros 30 dias. Ao final, foram pactuados três compromissos com cada CAA: preparação da equipe de saúde que iria receber trabalhadores FESF-SUS; designação de um “padrinho” local para apoiar cada trabalhador da Fundação; e monitoramento/comunicação constantes visando mapear dificuldades de fixação. O segundo encontro do acolhimento dos gestores contou com uma participação muito menor que o primeiro (sem registro de números) e sua programação foi bastante prejudicada pela crise que se vivia com a paralização do concurso. Os apoiadores-gerentes retomaram as pactuações anteriores relacionadas à chegada e à fixação dos profissionais e viram que pouca coisa havia acontecido. Havia uma insistente demanda dos gestores em saber quando os profissionais do concurso chegariam aos municípios. Procurando discutir mais profundamente como poderiam ocorrer ações de transformação das práticas da atenção básica a partir da

organização do processo de trabalho das equipes, a equipe de apoio começou a apresentar as ferramentas formuladas para a lógica de apoio, educação permanente e gestão por resultados dos trabalhadores da carreira da Fundação. A perspectiva de servirem de oportunidade para deflagrar processos de mudanças junto às equipes de atenção básica foi percebida como muito trabalho para os municípios. No terceiro encontro, com a opção feita pela descentralização das atividades, foi possível contar com a participação de 41 municípios. Naquele momento, o Ministério Público só havia liberado a convocação dos médicos aprovados e a atividade realizada foi de visualização dos primeiros 60 dias do trabalhador no município. Com metodologia ativa de diálogo em pequenos grupos, a equipe de apoiadores buscava tratar do comum e também do singular de cada município, procurando produzir espaços que proporcionassem trocas entre os gestores e compromissos compartilhados.

Mais uma vez, os apoiadores-gerentes incentivaram a construção de planos de ação municipal para apoiar a mudança do processo de trabalho, debatendo com os gestores a importância do apoio institucional, colocando-se à disposição para agendas locais. As ferramentas e os instrumentos de trabalho, organizados pela equipe da FESF-SUS, eram apresentados e oferecidos aos gestores visando valor de uso no acolhimento e na gestão dos profissionais da Fundação nos municípios. A partir desses três encontros, os apoiadores-gerentes dedicaram-se mais intensamente a atividades relacionadas à recepção dos trabalhadores, com intenso acompanhamento dos médicos que já estavam chegando aos municípios. Eles apuravam suas dificuldades/facilidades e buscavam realizar a interlocução entre trabalhador, município e Fundação, para responder às situações com as quais iam se deparando. Porém, como ainda havia dificuldade de provimento do

profissional médico em parte dos municípios, entrou em curso mais uma atividade de contratualização, dessa vez buscando revisar, junto aos gestores municipais, os padrões salariais estipulados em cada contrato. Esperava-se que maiores salários pudessem atrair mais médicos, sendo esta mais uma atividade urgente que ocupava a agenda do apoiador institucional. Vale ressaltar que a FESF-SUS não recebia incentivos federais, tão pouco estaduais⁹ para deixar o salário dos profissionais mais atraentes no intuito de promover a interiorização da saúde. Logo, os custos de despreciação da carreira oneravam os serviços e recaíam sobre os municípios. Com a liberação do concurso a partir do segundo semestre de 2010, foi possível também convocar sanitaristas da carreira para compor a equipe de gestão central. Perante a complexidade e frequência de demandas que estavam surgindo no território, optou-se pela ampliação da equipe de apoio, que de nove passou a ter um total de quinze apoiadores.

A equipe de apoiadores naquele momento não estava centrada somente nos gerentes e buscava desencadear no cotidiano das equipes municipais de gestão o Plano de Desenvolvimento da Gestão e do Cuidado em Saúde (PDGC), um dos instrumentos formulados e previstos no contrato de gestão. O PDGC deveria conter a identificação das necessidades e dificuldades da gestão e do processo de trabalho, as necessidades e demandas de educação permanente das equipes de trabalhadores da gestão e da atenção, e as ações e metas para superação da situação referida. Portanto, seria o meio de os Apoiadores singularizarem o apoio técnico, político e pedagógico às

⁹ Os recursos federais recebidos pela FESF-SUS nesse período provinham do componente de especificidades regionais da atenção básica. Por decisão da Comissão Intergestores Bipartite, os municípios deveriam repassar o recurso para a FESF-SUS, porém não houve o cumprimento deste compromisso, o que aumentou a dificuldade financeira da instituição.

equipes de gestão municipal para a implantação do modelo – sistema FESF-SUS. O cenário apontava que a estratégia de articulação das CAA não vinha demonstrando os resultados esperados. Em setembro de 2010 ainda eram muitas as Comissões sem equipe de apoiadores locais atuantes de fato e, com tantas indefinições e problemas na atração de médicos, muitos gestores estavam desmotivados com a proposta. Ficava cada vez mais claro que os investimentos na formação técnica, política e pedagógica das Comissões e gestores municipais não estavam resultando em grande êxito e muito do que se havia planejado para acontecer nos territórios não se concretizava. Além da falta de equipe designada para atuar na CAA por parte dos municípios e a desmotivação dos gestores, ainda havia o problema da alta rotatividade desses atores no cenário do SUS Bahia, bem como a precarização dessa força de trabalho. Os desafios e as dificuldades que passaram a surgir nas relações com os municípios frente ao Sistema FESF-SUS tornavam-se mais complexos e exigiam muito o diálogo e o trabalho mais próximo aos municípios para a efetivação da Gestão Compartilhada.

A estratégia do PDGC encontrou dificuldades nesse contexto, as agendas tendiam a levantar os problemas de cada território e os gestores passaram a sentir-se incomodados, pois para muitos deles a Fundação havia sido contratada para *resolver* e não *criar* problemas. De um lado, o apoiador encontrava gestores insatisfeitos com o serviço oferecido pela FESF-SUS, ou ainda coordenadores locais que apostavam nesse trabalho, mas sentiam-se muitas vezes sem governabilidade para tomar decisões. De outro lado, o apoiador encontrava os trabalhadores que estavam indo para o interior, enfrentando muitas vezes dificuldade de acesso à Internet, morando longe de casa e sentindo-se só enquanto aguardavam a promessa de suporte. Assim, as lógicas de apoio às equipes de gestão e às equipes de saúde deveriam

ser combinadas e integradas na ação da Fundação para que realmente fosse garantido o suporte aos profissionais da carreira. Essa crise inicial gerou muita reflexão sobre o que seria a Gestão Compartilhada, qual o papel da FESF-SUS, do trabalhador-apoiador e da gestão municipal. Produziram-se diversos momentos entre rodas de conversa e seminários institucionais para avaliar esse cenário. Nesse contexto, a equipe de apoiadores da Fundação começou a concluir que seu arranjo de apoio institucional precisaria passar por nova reformulação, visando atuar mais diretamente com as equipes de saúde, com ou sem o apoio da gestão municipal nesse intermédio, para assim garantir os benefícios da carreira e do desenvolvimento do trabalhador FESF-SUS.

Com a entrada de sanitaristas na equipe de apoio neste cenário e considerando que a maioria tinha residência no interior da Bahia, dois temas emergiram e geraram urgência: a diferença de atribuições, *status* institucional (cargo de confiança *versus* concursado) e remuneração entre apoiadores-gerentes e apoiadores-concursados; e a centralização *versus* regionalização da força de trabalho: morar em Salvador ou morar no interior do estado mudaria a forma de fazer apoio institucional aos municípios contratualizados? Sendo assim, cada vez mais os apoiadores-gerentes ficaram com as responsabilidades relacionadas à contratualização e gestão do trabalho, além de desenvolverem suporte e matriciamento para os novos apoiadores sanitaristas concursados. Para esses novos apoiadores, evitou-se colocar a pauta da contratualização, a fim de delegar a eles maior responsabilidade no apoio técnico-político e pedagógico das equipes de gestão e do cuidado, com fins de implantação do modelo de gestão compartilhada da atenção primária com os municípios. Naquele momento, a coordenação da FESF-SUS entendia que a concentração da equipe de apoiadores em Salvador era indispensável para o processo de formulação, bem como

para o amadurecimento do trabalho em equipe. Contava-se com os sanitaristas para dividir a carga de trabalho com os gerentes, de forma que descentralizá-los naquele momento parecia não ser prudente, uma vez que os novos apoiadores estavam ainda em processo de formação e toda a instituição passava por intensos espaços coletivos de análise e avaliação cotidianamente. Foi nesse contexto que começou a surgir a formulação do *Apoio Regionalizado* da FESF-SUS, o qual veio ser implementado em 2011 e será detalhado posteriormente. Com a diferença existente entre apoiador-gerente e apoiador-concursado, foram necessários diversos espaços de conversa onde a equipe procurou trazer para o centro da roda os incômodos e as justificativas envolvidas. Na conclusão dessa reflexão, percebeu-se a necessidade de adequar o perfil do apoiador agregando a todos um *status* de confiança institucional, tendo em vista as características de seu trabalho. A solução construída foi a criação da Função Estratégica de Gestão (FEG), que veio então a atender também a necessidade de outros setores, para além da Coordenação de Contratualização e Apoio Institucional, possibilitando uma nova forma de recrutamento dentro da instituição. A FEG criou a possibilidade de cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos, psicólogos, dentre outros, atuarem como trabalhadores de confiança, por meio da nomeação pela direção e agregando uma gratificação à remuneração. Aqueles sanitaristas que atuavam no apoio e eram avaliados como aptos à função, foram nomeados como Assistentes de Apoio Institucional. A FEG, em seu regulamento, possibilitou uma adequação da remuneração por meio do estabelecimento de um teto remuneratório que igualasse todos, independentemente dos diferentes salários-base de suas distintas categorias profissionais.

Com a nova regulamentação da FEG, os apoiadores institucionais passaram a ser contratados em regime de trabalho externo, gerando condições de manter em

municípios de interesse a sede de trabalho do apoiador que fosse atender àquela dada região. Isso veio a possibilitar o desenho do Apoio Regionalizado. Essa solução veio no contexto da reforma institucional que se iniciou em 2011 e foi se intensificando nos anos de 2012 e 2013. Os cargos de gerência, que ainda mantinham patamar salarial superior aos apoiadores em FEG, passaram a ser extintos na oportunidade de suas vacâncias. A instituição já tinha esse plano desde a sua criação: substituir progressivamente a quantidade de cargos do organograma por vagas de profissionais concursados e integrantes da carreira, visando assim dar sustentabilidade e longitudinalidade à gestão da Fundação. No ano de 2012, a equipe apresentava um número reduzido de apoiadores-gerentes, demandados de forma diferenciada pela instituição. Os Planos de Trabalho Individuais, que antes tratavam apoiadores-gerentes e apoiadores-concursados pelo que havia de comum em suas funções, agora buscavam orientar o papel singular de cada profissional dentro da instituição. Sempre em um movimento de construção individual e combinado a discussões e análises por toda a equipe de forma coletiva. Esse contexto permitiu que fosse implementado, em 2012, o projeto *Apoio Institucional para a Implementação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) na Bahia*¹⁰, uma parceria entre Fundação e Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), que resultou na contratação e conformação de uma equipe maior de apoiadores institucionais e supervisores de

¹⁰ O projeto Apoio Institucional para a Implementação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) na Bahia faz parte do Contrato de Programa – instrumento que contratualiza projetos específicos entre governo estadual e governos municipais, por meio da SESAB, da FESF-SUS e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS/BA). Nesse caso, o Apoio Institucional se apresenta como um serviço desenvolvido e prestado pela Fesf-SUS em gestão compartilhada com a DAB/SESAB para atender as demandas das políticas de saúde operadas na atenção básica junto aos municípios.

apoio macrorregional para atuação na atenção básica de todo o estado. Este projeto passou a garantir boa parte do funcionamento das equipes de apoio da Diretoria de Atenção Básica da SESAB e da própria Fundação.

Apoio às Equipes de Saúde

Como mencionado anteriormente, a partir da chegada dos primeiros trabalhadores, em agosto de 2010, oportunizou-se para a função do apoiador uma dimensão mais próxima das equipes de saúde. A necessidade era capilarizar o apoio até o cotidiano das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), para que o acompanhamento direto aos trabalhadores de carreira se desse de forma mais adequada à realidade local. Nesse período de chegada dos trabalhadores, os apoiadores realizavam prioritariamente atividades de acolhimento dos trabalhadores na sede da Fundação, facilitação e tutoria na Formação Inicial do Trabalhador (FIT), visitas de apoio às unidades de saúde, acompanhamento das pendências contratuais junto a cada município, atividades de formulação dos instrumentos e ferramentas de pactuação da gestão do trabalho e do cuidado e mediação de fóruns de discussão na *Praça Virtual* (em plataforma *moodle*).

Nessa fase foi percebido que a rotatividade dos trabalhadores das equipes de gestão municipal, principalmente em períodos eleitorais, fragilizava o acompanhamento dos trabalhadores de carreira FESF-SUS. Além disso, muitos trabalhadores da gestão municipal que eram designados para trabalhar na CAA sentiam-se insatisfeitos pelo acúmulo de atribuições e não se viam exercendo o apoio cotidiano que tanto a Fundação incentivava. Os primeiros encontros do apoiador com as

equipes nas Unidades de Saúde da Família se davam a partir das atividades pedagógicas disparadas por meio da Formação Inicial do Trabalhador (FIT)¹¹ e buscavam discutir aspectos relacionados ao acesso, ao cuidado, à educação em saúde, ao controle social, ao trabalho em equipe, à territorialização e à rede de atenção à saúde. Essa interação se manteve e facilitou o desenvolvimento do papel do apoio junto às equipes mesmo após a conclusão da FIT. A proposta era mobilizar os trabalhadores para ampliar seu olhar para o reconhecimento de processos de repetição, gerando incômodos capazes de transformar práticas, com vistas à qualificação dos processos de trabalho. Foi possível conhecer de perto as condições e processos de trabalho das equipes. Dentre as principais atividades desempenhadas para o apoio às equipes, estavam:

- a) realização do acolhimento do trabalhador no momento da chegada aos municípios, no intuito de promover a integração dele com a equipe de saúde e a gestão municipal;
- b) mediação de conflitos entre equipe e gestão e entre os próprios trabalhadores;
- c) facilitação de processos de educação permanente, disparados a partir de tarefas e atividades da FIT;
- d) realização de observação participante no cotidiano do trabalho, percebendo oportunidades para a produção coletiva de análises sobre o processo de trabalho;

¹¹ A Formação Inicial do Trabalhador (FIT) era curso obrigatório aos trabalhadores de saúde da carreira da Fundação. Com duração de sete meses, a FIT era composta por atividades presenciais nas unidades de saúde e à distância pela plataforma *moodle* planejada e designada como “*Praça Virtual*”. Antes da aprovação do Programa de Tutoria da Fundação, eram os Apoiadores que realizavam a facilitação para os trabalhadores no curso de formação e interagiam com estes para desdobramentos das atividades pedagógicas voltadas à qualificação do processo de trabalho nas unidades de saúde.

e) mediação de avaliações de desempenho individual, disparando processos de autoanálise junto ao trabalhador e à gestão municipal;

f) mediação de demandas de gestão do trabalho junto à CAA e à Fundação.

Com relação às ferramentas utilizadas pelos apoiadores, destacamos três produções da Fundação que serviram intensamente a esse processo:

a) Plano de Ações e Resultados em Saúde (PARES) – elaborado em pactuação com as equipes de saúde e gestão municipal, para cada área coberta pelos serviços. É composto por análise dos indicadores previstos pelo PMAQ-AB para avaliação da situação de saúde atual, pactuação de metas de acordo com a realidade de cada equipe e previsão de ações para o alcance das metas e resultados desejados com o plano para cada área em questão. Dessa forma, buscava o desenvolvimento da mudança no processo de trabalho das equipes. É previsto que se inicie a cada seis meses e o acompanhamento é mensal, por isso, o apoio às equipes é sistemático e, em alguns momentos, presencial, para a produção de significado dessa ferramenta no cotidiano do serviço de saúde.

b) Gratificação por Produção e Qualidade (Produtos GPQ) – produtos componentes da remuneração variável dos trabalhadores. Os apoiadores avaliam os produtos mensais dos seus trabalhadores, tendo como meta envolver a gestão para que esta passe a realizar a tarefa de fortalecer o vínculo institucional com o trabalhador, com foco em seu fazer cotidiano. Nessa perspectiva, outra atividade de apoio às equipes é o *feedback* para o trabalhador sobre as atividades realizadas, já que a avaliação dos produtos serve como subsídio ou dispositivo para reflexão sobre o processo de trabalho das equipes, a partir de elementos identificados

no cotidiano do trabalho. Os produtos podem se desdobrar em diversas ferramentas de apoio, porque são utilizados também como instrumentos de diálogo entre o apoiador e o trabalhador, sendo algumas vezes identificado neles as demandas da agenda de apoio no território. São, em sua maioria, relatórios de atividades, registros de reuniões de equipe ou com a comunidade, planos de ação, respostas reflexivas às questões do processo de trabalho, matrizes de intervenção, dentre outros, sempre solicitados de forma singular ou já previamente pactuados com as equipes – seja durante o PARES, seja em atividade com os trabalhadores. O importante aqui é a reflexão sobre o processo de trabalho da/em equipe.

c) Prêmio por Inovação e Qualidade (PIQ) – os trabalhadores da carreira poderiam inscrever projetos de inovação nas práticas de saúde, os quais eram avaliados e acompanhados por editais específicos lançados pela Fundação. Para o trabalhador, o Prêmio gerava uma gratificação na remuneração. O Apoiador passou a ser envolvido nas atividades de acompanhamento e avaliação dos projetos contemplados e, para tanto, realizava visitas de apoio às equipes para discutir e avaliar cada experiência junto aos trabalhadores e gestores.

A modalidade de apoio às equipes de saúde da família talvez tenha sido o papel mais complexo exercido pelos apoiadores. Ao acumular sobre si a representação da Fundação diante os trabalhadores e de elo entre trabalhadores e gestores em cada município, o apoiador institucional encontrava muitos obstáculos para criar composições e pactos factíveis entre os atores. Em qualquer que fosse o tema, a ideia era sempre contar com a gestão municipal em uma parceria local, mas caso esta viesse a faltar em suas atribuições contratadas, o apoiador da FESF-SUS não deixaria de realizar as atividades no território

junto às equipes, ou seja, preconizava-se que o apoio fosse compartilhado sempre que possível, em um fazer junto, mas que não deixasse de ocorrer por problemas na relação de gestão compartilhada.

Apoio Regionalizado

Em 2011, o cenário institucional era de redefinição do escopo de municípios contratualizados e respectivos serviços em andamento, com a necessidade de consolidação dos serviços de atenção à saúde para o avanço da estratégia de despreciação dos vínculos dos profissionais e desenvolvimento da carreira para a Saúde da Família no Estado da Bahia. No panorama nacional, o Ministério da Saúde fazia a indução para a adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o qual propõe uma gestão por resultados no que diz respeito ao alcance de metas obtidas e comparáveis no desenvolvimento do processo de trabalho das equipes e da gestão. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a) Diante desse contexto, a equipe de Apoio Institucional da FESF-SUS foi reorganizada de maneira que cinco apoiadores da equipe atuassem de forma descentralizada, cada um morando em uma região do estado. A orientação para esses apoiadores priorizava o apoio ao desenvolvimento da carreira e serviços da FESF-SUS e utilização da metodologia de desenvolvimento das ações do PMAQ-AB junto à gestão e equipes de saúde da família com trabalhadores FESF-SUS. A proposta do apoio regionalizado buscava favorecer o vínculo e a agilidade na resposta às demandas dos municípios. Havia sido constatada a necessidade de maior atuação da FESF-SUS junto às gestões e trabalhadores para o desenvolvimento do sistema FESF-SUS. Essa

intencionalidade tinha que dialogar ao mesmo tempo com a redução dos custos e tempo/desgaste de deslocamento dos apoiadores. A equipe de apoiadores da sede, na capital do estado, passou a se reestruturar no intuito de desencadear processos de supervisão e matriciamento junto aos apoiadores regionalizados, dando a estes suporte nas demandas captadas junto ao território.

Para esse desenho da equipe de trabalho, identificou-se a dinamicidade e flexibilidade como inerentes para o desempenho das funções. Além das ações de apoio ao território, a equipe se dividia no desenvolvimento e aperfeiçoamento de tecnologias do sistema FESF-SUS de acordo com suas habilidades e afinidades. E o desenho da regionalização se daria a partir da dinâmica do território e da demanda de execução dos serviços. O processo de comunicação entre os apoiadores regionalizados e a sede foi estabelecido principalmente por meio virtual. Foram sendo criados instrumentos e estratégias para acompanhamento e supervisão do apoio. Inicialmente foi utilizada a *Praça Virtual*¹², já mencionada, para comunicação entre apoiadores e coordenação por meio de debates em fóruns e chats. Essa estratégia mostrou-se potente por agregar a memória das discussões e o repasse de documentos de forma a orientar a agenda institucional, mas mostrou-se deficiente para as demandas mais imediatas e pelos inúmeros tópicos ou temas que iam sendo disparados sem necessariamente dialogar com as demandas do território/apoiador. Para articular as demandas captadas no relatório semanal¹³ e a atualização de informações relativas às políticas de

¹² *Praça Virtual*: espaço virtual construído na plataforma *moodle*, com intuito de produzir encontros, propor processos de educação permanente e gerar compreensão dos fazeres cotidianos dos trabalhadores da FESF-SUS.

¹³ O relatório semanal é um instrumento de acompanhamento e avaliação da agenda do apoiador, instituído após a regionalização da equipe.

atenção básica, utilizava-se o “esquente”, que era uma reunião semanal iniciada na primeira hora de trabalho das segundas-feiras, e o encontro mensal de apoiadores. Para a participação dos apoiadores regionalizados, o “esquente” também se dava por meio de *chat* ou videoconferência, sendo registrada toda a discussão na reunião. A fragilidade da estratégia estava na baixa velocidade de Internet ou baixa da conectividade em municípios do interior e nas demandas da agenda institucional que, muitas vezes, “inchavam” os momentos de encontros. Contudo, era um espaço rico de reflexão e discussão das questões que atravessam o trabalho do apoio, sendo produzidos consensos e norteadores para o trabalho de maneira coletiva.

A descentralização do trabalho promoveu maior proximidade do trabalhador com o território de atuação, sendo positiva essa aproximação na produção de vínculo com trabalhadores e gestores. Assim, foi oportunizado que esses segmentos buscassem o apoiador para esclarecer dúvidas e posteriormente o pautassem em suas demandas e reivindicações locais. Da mesma forma, o apoiador, representante institucional mais próximo do trabalhador e do gestor, gozava do *status* de portador das novidades da política nacional de atenção básica, juntamente com a oferta de instrumentos e ferramentas do sistema FESF-SUS para fazer gestão dos processos de trabalho. Nessa relação foram produzidos encontros interessantes entre as equipes de saúde e os gestores. Nessa relação com as gestões municipais, a missão de utilizar as ferramentas do sistema FESF-SUS e instrumentos do PMAQ-AB para aproximar a gestão do cotidiano das equipes de trabalhadores na perspectiva da gestão do trabalho e educação permanente tornaram-se, na maioria das vezes, um grande desafio para a qualificação do cuidado. A limitação se estabeleceu com a maioria das gestões municipais, que possuíam poucos recursos e uma baixa capacidade técnica. Logo, com pouca

governabilidade para responder às demandas das equipes, acabava se sentindo fragilizada e evitando a aproximação com os trabalhadores.

O Apoio Regionalizado, que nesse desenho se caracterizava pela descentralização da figura e das ações do apoiador, oportunizou evidenciar as necessidades do território e de maior mediação entre oferta e demanda, uma vez que a maior problemática dessa relação é a alta capilaridade dos desenhos descentralizados e a dificuldade de organizar a oferta de acordo com a demanda do território. Ainda assim, foi possível verificar que a utilização dos instrumentos da gestão por resultados do sistema FESF-SUS e do desenvolvimento do PMAQ-AB ajudaram as equipes de saúde e de gestão no processamento das demandas, mesmo que minimamente em alguns territórios, onde se enfrentavam dificuldades estruturais e de gerenciamento por falta de autonomia de alguns gestores. O processamento mínimo das demandas se dava no âmbito das relações, quando a equipe “parava” para organizar suas necessidades ou quando a gestão “parava” para pensar seu território e percebia suas limitações. Esse momento de “parada” fazia-se não como algo que se *aquieta*, pelo contrário, era como quem inicia um movimento pelo que *inquieta*. A atuação dos apoiadores regionalizados despertou em muitos gestores o interesse de ter profissionais sanitaristas para atuar de forma mais exclusiva no município, o que incentivou a estruturação e contratualização do serviço específico de Apoio à gestão municipal, o qual descreveremos a seguir. Em 2013, a direção da Fundação optou por recuar com a estratégia de apoio regionalizado, fato diretamente relacionado aos processos de desmobilização de contratos por conta da inadimplência dos municípios.¹⁴

¹⁴ A média anual de inadimplência da FESF-SUS circulava por volta de 40%, mas no período eleitoral essa inadimplência chegou a 80% dos municípios contratantes.

Apoio à gestão municipal

Finalizando o ano de 2010 com boa parte das equipes FESF-SUS constituídas para o desempenho das ações de saúde nos municípios que apresentavam maiores fatores de atração, alguns gestores passaram a sinalizar o interesse em contar com a Fundação para ampliar suas equipes de gestão, apontando a necessidade de receber um apoio institucional mais exclusivo e personalizado. Desenvolveu-se, a partir daí, a *modalidade de apoio à gestão municipal* como um novo serviço disponível para ser contratado pelos municípios individualmente. A modalidade de apoio à gestão municipal iniciou-se na macrorregião Oeste, nos municípios de Barra e Barreiras, logo se expandindo para os municípios de Lauro de Freitas e Vera Cruz, na macrorregião Leste, aos municípios de Irecê e Uibaí (Centro Norte), Rio Real (Nordeste), Itapetinga (Sudoeste) e, por último, em Ibityara (Centro Leste). Chegou-se a um total de onze (11) apoiadores municipais, desenvolvendo cargas horárias distintas de 20, 30 ou 40 horas semanais, de acordo com cada demanda local.

O objetivo da oferta desse serviço era possibilitar que os municípios ampliassem e qualificassem suas equipes de gestão, aumentando sua capacidade local de apoiar processos de melhoria da saúde da população, além de oportunizar a realização de atividades nas áreas de políticas de saúde, planejamento, informação em saúde, gerenciamento de serviços e gestão de sistemas de saúde. Para manter a singularidade como princípio dessa proposta, o plano de ação para orientar o trabalho do apoiador local era construído com cada gestor contratante. O apoiador da FESF-SUS ouvia as demandas dos gestores e buscava construir um plano que se adequasse, além de identificar, nesse momento, quais características deveriam compor o

perfil do trabalhador FESF-SUS a ser selecionado. Podemos citar alguns exemplos:

- a) Itapetinga: a necessidade estava pautada na estruturação e organização da Secretaria Municipal de Saúde, tendo como pauta principal o planejamento em saúde do município;
- b) Rio Real: a demanda de apoio voltava-se à organização do processo de trabalho da Vigilância Sanitária;
- c) Vera Cruz: a FESF-SUS encontrava-se em 100% das equipes e os apoiadores acompanharam o desenvolvimento do processo de trabalho das eSF, onde se observava a necessidade de ampliar essa capacidade de apoio local;
- d) Lauro de Freitas: o foco esteve no âmbito da gestão dos programas voltados ao desenvolvimento da Atenção Básica.

Com relação às ferramentas utilizadas pelos apoiadores nesse âmbito, destacamos a produção do Plano de Apoio à Gestão Municipal (PAGEM). Elaborado em pactuação com a equipe de gestão municipal e o sanitarista, mediado pelo apoiador institucional, o plano era composto pela análise da necessidade local, onde era percebida a fragilidade e a dificuldade de desenvolvimento de determinada ação local de competência desse sanitarista/apoiador local. Com o advento do PMAQ-AB, em 2012, esse desenho serviu muito para o sucesso de atuação da FESF-SUS junto aos municípios contratualizados. Nessa fase, o apoio institucional se constituiu como referência direta para seus trabalhadores e equipes no território, sem, no entanto, perder a linha de apoio compartilhado com a CAA e gestão municipal, envolvendo todos os municípios contratualizados. Essa experiência apontou para a instituição que a existência de um trabalhador focado no desenvolvimento do sistema FESF-SUS na modalidade apoio à gestão municipal operou como facilitador das atividades voltadas ao desenvolvimento da carreira intermunicipal e, conseqüentemente, preparou

melhor os gestores municipais para a gestão do processo de trabalho das equipes de saúde. No entanto, a permanência desses apoiadores nos municípios estava relacionada à gestão do financiamento da atenção primária, ao modelo de saúde que a gestão queria ou precisava para o seu município, entre outros fatores que estavam alheios à governabilidade da Fundação. Assim, no ano de 2013, a quantidade de apoiadores municipais diminuiu devido ao grave quadro de inadimplência dos municípios já mencionado anteriormente.

Apoio Matricial

O apoio matricial se produziu em diferentes intensidades e em dois âmbitos: na troca e na construção coletiva entre os diversos saberes e experiências dos apoiadores institucionais – das referências macrorregionais e regionalizadas; e no apoio ao desenvolvimento das equipes de NASF lotadas nos municípios contratualizados com a Fundação, contando com trabalhadores de carreira de diversas categorias profissionais.¹⁵ O apoio matricial, aqui compreendido como um espaço de troca e produção coletiva, foi utilizado pelos apoiadores da sede para construir seu fazer cotidiano. Eles se ajudavam mutuamente e somavam a especialidade de cada um na construção das ferramentas, das agendas nos territórios, na apropriação de outros fazeres, dentre outras formas de (se) matriciarem. As ferramentas produzidas e aplicadas no cotidiano do trabalho do apoio institucional foram produzidas nessa perspectiva e incorporou-se na rotina

¹⁵ Compuseram as equipes NASF/FESF-SUS profissionais de nível superior com formação em Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição e Educação Física. A definição dos profissionais que compõem cada núcleo é de responsabilidade da gestão municipal.

do trabalho como o PARES, os Produtos da GPQ e o PAGEM, já comentados nesse texto, bem como o Plano de Matriciamento de Ações Integradas em Saúde (PMAIS), que será relatado a seguir e também a produção de material de apoio aos trabalhadores (Guia do Trabalhador). Esses materiais foram sendo qualificados ao longo do tempo e hoje são ferramentas inerentes ao trabalho do apoiador institucional FESF-SUS. Nesse contexto, o desenvolvimento do apoio matricial junto aos trabalhadores do NASF, pautado aqui em muitas experimentações, iniciou com o acompanhamento de cinco (05) equipes de NASF tipo I¹⁶, assim distribuídas: uma no município de Brumado (região Sudoeste), uma no município de Prado (região extremo-sul), uma no município de Barreiras (região Oeste) e duas no município de Lauro de Freitas (região leste). Estes profissionais estavam em contato direto com o apoiador institucional de referência que, à medida que acompanhava o processo de trabalho, buscava estimular a reflexão das práticas para a qualificação clínica das equipes de Saúde da Família (eSF).

A maioria desses profissionais trabalhavam pautados na lógica de desenvolvimento da relação de equipe, discutindo a concepção de *equipe de saúde* como *núcleo de trabalho*, com as equipes de referência e, nestas, as relações que circulavam entre seus integrantes. Esse foi um trabalho que desafiava tanto o modo de fazer dos profissionais que estavam inseridos nas equipes NASF quanto dos apoiadores e, para tanto, foi lançada mão de metodologias que discutiam o papel do NASF na estratégia saúde da família e a ampliação do seu escopo de atuação. Foi um trabalho inicial complexo e que exigiu estratégias para a superação de alguns entraves, como:

¹⁶ As equipes de NASF podem ser implantadas em três modalidades, tipo 1 com carga horária mínima de 200 horas por semana do total de profissionais; tipo 2 com mínimo de 120 horas; e tipo 3 com mínimo de 80 horas.

a) grandes distâncias entre as cidades com equipe NASF/FESF-SUS, nas quais o primeiro desafio foi produzir o encontro para além do acompanhamento em território e foram realizadas videoconferências, acompanhamento de apoiador estratégico com experiência em atuação junto a equipes NASF e abertura de um espaço específico na Praça Virtual para os trabalhadores NASF;

b) expectativa das equipes de saúde da família de que estariam em mais um nível de assistência de saúde a ser referenciado, embebidas de uma lógica ambulatorial. Era comum os profissionais dos NASF chegarem às unidades de saúde da família e estas estarem com listas de espera e, nesse sentido, precisou ser produzido em equipe NASF uma compreensão da oferta do seu fazer cotidiano, trabalhado em momentos presenciais com o apoiador, videoconferências e na produção dos produtos da GPQ;

c) pouca compreensão pelo profissional do seu papel em equipe NASF, já que tendia a ter uma formação com foco ambulatorial. Nesse processo de compreensão foram gerados outros espaços de construção coletiva que questionavam e dialogavam sobre o fazer em equipe.

Uma das ferramentas que contribuiu para esse trabalho foi a Formação Inicial do Trabalhador (FIT) que, dividida em módulos, discutia Atenção Primária, Agenda, Processo de Trabalho, Ferramentas para a produção do cuidado e Análise da situação de saúde, dentre outros conteúdos. As discussões ocorriam em reunião de equipe (NASF e equipe de saúde da família), movimentando o fazer desses profissionais. Outro movimento foi a conformação de um grupo de trabalho interinstitucional com apoiadores FESF-SUS e DAB/SESAB, trabalhadores do NASF/FESF-SUS e de outras equipes do Estado, identificados a partir do que vinham produzindo em território, com os quais foram realizadas oficinas para discutir o monitoramento e a

avaliação, a educação permanente e o processo de trabalho das equipes NASF. É importante mencionar que o Estado da Bahia aprovou, em 2010, a partir da resolução CIB nº 66, as diretrizes para implantação, funcionamento e qualificação dessas equipes NASF de acordo com as necessidades locais e as adequou às particularidades da Política Estadual de Atenção Básica, que deveria reorientar o processo de trabalho a ser desenvolvido. Nesse ínterim, o grupo de trabalho interinstitucional se debruçou para produzir o encontro das propostas e estruturar suas demandas de apoio (FESF-SUS e DAB/SESAB) em parceria.

Com relação às ferramentas utilizadas pelos apoiadores, destacamos as seguintes produções da Fundação:

a) Plano de Matriciamento de Ações Integradas em Saúde (PMAIS), construído a partir da necessidade de cada território. Inicialmente, desejou-se fazer um instrumento baseado em indicadores e que pudesse avaliar e contribuir com a proposição do plano, contudo, devido à complexidade e dificuldade de se estabelecer quais indicadores seriam sensíveis às ações dessas equipes, além de não possuímos um sistema de informação que acolhesse os dados produzidos pelo trabalhador NASF, passou-se a outra estratégia para a construção do PMAIS, apostando-se que pudesse melhor contribuir com as equipes. Iniciou-se, então, uma construção intrínseca entre trabalhadores NASF das equipes de saúde da família e apoiadores matriciais e institucionais, o que culminou em uma Matriz de Planejamento com três eixos norteadores: Eixo 1: mobilização popular; Eixo 2: mobilização em equipe NASF; e Eixo 3: mobilização dos trabalhadores em equipe saúde da família. Essas matrizes norteavam as ações nas diversas interfaces NASF e propunham descrever o problema a ser trabalhado em cada frente de ação, pactuado com a equipe de gestão e a ESF de referência.

b) Espaço NASF/FESF-SUS: um espaço específico na Praça Virtual onde os trabalhadores NASF tinham acesso a materiais específicos e podiam encaminhar demandas e abrir tópicos de discussão. Nesse espaço, muitas produções foram organizadas, entre elas o PMAIS e a organização da linha do tempo da FIT desses trabalhadores.

Assim, percebemos que as equipes de saúde da família começavam a transitar entre lógicas ambulatoriais e de promoção da saúde, algumas com perfis mais tradicionais, outras adentrando-se em formação de grupos estruturados, projetos terapêuticos singulares e/ou territoriais, construção e pactuação de agendas em equipe etc. É importante destacar que os profissionais do NASF não deixaram de trabalhar as relações de equipe na medida em que foram construindo outros modos de fazer matriciamento, ou seja, mesmo nesses espaços, alguns profissionais do NASF continuaram atentos às representações de trabalho em equipe, como os profissionais das equipes de referência significavam e interagiam entre si e com o NASF, pensando novas formas de significar as relações que se (re)construíam e se (re) faziam. Esse movimento se dava em práticas que iam de um extremo ao outro: respondendo ao desejo ambulatorial ou se responsabilizando sozinhos por grupos nas unidades de saúde. Porém, sempre com a intenção de gerar práticas que produzissem maiores trocas, alargamento da clínica, pactuação, responsabilização das equipes e atenção integral aos usuários. Há uma diversidade no fazer dos profissionais do NASF com as equipes de referência e é interessante, e ao mesmo tempo desafiador, porque a aproximação com cada equipe de saúde da família gerou e tem gerado modos de fazer diferentes, singulares.

É importante destacar que a construção das agendas do NASF em conjunto com as equipes de saúde da família gerou bons resultados, principalmente quando se pensa

em ampliação da capacidade de análise e intervenção dessas equipes. Além disso, percebe-se que houve maior envolvimento dos profissionais com as agendas, reduzindo-se a dicotomia entre atividade do NASF e atividade da ESF, bem presente quando as ações são planejadas isoladamente. Contudo, é importante que o NASF conheça como as equipes estão distribuídas, suas demandas e necessidades e, principalmente, qual o próprio potencial e capacidade de apoio, para que os pactos possam ser cumpridos e/ou repactuados, caso contrário poderá contribuir para dividir e fragilizar a integralidade da atenção à saúde. A visita domiciliar foi outra ferramenta utilizada para trabalhar o matriciamento e a distribuição de responsabilidades nas equipes. As demandas para visitas domiciliares levantadas eram discutidas em reunião com as eSF e eram identificados alguns perfis comuns entre os usuários, sendo redistribuídas funções/responsabilidades entre os profissionais da equipe para acompanhar esses casos, gerando algumas atividades coletivas com a comunidade e/ou com a eSF e seus *Projetos Terapêuticos Singulares* (PTS).¹⁷ Outro fazer interessante foi quando o NASF conseguiu facilitar, em alguns momentos, a relação entre a gestão municipal e as eSF. Os trabalhadores do NASF contribuíam para ampliar as relações de cooperação entre a gestão e as eSF, contrapondo-se à dicotomia gestão-atenção, tão tradicional nos serviços de saúde. Como sugere Bertussi (2010, p.128), “o matriciamento pode ser entendido como a construção de momentos relacionais em que acontece a troca de saberes/afetos entre os profissionais de diferentes áreas ou setores”. O objetivo seria o de “aumentar a chance de as equipes estabelecerem relações de cooperação e responsabilizarem-se pelas ações desencadeadas”, além de

¹⁷ Projetos Terapêuticos Singulares é o termo cunhado a partir da experiência da saúde mental, propõe a integração entre as especialidades e distintas profissões, valorizando o saber e a opinião do usuário e das famílias na construção do projeto de tratamento e cura.

instaurarem um processo de “produção da integralidade da atenção em todo o sistema de saúde.”

Pode-se dizer que essas equipes desenvolveram trabalhos representativos, na medida em que usaram como pressuposto o trabalho em equipe; a pactuação de agendas; a construção e/ou fortalecimento de grupos estruturados e a aproximação com a comunidade e com os conselhos de saúde. Em 2013, com as rescisões contratuais, a Fundação já não possuía mais equipes NASF contratualizadas nos municípios.

Apoio clínico

A FESF-SUS, desde seu primeiro concurso em 2010, teve a intenção de ofertar suporte clínico aos profissionais de sua carreira por meio de tecnologias de informação e comunicação, tendo em vista as grandes distâncias entre sua sede em Salvador e um dos pilares principais sobre o qual foi criada: contribuir com a qualificação da Atenção Básica na Bahia. O Apoio Clínico baseia-se na conformação de equipe de Teleconsultores com especialização/formação e experiência comprovada na atenção básica, responsáveis por responder, via plataforma on-line, dúvidas clínicas e de organização do processo de trabalho e solicitação de materiais enviados pelos trabalhadores nas equipes de saúde da família na mesma plataforma. Assim, as atividades do Apoio Clínico iniciaram no final de 2011, como um projeto piloto de Telessaúde para a Atenção Básica na Bahia, em parceria com o Núcleo de Telessaúde do Rio Grande do Sul (TSRS) e o Ministério da Saúde (MS). Em um primeiro momento, que durou de novembro de 2011 até abril de 2012, o TSRS ficou responsável pelo processo de análise e resposta das dúvidas advindas dos profissionais baianos, no

mesmo período em que realizou oficinas de capacitação da sede da FESF-SUS e de trabalhadores das eSF para utilização da plataforma virtual. Ao final desse período, a FESF-SUS realizou uma seleção interna para teleconsultores entre os trabalhadores de carreira da instituição, os quais foram capacitados pela equipe do TSRS para exercer essa função. Deste modo, em abril de 2012, a Fundação assumiu, ainda com o apoio do TSRS, o fluxo de recebimento e resposta das solicitações de teleconsultorias, iniciando um novo ciclo.

Além da solicitação e das respostas de teleconsultorias, o Apoio Clínico, em parceria com o TSRS, realizou ofertas de tele-educação, como *webpalestras* e acesso às Segundas Opiniões Formativas (SOF), disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por meio do acesso ao site do TSRS e de link na *Praça Virtual* da FESF-SUS. No primeiro ano, o Apoio Clínico teve uma baixa demanda de solicitação de Teleconsultorias, com apenas 17 solicitações entre abril de 2012 até abril de 2013. Muitos fatores podem ter contribuído, no entanto, mas não foi realizada uma pesquisa entre os trabalhadores para a identificação dos reais motivos. Apesar disso, são reconhecidos vários obstáculos para o desenvolvimento e a consolidação do Apoio Clínico como oferta para os trabalhadores, entre os quais destacam-se:

- a) infraestrutura inadequada da maioria das Unidades de Saúde da Família, as quais não possuem computadores com conexão à Internet.
- b) baixa adesão das equipes municipais de gestão, que, apesar dos movimentos de divulgação e convite para as capacitações, não se envolveram com o Apoio Clínico ou não o identificaram como uma ferramenta interessante para as equipes utilizarem. Com isso, poucos trabalhadores que atuavam no município e não pertenciam à carreira da FESF-SUS foram cadastrados na plataforma. Ação que dependia diretamente da equipe de gestão municipal.

c) cultura ainda incipiente de uso desse tipo de oferta entre os profissionais da saúde, especificamente os da atenção básica ou, dito de outra forma, dificuldade para os profissionais assimilarem esse tipo de oferta no seu cotidiano.

No decorrer de 2012, as discussões em torno do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, lançado pelo Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) no fim de 2011, por meio da Portaria nº 2.546 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), avançaram consideravelmente, e a Fundação, com a experiência adquirida por meio da parceria com o TSRS e do desenvolvimento do Apoio Clínico, foi identificada como a instituição na Bahia que reúne as melhores condições de desenvolver as ofertas de Telessaúde para todos os municípios baianos, por meio de seis projetos aprovados pelo MS, configurando-se em um Projeto Único de Telessaúde Brasil Redes na Bahia e um único Núcleo Técnico-Científico de Telessaúde na Bahia, aprovados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Toda essa experiência adquirida pela FESF-SUS durante esse processo ocorrido na Bahia levou a profundas reflexões que extrapolam o Apoio Clínico, trazendo para a cena o Telessaúde e suas reais possibilidades, assim como limites, em configurar-se como um dispositivo de Educação Permanente para as eSF. Assim, surgiram algumas questões:

a) até que ponto o Telessaúde pode configurar-se como dispositivo de Educação Permanente para as ESF? Dito de outra forma: os profissionais da Atenção Básica identificam que o Telessaúde pode ofertar respostas aos incômodos que surgem no cotidiano dos serviços de saúde?

b) os profissionais da Atenção Básica estão incomodados com seu cotidiano? Os incômodos de um Agente Comunitário de Saúde – ACS são os mesmos de um médico?

O objetivo desse texto não é responder essas questões, mas tem a pretensão de trazer alguns apontamentos que, conjuntamente com as questões trazidas anteriormente, podem gerar um debate necessário no atual contexto de forte investimento (financeiro, político e técnico) que o Ministério da Saúde tem dado ao Telessaúde na perspectiva do fortalecimento da Atenção Básica. Assim, há um grande volume de recurso para a criação de Núcleos Técnico-Científicos de Telessaúde nos estados, uma grande mobilização de estados e municípios em torno dessa agenda, uma articulação da agenda do Telessaúde com outros Programas, como por exemplo o PMAQ-AB, o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos para o Brasil. Dentre esses apontamentos, destacamos os que se seguem:

a) o Telessaúde, como qualquer oferta/dispositivo de Educação Permanente em Saúde, possui uma potência que pode ou não ser explorada, pode se transformar em diversas possibilidades a depender do estímulo que receba;

b) o Telessaúde pode constituir-se em dispositivo de Educação Permanente em Saúde, mas isso não se dará de forma automática, por inércia, não se pode esperar que isso aconteça espontaneamente, sob pena de essa oferta transformar-se em mais uma entre várias que terminam subtilizadas pelas eSF, ou mesmo utilizadas para reproduzir o que já está consolidado e não produzir mudanças significativas;

c) o Telessaúde vai ser um potente dispositivo de Educação Permanente em Saúde ou uma ferramenta a serviço da repetição do mesmo, a depender do uso que os profissionais façam dele; a depender das condições objetivas que tenham para usá-lo; a depender do apoio e do suporte que tenham para o uso.

Na prática de Apoio (Apoio Institucional, Apoio às Equipes de Saúde, Apoio Regionalizado, Apoio à Gestão Municipal, Apoio Matricial e Apoio Clínico Institucional), seu exercício pode, por exemplo, problematizar as possibilidades de uso do Telessaúde e formas criativas serem reivindicadas. De forma articulada com a organização do processo de trabalho de cada equipe, o uso pode contribuir com a produção do sentido dessa oferta, ampliando, assim, a potência que esta possui. Com essas reflexões, espera-se contribuir com o redimensionamento das expectativas do Telessaúde na perspectiva de uma oferta de apoio e fortalecimento da Atenção Básica, assim como qualificar as estratégias de sua implantação. Essa foi a única modalidade de apoio da FESF-SUS que seguiu se fortalecendo e em crescimento a partir do ano de 2013.

Considerações finais

Os trabalhadores da FESF-SUS, por meio do exercício da função apoio, tiveram papel importante e fundamental desde a formulação da Fundação, tanto nos temas ditos da gestão e do cuidado na atenção básica, quanto em temas novos sobre contratualização e gestão de pessoal em modalidade de carreira estadual. No momento de implementação e desenvolvimento da proposta, eles foram para o território, capilarizaram a FESF-SUS, dialogaram com diversos atores e colocaram o “carro na rua”. Nos momentos de crise, mediarão e buscaram construir pactos e consensos, e se dedicaram intensamente na execução de toda a formulação que era desencadeada em ritmo acelerado. Todas as habilidades e talentos da equipe foram requeridos. Nos espaços de educação permanente da equipe de apoio, buscava-se contemplar os interesses do grupo, da instituição e do território, visando um equilíbrio

possível. Em determinados momentos, o apoiador era acessado por toda a instituição, era reconhecido como uma “porta de entrada e saída” de informações e decisões.

Também os espaços coletivos da instituição sempre foram povoados por anseios, escutas e demandas que os apoiadores traziam do território. Em alguns momentos, essas demandas eram tão veementemente colocadas que conseguiam redirecionar parte dos planos institucionais, que eram sempre de muita urgência pela cultura de gestão governamental. Em outros momentos, essas demandas eram apenas escutadas, sem respostas construídas. Em outros tantos momentos, recebia a resposta que fosse possível pela instituição naquele momento. Para o apoiador, a sensação era de uma instituição que vivia no “olho do furacão” vivendo muitas crises. Por vezes, o trabalho necessitava de encontros informais desses trabalhadores para que se pudesse extravasar o que a instituição não conseguia comportar em seus espaços. No entanto, visando um modelo de cogestão e transparência, em muitos momentos era nos espaços institucionais que essas reflexões aconteciam. O aparato formulado pela instituição para apoiar a qualificação da gestão e do cuidado passou a pesar muito nas idas para o território, visto que, na prática, os municípios apresentavam ainda problemas mais elementares. A conhecida “falta de tudo” era a tônica em muitos momentos. Falta do profissional, dos recursos financeiros, de controle social, de insumos e equipamentos, da capacidade instalada da rede, e por aí vai. Essa experiência nos ensina que não há muita serventia um conjunto de ferramentas rico e complexo se este não estiver adequado aos tempos e condições singulares de cada território apoiado. No contexto vivido e longamente aqui relatado, nem sempre o apoiador conseguia encontrar esse equilíbrio entre as demandas do território e as ofertas institucionais. Muitas vezes o veloz tempo da gestão e

dos resultados tornava-se um intransponível obstáculo. As modelagens de apoio da FESF-SUS demonstraram iniciativas de articulação e desenvolvimento para diversos dos problemas encontrados, assim como os caminhos desenhados. No entanto, ficou claro que há mais dificuldade para alcançar os objetivos quando não se tem equipes de gestão municipal com governabilidade para os enfrentamentos necessários e correções de trajetória. Muitos dos pactos feitos com os gestores municipais não ecoavam, sem encontrar sustentação política para a execução no dia a dia. O Apoio Institucional propõe uma nova forma de fazer que questiona os modelos tradicionais pautados em lógicas hierarquizadas, centralizadoras e de supervisão punitiva. Pode produzir-se de diversas formas: institucional e/ou matricial, localizar-se com as equipes de gestão e/ou de saúde da família e NASF, de maneira regionalizada, como suporte para a clínica, entre outras. O que importa são as diretrizes em que são construídos e se fomentam trocas, autonomia, encontros, formação de coletivos e, em especial, se produz sentido.

Existe a certeza de que nem todas as agendas de apoio foram capazes de produzir encontros potentes para transformação das práticas de gestão e cuidado na atenção básica, estando os atores paralisados por questões que limitam sua governabilidade e/ou por problemas históricos da atenção básica e/ou dificuldades em se relacionar com o outro, mesmo sendo este o ponto de encontro para a produção dos resultados esperados. No apoio, não basta levar as respostas para as equipes, ou cobrar delas qualidade, sem que houvesse o envolvimento singularizado em cada uma. Nem as equipes de saúde ou de coordenação da atenção básica nos municípios podem ser tratadas de forma homogênea e como únicas responsáveis pelas mudanças no modelo de atenção à saúde. É necessário relacionar-se com o cotidiano de cada uma dessas equipes e

convidá-las a refletir sobre o modelo ético-estético-político do qual podemos fazer parte, pois o novo é mais possível quando há inéditos e criativos encontros.

A FESF-SUS alçou, ao longo de seus quatro (04) primeiros anos, um desenho de defesa da atenção básica como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado no estado da Bahia, pautada pelos princípios da reforma sanitária brasileira, e apostou em modelagens de apoio para fomentar e disparar processos de mudança, na aposta de ser uma nova forma de fazer gestão. As atividades que se deram de forma satisfatória para o planejamento do apoiador mantiveram acesa a chama que sustentava tamanha dedicação. Dessa forma, foi possível perceber a potência das ferramentas e dos encontros de apoio, mesmo em meio a tantas dificuldades. Por fim, é de maneira coletiva que novos modos de pensar são produzidos, e não é apenas de resultados positivos que o apoio se faz. Nesse campo é necessário estranhar-se, desterritorializar-se e sair das zonas de conforto. Foi deparando-nos com o estranhamento e enfrentando as dificuldades que o apoio se desenhou, produziu e significou dentro dos territórios da Bahia, na própria Fundação e em nós.

Referências

BAHIA. Secretaria da Saúde. Plano Diretor de Regionalização – PDR. Salvador: SESAB, 2007.

BAHIA. Fundação Estatal Saúde da Família. **A Bahia unida por um novo caminho para a Saúde da Família**. Salvador: Fundação Estatal Saúde da Família, 2009. Disponível em: <<http://www.FESFsus.ba.gov.br/old/attachments/article/1/Cartilha%20do%20Gestor.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2014.

BERTUSSI, D.C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde.** 2010. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 out. 2011, Seção 1, p.50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB):** manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

LARROSA, J. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista brasileira de educação.** Rio de Janeiro, n. 19, p.19-28, jan./abr. 2002.

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

SANTOS, L.; PINTO, H.A. **A saúde da família de cara nova:** a gestão interfederativa. [S.l.: s.n.], 2009. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_3521_0__a-saude-da-familia-de-cara-nova.html>. Acesso em: 03 ago. 2014.

O APOIO COMO PRODUÇÃO DE ENCONTROS ENTRE CUIDADO, GESTÃO, FORMAÇÃO E PARTICIPAÇÃO

*Adriane da Silva
Ana Paula de Lima
Marisa Martins Altamirano*

Introdução

Vivemos um tensionamento permanente de disputa entre a saúde como direito universal e programas de saúde na lógica capitalística. Isso tem fabricado um cenário bastante complexo de precarização das relações de trabalho, de diminuição do Estado em suas funções essenciais, mesmo que de forma indireta e, no caso da saúde, um subfinanciamento que compromete a efetivação das tarefas do município, principal responsável pela atenção básica. Há uma lógica de mercado na incorporação de tecnologias duras e o modelo hegemônico se sustenta principalmente na produção de procedimentos frente à complexidade das necessidades em saúde. Se estas considerações parecem distantes de nossa governabilidade, cotidianamente somos atravessados pelos seus efeitos e desafiados a sustentar princípios como a universalidade, a integralidade,

a equidade e a participação na organização dos nossos modos de fabricar a gestão do cuidado e do trabalho. Como articular cuidado, gestão, formação e participação? Colocamos na roda, com quem se sinta convocado a essas problematizações, o compartilhamento de uma experiência de desacomodação e de subjetivação. Na experimentação individual e coletiva de nossos fazeres em saúde, buscamos outros encontros, de maneira a construir alternativas possíveis para podermos enfrentar dificuldades, resistir às oposições e reinventar – no cotidiano – o sistema de saúde, lutando pelo sucesso do Sistema Único de Saúde (SUS). Somente de forma coletiva é possível construir e inventar o SUS que queremos, ocupando brechas e produzindo diferença na equipe, nos colegiados, na comunidade e na universidade. Isso não quer dizer que estamos esperando por mudanças macroestruturais, apesar de disputá-las. A aposta é na potência dos encontros, nas redes de interação e pertencimento que tecemos, nos afetos com que nos movemos. E quando esses espaços não existem, não estão prontos, temos que criá-los, é assim que nos apresentamos.

Nossa narrativa fala de um percurso coletivo entre diferentes atores: trabalhadores, gestores, usuários e universidade. Em uma experimentação-invenção interessada em constituir mobilização na cidade em torno do SUS, nos colocamos desafiados a colocar em análise questões substantivas que nos convocavam ao compromisso ético-político de luta e resistência necessário para a efetivação desse sistema. A experiência parte da trajetória de um “coletivo organizado para a produção em saúde” constituído por trabalhadores e gestores de cada Gerência Distrital da cidade de Porto Alegre¹ e representante do Controle Social, instituído como Comissão de Implantação

¹ A Gerência Distrital é uma instância de gestão da Secretaria Municipal de Saúde responsável por um determinado território da cidade. Porto Alegre está dividida em oito Gerências Distritais.

de Apoio Matricial e Núcleos de Apoio à Saúde da Família/Atenção Básica (NASF) na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS. O coletivo da Comissão tinha como principal tarefa planejar, acompanhar e avaliar a construção de diretrizes para a implantação e a ampliação do apoio matricial na atenção básica, executar o plano de ação para sua implantação em cada distrito de saúde, planejar e coordenar projetos de ação em educação permanente e na articulação de programas de ensino e assistência sobre a função apoio, buscando garantir o caráter territorial e o reordenamento do modelo de atenção básica na cidade. O objetivo era a construção coletiva de saberes em realidades onde a saúde está em causa. (CECCIM et al., 2013) A Comissão buscou a parceria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), por meio dos Programas de Pós-Graduação em Educação, no Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde), e Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional (PPGPSI), no Laboratório de Políticas Públicas, para dar conta desta tarefa, entendendo que a Universidade pode e deve ser chamada a colaborar e apoiar na composição de “comunidades de práticas”.

Tal parceria foi desenhada na institucionalidade pela criação de um projeto conjunto no âmbito da Extensão Universitária (Desenvolvimento de Metodologias), pela constituição de um coletivo de condução interinstitucional e configuração de um programa de formação-intervenção para a instrumentalização conceitual do grupo, seu alinhamento teórico, apropriação do sistema municipal de saúde, sustentação de uma modelagem de práticas orientada pelo trabalho multiprofissional em equipes interdisciplinares e capacidade de construção de uma análise crítica de cenário nos distritos de saúde e na cidade. Essa proposta estava pautada no conceito de formação como intervenção, ou seja, “[...] articula produção de conhecimento, interferência nas práticas de atenção e

gestão, produção de saúde e produção de sujeitos de modo indissociável” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.5), bem como reconhece a “[...] força de intervenção dos processos de formação como dispositivos potentes de problematização de si e do mundo” (HECKERT; NEVES, 2010, p.18), produzindo movimentos afirmadores de vida e perturbadores nos processos instituídos. Este dispositivo de formação-intervenção se deu na metodologia de círculos em rede (CECCIM et al., 2013) composto pelos integrantes da Comissão, envolvendo encontros presenciais; atividades de campo nos territórios; reuniões com os gerentes distritais e colegiados² dos distritos; rodas de conversa ampliadas ao coletivo dos gestores da atenção básica, com docentes convidados com trajetória em pesquisa, assessoria e experiência na condução de redes municipais em Porto Alegre ou em outras cidades; e reuniões do coletivo de condução interinstitucional. A aposta na formação-intervenção, orientada pelos pressupostos teóricos da Educação Permanente em Saúde, mostrou-se como um processo de Apoio Institucional³, envolvendo os trabalhadores do município como atores sociais de condução de uma política de saúde. Planejamento e gestão participativos puderam ser postos em cenário, os fazeres da saúde puderam ser posto em análise, mediante perguntas como participação, luta social, inclusão, transversalidade e resolutividade, configurando-se como instância de estudo,

² Colegiado refere-se ao espaço sistemático de gestão com todos os coordenadores dos serviços de saúde de cada Gerência Distrital.

³ O apoio institucional desponta como ferramenta de gestão, desde que sabendo valorizar os saberes e fazeres produzidos nos territórios vivos no trabalho. “Implica em uma ação ‘entre’, na interface entre produção de saúde e produção de subjetividade, entre análise das demandas e ofertas, entre as instituições de saúde e os movimentos que estranham seus funcionamentos [...]” (PASSOS; NEVES; BENEVIDES, 2006 *apud* HECKERT; NEVES, 2010, p.21) Dispositivo que dispara movimento de coletivos, ampliando a capacidade de reflexão e análise de coletivos; trabalho em “ato”, na experimentação da intervenção e no “fazer com”. (HECKERT; NEVES, 2010, p.22)

reflexão e prática de apoio em territórios de referência. Mostrou-se como um novo e criativo espaço coletivo, que possibilitou ao grupo colocar em análise o papel do Apoio, as modelagens tecnoassistenciais, o desenho das demandas e encomendas que podem advir da construção do apoio matricial junto à rede de atenção básica e a indissociação da dimensão institucional em qualquer prática de educação e apoio. Pesquisa participante, assessoramento de rede e conexão com a Universidade são potências de ação e à ação.

Identificou-se, no percurso desses encontros, que a rede municipal de saúde é bastante frágil como rede integrada ou integral, haja vista que cada segmento da atenção ocupa um lugar fragmentado, com pouca capacidade de conversação e conectividade entre os diferentes serviços do mesmo território e da rede de atenção em saúde da cidade. A partir deste contexto, sentiu-se a necessidade de produzir uma matriz de análise de cenário da cidade que, além de descritiva, indicasse caminhos de superação dos desafios encontrados, apontando os entraves, as lacunas e potências que nossa rede apresenta, a partir de quatro eixos estruturantes: modelo de gestão, educação permanente, controle social e redes/intersetorialidade. Em um primeiro momento, partiu-se de uma análise de contexto locorregional de saúde, com foco inicial na Gerência Distrital, desenvolvida a partir dos apoiadores e gestores locais e ampliada mediante o compartilhamento das diferentes realidades distritais por meio de rodas de conversa com trabalhadores da atenção básica de todos os territórios, no colegiado da Coordenadoria Geral de Atenção Primária e Serviços Especializados e Substitutivos (CGAPSES) e nas plenárias do Conselho Municipal de Saúde, produzindo uma matriz ampliada de análise de cenário da cidade. Essa matriz foi utilizada como situação-figura⁴, apontando

⁴ Situação-figura refere-se a círculo de pensamento inicial, análise de

analisadores importantes a serem tomados em questão. Ficou claro que muitos problemas enfrentados pela rede de saúde e que repercutem em baixa resolutividade não estão associados somente a uma suposta insuficiência de saberes técnicos, mas a um conjunto de características do trabalho, dos modos de gestão, da ausência do apoio institucional, da ausência de um sistema de educação permanente em saúde e na dificuldade em tomar a participação como diretriz do trabalho em saúde, em diferentes dimensões que reproduzem e fabricam relações de subordinação e assujeitamento dos níveis centrais aos locais; das esferas gerenciais sobre os trabalhadores; e dos trabalhadores sobre os usuários.

Dentre os analisadores no eixo modelo de gestão aparecem, como principais entraves, a dificuldade de planejamento, avaliação e monitoramento das ações; o planejamento e as tomadas de decisões verticalizadas e centralizadas; as ações programáticas com foco excessivo no modelo biomédico; as reuniões informativas e burocratizadas, com dificuldade no repasse das informações; trabalhadores não identificados com a saúde coletiva; multiplicidade de vínculos de trabalho e em consequência alta rotatividade na atenção básica; a ausência de espaços de discussão coletiva dos processos de trabalho; a incongruência entre o discurso-modelo de gestão da Secretaria e os arranjos organizativos em vigência. O eixo controle social destacou como entrave a pouca participação de usuários e trabalhadores, em que a participação popular não é vista como parte do processo de trabalho das equipes, com dificuldade na constituição de conselhos locais de saúde e escassez de mecanismos de comunicação dos serviços com as comunidades e da participação dos usuários nos encontros cotidianos. A análise do eixo rede/intersectorialidade apontou a dificuldade em operar na situação em círculo de cultura. (CECCIM et al., 2013)

dimensão ampliada da saúde, na análise de situação de saúde dos territórios e no reconhecimento e aproximação das redes de cuidado e pertencimento de outras políticas, da comunidade e do próprio usuário em suas redes de apoio e pertencimento; nesse sentido, as diretrizes de territorialização e hierarquização reforçam a lógica de níveis de complexidade da rede, a dificuldade de trabalhar a partir do princípio da integralidade e da equidade e a pouca interlocução entre as diferentes “estações de cuidado”.⁵ Quanto à educação permanente, observou-se confusão conceitual com foco em capacitações por categorias, pontuais e verticalizadas; a falta de discussão dos processos de trabalho; a formação acadêmica baseada em especialidades.

Diante dessa análise de cenário, concluímos que havia urgência em colocar a Educação Permanente em Saúde nos modelos de gestão descentralizada, superando a fragmentação das práticas e construindo a noção de sistema para a saúde no município. Faziam-se necessárias ações efetivas de gestão participativa e a implicação com o controle social mobilizado para permanente renovação. A partir disso, identificou-se a necessidade de ampliação do processo de formação-intervenção para que os trabalhadores das redes territoriais dos Distritos de Saúde pudessem envolver-se, diretamente, na discussão do apoio, com o objetivo de interferir e potencializar um campo comunicacional entre os serviços especializados e de atenção básica desses territórios. O desafio era trazer para a roda os atores envolvidos no cuidado, produzir encontros entre trabalhadores-trabalhadores, trabalhadores-gestores, trabalhadores-usuários e efeitos de afetação e desterritorialização na construção coletiva de saberes. Colocar em análise as práticas de cuidado e os processos

⁵ Cecílio e Merhy (2003) referem como “estações de cuidado” os estabelecimentos de saúde.

de trabalho que as sustentam, que hegemonicamente aparecem como fragmentadas, com uma lógica do encaminhamento e da desresponsabilização. Para viabilizar esta nova etapa da proposta, no ano de 2012 seguimos a parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por meio de novo projeto de extensão com o EducaSaúde, agora como apoiadores nos territórios a partir dos círculos em rede (CECCIM et al., 2013), buscando ampliar o processo vivido até então somente pelos componentes da Comissão, usando de temas-dobradiça⁶ como estratégia de conexão e fortalecimento dos Distritos de Saúde, bem como da inclusão e aproximação com as realidades locorregionais.

Essa formação-intervenção ampliada foi nomeada de *Apoio Matricial como Dispositivo de Ampliação do Cuidado*, espaços em forma de *redes de conversações*⁷, partindo dos incômodos produzidos na reflexão ativa nos processos de trabalho pelos próprios trabalhadores e ativando processos de pensamento e conexão de saberes. (CECCIM et al., 2013) Esses encontros, em um total de quatro turmas ao longo de 2012, abriram um processo de análise institucional, colocando o mundo do trabalho em análise a todos os atores em cena, campo de tensões que pudessem produzir também movimento para produzir novas práticas e enfrentar o desafio da transformação e desterritorialização. As modelagens tecnoassistenciais em disputa, a gestão do processo de trabalho e a micropolítica do cuidado são parte de uma aposta em que alguns arranjos e modos de operar

⁶ Os temas de dobradiça, conforme Ceccim (2013), são como polemizações, conversas acrescentadas pelos agentes de problematização, funcionando como *desequilíbrio/desconforto intelectual*. (CECCIM et al., 2013)

⁷ Teixeira (2003) coloca a conversa como matéria do trabalho em saúde e como tecnologia leve. A rede de conversações seria a conformação em espaço coletivo, composto por várias e distintas conversas interligadas, compondo um mapa de produção desses encontros como ponto de uma rede.

potencializam o trabalho vivo em ato (MERHY, 1997), coprodução de atores sociais e instituições. Como agenciar mobilização coletiva em torno de um projeto ético-estético que agora não é mais ideário, mas produtor de realidades? Que SUS queremos e estamos construindo? Como nos reinventarmos como sujeitos políticos em nosso trabalho? Os acúmulos desse percurso e os efeitos produzidos em nós indicaram pistas e o deslocamento do processo para a micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde.⁸

A função intercessora da formação – a dobra entre prática e conhecimento

O processo de formação utilizou como estratégia a formação-intervenção, embasado nos círculos em rede, capaz de propor e provocar o diálogo entre pares e destes em rede, uns com os outros, além de “dobrar”, desafiar e desestabilizar saberes instituídos, emergindo enunciados e visibilidades, postos em redes de conversação e inteligência cooperativa. (CECCIM et al., 2013)

⁸ Apresentado inauguralmente em 1997 por Emerson Merhy no texto *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato*, o autor resgata a potência do trabalho vivo, caracterizado pelo processo de agenciamento do trabalhador em saúde sobre o trabalho morto, destacando a aplicação desse conceito aos processos de trabalho em saúde pela possibilidade de produção em altos graus de liberdade e criação. Em 2002 apresenta a formulação da teoria do trabalho vivo a partir de reflexões de sua tese de livre-docência em 2000, com a perspectiva de refletir sobre o modo cotidiano de se produzir saúde em nossa sociedade, tomando como referencial a cartografia da micropolítica do trabalho vivo em ato, vinculado ao conceito-chave de tecnologia em saúde, e desenvolve 17 teses que sustentam essa fundamentação. (MERHY, 2002)

O método pressupõe a coordenação de atividades de conhecimento e a compreensão da necessidade do desenvolvimento e implantação de recursos interativos que propiciem uma inteligência cooperativa entre atores, além da utilização de mecanismos que subsidiem a troca de experiências e o desenvolvimento de tecnologias colaborativas. (CECCIM et al., 2013, p.11)

Para isso, utilizamos variadas estratégias que funcionassem como disparadores para as rodas de conversa, tais como: dinâmicas de grupo, dramatizações, espaços coletivos de trabalho, exibição de filmes, atividades práticas de dispersão nos cenários do cotidiano de trabalho, sustentados em textos-referência que produziam novas questões a partir das experiências e indicavam temas de dobradiça. (CECCIM et al., 2013) Os participantes utilizaram como ferramenta reflexivo-analítica no percurso formativo o diário de campo, como registro de memória de suas afecções nos diferentes momentos. O processo de formação-intervenção desenvolveu-se por meio de quatro turmas, no período de junho a novembro de 2012, envolvendo as oito Gerências Distritais de Porto Alegre. As turmas foram constituídas por meio de critérios de distribuição de vagas de maneira equitativa entre os Distritos de Saúde, em um total de quarenta participantes por turma, subdividindo-se entre três profissionais da atenção básica (Unidade Básica de Saúde e Unidade de Saúde da Família) e dois apoiadores matriciais de diversos serviços da rede (Equipes de Apoio Matricial; Equipes de Saúde Mental e de Infância e Adolescência; Equipes de Saúde Mental Adulto; Centros de Atenção Psicossocial e Centros de Especialidades).

Esta composição era estratégica para operar em ato, organizando os participantes no arranjo entre equipe de referência e apoio matricial. A indicação dos representantes

por território ficou sob a responsabilidade de cada Gerência Distrital, em conjunto com os representantes da Comissão de Implantação de Apoio Matricial e Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Atenção Básica (NASF), buscando identificar os trabalhadores que já utilizavam o apoio nos seus processos de trabalho e as equipes que tinham se organizado com esse arranjo, também trabalhadores que estavam ingressando para composição dos NASF e equipes de matriciamento nos territórios. As quatro turmas totalizaram 130 participantes, sendo 79 da Atenção Básica (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) e 61 apoiadores matriciais (assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, pediatras, psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais). A carga horária foi de 64 horas-aula, divididas em 48 horas-aula teórico-práticas e 16 horas-aula de atividades de apoio matricial nos territórios e círculos em rede. As aulas teórico-práticas foram organizadas em dois módulos, que aconteceram em três dias consecutivos com 8 horas-aula diárias. As atividades de apoio matricial ocorreriam em atividades de dispersão. Cada turma era acompanhada por quatro apoiadores/facilitadores horizontais⁹ que coordenavam os encontros e eram responsáveis por apoiar o desenvolvimento das atividades. Esses apoiadores participavam da Comissão de Implantação de Apoio Matricial e NASF, considerando-se a combinação de atenção, gestão e campo psicossocial (duas psicólogas, uma assistente social e um médico de medicina de família).

⁹ Utilizamos o termo apoiador/facilitador horizontal para nos referir aos coordenadores dos encontros diários. O termo apoiador/facilitador horizontal demarca os conceitos de equipe de referência, apoio matricial e inserção horizontal do profissional nas práticas do apoio (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013), demandando a capacidade de escuta, reconhecimento atento, deslocamento e transferência dos afetos, tendo como função a problematização, a “ativação de processos de pensamento e análise” e “conexões de saberes”. (CECCIM et al., 2013)

Os apoiadores participavam dos encontros, coordenando as discussões, assim como fazendo as conexões entre conteúdos teóricos, o processo de discussão e a análise da prática e das intervenções. Os conteúdos eram propostos de acordo com os eixos temáticos, mas articulados ao emergente no processo de cada turma, sendo construídos dinamicamente no decorrer dos encontros, constituindo-se, então, em um processo singular. Diariamente, o grupo de apoiadores/facilitadores horizontais reunia-se para analisar a metodologia, o andamento da turma, a função do apoiador/facilitador, as possíveis reformulações no percurso em função da avaliação para o planejamento das atividades seguintes. Seguindo a estratégia dos círculos em rede, onde o traçado não está antecipadamente planejado e nem um roteiro estruturado, trabalhou-se com um “organizando” a cada dia.

Para o debate dos eixos temáticos, havia facilitadores convidados¹⁰ com a tarefa de disparar conversas e introduzir questões a partir do acúmulo do grupo. Os temas-dobradiças (CECCIM et al., 2013) foram organizados em dois módulos, transversalizados pela *Educação Permanente em Saúde* como eixo conector:

a) *Organização do Sistema de Saúde*: entre os temas disparadores estavam as Políticas de Saúde no Brasil, por meio da construção coletiva de uma linha do tempo; a Atenção Básica em Porto Alegre, princípios e diretrizes; as Redes de Produção de Saúde no Território; os Arranjos e Dispositivos para a Gestão e a Atenção em Saúde; o Trabalho em Equipe; a Intersetorialidade; o Controle Social; o Apoio Matricial;

¹⁰ Heloisa Helena Rousselet de Alencar (Assessora Técnica do Conselho Municipal de Saúde); Professor Dr. Ricardo Burg Ceccim e Professora Dra. Simone Mainieri Paulon (UFRGS); Professora Dra. Liane Beatriz Righi (UFSM) e Rafael Eymael (Coordenador da Área Técnica de Atenção Primária da CGAPSES/SMS).

b) *Micropolítica do Cuidado em Saúde*: a partir dos casos trazidos e dos elementos das equipes, aprofundou-se o dispositivo do apoio matricial, aplicando-se os conceitos de equipe de referência; apoio matricial como inserção horizontal do profissional nas práticas desenvolvidas para a gestão das instituições de saúde (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013); os processos de trabalho, repensando o fazer em saúde; as ferramentas do apoio; saúde ampliada e clínica compartilhada; do projeto terapêutico singular; do projeto de saúde do território; da educação permanente no cenário das equipes no contexto da saúde coletiva.

Entre esses momentos, ocorreram as atividades de dispersão nos campos de prática das equipes locais. As atividades de dispersão nos cenários de prática constituíram-se em encontros entre o apoiador matricial e as equipes de referência da mesma Gerência Distrital, compondo diferentes arranjos a partir das demandas e da organização coletiva entre os diferentes atores, garantindo que essas negociações e pactuações acontecessem no espaço da atenção básica (o apoiador matricial ia até a equipe de referência pactuada para a sua responsabilidade e ofertava a prática do apoio junto à equipe). Apesar de trabalharem na mesma Gerência Distrital, muitas vezes estes não se conheciam, confirmando o afastamento entre as diferentes estações de cuidado da rede de atenção em saúde. Na medida em que o apoiador ia até a equipe de referência, produziam-se outros encontros dentro da mesma equipe, que, muitas vezes, não se reunia para discutir o trabalho, potencializando o espaço das reuniões de equipe como momentos privilegiados para colocar em análise o processo de trabalho. Esses momentos de imersão nas equipes ganhavam consistência de intervenção e intensidade (mobilização para conhecer a partir dos incômodos), ação que pudesse gerar acontecimento, mobilizando várias dimensões que produziam conhecimento (res)singularizado

entre os atores e que, assim, podiam compreender mais para continuar agindo.

Na sequência, em outro momento, retornavam para pôr a conversa de círculos em conversa de rede (CECCIM et al., 2013), (re)colocando os encontros e seus efeitos de desestabilização, ruptura, resistência e captura nos trabalhadores e nas equipes, emergindo no coletivo temas a serem conectados em negociação com os atores – educação permanente em saúde.

Trazer o mundo do trabalho como o “meio” do processo pedagógico e de aprendizagem do trabalhador com o seu próprio agir produtivo, constitui, do nosso ponto de vista, o caminho que a gestão – enquanto espaço institucional habitado pelos atores reais que constituem a organização no dia a dia – pede possibilidade de colocar, por meio da educação permanente, o fazer sob análise e intervenção. (FEUERWERKER, 2014, p.95-96)

Para essas rodas de conversa, contou-se com mais quatro facilitadores horizontais, trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial de Porto Alegre e integrantes da Comissão de Implantação de Apoio Matricial e NASF (três psicólogas da Rede de Atenção Psicossocial, com experiência em apoio, uma delas com experiência em Terapia Comunitária, e uma terapeuta ocupacional da rede de atenção psicossocial). Foram utilizadas avaliações periódicas como ferramenta para análise e planejamento das atividades pelos apoiadores/facilitadores: diários de campo, relatos das práticas de dispersão e avaliação oral e escrita ao final de cada módulo. A metodologia desse processo de dispersão (impregnado de realidade) era um espaço de compartilhamento com outros em círculos,

construção de “zonas de comunidade”¹¹, de possíveis, como atores sociais de práticas nessa rede de conversação. Assim, ao mesmo tempo em que opera as conexões de tensão sob as formas, abre possibilidades de invenção – funcionando como círculos de pensamento.¹²

A experiência “educossanitária” de propor colocar os pares em conversa a partir do compartilhamento das experiências concretas em rede, desafia os saberes instituídos e produz dobra, abrindo a necessidade de outras conversas para produzir um comum na multiplicidade, no sentido da ampliação da autonomia em modos mais democráticos e participativos da gestão das práticas de saúde. (CECCIM et al., 2013) Nesses encontros emerge a complexidade do mundo do trabalho e das implicações com a conformação de certo campo de práticas, disputas de poder, lógicas corporativas, problemas difusos e questões de governabilidade para incidir nós críticos e muitos outros:

[...] onde aparece que a formação afeta, em intercessão (não por treinamento ou capacitação), os âmbitos da atenção, da participação e da gestão em saúde ao interrogar as ações e os saberes atuados pelos diversos atores sociais das práticas [...]. (CECCIM et al., 2013, p.5)

¹¹ Teixeira (2003) coloca como condição a criação de espaços coletivos onde se pautem, analisem e enfrentem problemas concretos – comum é a aposta de corresponsabilidade e autonomia dos atores envolvidos.

¹² Ceccim et al. (2013) apresenta o conceito de círculos de pensamento como estratégia na metodologia de círculos em rede, caracterizado como processo de ruptura e novos saberes pela atividade de investigação-ação no campo da produção científica.

Micropolítica do cuidado: da indissociabilidade entre gestão do cuidado e gestão do trabalho

As rodas de conversa foram marcadas pela participação dos trabalhadores que traziam suas vivências e afecções do cotidiano de trabalho, gerando intensos debates sobre as práticas de cuidado, mas ainda reproduzindo uma dissociação entre gestão do cuidado e gestão do trabalho. A proposta de colocar em análise a micropolítica do trabalho, as tensões produzidas na produção do cuidado e as suas composições tecnológicas implica tomar o campo do trabalho em sua dimensão de análise das práticas produzidas, tensionamento entre trabalho vivo¹³ e trabalho morto¹⁴, nas diferentes modalidades da produção de cuidado. Merhy (2004) diz que nesse tipo de processo – que coloca a produção do saber a partir do vivido – a implicação é estruturante, operando na análise entre intenção e ação como um processo autoanalítico no qual o incômodo que mobiliza é também material da análise para possibilitar o conhecimento da mútua relação: sujeito e objeto em produção, em ato militante sempre se repondo como instituído e instituinte. Ainda segundo o autor, este é um saber operado e produzido como um misto permanente de “conhecimento sobre” e “conhecimento para”. (MERHY, 2004)

Apostamos, dessa forma, na indissociabilidade entre cuidado e gestão, e na potência do trabalho vivo operando

¹³ Trabalho vivo é o trabalho em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está se produzindo, “[...] formas de abordagens mais relacionais, operando dentro da ideia de que, no encontro entre trabalhador e usuário, este é também sujeito da produção da saúde e pode, dessa forma, ser também protagonista de atos cuidadores, geradores de autonomia.” (MERHY; FRANCO, 2003, p.319)

¹⁴ Trabalho Morto são os instrumentos e é definido assim porque sobre eles já se aplicou um trabalho pregresso para sua elaboração. (MERHY; FRANCO, 2003)

na gestão do trabalho e no cuidado ao usuário. Em práticas concretas de cuidado os sujeitos criam e recriam saberes necessários ao seu fazer. A tarefa da gestão do cuidado foi trazida como dificultada, como efeito de reprodução pela não priorização da atenção básica na composição da rede de atenção e pela ambivalência e falta de clareza nas diretrizes da atenção básica no município. Essa tensão interna na produção do cuidado em saúde, marcada no encontro com o outro, nas formas como se resolvem esses impasses de saber/poder é o agenciamento inseparável da gestão no campo da política e da organização. Nesses espaços de análise, emergiu o reconhecimento de práticas ainda focadas na lógica da consulta/prescrição, não considerando o sujeito na sua integralidade, centradas no binômio queixa-conduta, sendo identificadas intervenções embasadas em respostas prontas, onde a evitação dos vínculos, das incertezas, impactam na desresponsabilização do cuidado, criando barreiras.

Durante as atividades de dispersão, o trabalhador, ao retornar à sua equipe para a realização do apoio matricial, deveria identificar uma situação considerada complexa pela equipe q que vale-se a pena ser colocada em discussão para a construção do projeto terapêutico singular de forma coletiva e funcionasse como elemento agenciador de trocas e compartilhamentos. As situações trazidas, os planos de intervenção propostos e os campos de conflito nas discussões dispararam espaços coletivos nos serviços, interferindo nos modos de atenção instituídos, ampliando a capacidade de análise e de gestão sobre o fazer cotidiano.

Abrir a perspectiva de tomada dos processos de trabalho como produtores de saber coloca em cena saberes formulados coletivamente, onde trabalhar é gerir e colocar em pauta experiências, saberes, prescrições, lidando com a imprevisibilidade da vida, criando novas formas de cuidar. Ao

vivenciar os limites do próprio saber, assim como os da vida por meio da escuta, emergem sentimentos de impotência, de desestabilização e de frustração que, quando trazidos à roda de conversa, tornam-se uma potência para o trabalho. A prática do apoio matricial no município acontece basicamente na área da saúde mental, onde ainda é vigente certa confusão do apoio com a supervisão e a assessoria, predominando a discussão de casos e a lógica da “triagem”. Essa concepção coloca o apoio matricial como substituto da atenção especializada e põe em evidência a insuficiência de retaguarda especializada e a pouca conectividade entre os pontos da rede, inviabilizando a longitudinalidade do cuidado. A discussão do apoio colocou em confronto a “instituição-especialismo”, invalidando saberes e fazeres, reforçando hierarquizações, mostrando a dificuldade para a desterritorialização dos núcleos de saber das profissões¹⁵ e um desconhecimento ação interdisciplinar no campo de sabe da saúde.¹⁶ A fragmentação dos diversos campos e os especialismos contribuem para dissociar técnica e política, apontando a necessidade da conexão entre disciplinas e práticas.

Nesse sentido, como defende Merhy (2002), na micropolítica do trabalho vivo não cabe impotência, posto que o processo de trabalho está sempre em aberto ao trabalho vivo em ato, como linhas de fuga, abrindo direcionalidade para pôr em análise a maneira como o espaço institucional, na gestão do trabalho, está organizado e ordenado. O processo de formação-intervenção mostrou-se como potente dispositivo para análise dos fazeres e

¹⁵ Núcleo de saber refere-se à aglutinação de conhecimentos e à conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. Demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional. (CAMPOS, 2000)

¹⁶ Campo de saber refere-se a um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outros apoio para cumprir suas tarefas e práticas. (CAMPOS, 2000)

emergência de protagonismos, dispersos e plurais, na composição de rede integrada e articulada na cidade como um apoio matricial (res)singularizado, introduzindo as figuras do apoio institucional, da educação permanente em saúde e da articulação com a Universidade, sob a forma de parceria colaborativa, implicando todos na indissociabilidade entre gestão, atenção, participação e formação.

Se a política é fabricada a cada dia nos bilhões de encontros entre gestores/trabalhadores/usuários que ocorrem no SUS, então todos esses encontros são profundamente políticos e a democracia do sistema é produzida (ou não) exatamente aí, na micropolítica dos encontros e por todos os envolvidos. (FEUERWERKER, 2014, p.84)

Nessa experimentação, o Apoio Matricial e a Educação Permanente em Saúde operaram na articulação e ativação de coletivos, acompanhando os processos e arranjos que se têm produzido, abrindo para novas direcionalidades. A aposta na constituição de tecnologias de ação do trabalho vivo e da gestão do trabalho é a ousadia de repensar a potência e impotência como características que podem ser atravessadas por múltiplos processos instituintes. Destacamos a importância e a necessidade de espaços coletivos de análise, discussão e construção dos processos de trabalho integrados à rede da cidade, entendendo como nossas ferramentas podem operar ações de apoio, como instituintes de uma cultura de planejamento e gestão compartilhada, produtora de linhas de cuidado e redes de conversação. Ficam muitos questionamentos em como dar sustentabilidade à processos como esse e como enfrentar obstáculos de ordem estrutural que estão fora de nossa governabilidade. Estes não excluem a outros de ordem

organizacional, que, conectados e dependentes, podem em parte ser enfrentados na disputa da micropolítica do cuidado. (CAMPOS; CUNHA, 2011; CAMPOS; DOMITTI, 2007)

Nesse contexto do campo de lutas com a forma gerencial hegemônica vigente, estamos disputando com essas ferramentas a capacidade de criar efeito-resistência, para reduzir os efeitos-captura dos obstáculos. Oliveira (2008) enfatiza, além das dimensões estruturais e organizacionais, a dimensão de mudança cultural nas práticas de cuidado e gestão do trabalho envolvendo trabalhadores, gestores e usuários. O percurso agenciado no coletivo Comissão permitiu colocar em análise os modos de produção do cuidado em saúde. Ao habitar as fissuras dos processos instituídos foi possível alargar o pensamento. Nessa direcionalidade, estão os processos de ampliação da democracia institucional e da educação permanente em saúde, a potência de afirmação de projetos coletivos pactuados com base na autonomia e no compromisso com a vida, a reafirmação da cidadania e os compromissos públicos com a saúde da população.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de formação de Formadores e de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p.219-230, 2000.

CAMPOS, G.W.S.; CUNHA, G.T. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde & sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.961-70, 2011.

CAMPOS, G.W.S.; CUNHA, G.T.; FIGUEIREDO, M.D. **Práxis e formação paideia**: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

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

CECCIM, R.B. et al. A proposta de pesquisa-intervenção em saúde: construção do método de Círculos em Redes. **Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, dez. 2013.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco, 2003. p.197-210.

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade II**: o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 1994.

HECKERT, A.L.; NEVES, C.A.B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS**: Formação e Intervenção. v.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B. et al. (Org.). **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004. v.1. p.21-45.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p.316-323, set./dez. 2003.

OLIVEIRA, G.N. Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Orgs.). **Manual de práticas da atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p.263-72.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento em um serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco, 2003. p.89-111.

O APOIO INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DA GESTÃO

*Lúcia Gimenes Passero
Thais Bennemann
Luciana Bisio Mattos
Vívian Freitas
Dulce Maria Bedin
Maria Cristina Almeida
Mariana Bauer
Fernanda Steffen Culau*

Introdução

O Apoio Institucional se propõe à superação do modo tradicional de estabelecer as relações entre os gestores e os trabalhadores e de fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Nessa modelagem, a organização do processo de trabalho, as diretrizes e as políticas de saúde ganham outro sentido na medida em que são pautas de discussão compartilhada entre os trabalhadores, mediante a educação permanente em saúde e a gestão participativa. Por meio da Política Nacional de Humanização no SUS (PNH), compreendemos que o apoio é uma ferramenta capaz de “[...] ofertar suporte

ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança [...]” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p.52) Considerando a importância de desenvolver novas formas de gestão calcadas em valores democráticos e participativos (CAMPOS, 2000; SOARES; RAUPP, 2009; AYALA; OLIVEIRA, 2007), o Apoio Institucional na cidade de Sapucaia do Sul surgiu como umas das referências para produzir processos de autoanálise e reflexão dos coletivos na gestão, provocando movimentos que resultaram em construções de processos compartilhados e corresponsáveis. Assim, o apoiador institucional, como parte integrante da equipe de condução, produz o encontro com as equipes das unidades de saúde e coloca em análise seus problemas e suas questões no campo da gestão e da condução dos processos decisórios, em um arranjo para diminuir a fragmentação do processo de trabalho e a distância da gestão entre áreas e setores de uma organização.

O *apoio institucional* é um conceito que traz inúmeros desafios para os profissionais, pois estão inseridos em um campo de relações de força e de poder que é a micropolítica da Unidade Básica de Saúde (UBS). Denominamos micropolítica, pois este espaço compartilhado entre os profissionais é também entendido como o agir cotidiano de atores sociais do trabalho na relação entre si e no cenário em que eles se encontram. (FRANCO, 2006) Disputar valores e sentidos em busca de ver implantados, na prática, os ideários do SUS (universalidade, equidade, integralidade) em todas as áreas que compõem o cuidado em saúde é como uma utopia, inalcançável e, ao mesmo tempo, impulsionadora para o movimento. Diante de dificuldades de todas as ordens, que têm sido enfrentadas no cotidiano dos apoiadores institucionais, fica a experiência de exercitar a construção de relações mais democráticas e de

construção coletiva do conhecimento, postas em prática no dia a dia da “formação de sujeitos” em uma qualificação sempre crescente do cuidado oferecido nos serviços do SUS. Na mesma linha do que propõe Cecílio (2001), busca-se a articulação entre a gestão e a micropolítica do trabalho, além de sua composição com as políticas de Estado.

O Apoio Institucional em Sapucaia do Sul

Sapucaia do Sul é um município da região metropolitana de Porto Alegre/RS com aproximadamente 132 mil habitantes que, em 2010, investiu em profissionais com formação em saúde coletiva / saúde pública para construir o apoio institucional como cargo / função / dispositivo / equipamento vinculado à gestão. A atuação dos nominados *Apoiadores Institucionais* tinha como objetivo o incremento da produção de autonomia, criatividade e corresponsabilização na gestão e assistência, reorganizando a prática da Coordenação da Atenção Primária e recompondo o organograma da Secretaria Municipal de Saúde. Esta decisão de governo procurava contribuir com o enfrentamento da fragmentação no cuidado, da desarticulação dos pontos de atenção, do distanciamento entre trabalhadores da assistência e da gestão e da restrição de acesso do usuário. A implantação do apoio institucional iniciou com a mudança na agenda dos trabalhadores da Coordenação da Atenção Primária (CAP), que foram substituindo as atividades típicas das coordenações por categoria profissional (ações médicas, de enfermagem, de odontologia etc.) e por programas de saúde (da mulher, da criança, do idoso, por exemplo). Dessa forma, a relação entre a gestão e as equipes assistenciais foi sendo cotidianamente afetada no sentido da maior proximidade, da horizontalização da tomada de decisão

e da corresponsabilidade, buscando atuar na perspectiva antitaylorista, descrita por Campos (1998).

Operacionalmente, o município foi dividido em quatro distritos e os trabalhadores da CAP formaram duplas de referência para cada um desses territórios sanitários, oferecendo apoio às equipes das Unidades de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, além da Atenção Especializada, conforme sua localização, embora, inicialmente, conforme a proximidade e familiaridade com os temas dos serviços secundários. O encontro entre apoiadores e trabalhadores da rede de saúde ocorre principalmente por meio da presença quinzenal nas reuniões de equipe das unidades municipais de saúde e em outros encontros: grupos de região; grupos de trabalho específicos, como o da rede cegonha e o da saúde bucal; Conselho Local de Saúde e assembleias comunitárias. Nesses momentos, atualizam-se redes de pedidos e compromissos, contribuindo com a solução dos desafios e constituição da rede de atenção de maneira compartilhada. Essa substituição formal dos cargos de coordenadores pelo de apoiadores marcou a mudança pretendida pela gestão. De uma lógica de trabalho fragmentada, a CAP passou a atuar de maneira mais transversal e com maior proximidade e responsabilidade com as equipes e territórios. Como as equipes passaram a referenciar toda a sua demanda a uma mesma dupla de apoiadores, a rede de pedidos e compromissos ficou mais intensa, fato que estimulou a capacidade de realização de todos.

A aniquilação das coordenações por programas ainda hoje é motivo de debate quando os gestores estadual ou federal demandam por estas instâncias. Contudo, percebemos o quanto avançamos em termos de formulação, inovação e desenvolvimento com a implementação da medida, como é o exemplo das políticas

de saúde da mulher ou da saúde mental, com os apoiadores trabalhando em grupos de trabalhos temáticos e contando com a participação dos trabalhadores da assistência. Aumentou o grupo de trabalhadores que discute a situação de saúde e constrói linhas de cuidado, assim como foi ampliada a consistência das recomendações políticas e de cobertura assistencial, especialmente se compararmos ao tempo em que a Coordenação contava com um trabalhador para cada uma das políticas de saúde. A falta de uma pessoa de referência para uma dada demanda muitas vezes é pouco compreendida e nosso desafio é garantir que a comunicação seja muito eficiente para que nenhuma demanda fique sem resposta. Este desenho só é possível porque todos os participantes da CAP funcionam como receptores e mobilizadores das mais diversas pautas. Para isso, o espaço do Colegiado da Atenção Primária, que acontece semanalmente, precisa ser potente e competente. Em 2012, novos profissionais ingressaram no município por meio de concurso público para o trabalho na Atenção Primária em Saúde e, mesmo que todos tivessem formação específica na área da saúde da família e/ou saúde pública (pré-requisito para a posse dos cargos de nível superior), produziu-se nesses profissionais um estranhamento inicial com a gestão, uma vez que não era comum a proposição de um modo de se pensar gestão como este proposto em Sapucaia do Sul.

Ao vivenciar a construção cotidiana de uma parceria entre gestão e trabalhadores, criada a fim de qualificar a rede de saúde do município, os pedidos que surgiam para o restabelecimento das tradicionais coordenações foi se transformando. Conforme o andamento do trabalho se concretizava e na medida em que os apoiadores caminhavam junto à realidade das equipes, o processo do trabalho refletia uma construção de alternativas em conjunto. Dois anos depois do início do apoio institucional

na cidade, pouquíssimos trabalhadores ainda faziam alguma solicitação de pedido de retorno a um funcionamento “tradicional”, reivindicação que ainda surge nos cargos de contratações recentes.

A implantação do apoio institucional também significou incremento na capacidade de governo das equipes. O apoiador de referência atua ampliando a capacidade de reflexão e intervenção dos trabalhadores assistenciais sem substituir ou limitar o papel de coordenador da equipe. As equipes são estimuladas a decidirem coletivamente sua coordenação de forma a garantir que as principais questões sejam trabalhadas cotidianamente entre os pares. Algumas equipes decidiram organizar uma coordenação colegiada, outras entenderam que o melhor seria realizar um rodízio entre os trabalhadores, e os apoiadores procuram subsidiar e empoderar o modelo eleito. Outras demandas, sejam elas advindas das equipes ou do núcleo de governo, também organizam a agenda de trabalho dos apoiadores que enfrentam o desafio de atender com a prioridade e oportunidade necessária a cada uma das pautas. O apoiador institucional deve comprometer-se com as equipes priorizando o fluxo comunicativo, ou seja, auxiliando na formação de um coletivo de trabalho onde seja possível analisar, definir tarefas e intervir. (CAMPOS, 2003)

Nas cenas que narramos em Sapucaia do Sul, um exemplo interessante da capacidade de suportar as mudanças e construir a viabilidade com que os apoiadores operam diariamente é a manutenção da agenda assistencial, lidando com as reflexões trazidas pela Política Nacional de Atenção Básica e pelo Programa Nacional de Melhoria da Qualidade e do Acesso da Atenção Básica em Saúde (PMAQ-AB), de forma a organizar a recomposição das equipes com a convocação de trabalhadores estatutários em substituição aos contratados. A proximidade dos

apoiadores com o gestor municipal da saúde, o Secretário da Saúde, é outro ponto fundamental para a manutenção do modelo de Coordenação instituído no município. A maior representação da CAP, em relação às demais diretorias da Secretaria no espaço formal do Colegiado Gestor, é apenas um exemplo do papel estratégico do apoio institucional. Esta relação próxima e de confiança estabelecida entre os apoiadores e o Secretário foi crucial para garantir uma instituição comunicante e responsável, capaz de garantir a horizontalidade da tomada de decisão e a aproximação do planejamento estratégico à prática diária dos trabalhadores da gestão e da atenção. O fato de os apoiadores conhecerem a realidade dos serviços e das equipes e estarem muito próximos das demandas da comunidade, garante que sua contribuição seja ainda mais adequada no momento de inovar e qualificar a gestão. Com essa mesma intensidade, percebemos que a proximidade das funções de gestão mais centralizadas na Secretaria facilita que as decisões das equipes sejam potencializadas pelos demais recursos por meio da atuação dos apoiadores institucionais. Nesse sentido, ao incorporarmos esta metodologia de trabalho, concordamos com Campos (2003, p.87, grifos do autor) quando designa o sentido ao termo apoio:

[...] não se trataria de comandar objetos sem experiência ou sem interesses, mas de articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários. Tampouco se aposta apenas nos recursos internos de cada equipe. O termo *Apoio* indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebe bens ou serviços.

Outro aspecto importante para compreender o trabalho da CAP é que os apoiadores institucionais também são responsáveis pelo atendimento dos usuários que procuram a Secretaria para fazer alguma reclamação ou pedir informações sobre a rede de atenção. Quase como uma ouvidoria, os apoiadores são chamados para conversarem com os usuários quando a demanda trazida não está contida nos protocolos de assistência e serviços oferecidos pelas áreas de apoio da Secretaria, como o almoxarifado ou o setor de transportes. Neste momento, os apoiadores procuram solucionar a demanda do usuário de forma dialógica e potente, garantindo que tanto as equipes quanto a comunidade e a própria Coordenação possam atuar juntas para corrigir falhas e garantir o trabalho em rede integrada. Esta abertura dos apoiadores institucionais ao caso singular do usuário contribui para que o trabalho da CAP não sofra tanto com o distanciamento do cuidado ou com o cotidiano mais intenso da clínica. Arriscamos dizer que inauguramos aqui um novo jeito de apoiar e ser apoiado, um conceito-iniciativa que nasce na experiência, sem modelo, parâmetro ou protocolo prévios.

No encontro entre trabalhador e usuário, produzem-se outras possibilidades de qualificar o cuidado que vem sendo ofertado até então, uma vez que o diálogo estabelecido neste momento dá visibilidade aos modos com que os usuários têm vivenciado e sentido a rede municipal de saúde. O acolhimento se dá, então, a partir da escuta das demandas destes usuários e das negociações que se estabelecem entre seus desejos: o que é possível e o que é preconizado. O fim dessa escuta não passa por um julgamento de verdades ou inverdades, mas sim pelos afetos que se dispõem aí como efeitos de uma situação, na maioria das vezes, desgostosa para aquele que chega presencialmente ou mesmo pelo telefone. Esse canal direto com a população é bastante valorizado pela gestão

e, especialmente, pelos apoiadores, uma vez que a todo momento nos remetem ao SUS que estamos construindo cotidianamente e ao ideal almejado, como nas leis e políticas do campo da saúde em nosso país. Um dos desafios se insere no momento em que os apoiadores se deparam com equipes e serviços que não se sentem em sintonia com a proposta de processos compartilhados e de construção coletiva. Este impasse se estabelece pelo fato de a principal ferramenta de trabalho do apoio institucional estar pautada nas relações e nos encontros que se agendam durante esta vivência. E, portanto, como toda relação, precisamos construir, pactuar, decidir e organizar esse processo juntos, em corresponsabilidade e com toda singularidade de cada situação e equipe. Porém, torna-se um desafio e um dilema realizar esses processos quando identificamos uma resistência e uma não potência em um projeto compartilhado.

Desde o início da implantação do apoio institucional, o vínculo empregatício desses trabalhadores apoiadores se constituiu como uma questão para a gestão municipal. Os cargos existentes em leis que estes ocupavam eram os de coordenadores de núcleos e programas, além de alguns contratos que se estabeleceram quando da inserção desses profissionais. Em alguns momentos, ao longo desses anos, tal fato dificultou a continuidade do trabalho em decorrência da saída de apoiadores para serviços que lhes garantiam vínculos formais mais duradouros, como concursos públicos, por exemplo. Em consequência disso, foram extinguidos os antigos cargos de coordenação de núcleos e programas, e instituído o cargo de apoiador institucional, como de livre provimento, passando assim a integrar o organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul. Para possibilitar mais estabilidade profissional aos funcionários que trabalhavam como apoiadores e para fortalecer o reconhecimento desse novo

modo de fazer gestão, a solução encontrada foi a alteração da lei do município responsável por criar os cargos de atenção e gestão da Atenção Primária em Saúde.

Revisando as atribuições do Apoiador Institucional na Lei Municipal que instituiu o cargo, percebemos que a prática cotidiana serviu como base para a definição dessas atribuições, onde estão presentes as atividades relacionadas com a descentralização dos processos de gestão; aproximação entre os processos de atenção/cuidado e gestão em saúde; articulação da rede de saúde e intersetorial; fortalecimento da participação popular; desfragmentação da gestão do cuidado em saúde por meio dos programas, transversalizando-os à prática do apoiador como sanitarista; integração entre gestão, trabalhadores e usuários; integração entre matriciamento de nível primário e secundário; apoio a serviços de nível secundário; articulação dos diversos setores administrativos da secretaria de saúde; representação institucional em grupos de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde, intersetoriais e em âmbito regional e estadual (Linhas de Cuidado, Rede de Urgência e Emergência); coordenação dos processos de formação dos trabalhadores da rede de saúde (Educação Permanente em Saúde, preceptoria e supervisão de processos formativos, residência integrada multiprofissional em saúde, residência médica, estágios de graduação); gerenciamento de infraestrutura e insumos; gestão do pessoal e mediação de conflitos (entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários); aproximação e orientação a usuários sobre funcionamentos; gerenciamento de programas de saúde e fluxos da rede de cuidado.

Afirmamos que essa conquista foi um avanço à saúde do município e, mais do que isso, uma inovação no modo de fazer gestão. A essas mudanças houve alguns reflexos observados fora do município, como o estranhamento e

a resistência em relação à criação de um cargo formal e amparado por lei para o apoiador institucional, como se isso o tornasse menos potente, mais enrijecido e engessado. Nem melhor ou pior, nem certo ou errado, qualquer outra afirmação baseada em dicotomias é insuficiente para mensurar a complexidade do processo. Percebemos que o caminho narrado teve seu curso a fim de garantir vínculo aos trabalhadores que trabalhavam com a lógica do apoio, assim como reconhecer o trabalho desenvolvido até então e, por último, mas não menos importante, legitimar o modo inovador de fazer gestão apostando na potência dessa diferença.

Considerações finais

Nos caminhos percorridos com o apoio institucional no município, deparamo-nos com várias questões, impasses, dúvidas e incertezas. O apoio institucional foi se constituindo como lógica de trabalho, enquanto forma de fazer e, mais do que isso, como uma aposta em relações mais democráticas de gestão e de um fazer coletivo, participativo. E esta ideia não se restringe somente às equipes, pois pensamos de maneira integral todas as ações de gestão, ou seja, as relações de rede, relações com os gestores, relações com outros setores da secretaria municipal de saúde e outros níveis de gestão. Consideramos que o Apoio Institucional tem possibilitado grandes avanços e mudança das lógicas de pensar a gestão em saúde. Percebe-se uma maior aproximação entre gestão e atenção, com corresponsabilização e busca de autonomia; criação de espaços de coletivização da tomada de decisões; ampliação da capacidade de reflexão e análise – com olhar mais amplo; qualificação do acolhimento e

vínculo com usuários e fortalecimento do cuidado integral e em rede, inclusive intersetorial; maior transversalização de informações e relações; dados e percepções servindo de subsídio para o planejamento das atividades de apoio (assuntos emergentes para trabalhar em reuniões de equipe, demandas para a Educação Permanente em Saúde, mudanças de ordem administrativa, por exemplo); troca de saberes entre os sujeitos com diferentes formações e trajetórias que possibilitam a integralidade na gestão.

Além dos avanços importantes apontados anteriormente, há ainda muitos desafios que estão postos em nosso cotidiano. Identificamos, por exemplo, a necessidade do colocar-se em análise permanentemente para que o apoio não se torne onipresente ou tutelador, atentando também aos jogos de força que se dão entre modelos de organização. Certamente, o grande desafio no contexto atual é a organização do trabalho do apoio institucional entre a “demanda espontânea” e as ações planejadas, uma vez que, em um cotidiano de trabalho tão dinâmico em que as mudanças ocorrem com intensidades e tempos diversos, torna-se muito mais instintivo debruçar-se sobre a demanda emergente do dia a dia se comparado à priorização de ações mais amplas de planejamento do apoio. Outro ponto que também envolve a temática planejamento refere-se à amplitude de ações do apoio institucional: ao investirmos em um planejamento que engloba o universo de atividades do Apoiador Institucional, nos deparamos com a dificuldade de escolher prioridades e realmente sustentá-las. Pensamos o Apoio Institucional como uma maneira de criar e inventar e reinventar, com inúmeras possibilidades e caminhos a seguir, tentando oferecer às equipes um estar junto, compartilhando ideias, desafios, frustrações e conquistas. Nossa potência de trabalho e o foco principal do apoio institucional é a humanização das relações e a elevada satisfação dos usuários em suas demandas e necessidades

em saúde, propiciando horizontalização dos processos em que todos os atores sociais se sintam protagonistas da gestão e dos “modelos” de atenção.

Referências

AYALA, A.L.M.; OLIVEIRA, W.F. A divisão do trabalho no setor de saúde e a relação social de tensão entre trabalhadores e gestores. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p.217-241, jul. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de saúde pública**, v. 14, n. 4, p.863-70, out./dez. 1998.

_____. **saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. Um método para análise e cogestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco, 2001. p.113-126

FRANCO, T.B. As redes na micro-política do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Gestão em redes**. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 2006. p.459-474.

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. **Revista APS**, v. 12, n. 4, out./dez. 2009.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL E SAÚDE: experiências do movimento social e a construção da saúde indígena em Manaus

*Vanessa Miranda
Fabiane Vinente dos Santos
Paula Francineth Fróes da Silva Azevedo*

Introdução

No texto que aqui apresentamos, buscamos problematizar o processo de luta e disputa pela implementação da política de atenção básica à saúde indígena a partir do ano 2000, na cidade de Manaus, considerando as dimensões históricas das políticas de saúde presentes no contexto social e político urbano e nos modos próprios de reprodução¹ da vida de homens, mulheres, crianças, velhas e velhos indígenas moradores da cidade de Manaus. Durante a realização do Projeto Interinstitucional, *Prospecção de Estratégias Tecnoassistenciais na Atenção Básica à Saúde*, acompanhamos, em uma perspectiva participativa de pesquisa, as atividades de campo e as

¹ A expressão “reprodução”, associada à produção de modos de vida, busca problematizar a divisão ideológica entre produção e reprodução. Para aprofundamento do tema, ver Souza-Lobo (2011).

discussões do Grupo Local da Região Norte (Fiocruz/Amazônia). Nas atividades específicas do Grupo Saúde Indígena, lançamos mão de registros em diário de campo, de referenciais históricos de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), de pesquisas acadêmicas e trajetórias de movimentos sociais de saúde indígena e não indígena. Nos caminhos aqui percorridos, esperamos ter correspondido à posição de Krenak (1992, p.204):

Para estes pequeninos grupos humanos, nossas tribos, que ainda guardam esta herança de antiguidade, esta maneira de estar no mundo, é muito importante que essa humanidade que está cada vez mais ocidental, civilizada e tecnológica, lembre, ela também, dessa memória comum que os humanos têm da criação do mundo, e que consigam dar uma medida para sua história, para sua história que está guardada, registrada nos livros, nos museus, nas datas, porque, se essa sociedade se reportar a uma memória, nós podemos ter alguma chance. Senão nós vamos assistir à contagem regressiva dessa memória no planeta, até que só reste a história. E, entre a história e a memória, eu quero ficar com a memória.

Participação social e SUS: “saúde é a possibilidade de trabalhar e ter acesso à terra”

Sérgio Arouca, em 1986, durante a sua fala na mesa de abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ao relatar sobre os trabalhos de discussão que antecederam o encontro, os quais foram empreendidos com força inédita pela população organizada em Comunidades Eclesiais de

Base (CEB), associações de bairro, sindicatos, movimentos de trabalhadores e mesmo individualmente em todos os Estados da federação, tece na sua narrativa o fio da memória das lutas sociais por saúde no Brasil². Orientou-se o seu discurso para o entendimento e os significados sociais que o lema da conferência alcançou, *Democracia é Saúde*, naqueles tempos de “fim” da ditadura militar e civil (1964-1985). Arouca, em sua fala, relembra a fala de um “camponês” do interior do Estado do Paraná, que, a partir de sua experiência de trabalhador, definiu com absoluta clareza política que “saúde é a possibilidade de trabalhar e ter acesso à terra”. Desde o entendimento de que *democracia é saúde*, consolidado naquela Conferência, até o momento atual das políticas públicas para a área da saúde no país, já se passaram 27 anos. Seguimos para a realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde e, durante esses anos todos, as classes populares, como sujeitos da história, criaram no espaço da memória e das cidades diferentes fontes documentais de suas práticas sociais de reivindicação, lutas e conquistas junto ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Em seu trabalho de pesquisa sobre as experiências de organização de movimentos sociais populares da década de 1970-80, Sader (1988) analisou as condições de vida e de saúde da classe trabalhadora que, organizada, juntamente com amplos setores da sociedade civil, constituiu comissões de saúde como espaços de defesa de seus modos de vida. A partir de registros dos mais variados, como entrevistas feitas com trabalhadores das Comunidades Eclesiais de Base da grande São Paulo, jornais sindicais, relatórios de pesquisa, quadros estatísticos do IBGE e outras fontes, Sader (1988) considerou a perspectiva política da experiência social de sujeitos históricos que, capazes de transformar o lugar do

² Sugere-se o acesso ao documentário da 8ª Conferência Nacional de Saúde, disponível em: <www.fiocruz.br/videosaude>.

cotidiano em espaço de criação, afastaram pelo campo da luta ideologias deterministas da superestrutura econômica. Sader (1988, p.261) relata que “na formação do movimento de saúde da zona leste, acompanhamos um processo pelo qual uma carência é percebida como negação de um direito que provoca uma luta para conquistá-lo.” O autor lembra ainda que “a passagem da fase centrada na caridade cristã para uma outra centrada na reivindicação dos direitos se deu no momento em que puderam se informar sobre os serviços de saúde.” (SADER, 1988, p.266) Conforme o relato de Sader as comissões de saúde surgiram do encontro entre sanitaristas com vontade de contribuir para a organização popular no campo da saúde pública e um grupo de mulheres que já havia formulado uma noção de seus direitos a partir das comunidades de base. Na medida em que propuseram objetivos e formas de ação que correspondiam a aspirações e disposições presentes em amplos setores da população, eles constituíram efetivas organizações de massa. (SADER, 1988)

No interior dessas experiências de participação social, encontramos, a partir da década de 1970, a população indígena urbana também como novo personagem que irrompe politicamente na cena pública, com um sentido de luta pela continuidade de seus modos próprios de reprodução da vida, criando meios para a manutenção de suas culturas, costumes e modos de vida nas cidades. Foi perseguindo o direito de modos próprios de reprodução da vida com dignidade e afirmando reivindicações no campo da saúde, que homens, mulheres, crianças, velhas e velhos indígenas moradores da cidade de Manaus vêm disputando os espaços da cidade pelo direito ao trabalho e à consolidação da função social da propriedade. É necessário esclarecermos e ampliarmos, para além do espaço rural, os sentidos e significados sociais atribuídos historicamente ao direito de ter “acesso à terra” e pensá-

lo também sendo constituído nos processos de formação social do espaço urbano.³ Como evidência disso, lembramos os inúmeros esforços de organização própria e de conquista que movimentos sociais de habitação têm alcançado nos últimos anos, com trabalho contínuo de ocupação de latifúndios urbanos e de prédios públicos, que em desuso são propriedades que não alcançam a necessária função social, momento em que aqueles movimentos fazem valer por “[...] pressões modeladoras e diretivas, articulações indicativas de práticas humanas [...]” pelo alargamento do espaço público. (THOMPSON, 1981, p.99)

O historiador Marcos Silva evidencia “práticas humanas” no processo de institucionalização do patrimônio histórico. O autor aborda políticas de preservação de edificações urbanas como o Teatro Municipal de São Paulo, e as problematiza, ressaltando a existência de *exemplos simetricamente inversos* no mesmo espaço social, como as estratégias de lutas pela manutenção de modos de vida associados ao processo histórico de formação de cortiços e “[...] outros tipos de moradia destinados aos pobres [...]” (SILVA, 2003, p.48) Ao revalorizar a experiência de participação social de sujeitos históricos, o autor redefine a *dimensão de territorialidade* como *parte de redes de sociabilidade* que os grupos humanos já reivindicam como direito a ser preservado e ampliado, para logo em seguida concluir que:

Tal universo contribui para que se pense nas mesmas pessoas como dimensões de patrimônio histórico, assumindo sua afirmação de identidade através dessas formas de convívio e sobrevivência. Assim como preservar o monumento espetacular

³ Sobre dualismos e divisões ideológicas existentes em algumas vertentes da antropologia social, como campo e cidade, rural e urbano, “gente da tribo” e “gente da cidade”, ver Sahlins (1997).

pode mudar seu uso, preservar o uso desses outros espaços pelos seus atuais ocupantes pode e deve significar também alterar o estado material das edificações e ampliar o conjunto de direitos desfrutados por aquelas pessoas, abrangendo até sua propriedade legal. (SILVA, 2003, p.51)

O entendimento de que “[...] as pessoas – seus corpos, vestimentas, utensílios de trabalho, moradias, pensamentos, desejos, lutas, alianças – são patrimônio histórico [...]” (SILVA, 2003, p.54) possibilita pensarmos a experiência política de defesa da cultura e da memória (ANTONACCI, 1994) como espaço de defesa da vida, das condições e modos de reprodução da própria existência, e, portanto, da saúde. Supera-se, assim, a compreensão positivista da saúde como sendo a ausência de doença, afirmando a defesa daquele direito como a conquista da própria democracia. No que tange aos trabalhos de reivindicação e busca por saúde, empreendidos por movimentos sociais indígenas urbanos ou rurais, podemos identificar uma diversidade de formas de organização na educação escolar indígena, na formação em saúde indígena, na luta por moradia digna, nas lutas pelo processo de demarcação e homologação das terras indígenas, na revitalização de cultivos de plantas e alimentos tradicionais desses povos, na produção de artesanatos, entre outros.

Experiências do movimento social e a construção da saúde indígena em Manaus

Em Manaus, a população indígena evidencia a sua participação social por inúmeras formas de organização em comunidades e bairros da cidade, buscando superar as precárias condições de urbanização e dos serviços de

atenção básica da saúde ofertados à classe trabalhadora, quando a negação de direitos e a exclusão política parecem pretender naturalizar a pobreza como perigo e problema social. (CHALHOUB, 1996) Peres (2004, p.15, grifo nosso), ao narrar a etnografia do associativismo indígena no Baixo Rio Negro, desenvolvido pela Associação Indígena de Barcelos (ASIBA), evidenciou que, nessa localidade:

[...] o movimento indígena emergiu no seio de demandas por melhores condições de inserção no tecido social urbano, seja através da comercialização da produção artesanal e valorização de bens culturais, *seja através do acesso aos serviços de saúde*, e desenvolveu-se a partir de um processo de reafirmação étnica que envolveu moradores indígenas na cidade.

Do ponto de vista de processos de afirmação e diferenciação étnicas, o autor analisa outro aspecto importante do associativismo que recai na superação da invisibilidade de atores sociais que sofreram e ainda sofrem com os processos de dominação ao longo da história, concluindo que “[...] incorporar a retórica e a política da identidade subverteu o estigma da ancestralidade étnica e *transformou demandas em direitos, cujo reconhecimento, e não concessão, é um dever do Estado.*” (PERES, 2004, p.19, grifo nosso) Mainbourg et al. (2008) realizaram estudos sobre as condições de saúde da população indígena de Manaus, relacionando-as com as políticas do SUS e Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS). Os autores alertam para o seguinte fato:

A população indígena residente nas áreas urbanas não é contemplada por este sistema, já que o mesmo faz referência apenas à população aldeada. Desta forma, os indígenas urbanos foram alijados

dessa estratégia adotada através dos DSEI (Distrito Sanitário Especial Indígena). Até o momento não foi implementada nenhuma proposta de atendimento diferenciado para os indígenas urbanos, visto que esse segmento populacional continua sendo atendido pelo SUS nos mesmos moldes adotados anteriormente, sem nenhuma atenção especial. (MAINBOURG et al., 2008, p.3)

Esta invisibilidade da população indígena nos processos de implantação de políticas de saúde diferenciada no espaço urbano tem sido um dos principais pontos de luta do movimento indígena local. Várias estratégias para superar esse “equivoco” interpretativo, tanto da Lei Arouca 9836/99 – SASISUS (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1999) – quanto das Leis 8080/90 (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1990a) e 8142/90 – Gestão Participativa (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1990b) –, também têm sido buscadas pelo movimento indígena, por pesquisadores e professores, trabalhadores da saúde e organizações indígenas e indigenistas que defendem as lutas desses povos. O movimento indígena urbano tem crescido nos últimos anos, chamando a atenção para um fenômeno novo: as aldeias urbanas. Formadas por núcleos de parentes migrados emavas geracionais, esses agrupamentos urbanos, há alguns anos presentes em bairros da periferia de Manaus, têm cada vez mais se organizado em torno de referências étnicas em comum, constituindo-se em expressões culturais diacríticas com organização política interna e demandas específicas para o poder público, como atenção à saúde e educação diferenciadas. Pesquisadores do Projeto Cartografia Social da Amazônia, coordenado pelo antropólogo Alfredo Wagner, produziram, também no ano de 2008, um mapeamento situacional das comunidades e associações indígenas na cidade de Manaus. Participaram

do projeto, além dos pesquisadores e coordenadores, lideranças, associações indígenas, “comunidades e/ou aldeias” e algumas instituições representantes de movimentos sociais indígenas da Amazônia brasileira.

Tal estudo, de base etnográfica, associado a outras técnicas sociais de georreferenciamento, teve como foco trazer a público a presença indígena na cidade segundo “[...] territorialidades específicas que cada etnia estaria construindo [...]” (ALMEIDA; SANTOS, 2009, p.13) na divisão social multiétnica e interétnica do espaço urbano.

Trata-se de 11 (onze) organizações envolvendo 699 indígenas associados, referidos às seguintes etnias: Kokama, Apurinã, Tikuna, Mundurucu, Tuyuka, Wanano, Tukano, Desano, Tariano, Piratapuaia, Baré, Arapaso, Baniwa, Kambeba, Mura, Sateré-Mawé, Miriti-Tapauia. [...] Trata-se de 11 (onze) “comunidades e/ou aldeias”, compreendendo 136 famílias, localizadas principalmente nas zonas leste e oeste da cidade de Manaus. Cabe sublinhar que as comunidades Yoerek, Waikirú, Nova Esperança, Wotchimaücü, l’nhã-Bé e Bayaroá são também definidas como associação. Caso consideremos esta dupla classificação, podemos afirmar que as listagens referem-se a 16 (dezesesseis) situações sociais. (LIMA; CHAMO, 2009, p.38)

Além desse quantitativo de organizações, “comunidades e/ou aldeias” e pluralidade de etnias, os autores também apresentam tabelas que auxiliam na visualização da distribuição territorial dessa população indígena organizada nos bairros de Manaus. Os indígenas residentes nas cidades sempre foram um vetor de impulso ao movimento indígena organizado. Sua proximidade com os centros administrativos e seu conhecimento sobre a burocracia estatal foram ferramentas importantes para

subsidiar as organizações indígenas nas áreas do interior do Estado do Amazonas. Enquanto o movimento indígena ligado às bases vê com cautela as demandas dos segmentos indígenas urbanos por políticas públicas, por entender que tais serviços poderiam estimular o abandono das áreas indígenas e estimular o êxodo em direção à cidade, o poder público também reluta em criar estruturas para essas políticas nas cidades, afirmando que os indígenas encontram-se contemplados pelo subsistema de saúde indígena, criado pela Lei 9.836/99, conhecida como Lei Arouca. (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1999)

O subsistema de saúde indígena pressupõe o atendimento diferenciado a partir dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) existentes no país, implantados pela Política Nacional de Atenção ao Indígena (aprovada pela Portaria nº 254/Ministério da Saúde, de 31 de janeiro de 2002) cuja cobertura abrange, além de outras localidades, também, as áreas indígenas em terras demarcadas ou em processo de demarcação. A Lei Arouca, promulgada em 1999 (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1999), foi criada como instrumento legal de garantia dos direitos à saúde indígena global e diferenciada, visando oferecer à população indígena, independentemente desta viver ou não em terras demarcadas, seu amplo e irrestrito acesso a qualquer equipamento do SUS e níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), criando para isso o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena como forma de inclusão e garantia de direitos da população indígena dentro do SUS:

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º *O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.*

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1999, grifo nosso)

Nos anos 2000, as reivindicações dos movimentos sociais indígenas em Manaus convergiram para uma possibilidade real de aplicabilidade da lei de recursos públicos previstos à saúde indígena no âmbito direto da gestão em saúde municipal e estadual. Dessa forma, para além dos recursos destinados aos DSEI, os estados e municípios brasileiros passaram a contar com recursos específicos para o cumprimento integral das políticas de saúde indígena previstas no Subsistema de Saúde Indígena – SUS, como o IAE-PI (Incentivo à Atenção Especializada dos Povos Indígenas) e o IAB-PI (Incentivo à Atenção Básica

dos Povos Indígenas).⁴ Em 2004, a Prefeitura de Manaus deu início ao processo de planejamento de ações voltadas à população indígena residente no município. Em 2005, foi aprovado o Plano Plurianual (PPA) que previa ações de atenção básica para os indígenas nos quatro anos subsequentes, estabelecendo ainda a realização de um cadastro geral e a composição de equipes multidisciplinares.

Entre os anos de 2004 e 2005, os gestores e profissionais da saúde, graças a conquistas do movimento social indígena, precisaram superar o discurso da inexistência de instrumentos específicos para a identificação dos indígenas atendidos nas UBS – Unidades Básicas de Saúde do SUS – e do desconhecimento da realidade das condições de vida das famílias indígenas de Manaus como formas de entrave para a implementação da política de atenção básica à saúde indígena. Desse modo, o primeiro ano de atuação da área técnica de saúde indígena foi dedicado à elaboração de instrumentos específicos para a identificação da população indígena urbana. Foi elaborada uma ficha de cadastro da família indígena, com o fim de localizar unidades familiares, e outra ficha específica para o indígena usuário do SUS, no âmbito dos equipamentos de saúde localizados em território urbano. Com o desenvolvimento dessas ferramentas primárias de registro, foi possível elaborar um primeiro mapeamento da população indígena residente em Manaus, tanto na região metropolitana quanto na área rural. É importante lembrar que, no estado do Amazonas, muitas comunidades indígenas localizam-se nas margens

⁴ A Portaria do Ministério da Saúde nº 2.656, de 17 de outubro de 2007, estabelece que o repasse mensal do IAB-PI (Amazônia legal) é composto pela soma de fontes de um PAB - FIXO mensal de R\$ 8.101,00 e um PAB - Variável que corresponde à multiplicação do valor *per capita* de R\$ 300,00 pela quantidade de habitantes indígenas do município dividido por 12, sendo que a *per capita* é calculada com base nos dados do SIASI (Sistema Integrado de Saúde Indígena) a ser aplicado de forma complementar na Estratégia Saúde da Família direcionada aos povos indígenas.

dos rios e igarapés que banham o município de Manaus (Rio Negro e afluentes), o que demanda estratégias específicas para a atenção básica.

Dentro desse universo, constitui-se em Manaus a experiência da área técnica de saúde indígena como possibilidade de contribuição no processo participativo de construção de políticas de atendimento do SUS e como formação social de um sentido próprio e histórico de cidadania médica. (CHALLINOR, 2012) Alguns aspectos específicos das experiências da área técnica de saúde indígena em relação às experiências de outras áreas técnicas do SUS devem ser melhor compreendidas pelo próprio Sistema e integradas a ele como habilidades e estratégias de saúde diferenciadas desenvolvidas por profissionais e usuários no dia a dia dos serviços de saúde. Portanto, as mudanças nas rotinas dos serviços, as escolhas metodológicas para registro, o planejamento coletivo de ações, o estudo de abordagens interculturais e seu processo de apropriação por parte de profissionais e usuários podem levar àquilo que Betancourt et al. (2003, p.294, tradução nossa) definiram como competência cultural:

[...] aquele que reconhece e incorpora – em todos os níveis –, a importância da cultura, a avaliação das relações interculturais, a observância da dinâmica que resulta das diferenças culturais, a expansão do conhecimento cultural e a adaptação dos serviços para atender às necessidades culturais únicas. Um sistema culturalmente competente também é construído sobre uma consciência da integração e interação de crenças de saúde e comportamentos, sobre a prevalência e incidência de doenças e sobre os resultados diferenciados no tratamento de grupos de pacientes.

O par cultura/saúde tem sido discutido sob vários aspectos nas ciências sociais e nas ciências da saúde, e muito embora nem sempre se compartilhe do mesmo ponto de vista político, o debate sobre as relações sociais entre cultura, saúde e tradições populares tem contribuído para pensarmos modelos de organização de serviços de saúde na atenção básica prestados à população indígena de Manaus. No momento em que o direito à assistência passa a ser orientado pela defesa de modos próprios de reprodução da vida e por necessidades de atenção específica em saúde indígena, a prática profissional na atenção básica à saúde assume igualmente desafios na superação das dificuldades de se compreender “[...] a cultura popular como espaço da diferença.” (KHOURY, 2004, p.119) Nesse sentido, um dos pontos que podemos problematizar nas falas daqueles profissionais vem precisamente dessas contradições. No trabalho de campo realizado em Unidades Básicas de Saúde e Policlínicas, localizadas em bairros da periferia da região norte de Manaus, deparamo-nos frequentemente com narrativas de profissionais que expressam aquelas contradições ao apresentarem entendimentos quanto às suas experiências junto aos serviços de saúde prestados à população indígena local:

Nós atendemos a todos sem diferença, atendemos a todos de forma igual.

É muito difícil atender o indígena, principalmente quando ele não fala a nossa língua.

A mulher indígena não entende a importância do exame preventivo, reclamam que dói fazer o exame e só depois de muita explicação ou quando se curam de alguma doença é que voltam para fazer o preventivo.

Eles não têm muita pressa, uma vez

chegamos para fazer um trabalho na comunidade logo cedo e ainda estavam todos dormindo, tivemos que esperar todos acordarem para darmos a oficina.

Nós sabemos que eles são indígenas pelos documentos, mas as famílias não contam que são indígenas.

Tem aqueles que sabem dos seus direitos e chegam logo mostrando o documento indígena, dizendo que sabem dos seus direitos da saúde diferenciada, mas a gente atende qualquer usuário do mesmo jeito, direitos iguais.⁵

As falas desses profissionais nos fazem pensar sobre as “[...] reivindicações de movimentos contra a exclusão de base racial [...]” (KHOURY, 2004, p.119) sendo levadas como questões a serem refletidas nos cuidados de saúde-doença ofertados à população indígena moradora de grandes centros urbanos, seja na atenção primária, secundária ou terciária da organização da saúde. As especificidades da população indígena urbana, que abrangem aspectos culturais e sociais (discriminação sofrida no atendimento, dificuldade em falar e entender o português, moradias em áreas de difícil acesso não cobertas pela atenção básica, desconhecimento do fluxo de atendimento no sistema, desencontros semiológicos sobre sintomas, origem das doenças e concepções culturalmente diferenciadas sobre corporalidade), fez com que as organizações indígenas na cidade se voltassem cada vez mais para o tema da saúde. Deve-se ressaltar ainda que, por habitar em áreas periféricas,

⁵ Anotações de Diário de Campo: Grupo Saúde Indígena na Atenção Básica de Manaus/Fiocruz - AM, Projeto Prospecção de Estratégias Tecnoassistenciais na Atenção Básica à Saúde - Financiado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e Concretizado por Protocolo Interinstitucional de Educação em Saúde Coletiva entre UEA/AM, Fiocruz/AM, FESF – SUS/BA, UNB/DF, FCM/UNICAMP/SP, ISC/UFRJ, UFRGS/RS.

muitas vezes sem saneamento básico e com carência dos serviços públicos mais elementares, os quadros sanitários dos indígenas que moram nas cidades tendem a ser bem mais graves do que os da população não indígena. O estudo dos pesquisadores Mainbourg et al. (2008), ao compararem o acesso dos indígenas moradores de áreas urbanas de Manaus ao SUS com o acesso dos não indígenas de residências vizinhas, revelou que há grandes desvantagens dos primeiros, mesmo quando ambos habitam as mesmas áreas em bairros da periferia de Manaus.

Além de unidades básicas de saúde e policlínicas, o trabalho de campo se deu em visitas realizadas em duas associações indígenas, a saber: a Associação Indígena Centro Cultural Tikuna (no bairro Cidade de Deus/zona norte de Manaus) e a Associação Sateré-Mawé Y'apyrehyt (localizada no bairro Santos Dumont/zona oeste da cidade). Durante essas visitas, conversamos com as lideranças de cada associação a respeito do fluxo de encaminhamentos e atendimentos de rotina voltados à atenção básica da saúde, bem como sobre o fluxo dos atendimentos voltados às situações emergenciais.

Para Aguinilson (liderança indígena e coordenador do Centro Cultural Tikuna), o ideal seria contar com uma “casinha” de saúde na própria comunidade, onde alguns dos parentes residentes já possuem cursos técnico e superior na área de saúde. Paula lembrou que defendia que da mesma forma que a SEMED mantinha escolas diferenciadas para atender os indígenas na cidade, a SEMSA poderia criar postos de saúde com o mesmo sentido. Aguinilson contou que uma equipe da Prefeitura chegou a fazer mensurações, em 2008, em um terreno reservado para esta finalidade pela comunidade, mas que depois nada

mais foi feito. O Coordenador destacou também que o atendimento diferenciado era uma necessidade constante e deu o exemplo das mulheres indígenas que não falam português ou falam parcamente, e que se sentem constrangidas quando procuram atendimento na Policlínica. “Elas vão e ficam lá, não falam nada, falam mais na ‘linguagem’, ninguém fala nada...” Quando perguntamos sobre a atenção básica, Aguinilson nos disse que a comunidade não tem agente próprio, só uma senhora que atua em uma UBS-F próxima, aparece por lá de vez em quando, mas as visitas não têm caráter rotineiro. Paula explicou que a comunidade é mais um caso de área que ficou “sem cobertura” por conta da divisão territorial. A agente a qual Aguinilson se referiu é lotada em uma UBS próxima ao bairro da associação e faz as visitas mais por cortesia do que por obrigação, já que a comunidade não está dentro da área de abrangência de nenhuma UBS. Os doentes procuram a Rede quando já estão doentes e preferem se dirigir ao Pronto Socorro Platão Araújo, que fica na Avenida Grande Circular. Lá, apresentando-se como indígenas e com o RANI, são atendidos com prioridade, mas só são atendidos os casos realmente urgentes. Os demais são encaminhados para uma unidade na Cidade Nova, o SPA Danilo Corrêa.⁶

⁶ Anotações de Diário de Campo: Grupo Saúde Indígena na Atenção Básica de Manaus/Fiocruz - AM, Projeto Prospecção de Estratégias Tecnoassistenciais na Atenção Básica à Saúde – Financiado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e Concretizado por Protocolo Interinstitucional de Educação em Saúde Coletiva entre UEA/AM, Fiocruz/AM, FESF – SUS/BA, UNB/DF, FCM/UNICAMP/SP, ISC/UFRJ, UFRGS/RS.

Em uma das visitas de campo realizadas, Aguililson (liderança indígena e coordenador do Centro Cultural Tikuna) disponibilizou às integrantes do grupo *Prospecção em Saúde Indígena*, registros documentais da Associação Comunidade Wotchimaücü que revelam processos de organização e luta pela saúde indígena da comunidade Tikuna moradora do bairro Cidade de Deus em Manaus. Dentre esses registros (como o Estatuto da Associação, de 2002, ofícios encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), em 2011, e ao Ministério Público Federal – Amazonas, em 2013), Aguililson nos apresentou também o *Projeto Saúde Natural, Resgate do Saber Tikuna* (ASSOCIAÇÃO COMUNIDADE WOTCHIMAÜCÜ, 2008), elaborado pela comunidade em parceria com outras cinco instituições públicas locais (Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Fundação Estadual dos Povos Indígenas (FEPI), Banco da Amazônia, Centro de Direitos Humanos da Arquidiocese de Manaus e Instituto Nacional de Pesquisa da Amazônia (INPA). O projeto teve como objetivo resgatar, junto aos jovens e adultos Tikuna, os saberes tradicionais de plantas medicinais, sua utilização na prevenção e no tratamento de doenças, bem como desenvolver atividades voltadas para o entendimento prático do direito à saúde indígena e sua implantação nos equipamentos de saúde municipais.

Na justificativa do projeto, encontramos a realidade social vivenciada pelos indígenas Tikuna no bairro Cidade de Deus, a existência de doenças prevalentes entre os Tikuna, a necessidade de ter acesso à água tratada e a importância de obtenção de informações em saúde capazes de atingir principalmente os jovens sobre doenças como alcoolismo e DST.

As famílias Tikuna que vivem no bairro Cidade de Deus (dividida em diversos Clãs, entre eles alguns pertencem ao

Clã de Mutum, Havaí, Onça, Manguari e Saúba) enfrentam grandes dificuldades em seus locais de moradia. Não dispõem de água tratada; saneamento básico e de informações referentes à cuidados com lixo domiciliar e prevenção de doenças. É crescente o número de casos de parasitose na comunidade, e isso se deve principalmente à falta de água tratada e de noções básicas de higiene, acarretando diarreia, febre, vômitos, dores de estômago e dores de cabeça. A comunidade possui um poço artesiano desativado, sua profundidade é de vinte metros e a água nessa profundidade mostrou-se contaminada. Segundo informação técnica, para que a água seja da qualidade desejada, o poço precisa ser aprofundado em mais oitenta metros. A perfuração desse poço será importante dentro do projeto de plantas medicinais, visto que mesmo que utilizemos estas para a prevenção e cura de verminoses, se a água estiver contaminada, continuaremos tendo problemas. O povo Tikuna tem uma grande preocupação em manter sua cultura tradicional e a união com seus clãs, questões como saúde e manutenção da cultura do povo têm sido tema de várias reuniões e assembleias, e, por esse motivo, faz-se necessário trazer para a comunidade estudos e debates referentes à saúde e ao resgate do saber tradicional. Atualmente, a maior população Tikuna é constituída de jovens e adolescentes que desconhecem informação a respeito de problemas de saúde, que muitas vezes pode ser evitado com medidas educativas. A comunidade acredita que o aumento crescente do alcoolismo e do número de DST deve-se ao fato de que esta população

não possui informações adequadas, ou seja, uma informação com linguagem específica para indígenas que vivem na cidade. Um dos maiores benefícios que se pretende com a implantação de hortas medicinais é a capacitação de jovens e adultos no resgate e manutenção do uso das plantas no tratamento e prevenção de doenças, como também proporcionar à população Tikuna esclarecimentos referentes aos seus direitos à saúde e ao saneamento básico, criando assim uma nova consciência em saúde diferenciada e prevenção de doenças. (ASSOCIAÇÃO COMUNIDADE WOTCHIMAÜCÜ, 2008, n.p.)

Outros dois pontos abordados durante o trabalho de campo se dirigiram para a relação existente entre as equipes de saúde de referência na atenção básica (lotadas nas UBS e Policlínicas) e as comunidades indígenas anteriormente mencionadas, além da formação profissional de moradores da comunidade, como técnicos em enfermagem, enfermeiros e médicos.

Os técnicos em enfermagem e enfermeiros Tikuna formados também anseiam pelo funcionamento da “casinha”, que lhes daria a oportunidade de trabalhar junto aos parentes. Segundo Aguinilson, alguns já teriam até levado seus currículos ao Centro Cultural e perguntam sempre quando a casinha vai começar a funcionar. Um Tikuna, Tobias, está estudando Medicina em Cuba e Aguinilson afirma que é grande a expectativa dos parentes a respeito do médico indígena, e que, como sua indicação para ir a Cuba foi da comunidade, é dever dele atendê-la primeiro. Além de Tobias, que está na

iminência do retorno para o Brasil, outros três jovens Tikuna também estão em Cuba se formando em Medicina. (ASSOCIAÇÃO COMUNIDADE WOTCHIMAÜCÜ, 2008, n.p.)

A “[...] dialética da luta na cultura e pela cultura, em que há sempre posições estratégicas que se conquistam e se perdem [...]” (KHOURY, 2004, p.120), é despertada nos processos de organização e gestão participativa dos serviços de atenção básica, principalmente quando analisados segundo os princípios da regionalização, descentralização, universalidade, equidade e participação social, preconizados tanto pelo SUS quanto pelo SASISUS. Segundo os relatos dos profissionais de saúde e de lideranças indígenas, entre os anos de 2010 e 2011, as UBSs e equipamentos de média complexidade (Policlínicas e Serviços de Pronto Atendimento) passaram por um reordenamento de abrangência territorial, de modo que algumas comunidades indígenas ficaram sem cobertura de atendimento.

Sobre a presença do Agente Indígena de Saúde (AIS) nas comunidades indígenas de Manaus, afirmou-se a conquista desse direito como reivindicação dos movimentos sociais, como condição mínima de garantia do direito à saúde diferenciada dentro das equipes de atenção básica do município. A presença desse profissional nas comunidades e bairros de concentração da população indígena significa, para aqueles movimentos sociais, o cumprimento, por parte das gestões de saúde, de algo já acordado entre as três esferas de decisão da federação (União, Estado e Município), tanto por Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta (TAC), proposto pelo Ministério Público Federal do Amazonas no ano de 2009, quanto pela participação social do movimento indígena nas Conferências de Saúde Indígena e nas Conferências de Saúde.

Referências

ALMEIDA, A.W.B.; SANTOS, G.S. (Orgs.). **Estigmatização e território: mapeamento situacional dos indígenas em Manaus**. Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia. Manaus: UFAM, 2009.

ANTONACCI, M.A. Cultura, Trabalho e Meio Ambiente: estratégias de empate no Acre. **Revista brasileira de história**, São Paulo, v. 14, n. 28, p.247-267, 1994.

ASSOCIAÇÃO COMUNIDADE WOTCHIMAÜCÜ. **Projeto saúde natural: resgate do saber tradicional Tikuna**. Relatório da Associação Comunidade Wotchimaücü. Manaus: [s.n], 2008.

BETANCOURT, J.R. *et al.* Defining Cultural Competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. **Public health reports**, Washington, v. 118, n. 4, p.293-302, jul./ago. 2003.

BRASIL. Presidência da República. Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei Orgânica da Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

_____. Lei Federal n. 8.142, 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. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 31 dez. 1990b.

_____. Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e

recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 23 set. 1999.

CHALHOUB, S. **Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHALLINOR, E. Cidadania médica, culturas e poder nos cuidados perinatais e pediátricos de imigrantes. **Saúde & sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p.76-88, 2012.

KHOURY, Y.A. Outras memórias, outras histórias: cultura e o sujeito na história. In: FENELON, D. R. et al. (Orgs.). **Outras memórias, outras histórias**. São Paulo: Olho d’ Água, 2004. p.116-138.

KRENAK, A. Antes, o mundo não existia. In: NOVAES, A. (Org.). **Tempo e história**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

MAINBOURG, E.M.T. et al. **População indígena da cidade de Manaus: condições de Saúde e SUS**. Manaus: Fiocruz, 2008. Relatório Final.

PERES, S.C. Cultura, Política e Identidade na Amazônia: o associativismo indígena no Baixo Rio Negro. **Revista Antropológicas**, Recife, ano 7, v. 14, n. 1/2, 2004.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências e lutas de trabalhadores da grande São Paulo, 1970-1980**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SAHLINS, M. O “pessimismo sentimental” e a experiência etnográfica: por que a Cultura não é um “objeto” em vias de extinção (parte II). **Mana**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p.103-150, 1997.

SILVA, M.A. **História: o prazer em ensino e pesquisa.** São Paulo: Brasiliense, 2003.

SOUZA-LOBO, E. **A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2011.

THOMPSON, E.P. **A miséria da teoria ou um planetário de erros: uma crítica ao pensamento de Althusser.** Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

APOIO MATRICIAL E PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO PRODUZIDOS A PARTIR DOS ENCONTROS NO TERRITÓRIO NO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA (PMF) DE NITERÓI

*Luiz Carlos Hubner Moreira
Túlio Batista Franco*

Introdução

As práticas de saúde no PMF partem, tal como no Programa de Saúde da Família (PSF), do esquadrinhamento e da compreensão do território. A diferença é que, no PMF, as famílias devem ser cadastradas pela equipe, incluindo o profissional médico e um técnico em enfermagem (morador da área adscrita), na perspectiva de um primeiro contato com o território, buscando compreender a dinâmica em que se tencionam sujeitos sociais colocados em situação na arena política; portanto, um território nunca acabado, pronto, mas em permanente construção, um território-processo. Esta perspectiva de encontros no território permite aos profissionais uma melhor compreensão do que seja um problema de saúde, pois ele é sempre

autorreferido. Sabemos que a identificação, descrição e análise de um problema não se faz independentemente de quem (e de que posição) o identifica, descreve e explica. Trabalhar por problemas pode ainda nos possibilitar sair da clássica estratégia de planejar ações por programas. Na sua estratégia metodológica, o PMF de Niterói investe no trabalho de campo feito diariamente pelas equipes de ponta. Médico e técnico em enfermagem dedicam parte de sua carga horária semanal a essas ações. Tal estratégia visa ampliar a perspectiva de atuação desses profissionais, que, ao deixarem os consultórios, seu *locus* de atuação, se defrontam com situações novas, inesperadas, e mais complexas do que aquelas vividas no ambiente dos serviços de saúde, no território. Esta relação muitas vezes coloca em xeque convicções, certezas e modos de atuação; podem produzir em nós novos territórios de existência. A noção de território pode ser entendida em um sentido muito amplo, que ultrapassa o uso que fazemos dele na saúde, ou mesmo na geografia.

Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido quanto a um sistema percebido no seio da qual um sujeito se sente “em casa”. Território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos. (ROLNIK; GUATTARI, 1986, p.323)

Eles vão se formando e se desmanchando em nós durante a vida inteira, a partir dos encontros que a vida nos propicia. Segundo Pelbart (2003), o capitalismo atual, para manter-se, busca capturar o desejo de milhões de pessoas, de forma perversa “plugando” o sonho das multidões à sua máquina planetária, vendendo a todos uma promessa de uma vida invejável, segura e feliz. Afinal, o que nos é vendido o tempo todo, senão isto: maneiras de ver e de sentir, de pensar e de perceber, de morar e de vestir? O fato é que consumimos mais do que bens, formas de vida, em todos os estratos da população. Por meio de fluxos de imagens de informação, de conhecimento e de serviços que acessamos constantemente, absorvemos maneiras de viver, sentidos de vida, consumimos toneladas de subjetividade, e nesse consumo desenfreado de subjetivações capitalísticas muitas vezes construímos nossos territórios de existência. É comum vermos comerciais vendendo planos privados de saúde associados à imagem de helicópteros que transferem doentes para hospitais privados maravilhosos, sem filas de espera, em contraposição a imagens que desqualificam, desmerecem o sistema público de saúde nos telejornais e novelas, na televisão brasileira. Tais imagens constituem o imaginário de profissionais de saúde e da população em geral.

O território existencial dos profissionais de saúde é também formatado pelas instituições. A construção do desejo de ser médico carrega uma carga de subjetividade, na maioria das vezes ligada ao topo da pirâmide social, ao poder, e este processo de subjetivação se realiza por múltiplos elementos, como o desejo da família, as representações simbólicas do poder médico representado pela mídia, etc. Essa produção não pode ser definida como simplesmente a produção realizada por um sujeito, mas é o próprio sujeito que aparece como um produto, como o resultado de um processo de produção que é sempre

da ordem do social, do institucional. A formatação desse território existencial do profissional de saúde é reafirmada, sedimentada na sua formação profissional. Fisicamente, o espaço do hospital e/ou do ambulatório é onde ele se sente em casa, senhor das ações, espaço que “domina”. Este é o seu *locus* privilegiado de atuação, espaço de subjetivação fechado sobre si mesmo, estéril, asséptico, território físico e existencial onde desenvolve um comportamento, na maioria das vezes protocolado pelos compêndios de semiologia; e no caso da Estratégia Saúde da Família, por protocolos e ações programáticas normatizadas pelo Ministério da Saúde (MS). Ali ele se sente um produtor de procedimentos frente a um consumidor passivo, com pouca ou nenhuma capacidade de pactuar protocolos de cuidado. Não é fácil produzir processo de subjetivação ou novas subjetividades em profissionais com territórios existenciais tão fortemente consolidados. A narrativa seguinte descreve o que, na maioria das vezes, acontece nos encontros entre profissional e usuário nos serviços de saúde.

Ele chega à porta e chama o próximo. Ela se levanta e dirige-se ao doutor que lhe dá as costas, e entram na sala. Ela o segue insegura, apreensiva. Ele fecha a porta e se coloca atrás da mesa. Ela espera o olhar dele, que não encontra. Ele, cabisbaixo, pergunta o seu nome, e enquanto preenche um papel, ela o observa: altivo, branco, distante, sisudo. Mas mesmo assim ele lhe transmite confiança, pois transpira conhecimento, “doutorzisse”, e com alguns livros ao seu lado, uma ideia de muito saber. Ele parece se sentir à vontade, em casa. Um misto de atração, devoção e medo ela experimenta. Em um encontro, os corpos em seu poder de afetar e ser afetado se atraem ou se repelem. Dos movimentos de atração e repulsa geram-

se efeitos: os corpos são tomados por uma mistura de afetos. Observando a cena, de fora, o corpo vibrátil do cartógrafo não percebe fluidez nesse encontro, mas um tensionamento. Ela parece estar ensaiando, mesmo que desajeitadamente, jeitos e trejeitos, gestos, expressões de rosto, palavras que possam expressar o seu sentir, sua timidez, ou sua dor. Parece buscar na memória tudo que ensaiou em casa para dizer ao doutor. No seu olhar percebe-se estranheza naquele território lugar, iluminado, azulejado, limpo, e frio. É que você sabe, intensidades buscam formar máscaras para se apresentarem, se simularem, sua exterioridade depende de elas tomarem corpo em matérias de expressão. Ele levanta os olhos e se dirige a ela, interroga, objetivamente pergunta. Sua máscara de expressão costumeira está ali estampada, ele aciona automaticamente toda sua semiologia de doutor: não se envolver, eliminar subjetividades, manter-se distante, concentrar-se nos sintomas, fechar diagnóstico, tratar. Ela responde, e outra vez busca sorrindo o seu olhar, tentando estabelecer alguma conexão, mas não o encontra. O olhar do médico já está de novo voltado para o papel onde escreve. O cartógrafo atento observa, tenta desvendar as sensações da nossa paciente, e percebe que sua máscara de expressão, que buscava proximidade, intimidade, se despedaça, e imediatamente outra é colocada no lugar. Esta, mais séria, mais dura, mais insegura, que agora parece se recusar a qualquer conexão. Máscara de distanciamento, simulação de matéria de expressão, de quem procura, sabe-se lá o quê, mas não encontra, se frustra, mas apesar de tudo, ainda beatificada,

admira. As intensidades experimentadas por eles eram muitos díspares, distantes. Não se produziu nenhum novo plano de consistência, onde seus afetos pudessem se situar, delineando um novo território. Ele se levanta, ela acompanha. Ele estende a mão, ela aceita e observa: unhas limpas, dedos finos e longos. O cartógrafo observa que suas máscaras de expressão já são outras: ele sorridente se despede lhe entregando parte daquelas folhas de papel que disputavam com ela o seu olhar, um protocolo de cuidado feito por ele, para ela. Nossa personagem apresenta agora uma máscara, segundo o cartógrafo, mais do que nunca, cindida. Parece que sua expressão se desdobra em duas. Enquanto seu olho, reverenciando, agradece e admira; seu corpo vibrátil (que ao que parece ela desconhece), de alguma forma se manifesta e, confusa, se frustra. Ela inquieta, incompleta, passa na farmácia, pega as “soluções” prescritas para seus problemas e, sem saber exatamente o porquê, não se sente realizada. Vai para casa pensando, se conformando, “mas ele sabe, é ele que me cuida”. (HUBNER, 2012, p.137-138)

A estratégia “trabalho de campo” pode propiciar encontros, pequenos acontecimentos que nos fazem perceber o quanto a nossa prática instituída nos impede de atravessar os limites dos nossos olhares sobre cenas enxergadas. Temos muitas dificuldades em visualizar processos que podem nos arrancar dos nossos “lugares”, perceber a existência de movimentos de futuros diferenciados, ali onde está a repetição. É preciso um permanente conviver com a comunidade, sua cultura, tentando melhor compreendê-la. Afinal, como nos afirma Minayo (1992, p.15):

Cultura não é um lugar subjetivo, ela abrange uma objetividade com a espessura que tem a vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário. Ela é o *locus* onde se articulam os conflitos e as concessões, as tradições e as mudanças, e onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há apenas um significado. Afinal, a cotidianidade é o lugar da micropolítica, é o real.

Essa aposta na inserção de profissionais no território pode produzir processos de subjetivação, compreensão de novas dimensões da clínica e do cuidado em saúde. Para o médico de Família do PMF, que atua sempre acompanhado de seu técnico em enfermagem (morador da comunidade), esta convivência sistemática no território tem produzido novos olhares, relações mais dialogais e uma melhor compreensão da vida que pulsa na sociedade onde seu trabalho se insere. Seguem as falas de alguns profissionais: “Eu penso, hoje, que um médico que não vai a campo, não conhece a sua comunidade. Você só consegue quando bota o pé dentro da casa das pessoas, é diferente.” (HUBNER, 2012, p.188)

De fato, no trabalho de campo, quando você vai a casa, o tempo é dele e o espaço é dele, e é diferente do consultório, lá (no consultório) o **espaço é teu**. Claro que ele tem a individualidade dele, mas é seu. Mas lá dentro da casa: “Dá licença, eu posso entrar” é outra história, e tem que ter clareza disso. Se não tiver clareza disso... [...] Na VD você amplia um pouquinho o olhar, sai um pouquinho daquela coisa de doença para entrar no que o paciente entende como o adoecimento dele. É

aquela diferença entre *disease* e *illness* (se refere à diferença entre doença e doente). Quando você está na VD, vê todo o ambiente que ele mora, você consegue entender não só o sintoma biológico que ele traz, mas o que está por trás daquilo, e consegue entender o que aquilo representa para ele. (HUBNER, 2012, p.191, grifos do autor)

Esta é uma aposta em uma prática médica em que as relações estejam no centro da produção do cuidado, a proximidade, a vizinhança com o usuário trata-se de um valor. Ele participa do processo de cadastramento; faz visitas domiciliares; adentra o território; se identifica e discute com indivíduos e comunidade sobre seus problemas. Este profissional não deve perder de vista que problemas estão referidos por atores (profissionais de saúde) portadores de um dado projeto de saúde, e que estes podem não ser os mesmos percebidos pela população, sujeitos neste processo. É uma aposta na inserção do profissional médico no campo, mesmo sabendo do risco de que opere ali uma clínica prescritiva, preventivista, em que não se reflita sobre as múltiplas possibilidades de se construir o cuidado, e, a partir desses encontros, o profissional de saúde não se permita ser afetado pela presença viva do outro. Afinal, o olhar da micropolítica revela os encontros e os processos de subjetivação implicados na pactuação de projetos terapêuticos. Nos encontros, há uma construção do mundo do cuidado e de si como cuidador. O PMF conta com um dispositivo que pode ser um facilitador desse processo: a configuração de uma equipe de apoio matricial (no PMF chamada de “equipe de supervisão”).

A atuação das equipes de supervisão no PMF e outras propostas de apoio matricial no Brasil

A definição dos papéis do coordenador e supervisor no PMF está descrita em Hubner e Franco (2007, p.183-184):

Buscando equacionar o descompasso entre o perfil profissional existente hoje no mercado e o requerido pela lógica do programa, o PMF trabalha com a concepção de Grupo Básico de Trabalho (GBT). Cada GBT é constituído por um coordenador, uma equipe de supervisores (clínico geral, pediatra, ginecologista-obstetra, sanitarista, assistente social, enfermeiro e psiquiatra ou psicólogo) que dão apoio técnico e metodológico à equipe básica, que é constituída de médicos generalistas e auxiliares de enfermagem. [...] Cada módulo deverá ser visitado semanalmente por cada supervisor.

Não são poucos os problemas e as soluções geradas por essa estratégia de uma equipe permanente de apoio. O PMF aposta nesse dispositivo como um estimulador do processo de mudança das práticas em saúde. O quanto a equipe de supervisores é capturada pelas lógicas instituídas, ou, no seu processo de trabalho, consegue abrir *linhas de fuga* para construir novas práticas – é uma das questões que se enfrenta no processo de trabalho. Essa equipe de apoio de Niterói foi constituída nos moldes da saúde da família de Cuba, que assessorou por muitos anos o PMF de Niterói. Mas de onde vem esses supervisores e coordenadores? Qual a sua formação técnica, pedagógica? Hubner e Franco (2007) descrevem a adaptação que Niterói fez do modelo de equipe de supervisão cubana:

Em Cuba, os supervisores (que têm a mesma composição da equipe de Niterói) são docentes da Faculdade de Medicina que supervisionam os médicos de família nos módulos. [...] Quando da implementação do PMF em Niterói, em 1992, a ideia de se trabalhar com a figura de um médico generalista era absolutamente contra-hegemônica, o que dificultava ainda mais o estabelecimento de uma parceria institucional entre entidades do MEC (faculdades) e os serviços de saúde municipal. Niterói optou por selecionar de seus quadros os profissionais que comporiam as equipes de supervisão. (HUBNER; FRANCO, 2007, p.184)

Naquele momento de afirmação de um modelo contra-hegemônico (em 1992 ainda não existia nem o Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde), precisava-se de uma equipe de supervisores clinicamente reconhecida no município, e esta era a principal característica buscada na seleção desses profissionais. Alguém que fosse “respeitado” pelas corporações médicas no município e pelas equipes de ponta, particularmente os médicos, que seriam apoiados por médicos e outros profissionais não médicos, o que não era comum para esta categoria profissional. A formação desses profissionais supervisores, todos obrigatoriamente especialistas nas suas áreas de atuação, não era, na maioria dos casos, diferente da formação dos profissionais de ponta. Naquele tempo, eram ainda incipientes os processos de reforma curricular nas instituições de ensino superior no país.

Compreender o campo da saúde como algo que se refere a uma realidade complexa, social, econômica, política e ideológica que demanda conhecimentos distintos integrados, para além do biológico, não fez parte

da formação da grande maioria dos profissionais que se graduaram até o início dos anos 1990, nestes incluídos os supervisores do PMF. O que dizer então das reflexões acerca da micropolítica, que quase sempre esteve à margem das discussões do campo da saúde, e até mesmo da saúde coletiva? Junte a isso a noção de supervisão programática, os tradicionais programas normatizados pelo Ministério da Saúde, protocolizando as ações das equipes. Nacionalmente, as equipes do PSF devem mensalmente informar ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/MS) quantos de seus usuários cadastrados estão sendo acompanhados nesses programas. Tal obrigatoriedade tem acarretado uma excepcional produção de trabalho morto em detrimento de ações de campo, pois a gerência desses indicadores, no PMF, por exemplo, acaba quase sempre sendo feita nos horários em que o profissional poderia estar no território, pois os horários de consultório estão sempre ocupados com as consultas previamente agendadas e/ou espontaneamente demandadas.

Na maioria das vezes, os profissionais de ponta, e inclusive os apoiadores, acabam sendo capturados pela lógica programática instituída pelo Ministério da Saúde. Outra questão a se considerar é a hegemonia da organização do processo de trabalho na Equipe de Saúde da Família (eSF), norteadas pelas ações de vigilância à saúde (território existencial fortíssimo da maioria dos profissionais na atenção básica), engessando ainda mais as formas de produção do cuidado, deixando poucas possibilidades em se abrir “linhas de fuga” às rotinas instituídas pelas ações programáticas. A capacitação da força de trabalho sempre foi vista como uma questão estratégica para a ESF. A grande maioria das equipes, ao ingressar no programa, passa por um “treinamento introdutório” para refletir acerca do novo modelo assistencial proposto, fundado basicamente na epidemiologia e na vigilância em saúde. A constituição dos

polos de capacitação em Saúde da Família, financiados pelo Ministério da Saúde em meados dos anos 1990, instituiu parcerias entre universidades e serviços para a realização de capacitação metodológica de equipes para o PSF.

O formato da assistência proposto no âmbito do PSF tem, na sua cartografia, a localização central do espaço territorial, que é por excelência o *locus* operacional do programa. Aqui comparece todo o arsenal de conhecimentos disponíveis no campo da epidemiologia/vigilância à saúde, cujo instrumental ocupa um papel central nas práticas das equipes de saúde da família. [...] O PSF trabalha a ideia de que uma intervenção no ambiente familiar será capaz de alterar o perfil “higiênico” da população, e assim prevenir agravos à saúde. (FRANCO; MERHY, 2003, p.79)

Em seu trabalho, Hubner (2012) relata que os profissionais do PMF, ao serem questionados sobre a existência de uma rotina para as atividades de campo, em sua maioria se referiram às estratégias da vigilância em saúde.

Eu tenho uma rotina de visitar cada neném que nasce no máximo em 5 dias, essa é uma rotina (5), (que é estratégica, diz o médico 6). (...) “A rotina depende da ocasião, de bebê quando nasce, dos acamados que você já tem, as buscas (busca ativa) de hipertensos e diabéticos, que tem que ir atrás; dos exames alterados, que têm prioridade, e até a referência que ninguém vai buscar”. Às vezes eu penso: amanhã vou aproveitar aquela área e vou fazer o meu roteiro. (3). (...) Mas se você vai conseguir, é outra coisa. (1). (HUBNER, 2012, p.200-201)

Apoiadores e equipes estão, cada vez mais, subsumidos pela quantidade de trabalho morto necessário para dar conta dos protocolos estabelecidos pelo MS, que tendem a aumentar significativamente com a institucionalização do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). A experiência de supervisão de equipes de PSF de Ribeirão Preto, estudado por Matumoto et al. (2005), enfoca as dificuldades do supervisor em romper com as próprias matrizes de produção de procedimentos, mais que de cuidados; de lidar com a divisão técnica e social do trabalho em saúde, buscando um trabalho mais democrático, participativo e de respeito às diferenças; de lidar com a questão dos preconceitos e com as pré-concepções dos trabalhadores em relação aos usuários e com a desconstrução da relação poder/saber; de apoiar a equipe na análise das implicações inerentes à própria relação de atendimento, do estabelecimento de vínculo e responsabilização, que tem se mantido escondido atrás do trabalho técnico.

Campos (2007, p.164-165) dá a esta equipe de supervisores a denominação de equipe matricial:

O termo matriz traz a ideia de um lugar (espaço comum) onde as coisas são geradas; ou seja, um saber externo potencializado, questionando e se compondo com o saber local de cada equipe, para produzir, dentro do espaço coletivo, novos saberes, novos modos de fazer as coisas. Interação dialética entre um saber externo, mais abstrato, menos conectado às situações do cotidiano, e portanto, em geral, mais ontológico; e outro interno, diretamente articulado ao “que fazer” diário, à práxis, e ao compromisso com a variedade das situações dos casos.

É esta, na teoria, a ideia de supervisão no PMF. Rotineiramente ela se dá nos módulos, ou no território, a partir de situações (ainda predominantemente relativas aos processos de adoecimento), *trazidas pelas equipes de ponta* (médicos e Técnicos em enfermagem). Este me parece um diferencial na estratégia de apoio matricial implementada pelo PMF, pois, em regra, é o profissional da ponta que pauta a agenda do apoiador a partir de suas necessidades cotidianas, e não o contrário. Este supervisor também opera da ponta para o centro do sistema, facilitando o acesso a procedimentos classificados como de maior complexidade tecnológica – do âmbito das tecnologias duras¹ – demandadas pelas equipes (consultas especializadas, exames complementares, internações hospitalares) para seus usuários; e trazendo para a coordenação as dificuldades estruturais encontradas no dia a dia. Funciona como um elo entre o nível central, os ambulatorios e o território onde as equipes atuam, em diferentes “platôs”.

Estes apoiadores, semanalmente, vivenciam o processo de trabalho com as equipes de ponta. Esta ação tem tanto uma dimensão metodológica (na organização do processo de trabalho, na compreensão da Estratégia Saúde da Família, na busca de pactuação de projetos terapêuticos dialógicos) quanto uma dimensão de apoio técnico aos profissionais, na busca de maior resolutividade possível de problemas de saúde no nível local. Considerar que profissionais médicos na Estratégia Saúde da Família,

¹ Segundo Merhy (2007), existem três valises tecnológicas que podem ser utilizadas no trabalho médico, ou de qualquer profissional de saúde: uma constituída de tecnologias duras compreendidas como os equipamentos médicos utilizados no ato do cuidado, entre outros; outra constituída de “saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia”, que se expressam na forma de tecnologias leves; e uma terceira “[...] presente no espaço relacional trabalhador – usuário... implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos que só tem materialidade em ato.” (MERHY, 2007, p.94-95)

na sua grande maioria oriundos de uma formação calcada no modelo biomédico, sintam-se, como em um passe de mágica, aptos a manejar os aspectos clínicos e ético-políticos necessários para o bom desempenho do que hoje chamamos de médico de família, ou médico generalista, nos parece um grande risco. O PMF considera imprescindível o apoio de uma equipe multiprofissional constituída de assistentes sociais, sanitaristas, enfermeiros e trabalhadores de saúde mental, mas também não abre mão de médicos especialistas nas clínicas básicas (clínica geral, pediatria e ginecologia-obstetrícia), apoiando essas equipes de ponta no dia a dia dos serviços. Vejamos algumas falas das equipes sobre a supervisão no PMF:

Eu acho que a supervisão na clínica tem muito tempo gasto nos encaminhamentos, nas referências, mas quando eles conseguem estar presentes no módulo, no horário deles, eles ajudam muito. O problema é o tempo que eles ficam fora dos módulos para resolver problemas. Mas eu não deixo de usar a supervisão, ela resolve o que eu não consigo resolver. [...] a presença de uma pessoa para você poder fazer sempre uma interlocução, falar sobre suas dificuldades de uma forma rotineira... eu acho isso muito rico, muito importante mesmo. A solidão seria muito complicada. [...] A gente desabafa, para mim eles são muito amigos. (HUBNER, 2012, p.199)

Uma aposta: equipes de Apoio Matricial rizomáticas

Parece-nos imprescindível para as equipes de saúde da família a presença sistemática de uma equipe de apoio matricial, seja ela chamada de supervisão, apoio matricial, apoiador institucional, etc. Esta equipe deve ser parte da engrenagem do que chamamos rede de serviços de saúde, pautada em relações dialógicas, de verdadeiros apoiadores às dificuldades do dia a dia trazidas pelas equipes no processo de trabalho, mesmo com todas as contradições que este profissional possa trazer a partir de sua formação. Afinal, é recente o surgimento de programas de formação de preceptores, e ainda focados na formação de docentes/preceptores de trabalho de campo dos cursos de graduação na área de saúde. É importante destacar que a atuação de equipes de Apoio Matricial precisa ser reconhecida pelas equipes de ponta como algo que contribui para as dificuldades cotidianas do seu processo de trabalho, e não apenas um condutor de normas e condutas definidas pela gestão e/ou por protocolos que desconsideram as diferentes compreensões do que seja “estar doente”, a singularidade, a subjetividade, os afetos produzidos nos encontros do trabalho vivo em ato. Aqui lançamos mão de um conceito que nos parece contribuir para a reflexão do que seria a atuação dessas equipes de apoio: o conceito de rizoma², que aponta para uma forma de atuação horizontal, produzida em diferentes platôs.

A ideia de platôs parte de uma tentativa de se construir um pensamento (ou ações), que se efetue(m) desde o múltiplo, e não de uma lógica binária, dualista, “um dois”, “sujeito-objeto”, que se efetue por dicotomia.

² “O rizoma se refere a um mapa que deve ser produzido, construído, sempre desmontável, conectável, reversível, modificável, com múltiplas entradas e saídas, com suas linhas de fuga.” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p.33)

Tal ideia rompe com a noção de um *super* visor atrelado exclusivamente às necessidades da gestão e exercendo permanente “controle e avaliação” das equipes. “Um platô está sempre no meio, nem início nem fim. Um rizoma é feito de platôs.” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p.33)

Segundo esses autores, um rizoma é uma segunda espécie de conjunto de linhas. Um primeiro conjunto é aquele no qual uma linha é subordinada ao ponto, à verticalidade e horizontalidade, que estria o espaço, faz um contorno, submete multiplicidades variáveis ao Uno, ao Todo de uma dimensão suplementar ou suplementária. Esta é, na maioria das vezes, o tipo de relação estabelecida por equipes de supervisores e/ou apoiadores instituídos pela gestão. As linhas desse tipo de relação são linhas molares e formam sistemas binários, arborescentes, circulares e segmentários (o que remete a uma ideia de supervisão programática, ortopédica, corretiva, protocolar). Um rizoma é totalmente diferente desse primeiro tipo de linha, o rizoma não é exato, mas um conjunto de elementos vagos, nômades, de maltas e não de classes. Apesar da complexidade do conceito de rizoma, propomos pensar equipes de apoio matricial como estratégia de democratização e humanização das práticas, na produção de projetos terapêuticos centrados nas necessidades de saúde de quem nos procura; bem como apoiadores para a maior resolutividade possível no nível local, na forma do que Deleuze e Guattari (1995) definiram como princípios de um rizoma. Algumas características aproximativas desse conceito podem nos ajudar a pensar a ação de apoiadores em saúde, não como amarra, norma ou forma “mais correta” de se fazer apoio, de produzir saúde, mas como pistas a serem consideradas na produção do cuidado, tais como:

Princípio de conexão, heterogeneidade: em que qualquer ponto de rizoma pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo, Descentramento do sujeito, negação da genealogia, afirmação de uma heterogênesse em oposição à ordem filiativa do modelo de árvore e raiz. O rizoma é distinto disso tudo, pois não fixa pontos nem ordens – há apenas linhas e trajetos de diversas semióticas, estados e coisas, e não remete necessariamente a outra coisa. (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p.11)

Uma equipe matricial deve servir de apoio às equipes para que possam apostar na produção de processos de subjetivação e, quem sabe, novas subjetividades na relação com os usuários e consigo mesmo, não partindo de posições e saberes *a priori*. Aprender a escutar o outro, permitindo-se afetar e ser afetado nos encontros nos serviços de saúde. Deve produzir conexão em fluxos permanentes de forma horizontal, operando neste movimento as “linhas de produção do cuidado”.

Princípio da multiplicidade: Pensar o múltiplo efetivamente como substantivo, pois é aí que ele não tem mais nenhuma relação com o uno como sujeito ou objeto, como realidade natural e espiritual, como imagem e mundo, pois a multiplicidade não constitui sujeito e muito menos objeto, mas apenas determinações, grandezas e dimensões “que não podem crescer sem que se mude de natureza”. (...) As multiplicidades se definem pelo fora, pelas linhas que compõem um rizoma, linha abstrata, linha de fuga ou de desterritorialização, segundo a qual elas mudam de natureza ao se conectarem às outras. (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p.12)

Uma equipe de apoio deve estar aberta às múltiplas possibilidades produzidas nos encontros, apostando na construção de projetos terapêuticos dialógicos, singulares, sem querer definir para o outro, a partir de protocolos instituídos, “modos corretos de levar a vida”.

Princípio da ruptura a-significante: Contra os cortes demasiado significantes que separam as estruturas, ou que atravessam uma estrutura. Um rizoma pode ser rompido, quebrado em um lugar qualquer, mas também retoma segundo uma de suas linhas ou segundo outras linhas. [...] Todo rizoma compreende linhas de segmentariedade segundo as quais ele é estratificado, territorializado, organizado, significado, atribuído, etc; mas também compreende linhas de desterritorialização pelas quais ele foge sem parar. Há ruptura no rizoma cada vez que linhas segmentárias explodem numa linha de fuga, mas a linha de fuga faz parte do rizoma. Estas linhas não param de remeter-se umas às outras. (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p.18)

Não se trata de desconsiderar nossos saberes instituídos, mas é preciso estar aberto para os encontros produzidos no trabalho em ato e nos permitir processos de re-desterritorialização nesses encontros, em que os protocolos (que compõem a nossa caixa de ferramentas clínicas) sejam norteadores, mas não o definidor de nossas ações para o outro. Afinal, o nosso conhecimento clínico é um dos instrumentos da nossa caixa de ferramentas para o cuidado, mas não o único.

Princípio da cartografia e decalcomania: Um rizoma não pode ser justificado por modelo estrutural ou gerativo. Ele é estranho a uma ideia de eixo genético ou

de estrutura profunda. Um eixo genético é como uma unidade pivotante objetiva sobre o qual se organizam estados sucessivos. (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p.20)

Ayres (2004) fala da importância de que profissionais de saúde tenham claro que nem tudo que é importante para o bem-estar pode ser imediatamente traduzido e operado como conhecimento técnico. E, fundamentalmente, precisamos estar atentos para o fato de que nunca, quando assistimos à saúde de outras pessoas, nossa presença na frente do outro se resume ao papel de simples aplicador dos nossos conhecimentos, pois nada, nem ninguém, pode subtrair a um indivíduo, como aspirante ao bem-estar, a palavra última sobre suas necessidades. (AYRES, 2004, p.84-85) Do eixo genético e da estrutura pivotante, profunda, os autores dizem que são, antes de tudo, princípios de decalque e da reprodução. Quase sempre as equipes de saúde atuam mais produzindo decalques, imprimindo ações programáticas, protocolares, definindo projetos terapêuticos para as pessoas que nos procuram, sem considerar seu processo de vida, seus desejos, sua subjetividade.

No entanto, “cuidar é ir ao encontro do outro para acompanhá-lo, e juntos promoverem e fomentarem a vida boa para todos (...) é uma proposta ética que não se resume à enunciação de regras; antes seu ideal consiste numa atividade de relacionamento.” (ZOBOLI, 2007, p.122) Cuidado como proposta ética e não como ato isolado de assistência ou atenção à saúde, apenas. Refere-se à atitude, ao modo de ser, à maneira como a pessoa funda e constrói suas relações com as coisas, com os outros, com o mundo e consigo mesma. E esta atitude é de ocupação, preocupação, responsabilização radical, sensibilidade para com a experiência humana e reconhecimento da

realidade do outro, como pessoa e como sujeito, com suas singularidades. A narrativa seguinte nos remete a essa discussão.

Encontro no domicílio

Elas chegam à porta da casa de D. Tarsila e, batendo palmas, a chamam. Ela, sentada à mesa da cozinha, reconhece a voz familiar delas e as autoriza a entrar. Médica e auxiliar entram observando o interior da casa. Elas se cumprimentam, se abraçam. Tarsila as convida para sentar e inicia a conversa dizendo que está um calor insuportável, e que ainda por cima estava sem água. Oferece água gelada e um sorriso estampado no rosto. Diz ainda que não vai oferecer a cerveja que está tomando, porque sabe que a doutora, além de ser contra, está em horário de trabalho. A doutora, com sua auxiliar de enfermagem, franze a testa e faz cara de poucos amigos, de insatisfação. Em um encontro, os corpos em seu poder de afetar e ser afetado, se atraem ou se repelem. Dos movimentos de atração e repulsa geram-se efeitos: os corpos são tomados por uma mistura de afetos. Observando a cena, de fora, o corpo vibrátil do cartógrafo não percebe fluidez nesse encontro, mas um tensionamento. A expressão de desenvoltura e alegria de nossa usuária parece contrastar com as feições de nossa doutora. Ela abre sua maleta de médico e pede a auxiliar que meça sua pressão (que está alta) e mostra seus últimos exames (bastante alterados). No seu olhar percebe-se desconforto,

descontentamento com aquela imagem-objeto à sua frente – D. Tarsila e a garrafa de cerveja quase vazia. É que intensidades buscam formar máscaras para se apresentarem, se simularem, sua exterioridade depende de elas tomarem corpo em matérias de expressão. Com sua máscara de expressão quase costumeira de doutora zangada ali estampada, ela aciona automaticamente todo seu protocolo para hipertensos e diabéticos: não comer sal, açúcar e muito menos beber. O cartógrafo atento observa, tenta devorar as sensações da nossa paciente, e percebe que sua máscara de expressão que transmitia alegria, afeto e intimidade se despedaça, e imediatamente outra é colocada no lugar. Está mais séria, mais dura, mas segura, absolutamente conectada àquela situação. Máscara de desapontamento, mas muito clara em matéria de expressão, de quem sabe onde está pisando, o que quer, sem qualquer senão. As intensidades experimentadas por elas eram díspares, distantes. Não se produziu até aquele momento nenhum plano de consistência, de concordância, onde seus afetos pudessem se encontrar. Nossa Tarsila, do alto de seus 78 anos, fala da sua vida. “Criei cinco filhos sozinha, cada um tem seu canto, seu lar. Fui passadeira, faxineira, merendeira, sou viúva, e se precisar de alguma coisa, tenho minha aposentadoria e minha filha que mora no andar de cima com sua companheira que pode me ajudar. Meu prazer nessa vida, doutora, é beber, tomar cerveja, brincar com quem passa na rua, provocar. Mas quando acho que estou passando dos limites, vou pra cama e rio sozinha, vendo tudo rodar. Portanto vou lhe dizer uma coisa: Tirar de mim a cerveja

é quase me matar. Ela é a minha alegria, minha vontade de acordar. Minha vida foi muito dura, doutora! Mas já vivi muito, “tô no lucro”, e se morrer amanhã, fique tranquila, não vou te culpar. Portanto, lhe peço; pare de me mandar parar com a cerveja, pois eu não quero parar”. O cartógrafo observa nossa doutora e percebe sua máscara de expressão se transtornar, mas mesmo contrariada diz: “fazer o que, né? a senhora é quem sabe”. E com sua máscara de expressão de doutora contrariada, se dirige ao cartógrafo que até então somente observava, e interroga. “O que fazer? Não sei mais como posso ajudar.” Ele se cala. Ela se despede lhe entregando folhas de receitas em papel, que nossa Tarsila, sorridente, pega e pede para sua filha guardar. O cartógrafo observa nossa doutora e sua máscara de expressão clivada, cindida, um tanto contrariada, sem clareza de sensação. Parece que está, neste momento, tocada pela dupla capacidade de seus órgãos dos sentidos. Com seu olho retina ela se percebe constrangida, contrariada, mas seu corpo vibrátil (que ao que parece ela desconhece) de alguma forma se manifesta, e sem graça se despede. Após a saída da casa, contrariando seu roteiro, o cartógrafo não resiste e fala: Você deveria vir mais frequentemente visitar D. Tarsila, e se quiser após o horário de trabalho, quem sabe tomar uma cerveja com ela, e nessa troca acho que vocês podem muito se ajudar. Ela, reflexiva, talvez ainda não perceba que nesse encontro com D. Tarsila, doutora da vida, expressão de alegria, de vontade de levar a vida a seu modo, autonomamente, tinha acabado de se “consultar”. (HUBNER, 2012, p.141-142)

Discussão

O profissional, na sua forma protocolar de agir, tinha toda uma intencionalidade em relação ao usuário, e aqui, no caso, orientar à paciente sobre o que ela deveria fazer para “ter saúde”; em uma relação de mão única em que um ensina ao outro como agir. O que talvez não perceba é que seu trabalho vivo está sendo comandado pelo trabalho morto, contido no seu universo tecnológico (ações programáticas em saúde), em uma forma de “captura” de seu trabalho vivo pelas tecnologias mais estruturadas (duras e leve-duras), sem considerar o modo como se constroem socialmente as necessidades deste ou de qualquer outro usuário. Merhy (2007) lembra que o encontro trabalhador/usuário deve ser sempre intercessor, pois aqui tanto “produtores” como “consumidores” são instituintes de necessidades e atuam (ou pelo menos deveriam) como forças no espaço intercessor produção/consumo, expondo suas intencionalidades e necessidades. “Falar em satisfazer necessidades e realizar finalidades coloca-nos, inevitavelmente, diante de uma discussão no campo da subjetividade humana.” (MERHY, 2007, p.91)

Na prática em saúde estruturada no referencial da vigilância em saúde e nos protocolos ditados pelas ações programáticas, os processos são ordenados por uma redução dos núcleos de competência, cada vez mais às capacidades de produção de modos bem estruturados de atos de saúde como procedimentos, que não deixa mais nítido quem comanda quem: se o trabalhador ao seu saber, ou se o saber ao trabalhador. “A redução e o endurecimento das caixas de ferramentas (valises) tecnológicas, para a garantia de procedimentos focais, cada vez mais restritos e válidos em si mesmos, torna-se um martírio e ao mesmo tempo um êxito do exercício do trabalho médico.” (MERHY, 2007, p.104)

Ceccim e Merhy (2008) falam ainda da importância de os serviços de saúde apontarem para a construção de processos relacionais (gestores, apoiadores, trabalhadores e usuários) que possam suportar a exposição das implicações que a produção do cuidado opera; tanto pela implicação que nasce do mundo das tecnologias duras e leve-duras como daquela que constitui e emerge no platô das tecnologias leves, dentro da tensão saber/sabedoria em torno do mundo singular de cada usuário. O núcleo profissional fica em cheque neste lugar e procura ir à luta, nesse campo de disputa, para desarticulá-lo, como regra, mas poderá também ir para essa disputa para se reposicionar no campo das ações de saúde e não nos seus núcleos profissionais. Este talvez seja o olho do furacão de qualquer mudança efetiva dos processos de trabalho em saúde. Apostar na mudança da prática profissional do médico, que sabidamente ainda é hegemônica nos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção do sistema, reservando a ele como sua função, e no mesmo grau de importância, a mesma carga horária para a realização de ações de campo (visitas domiciliares e encontros com usuários no território); e, para as atividades de “consulta médica”, pode ser um dispositivo capaz de quebrar a hegemonia da ação “consulta médica” como ato exclusivo e mais importante da prática em saúde. Pode também ampliar a visão do que seja clínica e, principalmente, do que seja cuidado. Achamos que provocar discussões com as equipes de apoio matricial (em um processo de educação permanente) acerca do conceito de rizoma pode contribuir para uma nova compreensão do que seria o papel deste profissional no processo de trabalho. Pois, afinal, “[...] um rizoma não começa e nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, intermezzo. A árvore é filiação, mas o rizoma é aliança, unicamente aliança.” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p.36)

Considerações finais

Hubner (2012) conclui, em seu trabalho de doutorado, que possibilitar rotineiramente atividades de campo em que estes atores se deparem com a vida que pulsa no cotidiano, pode colocar em xeque as “convicções” acerca da clínica que protocolarmente os profissionais de saúde desenvolvem. “Entretanto, o estudo não permite afirmar que o trabalho de campo agencia novas práticas em saúde, mas pode agenciar novos processos de subjetivação, que poderão constituir novos territórios de existência”. (HUBNER, 2012, p.203)

O trabalho dos profissionais no território se constitui como um lugar de intensa produção de processos de subjetivação, e, como uma dobra, aponta para as limitações da prática em saúde, hoje hegemonicamente estruturada a partir da vigilância em saúde. Afinal, como nos afirma Deleuze (apud SILVA, 2004), a dobra é uma importante ferramenta teórica para se pensar a experiência subjetiva contemporânea. Ela constitui, assim, tanto a subjetividade, enquanto território existencial, quanto a subjetivação, entendida aqui como o processo pelo qual uma formação histórica produz determinados territórios existenciais, ou seja, determinadas formas de experimentação da subjetividade. E esta talvez seja a grande possibilidade, ou o grande diferencial do trabalho de campo. Expor rotineiramente o profissional a esta certa “instabilidade” pode funcionar, ao longo do tempo, como verdadeiros processos de subjetivação, podendo configurar novos territórios de existência, novas subjetividades. O discurso e a prática hegemônica da medicina técnico-científica, por exemplo, vêm produzindo processos de subjetivação nos profissionais desde a sua formação, e como uma dobra acabou constituindo os territórios de existência desses profissionais. A subjetivação refere-se, portanto, às

diferentes formas de produção da subjetividade em uma determinada formação social.

Cada formação histórica irá dobrar diferentemente a composição de forças que a atravessa, dando-lhe um sentido particular. Isso explica por que a própria subjetividade pode adquirir uma configuração distinta em função do modo pelo qual se produz a vergadura ou o plissamento das forças que a constituem em um determinado momento. (SILVA, 2004, p.53)

Hubner (2012, p.204) conclui ainda que:

Não basta oportunizar trabalho de campo sem contribuir para a ampliação da “caixa de ferramentas” dos profissionais de saúde. É necessário que usuário e trabalhador se sintam em cena, colocando em análise as suas próprias vivências, afetando e se deixando afetar pela presença viva do outro. Embora no trabalho de campo a maioria dos profissionais perceba as limitações de ações estruturadas a partir das ações programáticas e da vigilância em saúde, e passem a questionar esta forma protocolar e instituída de se fazer clínica, na maioria das vezes, este se reterritorializa no seu espaço-lugar, reincorporando sua máscara de doutor preventivista, e aplicadamente “ensina” formas corretas de levar a vida.

Talvez esteja aí um dos mais importantes papéis das equipes de apoio: contribuir para a ampliação da “caixa de ferramentas”³ dos profissionais que atuam no sistema,

³ Caixa de ferramentas entendida como o conjunto de saberes que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde. (MERHY, 2004,

se configurando como uma rede rizomática de apoio às equipes e aos usuários dos serviços na produção da vida. É preciso refletir com os profissionais, nos encontros oportunizados pelo processo de trabalho, a utilização de novas ferramentas que dobrem seu fazer cotidiano, produzindo formas alternativas de cuidar de si e do outro em que cada profissional perceba que qualquer encontro é um acontecimento, e que se estamos abertos aos encontros, sofremos mútuas afecções, somos permanentemente agenciados pela própria experiência, pela experimentação da vida. A ampliação do olhar e da escuta possibilita que, como nos dizem Merhy, Feuerwerker e Cerqueira (2010, p.72) a “[...] complexidade da vida dos usuários invada a maneira dos trabalhadores compreenderem os sofrimentos da vida para além do processo saúde-doença, como um processo de produção de vida” implicando colocar o usuário em outra posição: “[...] a de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde. Bem diferente do lugar em que hegemonicamente se coloca o usuário, objeto das ações de saúde.”

Referências

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p.84-85, 2004.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para a análise e cogestão de coletivos**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CECCIM, R.B.; MERHY, E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 13, p.531-542, 2009.

p.111)

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995. v.1.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E.; Programa Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003, p.55-124.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

HUBNER, L.C.M. **Clínica, cuidado e subjetividade: uma análise da prática médica no programa médico de família de Niterói a partir dos encontros no território**. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

HUBNER, L.C.M.; FRANCO T.B. O Programa Médico de Família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1., p.173-191, 2007.

MATUMOTO, S. *et al.* Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p.9-24, set.2004/fev.2005.

MERHY, E.E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **VER-SUS Brasil: caderno de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.110-139.

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

MERHY, E.E. ; FEUERWERKER, L.C.M. ; CERQUEIRA GOMES, M.P. Da repetição à diferença: Construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T.B.; RAMOS, V.C. (Orgs.). **Semiótica, afecção e cuidado em saúde**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010. v.1. p. 60-75.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

PELBART, P.P. **Vida capital**: ensaios de biopolítica. São Paulo: Editora Iluminuras, 2003.

SILVA JÚNIOR, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, R.N. A dobra deleuziana como potência de invenção. In: FONSECA, T. M. G.; EGELMAN, S. (Orgs.), **Corpo, arte e clínica**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

ZOBOLI, E. Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007. p.63-78.



PARTE 2

TRABALHO E TERRITÓRIO NA ATENÇÃO BÁSICA

O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA SOB A PERSPECTIVA DE UM ESTUDO QUALITATIVO: emaranhado de avanços e desafios

*Cristiane Pereira de Castro
Mônica Martins de Oliveira
Gustavo Tenório Cunha*

Introdução

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído pela Portaria nº 1.654 do Ministério da Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a) e surgiu em um contexto de ajuste interfederativo em que o papel do Ministério da Saúde na gestão tripartite do Sistema Único de Saúde (SUS), com municípios e estados, vem se modificando na busca de um arranjo mais adequado. (VASCONCELOS, 2005) Segundo documentos do Ministério da Saúde, o PMAQ foi produto de um processo de negociação e pactuação das três esferas de governo, visando estimular o acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo o Brasil. Trata-se de um sistema de avaliação conectado ao incremento de recursos

para a Atenção Básica, dentro de parâmetros negociados entre os entes federativos. O incremento dos recursos não se dá apenas àquelas equipes que atingem determinada pontuação no sistema de avaliação, mas àquelas que estão mais bem colocadas em relação às outras. Desse modo, inova em relação aos parâmetros de financiamento do tipo “tudo ou nada”, em que o acesso aos recursos se dá para os serviços ou municípios que se enquadram ou realizam determinadas práticas. Dentre as inúmeras deficiências da rede básica de saúde, o PMAQ foi criado buscando tornar dimensionáveis algumas delas, a saber: a precariedade da rede física de parte expressiva das Unidades Básicas de Saúde (UBS); a ambiência das UBS; as inadequadas condições de trabalho para os profissionais, comprometendo sua capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho; a necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de Atenção Básica; a instabilidade das equipes e a elevada rotatividade dos profissionais (comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe); o financiamento insuficiente e inadequado, vinculado ao credenciamento de equipes independentemente dos resultados e da melhoria da qualidade.

O programa é realizado em quatro fases. A primeira fase se configura na adesão ao Programa, mediante contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica e gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde em um processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social. Essa contratualização consiste na assinatura de um termo de compromisso entre a equipe de Atenção Básica e a gestão municipal, e, depois, entre essa e o Ministério da Saúde. Nesta fase, a proposta é também tentar fortalecer as equipes conectando o início do processo com a inscrição individual da equipe, de modo que o incremento de recursos – supostamente de gran-

de interesse dos gestores locais – só possa ser alcançado com a concordância de cada equipe, o que poderia levar a uma negociação que fortaleceria as equipes. A segunda fase consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas Equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Esta fase é organizada em quatro dimensões (auto-avaliação; monitoramento; educação permanente e apoio institucional). A terceira fase consiste na avaliação externa, que é o momento em que se realizam diversas ações que buscam averiguar as condições do acesso e da qualidade da totalidade de municípios e Equipes de Atenção Básica participantes do Programa com objetivo de certificação. Finalmente, a quarta fase de reconstrutualização é constituída por um processo de pactuação singular das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados na implementação do primeiro ciclo PMAQ.

A adesão é voluntária e desejavelmente pressupõe um processo anterior de pactuação entre gestor e equipes de Atenção Básica, seguida da adesão formal. Nela, primeiramente, o gestor municipal deve cadastrar o seu município no programa e liberar as equipes de Atenção Básica da sua cidade para realizarem sua adesão. Nesse processo, ele deve apontar quais são os maiores desafios que seu município precisa enfrentar na qualificação da sua saúde. Todas as equipes, inclusive as de saúde bucal, podem aderir ao PMAQ se estiverem em conformidade com os princípios da Atenção Básica, em um limite de metade no número de equipes de saúde da família por município – se não houver nenhuma equipe de saúde da família, apenas uma equipe

de Atenção Básica, esta poderá se inscrever. Dentre os compromissos das equipes e, em especial, da gestão municipal com o PMAQ, estão: garantir a composição adequada da equipe e garantir oferta de ações de saúde para a população coberta por cada equipe; alimentar regularmente e consistentemente o Sistema de Informação da Atenção Básica (transformando-se em e-SUS), com informações das equipes participantes e permitindo o monitoramento em todo o processo; implantar processo regular de monitoramento e avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da Atenção Básica no município; realizar ações para a melhoria das condições de trabalho das equipes; aplicar os recursos do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável em ações que promovam a qualificação da Atenção Básica e instituir o processo de autoavaliação da gestão e das equipes, entre outros.

O PMAQ nitidamente busca uma distribuição meritocrática de recursos financeiros, na expectativa de que, definindo parâmetros supostamente adequados, as equipes e os gestores buscarão atingi-los, melhorando a qualidade da atenção. Trata-se, portanto, de utilizar, no processo gerencial, um sistema de avaliação para distribuição de incentivos em um contexto em que, historicamente, a Atenção Básica tem financiamento insuficiente, com pouco recurso advindo da União. Independentemente da pertinência dos parâmetros escolhidos, é inegável que a implantação do PMAQ como um programa prioritário da Atenção Básica relacionado à distribuição de recursos suscita algumas questões importantes, tais como a utilização da avaliação na gestão; a utilização de um modelo único de avaliação para um território tão abrangente e repleto de diversidades como é o SUS; e questões sobre os efeitos deste Programa na perspectiva dos trabalhadores e gestores locais que vivenciaram o primeiro ciclo do PMAQ.

Tendo em vista as diversas questões que se impõem, nossa investigação pretendeu reunir elementos que pudessem subsidiar a ampliação do debate sobre o primeiro ciclo do PMAQ que ocorreu nos anos de 2011 e 2012. Para isso, nosso estudo se desenhou como um duplo movimento: a) realização de uma revisão de literatura sobre o tema da avaliação em saúde e como os objetivos propostos pelo PMAQ podem ser compreendidos dentro desse campo; b) conhecer a percepção dos trabalhadores das equipes e gestores locais sobre o processo vivenciado, a partir de uma abordagem qualitativa.

O primeiro movimento: um breve resgate do tema das avaliações em saúde e o PMAQ

Segundo Furtado (2007), avaliar é uma ação inerente ao ser humano desde a mais tenra idade, realizada cotidianamente por meio de seus sentidos, de seu intelecto e de sua subjetividade com o objetivo de valorizar objetos, pessoas e processos. Contudo, para o autor, quando nos aproximamos do campo da avaliação sistemática de programas e serviços, temos que ter imensa atenção, uma vez que a complexidade das iniciativas que se ocupam de problemas sociais e de saúde requer muito mais profundidade que o senso comum poderia oferecer e a consideração de muito mais aspectos do que a avaliação para o controle seria capaz de permitir. Neste sentido, avaliar pode ser considerado como o ato de emitir um juízo de valor sobre determinada intervenção (programa ou serviço), com critérios e referenciais explícitos, mediante utilização de dados e informações, visando à tomada de decisão. A avaliação é comumente influenciada por jogos políticos e de poder, tornando-se diversas vezes possível notar que tanto a expansão quanto a retração de políticas sociais podem impulsionar

trabalhos de avaliação, o que salienta a afirmação de que avaliar não é um processo somente técnico, mas também político. (PÔRTO, 2012; FURTADO, 2007)

Hartz (2005) afirma que as práticas que têm sido mais frequentemente objeto de avaliação são aquelas resultantes da ação social planejada, tais como políticas, programas e serviços de saúde. De fato, no Brasil, a avaliação de programas ganha relevância crescente desde o princípio dos anos 1990, tendo como alvo programas e serviços de saúde. (HARTZ, 1997) O interesse em avaliar ações e programas de saúde, segundo Furtado (2007), surgiu a partir dos seguintes fatos históricos: advento da constituição de 1988, que ampliou direitos dos cidadãos brasileiros; as leis orgânicas da saúde, que estabeleceram o Sistema Único de Saúde nas três instâncias de governo; e a descentralização crescente de iniciativas antes circunscritas ao plano federal. Assim, o SUS aumentou a extensão e a importância política e econômica de serviços e programas na área da saúde. Como grande projeto social, desdobra-se e se operacionaliza em numerosas ações e iniciativas que se tornam alvo constante de questionamentos sobre sua eficiência, eficácia e efetividade. Pairam, desde sempre, indagações sobre a qualidade dos serviços prestados, a pertinência da tecnologia utilizada e os modelos tecnoassistenciais implementados, dentre outros, o que convoca a avaliação como um dos instrumentos na busca de respostas. (NOVAES, 2000)

Para Furtado (2007), a avaliação de programas traz em seu próprio nome a descrição de seu objeto – programas, entendidos como a articulação de recursos humanos, financeiros e tecnológicos, com base em decisões eminentemente políticas, para operar modificações em uma dada situação problemática. A avaliação, como técnica e estratégia investigativa, é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto,

proposta ou programa. Portanto, um processo de avaliação de programas e projetos sociais geralmente deve ter, como sentido mais nobre, fortalecer o movimento de transformação da sociedade em prol da cidadania e dos direitos humanos. (MINAYO, 2005) Entretanto, também se ressalta que o processo de institucionalização das tecnologias de avaliação em intervenções sociais, no Brasil, além de recente, é ainda muito tímido, o que se deve principalmente à cultura autoritária e clientelista que costuma orientar a práxis política do país, independentemente dos governos vigentes.

Um ponto relevante que envolve o campo da avaliação em saúde diz respeito à sua relação com a polissemia conceitual, à diversidade de abordagens existentes na bibliografia especializada e ao pequeno grau de consenso existente sobre o tema, compondo um alargamento da concepção de avaliação de intervenções de saúde, mesmo reconhecendo os diversos limites conceituais e de sua operacionalização no âmbito dos serviços de saúde. (HARTZ, 1997; SANTOS FILHO, 2009) Sobre esta temática, Benevides e Passos (2005) citados por Cunha et al. (2013, p.8) trazem um importante ponto de reflexão ao afirmar que “[...] a realidade não está pronta para ser apreendida, avaliada. Os sujeitos, tampouco, apreendem-na prontamente. Realidade e sujeito coproduzem-se e, sendo assim, a avaliação é também uma produção.” Depreende-se então que a abrangência do campo da avaliação, combinada à diversidade, que lhe é inerente, leva o avaliador para um lugar de multiplicidade onde há várias possibilidades de recorte da realidade, ou seja, a multiplicidade de formas de definir as abordagens, as dimensões e os atributos para a avaliação refletem, em alguma medida, que as escolhas são tantas quanto os possíveis *pontos de vista* que correspondem aos lugares institucionais que ocupam no espaço social e os campos a que pertencem sua formação e seus objetivos. (HARTZ; SILVA, 2005)

Nesse contexto, Pôrto (2012) busca lançar luz nas diferentes concepções e possibilidades de avaliação, mediante levantamento bibliográfico. A autora organiza as principais dimensões passíveis de caracterizar as avaliações e explica que é possível dizer que elas partem da combinação dos seguintes critérios: pesquisa de avaliação, avaliação para a decisão e avaliação para a gestão. Na pesquisa de avaliação, o objetivo principal é a produção de conhecimento reconhecido academicamente, mediante identificação do impacto das ações avaliadas, e que poderá servir para orientar decisões. A pesquisa de avaliação geralmente é solicitada por instâncias públicas com poder decisório na implementação e reorientação das macropolíticas e, geralmente, há a preocupação de manter certo distanciamento entre pesquisadores e pesquisados. Contudo, por outro lado, essas pesquisas revelam a crescente ligação entre gestão e academia na produção de conhecimento de utilidade pública. No que se refere à avaliação para decisão, tem-se por objetivo a produção de subsídios com profundidade necessária para sua adequada compreensão, identificação dos problemas e equacionamentos possíveis. Neste tipo de avaliação, valoriza-se a participação dos avaliadores internos e a utilização de métodos mistos. Já a avaliação para gestão objetiva a produção de informação que contribua para o aprimoramento do serviço avaliado, melhorando sua condição ou situação. (PÔRTO, 2012)

Em outra vertente, as avaliações podem ser caracterizadas em: avaliação normativa, pesquisa avaliativa e pesquisa acadêmica. A primeira é aquela feita no cotidiano daqueles que coordenam o programa ou serviço e costumam apresentar forte componente gerencial. A pesquisa acadêmica seria a que busca conclusões a partir de questões elaboradas pela academia, objetivando produção de conhecimento científico. Por fim, a pesquisa avaliativa busca subsídios para a solução de problemas práticos, a partir de

um investigador preocupado e para a tomada de decisões. As avaliações também podem ser distinguidas entre somativas – que têm como foco o levantamento dos custos e resultados para a tomada de decisões – e formativas – que têm o objetivo de aperfeiçoar os programas e serviços a partir do diagnóstico de suas fragilidades e vulnerabilidades. (PÔRTO, 2012)

Considerando a primeira vertente apresentada por Pôrto (2012) sobre a diferenciação entre pesquisa de avaliação, avaliação para decisão e avaliação para a gestão, não é possível definir uma caracterização precisa, pois o PMAQ, a princípio, poderia ser entendido como uma avaliação para gestão, dado que a instância criadora do programa é o Ministério da Saúde. Entretanto, ao buscar a parceria com as instituições de ensino (universidades) para desenvolverem a fase da avaliação externa, passou a assumir traços da pesquisa de avaliação com marcada separação entre pesquisador e pesquisados e pactuação realizada entre o Ministério da Saúde e as Universidades para garantir a quarentena dos dados. Todavia, não estaria correto afirmar o PMAQ enquanto uma pesquisa de avaliação, pois não houve preocupação com o rigor metodológico, principal característica desse tipo de avaliação.

Quanto à diferenciação entre avaliação normativa, pesquisa avaliativa e pesquisa acadêmica, compreendemos que o PMAQ, em sua formulação, apresentou potencial para se tornar uma pesquisa avaliativa ao incluir diferentes atores e buscar subsídios para solução de problemas práticos. Entretanto, durante os diferentes momentos de sua implementação, não foi possível confirmar esta pretensão inicial. Para entender se o PMAQ se configura enquanto avaliação formativa ou somativa, seria preciso analisar o uso que fizeram dos resultados bem como as possibilidades de acesso aos dados por parte dos avaliados. Porém, o estu-

do que desenvolvemos junto aos trabalhadores e gestores locais revelou que este tema permanece ainda controverso, visto que identificamos diversos relatos de dificuldade para acessar os dados.

Como se pode perceber a partir do que foi relatado anteriormente sobre o tema da avaliação, não é possível fixar com segurança o PMAQ em nenhuma das modalidades de avaliação descritas na revisão de literatura empreendida por Pôrto (2012). No entanto, pode-se dizer que ele se insere na combinação entre o campo burocrático (estado) e o campo científico (universidades), reunindo características gerenciais e de pesquisa simultaneamente, o que espelha o contexto das avaliações no Brasil. (FURTADO, 2007) Além disso, também é possível afirmar que o PMAQ trouxe, em sua formulação, avanços importantes e configura grande inovação sua disposição em assumir o desafio de realizar uma avaliação nacional, com vistas à melhoria do acesso à Atenção Básica, tendo em vista o histórico brasileiro de poucos investimentos na área da avaliação. Entretanto, seus desdobramentos revelaram limitações que precisam ser superadas para que ele cumpra seu intento de se conformar como ferramenta para fortalecer a Atenção Básica. Neste sentido, a principal superação seria a de poder se tornar uma avaliação realmente participativa.

Seria preciso superar o que Furtado (2001) chama de óptica gerencial da avaliação, pois ela, ao se assentar na distinção e na separação entre aqueles que avaliam e aquilo ou aqueles que são avaliados, não faz jus aos princípios democráticos inerentes ao SUS. De acordo com o autor, somente a partir da inclusão de representantes dos diferentes grupos de interesse no processo avaliativo é que poderemos construir uma política de avaliação efetivamente pública – pública não só pelo seu “objeto” como também e, sobretudo, pelo seu método ou modo de fazer. Ademais, se-

gundo Patton (2002), ao garantirmos o caráter participativo de uma avaliação, o próprio desenvolvimento das relações interpessoais pode passar a ser um resultado relevante. Em outras palavras, gestão, planejamento e avaliação deveriam propiciar o que Campos (2005) aponta como incremento na capacidade de análise de si mesmo e do mundo dos coletivos organizados para a produção em saúde, aumentando a autonomia e a capacidade de estabelecer articulações com seu entorno. Neste sentido, para que o PMAQ logre em cumprir seu espírito inovador, é preciso que se efetive como uma avaliação que articule teoria e prática, avaliador e avaliado, sujeito e objeto de conhecimento, saindo de uma relação embasada em polos e entrando em uma roda ampliada sem fronteiras rígidas, no qual o objetivo é a coprodução que alterna papéis e implica todos os sujeitos em um plano comum. Assim, nosso estudo buscou entender como foi a implementação do primeiro ciclo do PMAQ, o tema da avaliação em saúde, os trabalhadores e gestores locais que vivenciaram essa experiência se entrelaçaram criando uma história que merece ser relatada e analisada de maneira crítica, devido sua relevância para o avanço do SUS.

O segundo movimento e sua composição: nossa trajetória

Para empreendermos o que poderia ser considerada uma meta-avaliação do PMAQ, a trajetória metodológica escolhida recorreu aos métodos qualitativos, por serem mais adequados para a apreensão dos significados, representações e intencionalidades dos envolvidos, possibilitando ainda o aprofundamento na compreensão das dinâmicas das relações, além da possibilidade de entender aspectos sutis que não podem ser apreendidos por outros meios. (MINAYO, 2005; 2010) Como nossa proposta era

compreender a percepção dos trabalhadores e gestores locais da Atenção Básica que vivenciaram o processo do PMAQ, optamos por utilizar os grupos focais como técnica para coleta dos dados.

O grupo focal, de acordo com Tanaka e Melo (2004) e Bocchi, Jiliani e Spiri (2008), constitui uma importante técnica de coleta de dados qualitativa cujo resultado visa ao levantamento e à organização da discussão levada a efeito por um grupo de pessoas. Nessa técnica, o mais importante é a interação que se instaura entre os participantes, possibilitando a diversificação e o aprofundamento dos conteúdos relacionados ao tema de interesse por meio do compartilhamento das experiências das pessoas, suas opiniões, desejos e inquietações. A despeito de ter sido inspirada em técnicas de entrevista não diretiva e em técnicas grupais, diferencia-se de uma entrevista em grupo, pois baseia-se na interação e no estímulo aos participantes para que falem uns com os outros. Minayo (2010) considera que o grupo focal possibilita a obtenção de informações, aprofundando a interação entre os participantes, seja para gerar consenso ou para explicitar as divergências, mas, sobretudo, o valor desta técnica fundamenta-se na sua capacidade de formar opiniões e atitudes por meio da interação dos participantes. Vale ressaltar que essa técnica vem sendo amplamente utilizada nas áreas da saúde e da educação para a captação de dados em pesquisas qualitativas, mostrando-se pertinente em processos participativos. (FURTADO, 2001) Permite verificar de que modo as pessoas avaliam uma experiência, como definem um problema e como suas opiniões, sentimentos e representações encontram-se associados a determinado fenômeno. (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996) Além disso, a interação grupal proporciona que comentários de uns façam emergir a opinião de outros, o que configura uma construção coletiva. (GATTI, 2005; GONDIM, 2002)

Para a composição do grupo focal, Tanaka e Melo (2004), recomendam que haja homogeneidade, mas que se preservem algumas características heterogêneas do grupo, buscando estabelecer um balanço entre uniformidade e diversidade que permita aos participantes sentirem-se confortáveis e livres para participar da discussão. Acima de tudo, utiliza-se a técnica de amostragem intencional para poder responder aos objetivos da pesquisa. Assim, nesse estudo, foram realizados dois grupos focais com trabalhadores e gestores locais que já haviam vivenciado a terceira fase do PMAQ, que consiste na realização da avaliação externa. Contudo, os grupos diferiram em sua composição, conforme descrito a seguir. O primeiro grupo foi composto por trabalhadores ligados à Atenção Básica de nível superior, sendo um coordenador do Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Atenção Básica, um gestor, um terapeuta ocupacional, três apoiadoras institucionais e dois residentes, totalizando dez pessoas que atuam em quatro municípios paulistas, sendo dois de grande porte e dois de médio porte localizados no entorno da Região Metropolitana de São Paulo e de Campinas. Neste grupo, o traço de homogeneidade esteve garantido pelo fato de todos os participantes atuarem na Atenção Básica e já terem vivenciado a avaliação externa. Sua heterogeneidade derivou das diferentes cidades onde desenvolvem seu trabalho, o que permitiu a emergência da multiplicidade de vivências.

Participaram do segundo grupo trabalhadores vinculados às equipes de Atenção Básica de uma cidade da região metropolitana de Campinas, que apresenta uma proposta de Atenção Básica fortalecida, com uma trajetória histórica singular e que no momento atual tem avançado rapidamente na consolidação do SUS em âmbito local. Dessa forma, o grupo esteve composto por auxiliares de enfermagem, agentes comunitários, médicos e enfermeiros, entre outros. Neste grupo, houve preocupação com a ho-

mogeneidade do local de trabalho, para poder compreender em profundidade uma das possibilidades de vivência que foram apresentadas no grupo anterior. A discussão dos grupos foi orientada por um roteiro, seguindo as recomendações bibliográficas, organizado nos seguintes eixos:

- a) vivência na implementação do PMAQ;
- b) discussão dos temas “Apoio Institucional”, “Cogestão”, “Educação Permanente em Saúde” e “Práticas Clínicas” durante a implementação do PMAQ;
- c) outras questões sobre o PMAQ que os grupos considerassem relevantes.

O material produzido nos grupos foi transcrito, analisado e agrupado por temas. Para Minayo (2010), a noção de *tema* está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto, uma unidade de significação e, por extensão, fazer uma análise temática significa buscar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto em questão. Neste tipo de análise, a presença de determinados temas indica estruturas de relevância e valores que estão contidos no discurso. Estão operacionalizado em três etapas: pré-análise, com leitura flutuante, constituição do *corpus* e formulação de hipóteses e objetivos; exploração do material; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. (MINAYO, 2010) No processo de análise empreendido no nosso estudo, o material produzido nos grupos focais articulou-se de forma integrada e, assim sendo, foram suficientes para produzir o efeito de saturação desejado. No entanto, na etapa descrita por Minayo (2010) como tratamento dos resultados obtidos e interpretação, optamos por valorizar menos as estatísticas e mais os significados.

O que encontramos: As potências do PMAQ “fonte de aprendizagem”, “reconhecimento do trabalho” e o “o efeito denúncia”

Observamos, analisando o material dos grupos, que o PMAQ se configura em uma fonte de aprendizado (profissional e institucional) eficaz, que visa melhorias na assistência prestada aos usuários e valoriza a importância de buscar continuamente diferentes formas de qualificação do trabalho desenvolvido na Atenção Básica. O grupo de trabalhadores que compõe as equipes relatou que, com o tempo, vivenciar o PMAQ foi se desenhando como algo que trouxe maior satisfação com o trabalho, mesmo sendo um processo cansativo, visto que as informações solicitadas foram facilmente comprovadas e já estavam incluídas na rotina das equipes. Dessa forma, trouxe um sentimento de reconhecimento, de trabalho cumprido e validado pelo Ministério da Saúde.

Já os trabalhadores que atuam diretamente na gestão ressaltaram que o PMAQ possibilita discutir o Projeto Político Institucional dos municípios, as questões de processo de trabalho, de infraestrutura e carreira, abrindo assim um caminho promissor para a legitimidade da Atenção Básica. Percebemos haver certo consenso, em ambos os grupos, que o programa se constitui em um espaço simbólico que permite *nortear*, possibilitando uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido e a aproximação dos trabalhadores que, às vezes, têm poucos espaços coletivos e estão completamente absorvidos nas atividades cotidianas *nas suas devidas caixinhas*. Também foi mencionado o efeito de *denúncia* de problemas que supostamente já poderiam estar resolvidos, na verdade uma espécie de *epifania* sobre o entorno, como se o PMAQ fosse uma oportunidade de relatar aos gestores Estadual e Federal os equívocos de gestores municipais.

As fragilidades do repasse financeiro

[...] “custeio confuso”; “achamos que o recurso seria repassado diretamente pra gente, que botou a mão na massa”; “achamos que seria uma alavanca para comprar um carro que funcione para fazermos nossas visitas” (informação verbal).¹

Uma das inovações trazidas pelo PMAQ, que é incrementar o financiamento da Atenção Básica a partir da instituição de uma cultura de avaliação, configurou uma questão que trouxe confusão, em especial no grupo composto pelos trabalhadores que compõem as equipes de Atenção Básica. Para alguns, essa questão foi elogiada visto que entenderam como uma boa “alavanca” para as ações realizadas, dado que poderia ser uma resposta rápida às questões estruturais do cotidiano das equipes, como comprar um carro que funcione para as visitas domiciliares. Para outros, trouxe decepção, pois, mesmo compreendendo que o custeio não está diretamente vinculado às equipes inscritas, havia a expectativa de que os recursos obtidos seriam distribuídos para os trabalhadores de todas as equipes, visto que se configuravam em quem realmente executara o trabalho e “botaram a mão na massa”. Dessa forma, consideravam que seria melhor se as equipes pudessem receber algum incentivo direto, independente da nota final. Para os trabalhadores que atuam na gestão, a proposta do PMAQ de associar recursos financeiros a um processo de avaliação é algo muito novo e que traz uma série de questões polêmicas, envolvendo as especificidades dos municípios, os graus de transparência durante o desenvolvimento da implementação do PMAQ e, em especial, as possibilidades de o PMAQ induzir o fortalecimento da Atenção Básica enquanto política prioritária nos municípios.

¹ Dados obtidos da transcrição dos Grupos Focais.

O papel do gestor local

[...] “teve gestor que conseguiu debater com a gente e nos sentimos parte integrante do PMAQ”, mas, em alguns casos...; “jogado nas costas da equipe”; “mais uma tarefa a ser cumprida” (informação verbal).²

Os resultados apresentados em ambos os grupos demonstraram que a implementação do PMAQ foi feita de forma pouco participativa e que essa questão poderia ter sido minimizada se os gestores locais tivessem se envolvido efetivamente no desenvolvimento do programa. Alguns participantes apontaram que, em seu local de trabalho, os gestores apresentaram a proposta do PMAQ às equipes, debateram conteúdos e a relação destes com as práticas do município, construindo conjuntamente outros sentidos além da captação de recursos e tal fato motivou a participação, pois se sentiram como parte integrante do processo. Já outros relataram que a apresentação se aproximou de um processo impositivo, pouco dialogado sobre a inserção das equipes no PMAQ e tal postura trouxe um sentimento de desmotivação, pois a impressão geral foi que o PMAQ fora “jogado nas costas da equipe” e representava apenas mais uma tarefa a ser executada.

² Dados obtidos da transcrição dos Grupos Focais.

A discussão sobre Práticas Clínicas, Apoio Institucional, Educação Permanente e Cogestão

“a gente aprendeu a anotar tudo que a gente faz”; “tudo que o manual de avaliação trazia, a gente já vinha fazendo de alguma forma”; “a gente não sabia o que era Apoio Institucional” (informação verbal).³

Foi consenso que os efeitos do PMAQ sobre as práticas clínicas desenvolvidas no cotidiano das equipes foram pouco significativos. A única mudança apontada foi um maior cuidado no registro das informações das atividades desenvolvidas, que, segundo os participantes, não atrapalhou o trabalho que já era desenvolvido. Os grupos disseram que consideraram adequadas as questões feitas para o avaliador. Não havia atividades que as equipes realizassem que não estivessem presentes no questionário de avaliação. Em relação ao estímulo ao apoio institucional e à educação permanente, houve diferenças entre trabalhadores e gestores locais. Os trabalhadores não verificaram qualquer impacto na gestão, pois desconheciam o que fosse “apoio institucional ou matricial”, assim como “clínica ampliada ou educação permanente”, enquanto os gestores afirmaram que havia um estímulo à construção dessas ferramentas gerenciais no município a partir do PMAQ.

³ Dados obtidos da transcrição dos Grupos Focais.

Sobre a Avaliação Externa

[...] “durante a avaliação, parecia que estávamos na Gincana do Gugu”; “tinha avaliador que não sabia o que era um esfigmomanômetro”; “criamos o termo *maquiada* por causa dos preparativos apressados que antecederam a visita do avaliador, como pintura de uma unidade próxima a nossa, entre outros” (informação verbal).⁴

O tema da avaliação externa surgiu como categoria independente que emergiu nos grupos. Parece, em primeiro lugar, que o modelo de avaliação padronizada pelo Programa teve como foco a dimensão da avaliação objetiva e quantitativa e tal escolha trouxe como consequência a exclusão das singularidades das equipes, dos territórios e dos diferentes perfis epidemiológicos da população. Ao adotar o modelo de avaliação *Check List*, restrita ao roteiro, não houve possibilidade de abrir rodas de conversa e isso trouxe para os trabalhadores das equipes um sentimento de estar vivenciando a “Gincana do Gugu”, pois todos corriam desesperadamente para apresentar os dados solicitados. Outro ponto de destaque e consenso nos grupos foi ligado ao avaliador e sua postura durante o processo. Alguns pontos chamaram atenção: a escolha de formar a equipe de avaliadores por pessoas que não eram do estado de São Paulo e, quanto a isso, foi negativo porque obviamente eles não conheciam a realidade dos municípios paulistas; a identidade profissional dos avaliadores não foi explicitada e, aparentemente, a maioria deles era composta por profissionais não procedentes da área da saúde, o que gerou grande insatisfação, pois houve um consenso de que o avaliador de um programa específico deve ser obrigatoriamente da referida área; por fim, foi relatado que os avaliadores não passa-

⁴ Dados obtidos da transcrição dos Grupos Focais.

ram por um treinamento adequado, visto que não sabiam o nome de equipamentos típicos do cotidiano do trabalho como esfigmomanômetro, entre outros.

No que se refere à postura do avaliador, houve consenso em dois apontamentos. Primeiro sobre o fato de que em nenhum momento o avaliador apresentou uma postura acolhedora, mantendo-se frio e distante, o que trouxe um sentimento de desvalorização. Em segundo, não mostraram capacidade de escuta e flexibilidade quando os participantes tomavam a iniciativa de descrever algumas atividades consideradas importantes. Elas não foram contempladas na avaliação, ou seja, a postura adotada excluiu da avaliação atividades que eram relevantes do ponto de vista da saúde da comunidade. Também foram apontadas pelos grupos falhas na seleção dos usuários que participaram do processo. Em alguns locais foram escolhidos usuários que estavam aguardando atendimento na hora da avaliação (escolha aleatória), e em outros serviços foi solicitado que a equipes escolhessem um usuário (escolha dirigida). Na escolha aleatória, correu-se o risco de ser apontado um usuário que não tem familiaridade com a equipe, que estava frequentando a unidade pela primeira vez e, dessa forma, tal escolha poderia não exemplificar a realidade vivenciada pela equipe. A outra forma, por outro lado, permitiria que fossem selecionadas famílias que tinham certa afinidade ou familiaridade com a equipe, e, claro, que possivelmente avaliariam a equipe demasiadamente bem. É interessante notar que a crítica não é dirigida à avaliação feita pelos usuários, mas ao fato de ter havido formas diferentes de seleção em cada serviço e isso podia favorecer indevidamente as equipes que vivenciaram a escolha dirigida.

Apesar de terem sido aspectos que não foram consenso nos grupos, pois foram destacados apenas pelos trabalhadores que compõem às equipes e não pelos gestores,

consideramos relevante destacar duas questões. Primeiramente, a “maquiada”. Este termo surgiu para se referirem aos preparativos apressados que antecederam a visita de avaliador em uma dada unidade em questão, bem como a transmissão antecipada de informações sobre a dinâmica adotada pelo avaliador para outra unidade/equipe que seria visitada a seguir, por exemplo. A segunda questão refere-se ao fato de relatarem que até o momento da realização dos grupos não haviam obtido nenhum retorno da avaliação. Sabiam que haviam sido bem avaliados, que a cidade recebera recursos do PMAQ, porém não tinham nenhuma ideia sobre o seu desempenho no processo avaliativo e tampouco tiveram conhecimento sobre os aspectos bem avaliados e os aspectos mal avaliados. Imaginavam que as deficiências estruturais que o avaliador detectava poderiam ter gerado uma punição à equipe, o que, na opinião deles, seria injusto, já que se trata de um problema sobre o qual não têm responsabilidade. Não sabiam, tampouco, que seriam comparados com equipes em situação semelhante, e achavam profundamente incoerente comparar equipes com condições de trabalho e populacionais diferentes.

Os desdobramentos...

A trajetória percorrida nesse estudo nos convida a refletir sobre diversos questionamentos que podem, de alguma maneira, contribuir para o entendimento sobre quais foram os efeitos do PMAQ de acordo com os “avaliados”, ou seja, aspectos que podem ser considerados desdobramentos do PMAQ. Os municípios que compuseram os grupos focais relataram com clareza que a maioria dos gestores não conseguiu compartilhar informações sobre o PMAQ, ou seja, não foram bem-sucedidos em criar um ambiente de debate a respeito dos critérios de avaliação propostos

e considerar sugestões implícitas e explícitas nos parâmetros de avaliação. Este dado indica que não foi possível que o PMAQ se efetivasse enquanto uma avaliação participativa e, para muitos trabalhadores, acabou se configurando como algo sem sentido, imposto e com pouco poder de legitimar a Atenção Básica no cenário nacional.

Consideramos preocupante que ambos os grupos tenham concordado – por unanimidade – que o PMAQ não influencia a prática clínica. Evidentemente, estamos nos referindo ao impacto imediato e entendemos que ainda há possibilidade de essa percepção dos trabalhadores se modificar no decorrer dos novos ciclos do PMAQ, mas devemos tratar essa questão com cuidado, porque investir na melhoria da prática clínica é um ponto estratégico para a qualificação da Atenção Básica. Merece também especial atenção a dificuldade de acesso aos dados obtidos pela avaliação externa, que foi apontada pelos trabalhadores em nosso estudo. Desse fato, emergem questões intrigantes sobre a delicadeza subjacente ao fato de o PMAQ ter recorrido a instituições de ensino/pesquisa para conduzirem a coleta dos dados. Essas instituições solicitaram, como contrapartida, que houvesse uma “quarentena” de um ano dos detalhes das informações, para que assim fosse possível produzir artigos com exclusividade, o que demonstra preocupação em assegurar os interesses desses grupos em detrimento dos trabalhadores. Outro aspecto é que a falta de clareza sobre o tipo de avaliação que estava sendo desenvolvida suscitou o receio por parte de gestores, durante a pactuação do PMAQ, de que o conjunto dessas informações pudesse ser utilizado fora do âmbito da saúde, para fins políticos, uma vez que permitiria comparar municípios, agregados de municípios e Estados. Ambos os aspectos merecem ser revisados cuidadosamente pelo Ministério da Saúde para que não comprometam os objetivos do PMAQ em seus novos ciclos.

O PMAQ, ao embasar-se na pactuação entre o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Ministério da Saúde, parece ter sido constituído para se efetivar como uma avaliação participativa. No entanto, as equipes de Atenção Básica não se sentem representadas na definição dos parâmetros avaliação. Em nosso estudo, os participantes relataram que se trata de uma avaliação externa com critérios não pactuados. Este tipo de avaliação, ao menos em alguma medida, reforça um padrão de subjetividade submisso, em que o trabalhador se habitua a transferir para um lugar de suposto saber o monopólio da definição dos critérios de qualidade do seu trabalho. Um dos problemas desse padrão de subjetividade é que valoriza a obtenção de bons resultados na avaliação em detrimento da transformação do trabalho “efetivamente realizado no cotidiano”. Em vez de propiciar uma reflexão crítica sobre suas ações e sobre seus critérios de escolha dentro do cardápio de ofertas terapêuticas, reforça-se à alienação em relação ao trabalho.

No plano do contexto das avaliações no Brasil, as fragilidades que apareceram na implementação do PMAQ durante nossa investigação não surpreendem. É comum a utilização de parâmetros de avaliação de forma não participativa, que é desenhada para tentar impor ações e procedimentos a serem executados. No entanto, essas avaliações e ações que elas tentam “empurrar”, ou não são compreendidas, ou correm o grande risco de não serem prioritárias/necessárias se considerarmos a singularidade dos cenários envolvidos. O uso da avaliação para incentivo financeiro, por sua vez, resvala na possibilidade de produzir tanto a maquiagem das informações quanto a realização de ações sabidamente arbitrárias por parte do trabalhador, apenas para obter os recursos prometidos. Esta questão ganha um

destaque considerável em um contexto de escassez de recursos e de imensa diversidade, como é o caso do Brasil.

Além de sua importância no campo das avaliações dos programas e serviços de saúde, entendemos que a proposta do PMAQ também se configura em um capítulo relevante na construção do papel do Ministério da Saúde na gestão do SUS. Na década de 1990, o papel do Ministério se restringia ao financiamento, com forte caráter normativo, atrelado à proposição de programas específicos, com critérios rígidos para utilização dos recursos. Parte significativa dos recursos não conseguia ser utilizada e muitos municípios implantavam programas não prioritários para suas populações apenas para captar recursos. Este modelo foi duramente criticado e se buscou, na década seguinte, outras formas de financiamento, principalmente para a Atenção Básica, tentando encontrar um ponto entre dois polos: o do modelo anterior, mais normativo, e um modelo “bancário”, em que caberia ao Ministério da Saúde apenas o repasse dos recursos. O caminho a percorrer nesta direção ainda é longo e passa necessariamente por um amadurecimento das relações interfederativas. Porém, é percebida, cada vez com mais clareza, a posição estratégica do Ministério da Saúde como um ente federativo que detém parte significativa dos recursos, mas não gerencia diretamente serviços de saúde. No mínimo, ao Ministério da Saúde cabe um olhar sistêmico e estratégico da rede assistencial e do enfrentamento dos problemas comuns entre os entes federativos, assim como a diminuição da iniquidade.

Evidentemente, dentro dessa diretriz geral existe um amplo espaço de construção, com avanços e recuos inerentes ao processo de definição dos papéis dos entes federativos em relação à gestão do SUS. Além disso, cabe à esfera federal enfrentar, também, um desafio que é comum a todos os gestores, qual seja o de não tratar de forma igual

os diferentes (começando por não punir os supostamente “melhores” com o mesmo tratamento dos supostamente “piores”). E fazer isso sem criar um “darwinismo” institucional que efetua a distribuição de recursos mediante processos de avaliação, exacerbando o clima de competitividade e reforçando o “progresso” daqueles supostamente melhores, enquanto agravam a condição daqueles supostamente “piores” (compromisso com equidade). Quer se trate da relação do Ministério da Saúde com outros entes federativos, ou de gestores da saúde de uma forma geral, todos têm o mandato social de buscar a melhor utilização dos recursos e se deparam com o desafio de distribuí-los da melhor forma. Paralelamente, a gestão pública vive um momento de transposição automática de uma cultura gerencial de “mercado” que concentra bastante poder na definição de regras de avaliação.

Nessa linha, a proposta do PMAQ buscou encontrar um caminho novo na história do financiamento e cogestão da Saúde para a Atenção Básica. Ele buscou escapar da armadilha do financiamento amarrado em critérios rígidos ou metas inatingíveis, pois nele, o repasse de recursos vai ocorrer sempre, já que o “ranqueamento” das equipes baseia-se em uma comparação entre elas mesmas e não em função de um ponto ideal, ou seja, o recebimento de recursos não é exclusivo daqueles que chegaram a determinado lugar, mas está vinculado a um lugar relativo. Em segundo lugar, o PMAQ apresenta parâmetros que deixam implícito certo modelo de atenção e de resultados desejados para a Atenção Básica. Esta seria uma importante questão: em vez de um debate explícito sobre objetivos e processo de trabalho, o PMAQ apresenta uma lista de temas e atividades que favoreceriam a indução de um determinado modelo de atenção. No mínimo, é prudente admitir a hipótese de que recomendações implícitas nos itens de avaliação são menos suscetíveis ao debate, e podem ser uma forma de contornar

a situação quando não se tem poder para influenciar diretamente a definição das recomendações. Contudo, para que o PMAQ consiga avançar nessa função de compatibilizar o uso interno da avaliação e o uso externo, aproximando o Ministério da Saúde dos outros entes federativos na lógica da cogestão, é preciso que ainda enfrente algumas questões, além das que já foram colocadas ao longo deste texto. Essas questões seriam:

a) o modelo organizacional do Ministério da Saúde permanece por temas ou patologias ou especialidades e não por unidades de produção do cuidado ou região do Brasil, assemelhando-se à organização da maior parte das secretarias estaduais e municipais de saúde e, portanto, enfrenta as mesmas dificuldades que os outros entes federativos para trabalhar a gestão de forma menos normativa, com mais suporte e democracia. Assim, como ele pode recomendar que os outros trabalhem a partir de um modelo de gestão mais democrática quando o próprio também não consegue instituir isso?

b) se considerarmos que o próprio Ministério da Saúde aprovou o Decreto 7.508, que dispõe sobre a criação das Regiões de Saúde (BRASIL, 2011), as Redes Regionais não precisarão participar mais diretamente da definição dos parâmetros do PMAQ em cada região de saúde? E, em que medida o PMAQ poderá contribuir com a constituição dessas redes?

Novos ciclos, novas rodas?

O PMAQ, após a finalização de seu primeiro ciclo, trouxe muito movimento, vivacidade e possibilidades para o SUS, em especial para a Atenção Básica. Mais do que isso, trouxe abertura para incluir no debate diversos desdobramentos que podem potencializar a legitimidade da Atenção Básica desde que não seja vista de forma isolada e sim dentro de um contexto de construção que busca fortalecer a cogestão do SUS. Neste sentido, é necessário que nos permitamos empreender análises que possam servir para seu aprimoramento, mediante construção de críticas construtivas.

Com o nosso estudo, podemos compreender que o PMAQ precisa buscar valorizar em sua implementação aspectos como a construção de projetos comuns mesmo na diferença; a criação estratégias que ultrapassem os limites do repasse de recursos e a efetivação de rodas de discussão com trabalhadores, movimentos sociais e usuários. Da mesma maneira, deve procurar construir um movimento ético-político para a produção de uma saúde melhor para toda a sociedade. Em especial, emergiram dois aspectos que, se revistos, poderiam modificar de maneira incisiva a percepção dos trabalhadores e gestores locais sobre o PMAQ: o acesso ao custeio (recursos financeiros) e o acesso aos resultados. Estes pontos, embora sejam delicados por envolverem a necessidade de diálogo com a gestão municipal para explicitar os usos do recurso e com instituições de ensino para facilitar a divulgação dos dados, podem ser revistos e, portanto, não podem ser utilizados como justificativa para extinguir a iniciativa de realizar uma avaliação nacional da Atenção Básica. O PMAQ segue o seu caminho e atualmente está vivenciando seu segundo ciclo, o que pode configurar uma oportunidade para rever alguns desses aspectos. Assim, vale observarmos os novos desdobramentos

que essa experiência irá trazer, bem como as escolhas que serão mudadas ou mantidas e os efeitos desse programa para a Atenção Básica.

Da mesma forma, seria interessante que se realizassem estudos constantes sobre o PMAQ, meta-avaliações que possibilitem seu aprimoramento. Sobretudo, seria relevante que os estudos passassem a incluir os usuários, pois este foi um grupo que participou da avaliação externa realizada durante o PMAQ e que poderia trazer uma perspectiva diferenciada sobre o tema, mas que nossa pesquisa não incluiu como um de seus objetivos. Além disso, em nossa pesquisa pudemos perceber que o momento em que foram realizados os grupos focais pode ter influenciado nos resultados encontrados, pois a avaliação externa havia ocorrido há pouco tempo e as equipes estavam vivenciando com intensidade a indefinição sobre a forma como seriam distribuídos os recursos financeiros e esta insatisfação pode ter motivado as críticas incisivas sobre o PMAQ. O discurso ficou bastante preso no tema do repasse dos recursos, pois as equipes precisavam, naquele momento, de um canal para extravasar sua frustração e utilizaram o grupo focal para isso. Portanto, os próximos estudos deveriam buscar ouvir as equipes em diferentes momentos do PMAQ, para poder minimizar esta influência e ampliar a compreensão sobre o tema.

Referências

BOCCHI, S.C.M.; JULIANI, C.M.C.M.; SPIRI, W.C. **Métodos qualitativos de pesquisa**: uma tentativa de desmistificar a sua compreensão. Botucatu: UNESP, 2008.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 jul. 2011.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

CUNHA, G.T. Programa nacional de melhoria ao acesso e a qualidade da atenção básica: um estudo qualitativo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE UNIVERSALIDADE, IGUALDADE E INTEGRALIDADE DA SAÚDE: UM PROJETO POSSÍVEL, 2., 2013, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: [s.n.], 2013. Disponível em: <<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/235.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2014.

FURTADO, J.P. Um método construtivista para avaliação em saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.165-82, 2001.

_____. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2007. p.715-739.

GATTI, B.A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005. 77p.

GONDIM, S.M.G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia: cadernos de psicologia e educação**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p.149-162, 2002.

HARTZ, Z.M.A. **A avaliação na área da saúde**: dos modelos conceituais à prática da implementação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. (Orgs.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2010.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de Programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p.547-59, 2000.

PATTON, M.Q. **Qualitative research and evaluation methods**. London/New Delhi: SAGE Publications, 2002.

PÔRTO, K.F. **Elementos para uma política de avaliação das ações de saúde mental na atenção primária**: contribuições de uma pesquisa qualitativa avaliativa. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2012.

SANTOS FILHO, S.B. **Avaliação e humanização em saúde**: aproximações metodológicas. Ijuí: Unijuí, 2009.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: USP, 2004.

VASCONCELOS, C.M. **Paradoxos da mudança no SUS**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2005.

WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M.; FARIA, M.M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim da Oficina Sanitária do Panamá**, Washington, v. 120, n.6, p.472-482, 1996.

O TERRITÓRIO QUE CORTA OS RIOS: a atenção básica no município de Barreirinha, estado do Amazonas

*Michele Rocha Kadri
Júlio Cesar Schweickardt*

Iniciando a conversa

Não é incomum pensar-se na Amazônia como um território diferente, específico, distante e de exceção. Sua singularidade e vastidão sempre representaram um enorme desafio em termos de integração política, social e sanitária para o país. Essa “exceção” ocupa 60% do território nacional e constitui uma região onde residem 17 milhões de brasileiros. Na vastidão do território amazônico é destacado na literatura seu potencial de biodiversidade, mas a sua sociodiversidade não é desprezível, uma diversidade cultural e étnica imensa. Dos 240 povos listados no censo do IBGE, temos 63 no Estado do Amazonas, falando mais de 30 línguas. (IBGE, 2014b) Este cenário traz desafios para a proposição de políticas públicas que consigam responder de forma equânime e eficiente a essa diversidade, havendo desafios para o setor da saúde. Para Buss e Pellegrini Filho (2006), as desigualdades de saúde nos diferentes cenários

no Brasil são evitáveis, injustas e desnecessárias, mas, infelizmente, esses adjetivos marcam a situação de saúde nacional. Gestores comprometidos com o fazer em saúde buscam adaptar os protocolos de assistência à realidade do território e à necessidade dos serviços ali instalados, precisando fazer malabarismos tecnoassistenciais para dar conta de tantas realidades específicas e que o sistema nacional de saúde não consegue responder adequadamente.

A proposta desse texto faz parte do Projeto de Prospecção de Estratégias Tecnoassistenciais em Atenção Básica à Saúde, destacando a realidade da atenção básica de um município do interior do Amazonas. Assim, nos propusemos a descrever os desafios e arranjos organizativos que a realidade amazônica impõe ao processo de trabalho em saúde, especialmente na Atenção Básica, trazendo algumas reflexões de um possível olhar sobre a realidade. Em termos metodológicos, partimos do pressuposto de que a “prospecção” não representa um modelo de verdade e nem uma ferramenta de elaboração de protocolos ou diretrizes. Assumimos a cartografia como recurso metodológico, propondo-nos a descrever e analisar as estratégias em atenção básica em todas as regiões do país, contribuindo para o fortalecimento da discussão sobre superação das iniquidades regionais, construindo um Sistema Único de Saúde capaz de produzir estratégias que reduzam a vulnerabilidade social e sanitária da população. Assim, em 2013, realizamos duas viagens para o município de Barreirinha: uma no mês de junho, no auge da enchente; e outra no mês de setembro, quando as águas já baixaram.

Optamos pela escrita em primeira pessoa do plural, o que nos parece favorecer o entendimento de que as reflexões apresentadas são resultado de uma forma possível, longe de ser única, de olhar sobre essa realidade. Para o leitor menos familiarizado com o território amazônico, a primeira parte do texto é dedicada à caracterização do

cenário, que nesse caso é o município de Barreirinha, estado do Amazonas. O município tem particularidades que o diferenciam de outros no interior da Amazônia, mas se aproxima de outros que compartilham das características da região. Na segunda parte do texto, seguindo nosso Diário de Campo, registramos as características do sistema de saúde municipal, os desafios da gestão e da assistência à saúde. Longe de representar as considerações finais, na última parte do texto tomamos Barreirinha como uma boa oportunidade para novos problemas para o pensamento e para a realidade da atenção básica na região.

Barreirinha na realidade amazônica

Para onde é que foi o vento? Perguntei
uma noitinha ao Marcote,
o meu pequenino amigo, frágil flor
enferma da fome de Barreirinha.
O vento foi descansar, ele hoje trabalhou
já demais,
o vento foi dormir lá no Andirá, ele gosta
lá das águas,
me respondeu com os olhos brilhantes na
noite o menino meu companheiro,
que em um anoitecer chuvoso nos deixou
e também está demorando a voltar.
Como a luz esgarçada de um fim de
primavera,
lá se foi o Marcote, todo entrevado,
mordido pelos nervos da injustiça,
subindo as águas barrentas do Paraná do
Ramos,
a tristeza de uma brisa balançando as
varandas de sua rede encardida.
(MELLO, 1981, p.29)

Barreirinha e seus rios ficaram imortalizados na poesia de Thiago de Mello, que retratou e divulgou essa realidade para o mundo. O Município está localizado na Região do Baixo Rio Amazonas, próximo ao município de Parintins, conhecido pelo Festival Folclórico do Boi Bumbá. Segundo o Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2014b), tem população de 27.355 habitantes e, destes, 5.700 são indígenas, da etnia Sateré Mawé. A maior parte vive na zona rural: 54,6%. No entanto, segundo o responsável da Vigilância Epidemiológica na Secretaria Municipal de Saúde (em entrevista realizada em 10 de junho de 2013 na sede da Secretaria), os dados do IBGE não batem com as informações da Secretaria, pois o Censo foi feito na época da grande seca de 2010, consequentemente, época de forte evasão populacional ou de difícil acesso às comunidades que ficaram isoladas. Todos os municípios do interior da Amazônia enfrentam discrepâncias entre os dados oficiais e os dados municipais, o que causa um impacto importante na alocação de recursos para a saúde. Por isso, alguns municípios adotam a estratégia de disponibilizar Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para acompanhar os recenseadores, pois a base de dados da atenção básica em saúde costuma estar mais atualizada e fidedigna.

A sede do município de Barreirinha é dividida em cinco bairros e está localizada entre os rios Andirá e Paraná do Ramos, situação que a torna vulnerável ao fenômeno da enchente. As terras de várzea¹ cortam o curso natural dos rios. A dinâmica cultural, social e econômica do município é marcada pelo ciclo das águas, que traz desafios para a gestão do trabalho e para as modelagens de atenção básica.

¹ A várzea é um lugar heterogêneo e complexo, dependendo da atividade econômica da região e dos tipos de ocupações e seus modos de organização. A várzea, segundo Witkoski (2010), é uma composição complexa entre terra, floresta, água e pessoas, formando uma paisagem humanizada.

Sobre o ciclo das águas, voltamos às palavras de Thiago de Mello:

É o Amazonas e o seu ciclo das águas. Tempo das “primeiras águas”, quando o rio dá sinal de que tem vontade de crescer. Tempo de enchente, tempo de vazante. É o regime de águas condicionando e transformando a vida do homem amazônico ao longo das etapas do ano. Não só no interior das florestas, na beira dos rios. Também nas cidades e nos principais centros da região, o homem sofre os efeitos generosos ou adversos, da subida ou da descida das águas. Na sua casa, na sua comida, no seu trabalho de cada dia. O regime das águas é um elemento constante no cálculo da vida do homem. Porque são também ciclos econômicos. Grandes vazantes significam fartas colheitas: a terra da várzea inundada é fertilizada pelo rio, que lhe acrescenta em sais minerais e matérias orgânicas. É tempo de grandes pescarias, tempo de bom plantar. Grandes cheias correspondem a duras calamidades e amargas misérias: o peixe se esconde nos lagos de remanso, aos quais se chega pelos varadouros da mata, as plantações são destruídas, o gado tem que ser levado para as alturas da terra firme ou então é reunido às pressas na “maromba”, exíguo curral erguido sobre esteios acima das águas, as sucurijus espreitando; o soalho das casas fica submerso, as cobras se aproximam no faro dos animais domésticos. O homem fica à mercê do rio. Mas não desanima: espera pela vazante e alteia o soalho, e aproveita a terra enriquecida pela enchente. O rio diz para o homem o que ele dever fazer. E o homem segue a ordem do rio. Se não, sucumbe. (MELLO, 1981, p.29)

Barreirinha está a 331 km de Manaus, capital do Estado. O acesso ao município é quase exclusivamente por via fluvial (tem uma pista de pouso para aeronaves de pequeno porte). A rota mais comum de fluxo de pessoas e mercadorias é por via fluvial a partir do município de Parintins. Suas fronteiras: N-NE – Município de Parintins; NO – Município de Urucurituba; SO – Boa Vista do Ramos; SE – Estado do Pará e S – Município de Maués. Veremos adiante que a relação com o Estado do Pará e com o Município de Parintins é bastante frequente.

Como é próprio da organização territorial na Amazônia, nas calhas do Rio Andirá e Rio Paraná do Ramos distribui-se a quase totalidade da população do município. A população indígena ocupa principalmente margens do Rio Andirá, ultrapassando os limites administrativos e alcançando até o Estado do Pará. Programas como o e vacinação cruzam a fronteira do Estado do Amazonas, ficando a cargo da autoridade de saúde deste município a assistência às aldeias indígenas dispostas em toda calha deste Rio. A atenção à saúde em vários momentos também ultrapassa os limites dos municípios, o que é objeto de pactuação entre os municípios envolvidos, pois as distâncias são tão grandes que é melhor negociar com o município vizinho para a realização do atendimento daquela região fronteira.

A economia do município está embasada na atividade agropecuária (74%), seguida da indústria (15%) e serviços (11%). Seu PIB anual é de R\$ 129 milhões, sendo *per capita* de R\$ 4.670. (AMAZONAS, [2013?]) Quanto à infraestrutura, a sede de Barreirinha tem energia elétrica 24 horas gerada por meio de termoelétricas. Algumas comunidades foram contempladas pelo Programa Luz para Todos do governo federal. Quanto à conectividade, apenas uma empresa de telefonia móvel atende o município, seu serviço de dados móvel é bastante precário. Um sistema de comunicação

de Internet via rádio (*Multiplay*) está disponível em alguns prédios públicos – inclusive na Secretaria de Saúde. Possui ainda três rádios comunitárias na sede e TV por assinatura apenas via satélite. Em localidades rurais sem serviço de telefonia móvel, o contato é feito por meio de rádio de instituições religiosas.

O serviço de água e saneamento da sede do município tem 70% dos domicílios abastecidos por poço artesiano. Não obtivemos informações sobre o tratamento das águas. A coleta do lixo é feita três vezes na semana pela Prefeitura, sendo que uma vez ao mês o caminhão passa nas dezesseis ruas da Sede recolhendo “lixo grosso” (entulhos, paus e terra, por exemplo). Não há aterro sanitário. O “lixão” não está em zona alagada, embora parte do acesso ao local esteja debaixo d’água.

Sobre a história do município, em 1853 foi criado o distrito de Nossa Senhora do Bom Socorro do Andirá² como parte do município de Parintins. Em 1873, a sede do distrito mudou-se para as margens no Rio Paraná do Ramos, um local chamado Barreirinha, por conta de suas terras elevadas. Em 1892, foi criado o Município de Barreirinha, se tornando independente de Parintins. Desde o início do século XX, a enchente já afetava o município. Em 1922, a cheia do Rio Andirá afetou cerca de 80% da lavoura cacaueteira, produto base da agricultura local naquela época. Devido à fragilidade de sua economia e à baixa densidade demográfica, em meados de 1930 o município de Barreirinha é suprimido e volta a fazer parte de Parintins sob a condição de Delegacia Municipal, ressurgindo em 1935. Em 1938, foram criados os Distritos de Arianau, Andirá e Pedras, passando, portanto, o município a contar com quatro distritos inclusive o da sede. Em 1981, parte de seu território foi desmembrado em favor do novo município de Boa Vista do Ramos. (IBGE, 2014a)

² *Andirá* provém da língua geral, que significa morcego, que tem em grande quantidade na região.

Cartografando a saúde em Barreirinha

Como falamos anteriormente, a chegada ao município de Barreirinha é feita pelo município vizinho. Saímos de Manaus aos 30 minutos do dia 10 de junho de 2013, pousando em Parintins aproximadamente 50 minutos depois. Após uma volta pela cidade tentando localizar uma pousada de nome desconhecido³, finalmente paramos no Hotel Avenida para descansar por algumas poucas horas até o nascer do sol. Às 6h30min embarcamos em lancha rápida adaptada para o transporte comercial de passageiros com destino ao município de Barreirinha. Viajando pelas águas do Rio Amazonas e depois do Rio Paraná do Ramos, tivemos o primeiro contato com a vastidão dos rios em período de enchente, fotografando paisagens bem características da adaptação do ribeirão ao regime de cheia dos rios. Casas com poleiros e pequenas plantações suspensas no quintal com acesso feito apenas de canoas entre uma plantação e outra. O ribeirão é aquele que produz e reproduz a sua vida em torno do rio.⁴ Às 7h30min chegamos ao Porto do Pontão à beira da Igreja Matriz de Barreirinha, onde tomamos café da manhã na praça em frente à Igreja e aguardamos a chegada da equipe da Secretaria Municipal de Saúde. Fomos acolhidos pela responsável do Planejamento e pela coordenadora da Atenção Básica que nos levaram ao Hotel

³ A cidade de Parintins conta com inúmeras pousadas e hotéis. O setor de serviço é bem desenvolvido principalmente devido ao Festival de Parintins, que movimenta o turismo da região além do período do festival, contribuindo com parte importante de sua economia.

⁴ O ciclo das águas é dividido em cheia, que inicia com as chuvas de novembro até o mês de julho, quando as águas começam a descer. A seca inicia a partir de agosto, com menos chuvas, e termina em janeiro, com o início da cheia. A posição geográfica é outro aspecto importante no ciclo das águas: o alto rio inicia a cheia mais cedo e o baixo termina depois. Assim, é importante a referência do alto, médio e baixo rio. Por exemplo, se fala do Alto, Médio e Baixo Solimões, que formam microrregiões. Isso vale para os principais rios da Amazônia. As regiões de saúde do Amazonas seguem o critério da divisão por calhas de rios.

Andirá para nosso alojamento, seguindo posteriormente para a sede da Secretaria de Saúde. A Secretaria fica no fim da cidade e, devido à sua proximidade ao Igarapé do Pucú, também teve parte de seu terreno atingido pela enchente. Nesse trajeto feito com moto, percebemos os efeitos da enchente na cidade, com pontes e passarelas de madeira nas ruas.

Neste primeiro contato, procuramos saber sobre a condição de saúde em geral. O transporte de pacientes entre as localidades distantes e a sede do município e de lá para Parintins (casos mais graves) é feito por *ambulanchas* – uma espécie de SAMU regional – que ficam nas localidades sob a responsabilidade dos postos de saúde. O serviço está disponível 24 horas por dia. Ao todo, são 18 unidades de saúde espalhadas pelo município, todas contando com este serviço de transporte. Nesse tipo de cenário, a Secretaria Municipal de Saúde conta, no seu quadro de trabalhadores, com profissionais de navegação que, embora sejam parte da Rede de Atenção Básica, são custeados com recursos do município.

Segundo a responsável pela vigilância sanitária e zoonoses, apesar de não ter casos de leptospirose, há uma grande preocupação no controle de ratos no período de enchente. Os dados da Secretaria Municipal de Saúde apontam que casos de leishmaniose são raros e se restringem à zona rural, especialmente em locais de desmatamento. O que realmente nos surpreendeu foi a ausência de malária e de dengue no município, embora, aparentemente, a cidade tenha todas as condições propícias para a proliferação do mosquito. Alguns profissionais da Secretaria suspeitam que a ausência do mosquito tenha alguma relação com a característica das águas fluviais que cercam o município. No entanto, não conhecem estudos que comprovem esta hipótese. Os acidentes ofídicos não são frequentes,

mas o município dispõe de soro antiofídico. Apesar de o município estar cercado pelas águas, os afogamentos são praticamente inexistentes. Em todos os locais que visitamos, vimos profissionais literalmente vestidos com a camisa da saúde: camisetas de campanhas de vacinação, da semana da odontologia ou de prevenção em DST/AIDS. Do Agente à Secretária de Saúde, todos pareciam satisfeitos com esse tipo de identificação. Informaram que a arte das camisas é realizada por profissionais locais, que colocam motivos locais para transmitir a mensagem.

Sobre a questão das DST, há uma suspeita de aumento de casos especialmente em duas comunidades que foram base de trabalho para 40 homens durante os trabalhos do Programa Luz para Todos, mas não tivemos a informação do número de casos e se há casos de AIDS. Sobre a questão, infelizmente não houve tempo para conversarmos com a coordenadora municipal responsável pelo programa, mas em visita ao Posto de Saúde no distrito de Terra Preta, encontramos preservativos na pequena farmácia. Segundo a responsável, majoritariamente os jovens costumam vir ao posto para buscá-los. Em nossas andanças pelas ruas de alguns bairros da sede, também encontramos embalagens e preservativos usados pelo chão.

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) atende às comunidades indígenas distribuídas ao longo da calha do Rio Andirá, adentrando até mesmo o Estado do Pará. A população indígena é estimada em aproximadamente em 5.700 pessoas. Embora haja um Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) localizado em Parintins, a maior parte da assistência é realizada pela SEMSA de Barreirinha com recursos próprios. O custeio com a logística e o pessoal para atender essas áreas é consideravelmente alto pelas distâncias e pelos rios com cachoeiras que dificultam o acesso. A política de saúde indígena tem recursos próprios

para realizar a assistência à população indígena, portanto, não caberia à gestão municipal realizar a assistência, mas a argumentação dos gestores municipais é de que não se pode deixar a população desassistida, seja indígena ou não, mas reclamam da falta de apoio do DSEI às ações da Secretaria. O município ainda reivindica a construção de uma Casa de Saúde Indígena (CASAI) para dar apoio aos indígenas que chegam à cidade para tratamento no hospital ou para o deslocamento para Parintins e Manaus. É necessário destacar que o prefeito do município é um indígena da etnia Sateré Mawé, sendo um forte argumento político para a atenção na área indígena. Além dos indígenas, o município abriga ainda quatro comunidades quilombolas com aproximadamente 800 pessoas que, segundo os profissionais de SEMSA, são muito bem organizadas. Segundo a coordenadora de Planejamento, em entrevista realizada em junho de 2013 na sede da Secretaria, essa diversidade cultural traz desafios aos profissionais e gestores para uma assistência realmente diferenciada, buscando alcançar a equidade no SUS.

Após esse contato inicial, visitamos o distrito de Terra Preta, subindo à margem direita do Paraná do Ramos. Em lancha rápida, que na região é chamada de “voadeira”, a viagem durou 30 minutos. Debaixo de sol amazônico, ao som das toadas de boi-bumbá⁵, chegamos por volta das 10h30min ao distrito. O posto de saúde Neném Andrade Seixas fica às margens do Paraná do Ramos. O espaço abriga importantes serviços para a comunidade. À direita do Posto de Saúde fica a Igreja Católica, e à esquerda, uma escola estadual (ensino médio). Há uma pequena vila atrás do posto, mas, segundo a enfermeira responsável pelo Posto, o acesso da maioria da população em épocas de cheias é feito pelo rio que fica bem na frente do Posto. A população está distribuída nas diversas ilhas, que são visitadas pelos

⁵ Músicas típicas do Festival Folclórico de Parintins.

ACS em pequenas embarcações chamadas de rabetas.⁶

A assistência à saúde é sempre mais facilitada no período da cheia dos rios, pois o transporte e acesso podem ser realizados por via fluvial. Prestar serviços como visita do ACS, vacinação e acompanhamento domiciliar, é muito mais difícil quando a equipe precisa percorrer distâncias em longas caminhadas, sob intenso sol, porque não há estradas. Da mesma forma, o caminho inverso – do usuário até às unidades de saúde – também é difícil na época da seca. O Posto de Terra Preta tem 450 famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Conta com sete ACS distribuídos em quatro comunidades. A Unidade é bem organizada, tendo uma agenda diária de atendimentos: segunda-feira é dedicada à consulta geral; terça-feira é dedicada ao Programa HiperDia (hipertensão e diabetes); quarta-feira é o dia do pré-natal; quinta-feira é o atendimento de pediatria e a sexta é reservada às visitas domiciliares, embora estas não ocorram com frequência, pois a enfermeira não pode ausentar-se por muito tempo do posto. No dia de nossa visita (segunda-feira), o posto contava com o apoio de uma médica e um odontólogo, que tinham se deslocado mais cedo para lá como parte da agenda regular de atendimento às unidades de saúde. Segundo a responsável pelo Posto, o atendimento diário com demanda clínica varia bastante. Em alguns dias são realizados vinte atendimentos de enfermagem, e em outros, apenas sete. Todos os dias a enfermeira está de prontidão para atender emergência e, caso necessário, decidir pela remoção do usuário até a Sede por *ambulancha*. A enfermeira responsável do Posto também é a responsável por este transporte fluvial de urgência, não importando a hora do dia. Segundo ela, não há demanda diária para atendimento médico, sendo que um dia na semana é suficiente para um o atendimento um

⁶ A “rabeta” é um motor de 5,5 HP que utiliza uma hélice presa em um ferro longo, permitindo navegar em pequenos e rasos igarapés.

pouco mais especializado e decisão de casos de remoção para atendimento hospitalar na sede (raros). O profissional médico envolve-se ou é envolvido na vida da comunidade. Parece ser representado pela comunidade e pelos demais profissionais locais como uma figura estrangeira e errante, contudo necessária.

Tivemos uma conversa breve com a médica no consultório, que relatou a sua satisfação em estar no município e prestar assistência na realidade rural. Explicou que participou da atividade de Internato Rural como parte da formação pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Quando finalizou a graduação (final de 2012), decidiu retornar ao município para trabalhar algum tempo e seguir posteriormente para uma residência. Seus pais também são médicos e têm uma clínica particular em Manaus. Ela entende ser possível trabalhar no interior e aproveitar o que a cidade dispõe para o trabalho e também para o lazer. Esse fato é bastante ilustrativo do que ocorre quanto à dificuldade para contratação e fixação de profissionais na região. Em primeiro lugar, pontuamos que iniciativas como a obrigatoriedade de internato rural, principalmente das instituições de ensino superior públicas, tem sido uma importante estratégia para atrair profissionais como médicos, odontólogos e farmacêuticos para municípios de pequeno porte com grandes constrangimentos na assistência, embora seu retorno para essas localidades seja por curto período de tempo. Em segundo lugar, a fixação desses profissionais é outro problema que os gestores enfrentam permanentemente. Aqueles que retornam após a conclusão da graduação não têm planos de lá permanecer por mais do que dois ou três anos. A impressão que nos dá é que ser médico generalista é ser menos médico do que um especialista, pois a residência em uma especialização parece ser o caminho natural para “ser médico de verdade”.

Outra questão que também vimos em nossa visita ao município de Barreirinha, e que não é diferente em outros municípios, é a questão dos precários vínculos de trabalho. Profissionais de saúde quase sempre são contratados sem concurso público, o que os deixa em uma posição trabalhista vulnerável. Qualquer desentendimento técnico ou mudança política por parte de uma autoridade do município (secretário, prefeito ou diretor do hospital) pode gerar o desligamento do profissional. Por fim, apontamos ainda para a missão quase impossível da gestão local de contratar um especialista no município. Há um impedimento legal que não permite que um funcionário público obtenha rendimento maior que o gestor do município. Sabemos que na capital do Estado facilmente um especialista consegue rendimento mensal muito acima daquele que pode ser oferecido pelas prefeituras. Como é possível então assegurar integralidade na assistência? Alguns hospitais, de gestão estadual, conseguem manter alguns especialistas como ortopedista e ginecologista contando com condições contratuais mais flexíveis.

A Unidade de Terra Preta é organizada em uma sala de espera, uma recepção (onde ficam guardados os prontuários das famílias atendidas pela ESF), uma sala de observação/curativos e atendimento da enfermeira, uma sala para atendimento odontológico, uma sala de consulta médica, um pequeno depósito de medicamentos e insumos, um banheiro, uma pequena sala de triagem e pesagem, uma sala adaptada para cozinha e um banheiro desativado que funciona como depósito. Todas as salas de atendimento e recepção são climatizadas, à exceção da sala de odontologia que, naquele momento, não tinha ar-condicionado devido a problemas na instalação elétrica. À semelhança do que acontece com o profissional médico, para o atendimento odontológico também não há uma grande demanda. No entanto, este profissional costuma

fazer ações de promoção da saúde nas escolas próximas e dentro do próprio posto no tempo disponível quando de suas visitas.

Segundo a enfermeira, o principal problema de saúde em Terra Preta são as diarreias e verminoses, especialmente no período de vazante do rio (entre junho e dezembro). As equipes de ACS distribuem hipoclorito e incentivam as famílias a usarem-no para tratar a água. Outro problema comum são as doenças respiratórias.

Quando chegamos, havia um homem aparentando uns 40 anos e que estava sendo atendido na sala da observação, tomando uma solução de soro e Dramin. Segundo a equipe, seu quadro era de abstinência ao álcool. A enfermeira conta que este é um caso conhecido e que frequentemente o paciente é trazido ao posto pela família com queixa de “maluquice assim na cabeça” (alucinação) por não conseguir dormir pela ausência de álcool. A equipe entende que este não é um caso complicado, uma vez que o paciente não fica violento. No entanto, o alcoolismo é um problema bem presente na localidade, haja vista que os casos de violência quase sempre estão ligados ao consumo de álcool. Não há qualquer serviço organizado no município ou na Rede de Referência para atendimento de saúde mental e nem planos para qualificação ou contratação de profissionais para atuar nesta área. Em encontro posterior, a enfermeira nos informou que a pessoa faleceu por complicações decorrentes de alcoolismo.

Após conhecermos a estrutura e o funcionamento do posto, fomos convidados a almoçar com a equipe. Uma auxiliar emprestada da escola vizinha (as aulas estavam suspensas em todo o município por conta da enchente) preparou o almoço: pacu⁷ frito, macarrão, arroz, salada,

⁷ O Pacu é um peixe típico, abundante e bastante consumido em toda bacia amazônica.

carne guisada. Além de nós (quatro pessoas visitantes), compartilharam do almoço a enfermeira, dois ACS, dois auxiliares, o piloto da ambulância do distrito e o odontólogo. A médica prosseguiu com as consultas. Durante todo tempo de nossa estada no Posto, cerca de 2 horas, ela permaneceu em seu consultório.

Um fato que nos chamou muito a atenção foi a inserção e a integração da enfermeira responsável pelo posto na comunidade. Em oposição ao distanciamento do profissional médico da vida comunitária, a enfermeira parece estar perfeitamente integrada à vida social local. Ela reside na localidade desde 2010. Segundo a coordenadora do planejamento da SEMSA que nos acompanhava na visita, a comunidade pede para que ela não deixe de atender neste posto. Alguns usuários com quem conversamos confirmaram a solicitação. No fim do mês anterior, na comemoração da padroeira do local, a enfermeira foi responsável pela organização da cerimônia de coroação da Santa. Pela proximidade com as pessoas e conhecimento da história das famílias, notamos que a profissional tem muito carinho pela comunidade e pelo trabalho, assim como é acolhida pelos trabalhadores da saúde e comunidade.

Retornamos à sede por volta das 13 horas, caminhando até o hotel. A cidade adormece ao sol do meio-dia. Lojas fechadas, pedestres, motos e barcos quase não são vistos transitando pela rua. Apenas nós, os turistas, vagando embaixo de sol escaldante do mês de junho. A atividade na Secretaria também é interrompida nesse horário, retornando às 14h30min. Em nova rodada de conversa com a equipe da SEMSA, procuramos saber mais informações sobre os recursos humanos da Secretaria. O regime de trabalho dos enfermeiros nos postos de saúde da zona rural é de 22 dias de trabalho com 10 dias de folga, pois estes residem no local. O município conta com oito médicos

contratados pela Prefeitura e distribuídos nos postos e centros de saúde da sede e zona rural. Eventualmente acompanham alguma equipe de ESF em visitas domiciliares em caso de pacientes acamados ou visitas periódicas nas áreas indígenas. Além desses, o município conta ainda com outros dois médicos (um cirurgião e um clínico geral) lotados no hospital da Sede (contratados pelo estado).

Segundo informações da equipe da secretaria, os alunos do Programa de Internato Rural da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) auxiliam muito no acompanhamento dos serviços de saúde. Os acadêmicos permanecem em torno de 45 dias no município. As despesas de alojamento, alimentação e deslocamento são custeadas pela própria prefeitura. A Programação é da Secretaria Municipal de Saúde, sendo que o odontólogo é o coordenador local do programa (também ex-aluno da UEA). Os alunos vêm da Escola da Saúde da UEA em Manaus. Naquele momento, estavam estudantes de Medicina, Enfermagem e Odontologia. Segundo informações do ex-secretário de saúde, hoje vice-prefeito (e esposo da atual secretária de Saúde), o Programa de Internato Rural foi iniciado há três anos, sendo que a experiência com a primeira equipe foi desagradável. Ele relata que os alunos foram bem recebidos e ao final do campo de estágio prestaram um relatório bem desfavorável sobre a Secretária, com reclamações sobre a falta de infraestrutura e precariedade dos meios de trabalho naquele município. Tal atitude foi percebida como um problema de entendimento da realidade dos municípios do interior da Amazônia. No ano seguinte, o município não recebeu novos alunos, mas, no próximo, voltou a receber os alunos, sendo uma experiência mais positiva.

O argumento de “falta de infraestrutura” frequentemente se torna a bandeira para justificar o desinteresse de alguns profissionais para trabalhar no

interior do estado. Tal discurso pouco contribui para reduzir a iniquidade da assistência, pelo contrário, ele ajuda a distanciar e isolar ainda mais a Amazônia da proteção do Estado. A questão do provimento e da fixação de profissionais de saúde vem sendo abordada por uma equipe de pesquisa multiprofissional e multi-institucional, coordenada pela Fiocruz Amazônia, portanto, logo teremos mais elementos para aprofundar essa discussão. Hoje, o programa de internato é percebido por todos da Secretaria como uma importante estratégia de captação de recursos humanos, especialmente médicos. Todos os anos, há profissionais que sempre retornam ao município depois de graduados, embora não permaneçam lá por longo tempo. A rotatividade de profissionais é grande. Além do serviço público, a cidade tem ainda uma clínica particular (geral) e três farmácias. O município conta com dois odontólogos para atender toda a população. Como a demanda assistencial para este serviço não é elevada, esses profissionais podem dedicar tempo adequado às ações de promoção da saúde.

Em Barreirinha ocorre, todos os anos, a festa folclórica que representa a disputa entre o Touro Branco e o Touro Preto (à semelhança dos Bois Bumbás Garantido e Caprichoso, marcando a forte influência que Parintins tem para o município). Tradicionalmente, a festa ocorria no mês do aniversário da cidade (09 de junho), mas, como por três anos seguidos a cidade sofre com a cheia do rio, a festa neste ano foi transferida para o mês de agosto. O responsável pela Saúde Bucal apresentou um projeto chamado “Boi-Bumbá Dentuço” contando com a colaboração de alguns professores da rede municipal e estadual de educação, técnicos da saúde bucal e ACS. O objetivo dessa atividade era promover ações educativas para a população infanto-juvenil, visando à diminuição dos problemas de saúde bucal na fase adulta. O Boi Dentuço é um boi mirim envolvendo escolares para participar de uma apresentação

que antecede a apresentação dos Touros Branco e Negro durante o Festival Folclórico de Barreirinha. Todos os itens que compõem a apresentação do Bumbá original são substituídos por outros elementos didáticos: Levantador de toada vira Levantador de Sorriso; Porta estandarte torna-se Porta Escova; Rainha do Folclore é Rainha do Sorriso, Sinhazinha da Fazenda passa a ser Sinhazinha da Alegria. As tribos indígenas são substituídas pela tribo das bactérias e a tribo das escovas de dente, que duelam entre si. As músicas apresentadas são todas paródias de toadas conhecidas do Festival de Parintins, trazendo conteúdo acerca da saúde bucal.

O Projeto previa ainda a apresentação do Boi Dentuço em escolas municipais e estaduais, promovendo saúde bucal às crianças e jovens em eventos, tais como festas juninas ou outras festividades comunitárias. Devido ao sucesso da iniciativa, ela tornou-se parte do Programa de Saúde Bucal, Saúde na Escola (PSE) e Educação Ambiental. Os adereços do boi foram feitos de material reciclado. Seu idealizador Ângelo Maklounf e realizador tem apresentado a experiência em encontros locais, como a Regional Norte da Rede Unida (setembro de 2013), em Manaus; e também na Mostra da Saúde da Família/MS (março 2014), em Brasília.

Na segunda visita ao Município, em setembro, observamos a força dessa iniciativa na mobilização e no envolvimento da comunidade. O Projeto do Boi Dentuço conseguiu atingir de maneira muito abrangente não apenas as crianças envolvidas na brincadeira, mas igualmente suas famílias e população em geral do município, mostrando que o trabalho em saúde deve e pode ir além do ato prescritivo e hospital-centrado e que a assistência na Atenção Básica é sim altamente tecnológica. Outro fato que nos chamou a atenção foi que, à exceção da visita feita ao hospital da sede, todos os profissionais de saúde, tanto na gestão quanto na

assistência, têm uma equipe jovem na idade e na ocupação dos espaços de serviço. São motivados, unidos e sensíveis às questões locais de saúde. Municípios com características semelhantes às de Barreirinha costumam sofrer mudanças importantes a cada ciclo eleitoral, com impacto significativo especialmente na Atenção Básica. Neste município, embora o grupo político tenha permanecido o mesmo após a última eleição, a equipe de gestão da Secretaria sofreu significativa renovação. Todos os responsáveis de áreas-chave dentro da Secretaria (como planejamento, vigilância e atenção básica) estavam a menos de seis meses no cargo quando nossa visita foi realizada.

A atual secretária não é profissional de saúde, mas demonstra muita disposição em aprender e dialogar sobre a realidade da saúde. Adota uma postura de compartilhar e construir processos com a equipe e felizmente está assessorada por pessoas vindas principalmente de Parintins, que sofrem por decisões políticas que terminam em demissão de profissionais chamados na gestão anterior, gerando uma evasão desses profissionais para os municípios vizinhos. Ao fim da tarde, a secretária convocou uma reunião com responsáveis de todos os programas para discutirem juntos sobre o processo de interiorização, que envolve a distribuição de ambulâncias e telefones de conexão por satélite. No início da reunião, a secretária nos apresentou a todos, momento no qual detalhamos um pouco sobre os objetivos de nossa visita ao município. Ao fim da tarde deixamos a secretaria e caminhamos pelas margens do Igarapé do Pucú de volta ao hotel. Essa parte da cidade foi invadida pelas águas escuras do Rio Andirá, configurando-se como uma das regiões mais atingidas pela enchente. No quintal das casas alagadas, bastante lixo, entulho, canoas e cães dividindo o espaço. Nas principais vias foram construídas pontes e passarelas de madeira com 30 a 40 cm de largura, elevadas nas margens das ruas

alagadas. Motos, bicicletas e pequenos caminhões cruzam a via por dentro da água. O que nos impressionou foi que a água, embora provavelmente contaminada, tivesse aspecto limpo e era corrente.

No caminho de volta ao hotel, passamos pela residência do poeta Thiago de Mello. O terreno tem um lindo bosque com construção de madeira ao centro. Aparentemente, o lugar está abandonado. Esta rua parece ser uma importante via para a cidade, aí se localiza também a maior escola de Barreirinha, Escola Estadual Hilma Dutra e o “Touródromo”, principal espaço de entretenimento da cidade onde ocorre o Festival Folclórico. Chegamos ao hotel por volta das 18 horas. Cansados e com sede, procuramos água no bar em frente ao hotel. O que nos surpreendeu é que não havia água para vender. O líquido gelado à venda na maioria dos estabelecimentos era a cerveja. Ao lado, em uma sala de casa improvisada, funcionava uma “churrascaria” que vendia espeto de carne e frango servido com farofa, arroz e macarrão.

Considerando a experiência gastronômica que tivemos em vários estabelecimentos da cidade, observamos: comida muito salgada, café e suco bem adocicados, refeições servidas sempre com arroz e macarrão. Todos os estabelecimentos vendem cerveja, nem todos comercializam água mineral. No café da manhã do mercado público, saboreamos o tradicional café com tapioca. Em todas as visitas domiciliares que fizemos, acompanhando uma ACS, todas as famílias contavam com parentes que apresentavam hipertensão, diabetes ou problemas cardíacos. Ficou-nos evidente que um consistente programa de educação alimentar poderia causar impactos relevantes na melhoria das doenças crônicas mais frequentes no município. Aliás, planejar ações de saúde que ultrapassem campanhas focadas em atividades pontuais e irregulares

(campanha de vacinação e de prevenção de DST, Dia da hipertensão, da tuberculose ou do diabetes etc.) não são comuns em municípios com essas características. Elaborar programas de saúde que articulem objetivos, atividades, recursos e diversas estratégias combinadas, com caráter mais permanente, parece ser ainda um processo pouco presente nas Secretarias de Saúde dos municípios de menor porte. As secretarias precisam de ajuda e qualificação para este exercício.

Às 8h15min do dia seguinte, pegamos carona de moto com colegas da SEMSA. A Secretária organizou um farto café da manhã regional: pães, ovos, banana frita, tapiocas e café com leite. Dividimos a mesa com um dos médicos que presta serviço para a SEMSA e também no hospital (estadual). Ele reside em Parintins, mas tem dez dias por mês de sobreaviso em Barreirinha. Na ocasião conhecemos também o vice-prefeito e ex-secretário de saúde, que é enfermeiro. O assunto que dominou a discussão foi a situação da administração pública em Parintins e que traz repercussões importantes no cotidiano de Barreirinha. Após o café da manhã com outros colegas da secretaria, colhemos fotografias, informações, documentos e relatório sobre o município e sobre as ações da secretaria. Às 10 horas partimos para acompanhar uma equipe da ESF em visita às casas de um dos mais recentes bairros da sede e fortemente atingido pela enchente. Sob um forte sol, com botas de plástico, sob proteção de filtro solar e chapéus, acompanhamos uma ACS e a enfermeira coordenadora daquela zona.

Visitamos quatro residências, iniciando no Bairro Nova Conquista, que, segundo os ACS, foi ocupado há cerca de três anos. Nova Conquista caracteriza bem um espaço urbano de ocupação recente: palafitas de madeira com amplo terreno ao redor das casas, bem espalhadas em

todo o terreno. As casas têm pouca infraestrutura: único cômodo, suspensas a um metro do chão, banheiros dentro ou fora de casa separados por pedaços de pano ou algumas tábuas de madeira, dejetos lançados diretamente ao solo (agora no alagado), encanamentos “puxados” de poços de vizinhos, com eletricidade. Segundo informações, este bairro foi formado por pessoas que vieram de zonas rurais que, por diversos motivos, migraram para a cidade, mas que pode ser temporário porque alguns ainda conservam suas propriedades no interior. O que nos chamou a atenção foi a presença de migrantes indígenas.

A primeira visita foi feita a Dona Maria⁸, da etnia Saterê Mawé. Estava acompanhada por uma neta, que pouco sabia informar sobre a situação de saúde da avó, pois, segundo ela, quem cuidava da avó era sua mãe, que havia saído de casa para comprar comida. Dona Maria se queixou de dor de cabeça, a ACS aferiu a pressão constatando que estava alta. A enfermeira prontamente ofereceu comprimido sublingual. Pediu para ver os comprimidos para controle da pressão. Observando que o prazo de validade já havia expirado, estava claro que Dona Maria não estava fazendo uso regular da medicação. Todas as orientações e o atendimento foram feitos em português para a neta e Dona Maria, que não se expressava nessa língua. Não ficou claro se ela percebia corretamente as orientações da equipe de saúde. Nesse caso, se constatou que a ACS deveria fazer uma nova visita para conversar diretamente com a filha da Dona Maria. Em seguida fomos para a casa de Dona Fátima, onde residem três pessoas. Fomos calorosamente recebidos pelo seu esposo, que rapidamente nos apresentou alguns instrumentos musicais de sua criação. Enquanto a enfermeira prestava atendimento à senhora Fátima, que se queixava de formigamento no seio, seu marido passou a nos contar antigas histórias da cabanagem e da época que vivia

⁸ Os nomes são fictícios para preservar a identidade das pessoas.

na aldeia. O atendimento da enfermeira foi voltado para aspectos terapêuticos: marcação de exames, conferência da medicação, análise clínica, deixando passar possibilidades de verificar a situação de saúde de toda a família.

Subindo e descendo pontes, partimos para o bairro São Geraldo, próximo dali. Bairro mais antigo e aparentemente mais organizado. Algumas casas já em alvenaria, embora ainda muitas de madeira. O local também estava alagado. Visitamos Dona Rosa, que sofre de diabetes. A residência era menor, com quintal pequeno e a casa era dividida em dois cômodos. Os residentes, Dona Rosa e seu esposo, aparentavam cerca de 60 anos. Após aferir a pressão de Dona Rosa, a enfermeira pediu para ver suas doses de insulina. O medicamento estava em um pequeno recipiente refrigerado. Enquanto a enfermeira prosseguia solicitando exames e fazendo prescrições, conversamos um pouco com seu marido, que falava sobre a situação de saúde geral de Barreirinha. Reclamava da falta de médico, mas reconhecia a presença constante da ACS no bairro.

As ruas já estavam vazias, pois se aproximava a hora do almoço. O sol já dificultava a caminhada. No caminho de volta, uma senhora estava sentada na varanda de casa à espera de nossa equipe, e logo mostrou à enfermeira o resultado de seu eletrocardiograma. O exame estava fora dos padrões esperados e a enfermeira fez encaminhamento para consulta no centro de saúde que cobre aquela zona. Antes de regressarmos ao hotel, paramos na casa da ACS que residia no último bairro visitado, para verificar as planilhas de acompanhamento das famílias. Refrescamos-nos e às 12h30min partimos novamente para o almoço em um restaurante na beira do rio, a convite do vice-prefeito. Lá permanecemos até o anoitecer e conversamos sobre diversos temas e histórias do município.

No terceiro dia estava programada uma visita ao Distrito de Cametá, localizado a oeste da sede, próximo ao município vizinho Boa Vista do Ramos, mas não aconteceu porque o nosso retorno a Parintins estava marcado para as 16 horas. Assim, dedicamos o dia para visitar o Hospital da cidade e o único Centro de Saúde (os demais são Postos de Saúde). O Hospital foi reinaugurado há três anos, depois de passar por reforma e ampliação feita pelo Governo do Estado. O prédio é amplo, climatizado, limpo e com decoração em todas as paredes. A enfermeira-chefe nos apresentou o local, depois de termos conhecido o diretor da unidade (um odontólogo). O hospital possui 31 leitos entre pós-parto, enfermagem masculina, feminina, sala de observação e pediatria. Conta com laboratório capaz de realizar bioquímica, hematologia e parasitologia. Além desses exames, o hospital conta ainda com equipamento de Raios-X e está prevista a instalação de um mamógrafo, dependendo apenas da adequação da sala para tal.

Havia banco de sangue no município, mas, atualmente, foram centralizados em Parintins a análise e a redistribuição à Regional do Baixo Rio Amazonas. O Hospital de Barreirinha tem uma pequena quantidade de sangue armazenada para casos de emergência. Os medicamentos vêm direto da Central de Medicamentos em Manaus para a Unidade e ficam armazenados em uma sala que mede 4 x 2m. A responsável do estoque queixa-se de que alguns medicamentos chegam na Unidade com prazo de validade já muito curto. Não ficou claro o que fazem com o material já vencido. Quanto ao descarte do lixo hospitalar, a enfermeira informa que não descartam separadamente e tudo é recolhido pela limpeza pública.

O prédio conta ainda com uma sala de parto, com média de 30 partos/mês, e um centro cirúrgico. No momento, as cirurgias estão suspensas devido à enchente,

que compromete a higiene das casas e da cidade, elevando o risco sanitário e a possibilidade de infecção pós-operatória. A gestão promove os mutirões de cirurgia com apoio da Secretaria Estadual da Saúde. Essa prática é frequente nos municípios do interior para suprir a carência de cirurgiões. Ao deixarmos o hospital, seguimos até o Centro de Saúde Giovanna Galli. Originalmente a unidade ficava na Zona Sul da cidade, no entanto, como o espaço está em reforma, está funcionando em uma residência às margens do Paraná do Ramos. Nossa primeira visão ao chegarmos foi uma embarcação de 20 metros de comprimento que descarregava passageiros no quintal da residência a menos de 5 metros da varanda. Chegamos por volta das 10h30min e não havia muitas pessoas a serem atendidas. O Centro de Saúde funciona com três enfermeiras, sendo que uma é a responsável da unidade e atua pouco no atendimento direto aos pacientes. A diretora do centro também é a responsável municipal do Plano Nacional de Imunização (PNI), Saúde da Criança e da Mulher. Há sempre um médico à disposição do atendimento. Outros auxiliares/técnicos realizam demais serviços, como controle de vacinas, curativos, dispensação de medicamentos etc. O centro possui, ainda, consulta odontológica, mas, devido à falta de condições deste prédio, as consultas estão sendo realizadas em outro local. Este centro é base para as duas equipes da ESF que visitamos no dia anterior. Há previsão de que, quando o novo espaço fique pronto, o Centro contará com espaço para fisioterapia, pequeno laboratório para coleta de exames, além de continuar sendo a base para o PNI do município. Ao meio-dia almoçamos em um estabelecimento ao lado do Mercado Municipal. Após outra manhã quente, o dia foi novamente refrescado com uma chuva às 14 horas. Retornamos para o hotel e traçamos algumas outras reflexões a partir de um olhar possível sobre esta experiência.

Algumas considerações...

Longe de pretender levantar pontos finais de reflexão, essa experiência abriu novas possibilidades de pensar a atenção básica na realidade amazônica. Encontramos o município em uma situação de emergência em razão da enchente, as atividades de educação, lazer, saneamento, cultura e saúde sendo afetadas pelas águas dos rios Andirá e Paraná do Ramos. As ruas e casas de Barreirinha estavam alagadas, sendo necessária a construção de pontes e passarelas para a circulação das pessoas. Tudo isso como parte de uma realidade amazônica: o ciclo das águas. No entanto, todos foram unânimes ao dizer que a situação é recorrente, pois nos últimos cinco anos houve três grandes enchentes. Por outro lado, as secas também castigaram o município, aprofundando o problema do acesso e do isolamento das comunidades ribeirinhas, ou seja, o clima e o ciclo das águas não são os mesmos, temos algo diferente acontecendo na Amazônia, que impacta diretamente em como fazer a atenção básica. Pareceu-nos claro que “distante” é um adjetivo usado para caracterizar um lugar que pouca interferência humana recebeu, incluindo presença do estado por meio de suas políticas públicas. Políticas essas que podem tanto amenizar quanto aprofundar as iniquidades e vulnerabilidades deste território. É importante considerar que a forma como o Estado entende uma região determina os rumos do uso e das políticas de ocupação da terra, ou seja, se o espaço amazônico for entendido como “um grande vazio demográfico”, as ações públicas continuarão sendo desenhadas “para ninguém”. Becker (2005) defende que na Amazônia deve haver substituição da política de ocupação por uma política de consolidação do desenvolvimento que inclua, e não exclua, a interação dos atores locais. Portanto, “distante” não se refere necessariamente a espaço físico, geograficamente determinado. Nesta perspectiva, ressalta-

se que o não acesso a serviços de saúde não acontece exclusivamente por conta da peculiaridade geográfica do território, mas ainda pela inadequação dos modelos assistenciais à realidade amazônica.

Em localidades como Barreirinha, vimos que os atores locais que articulam as ações de saúde, tanto na gestão do sistema quanto na produção do cuidado, estão em exercício permanente de adequação de suas práticas do cotidiano às diretivas e protocolos definidos pelas orientações das políticas nacionais, pois dependem do auxílio financeiro federal. Nesse sentido, o descompasso entre a realidade local e as políticas de saúde nacionais permanece em constante tensão. Um exemplo disso é a possibilidade de criar equipes de saúde ribeirinhas pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), mas que não são implementadas pelos municípios para os quais a política foi pensada. Apesar disso, a Política é um avanço na tentativa de se aproximar da realidade amazônica, embora ainda permaneçam as dificuldades como a estruturação das equipes e a carga horária dos profissionais.

Outro ponto que gostaríamos de levantar é que o Brasil, ao adotar a Estratégia Saúde da Família como forma de organizar a Atenção Básica, estabeleceu, consequentemente, um novo paradigma: ações de saúde centradas no coletivo em oposição àquela centrada no indivíduo. No entanto, observamos que a prática profissional ainda permanece orientada pelo ato prescritivo, correndo o risco de se reproduzir a prática normativa, hegemônica, produtora de procedimentos, não necessariamente promovendo saúde. Em cenários como o da nossa visita, a vida coletiva parece ser mais intensa, seja na força dos laços familiares, seja na organização comunitária. A solidariedade é um valor bem presente. Entendendo essa dinâmica fica fácil compreender como ações que não requerem alta carga de “tecnologia dura” podem ter um

impacto significativo quando construídas coletivamente com a comunidade, priorizando o uso das “tecnologias leves” (MERHY; FRANCO, 2003)⁹, a exemplo do Projeto do Boi Dentuço e do envolvimento dos profissionais de saúde na dinâmica social do lugar. Como promover equidade sem ameaçar a sustentabilidade do sistema foi uma pergunta que nos acompanhou durante toda a estadia. Como integrar as ações no âmbito regional, colocando em prática a política da regionalização? O contexto da enchente trouxe a necessidade de ações intersetoriais, o que nem sempre é prática recorrente em outros períodos.

A realidade do município apresenta os desafios próprios da região: fixação de médicos para prover a atenção básica para as áreas rurais, algo que o Programa Mais Médicos está contemplando e mostrando a possibilidade de políticas que problematizem a formação e o fazer da atenção básica em saúde; integração de políticas de saúde, como por exemplo a saúde indígena na atenção básica, uma vez que ambas se operacionalizarão no mesmo território; desafio de propor modelos que promovam a participação social, algo que observamos no exercício da discussão do Plano Municipal de Saúde Pública; o desafio da Promoção da Saúde, sendo o que vimos no exemplo do Boi Dentuço, que envolve a promoção e a educação popular em saúde, dialogando diretamente com a cultura da região do Baixo Rio Amazonas. É indispensável ter o dinamismo da vida amazônica – humana e viva – presente nas reflexões sobre fazer saúde nesse território, afastando o temor da esperança, como nos ensina o poeta de Barreirinha...

⁹ Merhy e Franco (2003) chamam de *tecnologia dura* aquelas inscritas nos instrumentos e equipamentos médico-hospitalares pré-formatadas para produzir um produto predeterminado de saúde. Em oposição, *tecnologia leve* refere-se à relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o usuário (individual ou coletivo), implicada na produção de saúde desde onde se compartilha o cuidado, desde que essa relação não seja burocrática e centrada no ato prescritivo.

O barco se afasta devagar. Do alto da proa, fico olhando a menina sentada no barranco. Um brilho que me perturba cresce nos seus olhos, onde palpitam misturados a força e o desamparo. Uma espécie de esperança amedrontada. É o olhar da própria Amazônia, de alguém que sente a precisão de amor. (MELLO, 1987, p.72-73)

Referências

AMAZONAS. Secretaria de Estado do Planejamento, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação. **Produto Interno Bruto dos municípios do Amazonas 2010-2013**. Manaus: SEPLAN-CTI, [2013?].

BECKER, B. Geopolítica da Amazônia. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 53, n. 19, p. 71-78, jan./abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.9, p. 2005-2008, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Amazonas - AM: Barreirinha**. Histórico do município. [on-line] 2014a. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=395>>. Acesso em: 14 set. 2014.

_____. **Censo Demográfico 2010**. [on-line] 2014b. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 14 set. 2014.

MELLO, T. **Amazonas, pátria da água**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987.

_____. **Mormaço na floresta**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p.316-323, 2003.

WITKOSKI, A.C. **terras, florestas e águas de trabalho: os camponeses amazônicos e as formas de uso de seus recursos naturais**. 2. ed. São Paulo: AnnaBlume, 2010.

EXPERIÊNCIAS INOVADORAS DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA

*Cristiane Castro
Alexandra Vasconcelos
Camila Aguiar
Aline Lima Xavier
Luzia Vilma Delgado
Ronaldo Santos*

Introdução

A inovação em saúde é um tema bastante abordado na atualidade, a partir da necessidade de incorporação das práticas que traduzam os princípios da integralidade, universalidade e equidade para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo a gestão, a organização dos serviços de saúde, os trabalhadores da saúde e os usuários atores importantes no processo de construção de práticas inovadoras na gestão e no cuidado. Assim, para Omachonu e Einspruch (2010), a inovação nas organizações de assistência à saúde consiste tipicamente em novos serviços, novas formas de trabalhar e/ou novas tecnologias. Dessa maneira, é na busca do novo que surge a possibilidade de aperfeiçoar o trabalho já existente, aprimorar os resultados, criar situações e oportunidades positivas para a solução de

problemas do cotidiano do serviço. É no diagnóstico feito com os trabalhadores que os problemas são identificados, as necessidades são apontadas e as soluções são pensadas, tendo a oportunidade de inovar no processo local da prestação feita para a comunidade. Algumas experiências na Atenção Básica (AB) consideradas inovadoras têm como característica a mudança na atenção ao usuário, seja pela forma de acolhê-lo, escutá-lo ou pela educação e informação que é passada à comunidade.

A Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) tem utilizado o conceito de inovação como toda iniciativa que traz alguma novidade, renovação no ambiente de trabalho ou no modo de fazer saúde. Inclui desde mudanças no atendimento direto prestado à população, nas atividades de prevenção e promoção à saúde, como também estudos e análises que permitam ampliar a sua visão sobre determinado problema. Dessa forma, as experiências propostas pelos profissionais de saúde vinculados a FESF-SUS são desenvolvidas em equipe e com usuários e lideranças locais para a identificação dos temas a serem abordados com a população, na organização do serviço por meio do acolhimento e classificação de risco, na implantação da ficha de registro da visita domiciliar em cada prontuário, no combate ao tabagismo, ou seja, na busca do cuidado integral. O que reforça a definição de Pinheiro e Mattos (2001), sobre a integralidade de que esta existe em ato e pode ser demandada na organização de serviços e na renovação das práticas de saúde, sendo reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado e que têm em suas concepções a ideia-força de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades. A FESF-SUS tem buscado conhecer e incentivar as atividades inovadoras na gestão e no cuidado que são realizadas pelas equipes de saúde da família e, ademais, almeja contribuir para a melhoria da qualidade do serviço das equipes. Estimula o desempenho e o tra-

balho coletivo e multidisciplinar, bem como o aperfeiçoamento das ações em saúde, com uma visão mais integral e humanitária. Por esse motivo, enquanto representante do Núcleo locorregional do projeto *Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais em Atenção Básica à Saúde na Bahia*, a FESF-SUS elegeu as experiências municipais inovadoras do cuidado como um dos seus focos de pesquisa.

Discutindo inovação em saúde: conceito de inovação

Embora o termo “inovação” necessariamente incorpore uma gama de fenômenos, é importante identificar as principais características que o definem. No entanto, isso pode ser difícil em razão das várias definições utilizadas na literatura. É geralmente aceito que o termo inovação implica não apenas invenção, mas também a implementação (ou adoção). Também é claro que a dimensão de inovação só pode ser entendida em relação ao contexto. Em outras palavras, a mesma intervenção pode não ser inovadora em circunstâncias diferentes ou alteradas. Isso torna a avaliação objetiva dos graus de “inovatividade” problemática. O termo está ligado às noções de “novidade” ou “diferença”, que podem ser mais passíveis de mensuração objetiva (RYE; KIMBERLY, 2007), mas, em última análise, a decisão sobre o que é ou não é inovador envolve um julgamento.

Nesse texto, adotamos a definição de Rye e Kimberly (2007), em que inovação é compreendida como qualquer prática ou produto que representa um afastamento consciente e significativo do comportamento atual. Este elemento de descontinuidade distingue inovação de uma ampla gama de tipos de melhoria. Helfrich *et al.* (2007) utilizam a definição de ideias, práticas ou tecnologia que são percebidas como novas pelo adotante. Para Freeman *et al.*

(2006), a intervenção inovadora muda as características da organização, seus sistemas de produção ou de mercado. Isso não significa, porém, que todas as inovações irão apresentar rupturas dramáticas em relação a problemas-limite. Como processo, a inovação também pode ser gradual e incremental (HWANG; CHRISTENSEN, 2007), porém constitui uma mudança radical ao longo do tempo.

As intervenções inovadoras vão desde aquelas que afetam fundamentalmente as principais tarefas clínicas (geralmente reunidas na forma de um novo medicamento ou procedimento) às inovações gerenciais e organizacionais que impactam em um espectro de atores do sistema. (PARNABY; TOWILL, 2008) Com efeito, a distinção entre inovação clínica e organizacional precisa ser realizada com a ressalva de que qualquer nova intervenção tem impactos sobre o comportamento individual, grupal e organizacional. Outras subcategorias incluem ainda “inovações sociais” – intervenções destinadas a fortalecer a comunicação e o trabalho em equipe (DJELLAL; GALLOUJ, 2007) – e as inovações em matéria de governança. (MOORE; HARTLEY, 2008) Finalmente, há uma crescente atenção para o potencial transformador de inovações “disruptivas” – novas e radicais intervenções que ameaçam modelos estabelecidos, práticas e interesses. (HWANG; CHRISTENSEN, 2007) Portanto, o conceito de inovação engloba uma série de atividades. Embora grande parte da literatura enfoque hospitais, os cenários de inovação variam de prática clínica em cuidados primários e secundários, passando pela assistência social, até saúde domiciliar ou comunitária. Da mesma forma, os “usuários finais” de inovações incluem não apenas clínicos, mas também outros atores, como os enfermeiros, agências reguladoras, os contribuintes e os pacientes. (GELIJNS; ZIVIN; NELSON, 2001) Segundo Omachonu e Einspruch (2010), inovar não é característica de apenas uma área, mas características de indivíduos, de pessoas: as descobertas e inovações em todas as

áreas foram sempre feitas por indivíduos que observaram e perceberam, de uma maneira diferente, fatos que todo mundo tinha como verdades inquestionáveis.

Inovação em saúde/Inovação na Atenção Básica

A atenção à saúde caracteriza-se por um conjunto de ações em saúde e exige, cada vez mais, mudanças nas formas de cuidado tanto no âmbito individual quanto no coletivo. As inovações em saúde contribuem, sobremaneira, para melhorar às respostas das necessidades da população.

Para Pinheiro (2003), a gestão dessas organizações de atendimento básico de saúde é complexa, pois cada unidade possui características e necessidades específicas. As unidades constituem uma rede de atendimento e cada equipe tem uma qualificação profissional, e esses são fatores que interferem diretamente na realização de projetos inovadores. As atividades *informes* em saúde necessitam de continuidade e dedicação profissional e, muitas vezes, de apoio institucional. Para inovar é preciso criatividade, talento, força de vontade, dedicação, não necessariamente recurso financeiro. Ainda segundo a autora, para o alcance de um bom nível de gestão e de desempenho, as organizações devem contemplar, em seu plano diretor, ferramentas de planejamento e controle adequadas às características específicas de seus recursos operacionais, garantindo a continuidade e a melhoria contínua do processo administrativo. (PINHEIRO, 2003)

Cassiolato e Lastres (2005) corroboram a ideia e definem a inovação como um processo de busca e aprendizado socialmente determinado, fortemente influenciado por formatos institucionais e organizacionais específicos, tais como: diversidade regional e especificidades locais. Sen-

do assim, existem diferenças entre os sistemas de inovação de um país para outro, de uma região do mesmo país para outra e até mesmo de um local para outro dentro de uma mesma região. Essa concepção de inovação nas mais diversas realidades é o que permite agregar este conceito de inovar no âmbito da saúde. É a busca de mudanças que considera as diversidades das pessoas, dos processos e dos lugares. É o que modifica e faz real, é o que transforma o médico em “palhaço”, o agente comunitário em “artista”. É a criação de projetos que alteram o cotidiano rotineiro em novas ações de saúde e torna inovador o que até então era rotina.

Schumpeter (1912) afirma que “inovação” significa fazer as coisas de forma diferente do que já acontecem. Assim, remete a inovação como método de novas possibilidades de ampliar a promoção da saúde no contexto das situações agravantes da população e/ou situação de saúde da população e ampliar a qualidade de vida. É no contexto da saúde coletiva que novas propostas de transformar o cuidado se estabelecem, uma vez que por meio da atenção básica à saúde é possível conhecer os determinantes sociais de saúde e doença e, a partir de então, traçar estratégias de melhoria para as demandas da população. Van de Ven (1986) traz que existem aspectos que se relacionam com o processo de desenvolvimento da inovação envolvendo a gestão, a inovação e a saúde, os quais trazem a ideia de inovação como um processo que deve ser gerido.

O processo de inovação é definido como o desenvolvimento e implementação de novas ideias por pessoas que, ao longo do tempo, realizam operações com os outros dentro de um contexto institucional. Esta definição é suficientemente geral para aplicar a uma ampla variedade de técnicas, produtos, processos e tipos de ino-

vações administrativas. Do ponto de vista gerencial, para compreender o processo de inovação é necessário compreender os fatores que facilitam e inibem o desenvolvimento de inovações. Esses fatores incluem ideias, pessoas, transações e contexto ao longo do tempo. (VAN DE VEN, 1986, p.591)

A Atenção Básica é marcada pela união de ações em saúde e tem como pressupostos a promoção da saúde e qualidade de vida, a prevenção de agravos à saúde, a proteção, a recuperação, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Mendes (2007) estabelece que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) representam o local de consolidação da comunicação da Atenção Primária à Saúde (APS), pois entende que corresponde a primeira prestação do serviço de saúde e, conseqüentemente, do primeiro contato com os problemas de saúde da população. Nessa conjuntura, as inovações em Saúde na AB fazem um papel diferencial para o campo, trazendo novos “comportamentos” e novas maneiras de inserir práticas em saúde, em resposta às necessidades de saúde e incrementa mudanças no sistema e no serviço prestado às populações.

Importância da inovação no processo de trabalho e impacto na saúde da população

A mudança no cenário da saúde no Brasil tem tomado grandes dimensões: a descentralização dos serviços e a instituição de Programas de Saúde da Família, mais atual, Estratégia Saúde da Família (ESF), foram modelos fundamentais para estabelecer um elo maior entre saúde e população. A AB é uma estratégia do sistema de saúde para aproximar população e serviço. Constitui a porta de entrada

do sistema de saúde, como estabelecido na conferência de Alma Ata, em 1978, e com um poder resolutivo de até 80% dos problemas de saúde da população. (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012) A inovação em saúde começa com a mudança do modelo tradicional hospitalocêntrico para uma inovação tecnológica que é a ESF, a qual tem como foco a família e também centraliza as ações na coletividade. Esse é um exemplo da primeira inovação no âmbito da saúde, a qual deixa de ter um direcionamento único e passa a ser gerida por uma equipe multiprofissional. (SCHERER; PIRES; SORATTO, 2014)

A ideia de inovação tecnológica é a transformação do conhecimento para gerar produtividade, e isso faz parte de um sistema capitalista. É a introdução de um novo produto, serviço ou processo no mercado com base no conhecimento disponível. Assim, a inovação é o conhecimento em ação, é o conhecimento utilizado largamente no âmbito da sociedade e no âmbito das organizações produtivas, sejam elas de bens ou de serviços em saúde. (ARONE; CUNHA, 2006) A inovação está incorporada a mudanças de instrumentos de trabalho utilizados nos processos produtivos, mas também relaciona-se com a forma de organização do trabalho, bem como os conhecimentos disponibilizados ao trabalhador. (SCHERER; PIRES; SORATTO, 2014) Lorenzetti (2012) traz que a inovação tecnológica, seja em termos de disponibilidade de equipamentos, seja em novas técnicas assistenciais sobre diferentes campos ou especialidades do setor da saúde, pode ser utilizada para modificar os modelos de organização e gestão do trabalho.

Assim como as transformações administrativas e organizacionais são importantes para qualificar o serviço em saúde, as ações operacionais da assistência são fundamentais para fortalecer o processo de trabalho nas unidades, a fim de estabelecer e, cada vez mais, consolidar o vínculo

entre comunidade e serviço. É uma mudança não apenas na categoria profissional, no que diz respeito à oferta multiprofissional, mas no trabalhador, seja ele médico, enfermeiro, fisioterapeuta, dentre outros, que fará não mais o “mesmo”, mas sim, o “mesmo” em outras formas, ou melhor, *informes*: inovação na AB.

Pinheiro (2005) enfatiza a importância da integralidade, princípio norteador do SUS que tem no campo das práticas um espaço de materialização da saúde como direito e como serviço. É por meio desse princípio que as ações cotidianas em saúde deverão ser construídas com a interação democrática dos sujeitos, garantindo a liberdade de escolha do cuidado e a autonomia. A partir do momento que deixa de existir o sujeito individual e passa-se ao conceito de sujeito coletivo, a integralidade no cuidado é completa, e isso permite a interatividade entre os sujeitos na tentativa de novas estratégias no processo de trabalho na AB. Essa mesma autora reflete sobre a relação entre o poder/saber no processo hierarquizado das consultas e dos atendimentos nas unidades. O cuidador, detentor do poder/saber frente ao paciente, na condição de demanda do cuidado, submetido à oferta dos serviços para melhoria de sua situação de saúde. No entanto, essa relação deve ser desmistificada, pois, como referido por ela, o trabalho, ou as unidades de saúde, devem ser locais de encontros e troca de saberes. Aquele processo de trabalho rotineiro, tecnicista e monótono precisa ser repensado pelas equipes de saúde, para além de aperfeiçoar seus conhecimentos, tornar o ambiente de trabalho mais agradável e atrativo à população.

Embora os serviços das unidades de saúde obedeçam a protocolos de atendimentos/consultas, a melhoria do processo de trabalho e a atratividade dos usuários dependem muito de como as ações estão sendo desenvolvidas. Muitas pessoas não conhecem os serviços da atenção primária e,

tão somente quando precisam de assistência médica, dirigem-se a hospitais e pronto-atendimentos. Dessa forma, cabe às equipes desenvolver estratégias – ações inovadoras – para agregar e informar à população o papel das unidades dentro do SUS e, a partir de então, fortalecer o vínculo serviço/comunidade. Pinheiro (2005) diz que o sucesso das ações cotidianas não se restringe ao êxito da técnica, mas a uma visão voltada para a construção de projetos coletivos, integrados, de cuidado em saúde, em que os profissionais, gestores e os usuários/pacientes seriam co-responsáveis pela produção de um saber/fazer, feito por gente que cuida de gente.

As ações inovadoras na atenção básica a saúde vão além de novas criações de projetos com desenvolvimento de atividades inéditas, inovar na AB também reflete mudanças nas próprias atividades cotidianas, que embora não sejam novas, fazem parte do contexto da unidade. Então, atentar para fazer diferente, o que é comum também, constitui-se como uma ação inovadora e esta é a pretensão para qualificar o atendimento e o processo de trabalho nas unidades de saúde. Como já dito antes, é fazer o “mesmo” de outra forma. Muitas equipes de saúde, no Brasil, vêm desenvolvendo ações inovadoras na AB, em todas as áreas, sejam elas na saúde da mulher e do homem, saúde mental, da criança, no programa de *Hiperdia* (Hipertensão e Diabetes), dentre outros, a fim de tornar o rotineiro em novo e o monótono em atrativo. Como exemplo, um estudo realizado por Onocko-Campos et al. (2012), em dois distritos mais populosos de Campinas, em 2007, com baixos índices socioeconômicos, tinha como eixos a melhora do seguimento clínico pela avaliação da frequência de Acidente Vascular Cerebral (AVC); a articulação entre as redes de Atenção Primária e de Saúde Mental; e a efetiva implantação de estratégias de promoção à saúde.

Dessa forma, por meio de um estudo avaliativo e qualitativo, definiram-se como variáveis o atendimento ao paciente com AVC, a atenção a pacientes com sofrimento mental e seus familiares e o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde. Para desenvolver um trabalho com essas variáveis, foram organizados grupos focais compostos por usuários, agentes comunitários e trabalhadores. Eles utilizaram a pesquisa na saúde como um instrumento de coleta de informações sobre características da população para estabelecer mudanças na organização de seu processo de trabalho.

Essa invenção de novas formas de produzir saúde passa obrigatoriamente pela modificação do processo de trabalho das equipes, implicando na apropriação coletiva do desafio da construção de novas formas de responsabilização, e na assunção do problema de saúde/necessidades representada pelo usuário como objeto da ação de saúde. (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007, p.816)

A inovação é uma estratégia que pode ser desenvolvida pelas equipes de saúde, no intuito de transformar o cotidiano em novo, ou mesmo traçar diferentes formas de fazer saúde. É a partir de novas criações, iniciativa dos profissionais, trabalho coletivo e multidisciplinar que o processo de trabalho nas unidades torna-se diferenciado e com bons resultados na saúde da população.

Metodologia

Para a prospecção de experiências, foram elaboradas algumas questões orientadoras: o que singulariza o trabalho das equipes de saúde selecionadas em relação às demais? Qual o conteúdo “inovador” na prática selecionada? Há influência do ambiente político, social ou de modelo de saúde adotado pelo município para delineamento das práticas inovadoras? O que mobiliza o desenvolvimento das experiências? Em seguida, foram identificadas as primeiras pistas de ver/ouvir/pensar para identificar as práticas inovadoras na gestão e no cuidado: Prêmio por Inovação e Qualidade (PIQ); Identificação de experiências municipais pelos apoiadores institucionais; Plano de Ações e Resultados em Saúde; Trabalhos de conclusão de curso dos trabalhadores educandos da especialização em saúde da família da Universidade Federal de Pelotas, em convênio com a FESF-SUS.

Foram identificados alguns analisadores para prospectar as experiências inovadoras: A novidade no instituição; Continuidade da experiência; Aplicabilidade; Retorno social; Envolvimento dos atores (equipe, usuários, gestores); Percepção dos atores em relação à experiência. Estes analisadores foram utilizados para a definição dos critérios de seleção das experiências. Dessa forma, na seleção das experiências para serem objeto da Prospecção foram utilizados alguns critérios como relevância para a unidade, profissionais e população; clareza na descrição, justificativa, objetivos e métodos das propostas submetidas ao PIQ; e natureza inovadora, como um método criativo de “fazer” saúde. Sobre tudo, características como aplicabilidade, retorno social e continuidade da experiência foram avaliadas. Em um primeiro momento foram selecionadas seis experiências nos municípios de Lauro de Freitas (2), Barra da Estiva (1), Brumado (1), Palmeiras (1) e Uibaí (1). Porém, por motivos diversos, tais como mudança de profissionais,

encerramento da experiência, descontratualização dos serviços pelo município, apenas três experiências foram prospectadas: *Rádio comunitária: a participação dos profissionais da Unidade de Saúde da Família (USF) Caji/Vida Nova, Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família: a experiência da USF Vila Nova e Implantação de horta viva como estratégia alternativa para tratamento fitoterápico de doenças comuns, valorização de cultura popular e redução de custos com medicamentos sintéticos*. Permaneceram as experiências dos municípios de Lauro de Freitas e de Palmeiras. A coleta dos dados seguiu um modelo de entrevista estruturada, a qual seguiu sob permissão dos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O instrumento de coleta refere-se a um roteiro de entrevista composto por duas partes. Uma destinada ao profissional da equipe de saúde da família e outra voltada para a entrevista com o usuário.

Cumpridas todas as etapas relativas à obtenção da autorização das equipes, elaboração do cronograma de visitas e da aceitação dos usuários, teve início a coleta de dados. Esta foi realizada por meio de entrevista semiestruturada na própria USF ou no local onde a experiência era realizada no território de abrangência. Tanto no dia de desenvolvimento da experiência como nos dias de atendimento da USF. A coleta de dados foi realizada no período de setembro a dezembro de 2013 por uma equipe devidamente treinada quanto à forma de abordagem durante as entrevistas. As entrevistas foram filmadas e gravadas, assim como foram obtidos registros fotográficos da USF, da equipe e da experiência. Durante as entrevistas foram observadas e registradas informações sobre o modelo de atenção em saúde do município, a equipe e a proposta inovadora, inclusive as dificuldades e facilidades enfrentadas para a implementação desta. As entrevistas foram transcritas e analisadas para a elaboração dos relatos. O enfoque foi a entrevista gravada

na forma de áudio e não entrevista filmada. Esta última será utilizada para a confecção de um documentário. Ao relatar as experiências e as relações dos profissionais das equipes com a comunidade, consideramos importante citar as falas destes durante as entrevistas e também dos usuários, pois tal estratégia permite que outros tenham a possibilidade de interpretar o que está sendo dito. De acordo com Valla (2014), a própria forma de relatar uma experiência indica a concepção de mundo de quem faz o relato.

Relato das experiências: implantação do Horto de plantas medicinais na Unidade de Saúde da Família do Caeté-açu

A fitoterapia é uma das formas mais antigas de cuidado da vida. Constitui, na sociedade contemporânea, importante recurso terapêutico, acessível a todos os seguimentos populacionais, na prevenção e no tratamento de doenças de forma integral, haja vista que estimula as defesas naturais do organismo e resgata o ser humano para sua relação com a natureza. (BATISTA et al., 2014) O uso de plantas medicinais para tratamento de doenças é uma prática que há muito tempo está presente nos lares da população baiana. No povoado do Vale do Capão na Chapada Diamantina, a Unidade de Saúde da Família do Caeté-açu dispõe de uma Horta localizada em seu quintal, para auxiliar no tratamento de diversas patologias dos moradores que optam por essa terapêutica. O Horto medicinal ou Horto de plantas medicinais da Unidade de Saúde da Família do Caeté-Açu é uma proposta desenvolvida pela equipe de saúde, que dialoga com a maneira que a própria comunidade cuida de sua saúde no Vale do Capão, povoado do município de Palmeiras-BA.

A equipe da Unidade de Saúde se tornou referência não só pelo uso das plantas, mas também pelo excelente atendimento oferecido pela equipe de saúde. A implantação da fitoterapia como opção terapêutica é uma forma de valorização da cultura popular, mostrando o acolhimento que os profissionais têm pela população, que detém um valioso conhecimento tradicional associado ao uso de plantas medicinais. As plantas medicinais são importantes para a pesquisa farmacológica e o desenvolvimento de drogas, não somente quando seus constituintes são usados diretamente como agentes terapêuticos, mas também como matérias-primas para a síntese, ou modelos para compostos farmacologicamente ativos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) Seu uso se constitui em uma alternativa eficiente e viável por reduzir os custos com medicamentos sintéticos, além de incentivar a promoção da cultura local.

O Brasil é o país de maior biodiversidade do planeta. Entre os elementos que compõem a biodiversidade, as plantas são a matéria-prima para a fabricação de fitoterápicos e outros medicamentos. Além de seu uso como substrato para a fabricação de medicamentos, as plantas são também utilizadas em práticas populares e tradicionais como remédios caseiros e comunitários, processo conhecido como medicina tradicional. Além desse acervo genético, o Brasil é detentor de rica diversidade cultural e étnica que resultou em um acúmulo considerável de conhecimentos e tecnologias tradicionais, passados de geração a geração, entre os quais se destaca o vasto acervo de conhecimentos sobre manejo e uso de plantas medicinais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) O uso das plantas medicinais é muito frequente na comunidade do Vale do Capão, por ser uma comunidade rural e por ter algumas dificuldades de acesso, com grandes distâncias físicas. Então, há muito tempo atrás este era o único recurso medicamentoso que a comunidade possuía. Diante dessa demanda e buscando valorizar o

conhecimento da população, essa iniciativa foi pensada. A experiência teve início há aproximadamente cinco anos, por iniciativa do médico que apresentou a proposta para a equipe durante a reunião, quando foi levantada a possibilidade de cultivar e distribuir as plantas medicinais para a população na própria USF. A ideia surgiu a partir da vivência da comunidade, que já fazia uso de plantas medicinais. A equipe acatou a proposta e decidiu o local para o cultivo das plantas, que fica no quintal da unidade. Também foi eleito um membro da equipe para ser o responsável pelo horto.

Como o espaço para o cultivo é pequeno, a equipe fez uma seleção das plantas que seriam cultivadas. Estas são as mais utilizadas pela comunidade como plantas com propriedade anti-inflamatória.

Então, como o espaço é pequeno e não cabe muita coisa, aí foi escolhido as plantas mais usada pela comunidade plantas, anti-inflamatórias para tosse.. exemplos: temos uma folha que chamamos de mil folhas, ela é bem usada, um anti-inflamatório natural, o dentista da unidade usa bastante para bochecho, Dr. Áureo receita bastante... ele é como um enxaguante bucal natural. Tem o *Guaco*, muito usado para tosse, outro anti-inflamatório, *Cansagem* é usada para limpeza genital. (Narrativa oral - ACS) ¹

O projeto é da equipe e, de certa forma, todos contribuem. Porém, há uma profissional responsável pelo horto que faz toda parte de cultivo, colheita, preparo, empacotamento e armazenamento das plantas na farmácia da USF,

¹ Todas as narrativas citadas nesse texto correspondem às “falas” (Narrativas orais) de pessoas que fazem parte da Unidade de Saúde da Família Caitité-Açú (trabalhadores e usuários) e que foram registradas por meio de entrevistas, gravadas e transcritas conforme apresentado na metodologia.

onde ocorre a dispensação de acordo com a prescrição: “Já tem aqui na farmácia, embalado e com rótulo. Quando eles precisam, Dr. Áureo ou Ray vão lá e prescrevem e já na receita dizendo como que usa. É produzido aqui!” (Narrativa oral – ACS). O trabalho de equipes de Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde e da própria comunidade. A equipe considera como objetivo principal do horto o fato de poder utilizar um recurso rico que a equipe tem, que são as plantas medicinais, e também uma oportunidade para aproximação com a comunidade, principalmente os idosos, para compartilhar o conhecimento em plantas medicinais. A equipe valoriza esse conhecimento da comunidade e considera a experiência do horto como uma oportunidade para incorporar essa prática no seu processo de trabalho.

O objetivo é que as pessoas procurem mais a farmácia viva do que ficar fazendo automedicação, por exemplo, se as pessoas não sabem usar, elas vêm aqui e perguntam, e muitas vezes as pessoas vão à farmácia e compram um remédio e não faz a receita. (Narrativa oral - ACS)

Uma característica inovadora da proposta foi a forma como ela foi definida: construída em equipe, com a participação de todos, em um processo democrático de decisão em que todos opinaram e aprovaram. Outra questão inovadora foi o aproveitamento de um espaço absolutamente exíguo na unidade. Ela dispõe de um quintal muito pequeno que foi aproveitado para a produção de uma quantidade de plantas medicinais que são em um número reduzido, mas que têm servido à população de uma forma satisfatória.

Poder utilizar prescrição em odontologia como você prescreve um medicamento alopático. Então, eu acho que é enriquecedor. Na prática eu não sei como está nas cidades, como está o sistema de ensino, mas acho que já deveriam estar sendo discutidas, incorporadas ao currículo. Outra possibilidade é você ter um espaço de cultivo. Isso também é uma maneira de você intensificar o vínculo dos profissionais com a comunidade. Esse projeto nosso de trazer as pessoas, trazer os idosos para fazer esse trabalho no horto, isso é mais uma possibilidade de intensificar o vínculo. (Narrativa oral – Cirurgião-dentista)

Segundo Starfield (2002), a atenção primária se diferencia dos outros níveis assistenciais por quatro atributos característicos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Desses quatro atributos, a longitudinalidade tem relevância por compreender o vínculo do usuário com a unidade e/ou com o profissional. A população deve reconhecer a Unidade como fonte regular e habitual de atenção à saúde, tanto para as antigas quanto para as novas necessidades. Já o profissional deve conhecer e se responsabilizar pelo atendimento desses indivíduos. A longitudinalidade está fortemente relacionada à boa comunicação, que tende a favorecer o acompanhamento do paciente, a continuidade e efetividade do tratamento, contribuindo também para a implementação de ações de promoção e de prevenção de agravos de alta prevalência. A experiência reforça o vínculo com a comunidade e apresenta um impacto positivo na medida em que reforça a confiança na equipe. Os usuários, ao perceberem que os profissionais da equipe valorizam os recursos já utilizados pela comunidade, confiam mais nas prescrições do médico e do dentista,

Isso só isolado não, o que traz a comunidade para a unidade é a confiança que eles têm na gente e essa confiança não tem um fator isolado, é um conjunto. A forma com que a gente recebe, trata, respeita. Eles sabem que nós estamos sempre nos empenhando para trazer o melhor para eles e a gente tem muitas atividades. Fazemos ioga para gestante, temos quatro atividades educativas por mês. A gente tem atividade nas comunidades, quando o profissional vai para lá, temos o *Se liga no peso*, temos o grupo de idosos que é com ginástica psicofísica, que é feita pelo médico uma roda de conversa com exercícios. Então temos várias atividades que geram essa confiança na gente. (Narrativa oral – Auxiliar administrativa)

Além do impacto para a comunidade e no processo de trabalho da equipe, a experiência do horto tem proporcionado uma troca de saberes entre equipe e comunidade. A equipe reforça que tem aprendido muito e busca saber junto à comunidade quais medicamentos naturais esta faz uso. Inclusive, houve a motivação para o desenvolvimento de uma pesquisa com o objetivo de conhecer melhor as plantas já utilizadas na comunidade.

Aqui eu mesmo já estou aprendendo a fazer vários chás e vários remédios naturais porque eu não sou daqui, eu era acostumada a fazer o uso da medicina tradicional e aqui, a cada visita que eu faço, eu aprendo mais. Eu tava com a garganta inflamada e a menina da minha área me deu um pedacinho de gengibre. Outro dia me deram brócolis, que é um antibiótico natural, e a cada dia eu tô me virando e tô só aprendendo. (Narrativa oral - ACS)

Em se tratando de saúde bucal, eu acho que o processo está começando agora que eu cheguei e comecei a aprender. Estou aprendendo muito com o médico e com a equipe que já tem certo conhecimento e, principalmente, com a comunidade, então eu tenho procurado intensificar o contato com a comunidade, fazer pesquisas, ver o que é que tem, o que é que existe de plantas aí, procurar um respaldo na literatura para utilização dessas plantas e tentar incorporar no dia a dia das práticas de saúde bucal. A gente já tem plantas aqui no horto, algumas que eu utilizo como alternativa ao tratamento alopático e estamos desenvolvendo pesquisas também. Há um tempo atrás a gente fez uma entrevista na comunidade com uma série de perguntas. A gente listou doenças e agravos em saúde bucal e fomos para a pesquisa de campo com a comunidade para saber o que se utiliza para tratamento de determinado agravo, determinada doença, e foi muito legal o resultado da pesquisa. Assim, foi surpreendente porque a gente teve uma quantidade enorme de plantas, inclusive algumas delas que a gente não conseguiu nome científico porque a planta é chamada de *treme treme*, então a gente ainda está trabalhando nessa pesquisa... O questionário da pesquisa foi distribuído pelos agentes comunitários, o dentista, a auxiliar de saúde bucal, todo mundo foi para campo. A gente ia na casa das pessoas, a gente foi na casa das pessoas entrevistando, foi bem legal, mas a nossa ideia é trazer esse pessoal para trabalhar com a gente. (Narrativa oral – Cirurgião-dentista)

A maior dificuldade refere-se ao pessoal e à falta de tempo para se dedicar ao horto, pois a equipe já tem excesso de trabalho e não consegue ajudar. A pessoa responsável atualmente cuida do horto praticamente sozinha. A agente comunitária que iniciou o cultivo do horto teve dificuldade em conciliar seu trabalho na área e cuidado do horto. No momento inicial, as pessoas da comunidade a questionavam sobre seu tempo de permanência na unidade em relação ao tempo na área. O atual contexto da Política Nacional de Saúde tem sido marcado pela conformação de novos pactos para a consolidação do direito universal à saúde com qualidade e resolutividade. A AB como ordenadora do cuidado é fundamental para a conformação da rede, tendo a Estratégia Saúde da Família como modelo de reorganização da atenção. No entanto, encontram-se problemas estruturantes no SUS que dificultam a efetivação deste modelo, como o baixo financiamento da AB. A equipe não recebe ajuda de custo para a manutenção do horto e compra, por conta própria, o material necessário para a sua manutenção (as telas, embalagens). O médico comprou por conta própria o instrumental para cuidar da horta, como as pazinhas para jardim, a mangueira para irrigar. A questão estrutura é outra dificuldade enfrentada pela equipe, pois o espaço físico é pequeno, não há um local estabelecido para fazer a secagem. Como o cultivo é artesanal não há estrutura para lidar com imprevistos, a exemplo da falta d'água.

Agora tivemos uma seca bem braba, aí perdemos muitas plantas porque não tinha água para molhar, ficamos uma semana sem água na unidade. Agora que o horto está começando a voltar. Ficamos no final do ano passado para início desse ano sem funcionar com o horto. (Narrativa oral – Auxiliar administrativa)

A facilidade é que a equipe está sempre empenhada na manutenção do horto e gosta do trabalho que faz. Além de a comunidade ser bem receptiva às inovações, “Eu gosto de lidar com plantas, e para mim é um prazer imenso poder saber alguma coisa e passar para a comunidade” (Narrativa oral - ACS). A utilização de remédios caseiros para tratar doenças comuns como gripes, resfriados e problemas digestivos é uma prática utilizada não só no cenário da saúde baiana, mas também em diversas localidades espalhadas pelo Brasil. A população do Capão sempre utilizou plantas medicinais e a valorização do uso desse tipo de terapia promove o seu uso consciente sob supervisão de uma equipe, com embasamento científico e agregando valor ao projeto inovador desenvolvido pela equipe. Neste sentido, a contínua expansão dessa atividade em busca de um funcionamento tecnicamente correto e humanamente confortável afeta positivamente a população.

A ampliação das opções terapêuticas ofertadas aos usuários do SUS, com garantia de acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, é uma importante estratégia com vistas à melhoria da atenção à saúde da população. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) Os princípios fundamentais da AB no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, em que a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para a mudança deste modelo. Mediante a adesão de clientela, as equipes de Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade desses profissionais com os usuários e a comunidade. Essa experiência, em conjunto com as outras iniciativas da equipe, transformou não só as relações entre usuário e profissionais, mas também o reconhecimento e carinho da comunidade.

Ressalta-se que a relevância e os resultados dessa experiência demonstram a necessidade e a importância da implantação, na rede básica, de uma Política Municipal de Plantas Medicinais e Fitoterápicos como recurso importante no processo de prevenção e cura dos indivíduos de Palmeiras-BA. O Brasil, seguindo a tendência mundial, mas preservando suas raízes culturais, principalmente no uso de plantas medicinais como prática popular, estabeleceu um marco legal e diretrizes e linhas prioritárias para o desenvolvimento de ações pelos diversos sujeitos em torno da garantia do acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, preconizando diretrizes, ações e responsabilidades dos poderes municipais, estaduais e federal na sua implantação e implementação, as quais irão orientar os gestores no seu estabelecimento ou em sua adequação aos programas já implantados. (BATISTA et al., 2014; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) É importante que, no processo de implantação da Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, se façam parcerias intersetoriais em virtude da abrangência da cadeia produtiva existente, não deixando de lado as parcerias com a comunidade, que é detentora do saber popular. (BATISTA et al., 2014)

Rádio Comunitária: a participação dos profissionais da USF Caji/Vida Nova

Desenvolvida pela equipe de Saúde da Família que realizou um cronograma de participações em programas da rádio comunitária local, quando informavam o funcionamento dos serviços da unidade, davam dicas de controle de doenças, orientações nutricionais e de saúde bucal, proporcionando a construção conjunta de cidadania. A Rádio Comunitária foi um projeto desenvolvido pela equipe de

saúde da família de Vila Nova, em Lauro de Freitas/BA, no intuito de inovar as ações na AB desenvolvidas por estes profissionais. Como referido por eles,

[...] foi uma proposta de tentar chegar à comunidade ações de promoção à saúde de uma forma diversificada, utilizando um meio de comunicação que eles normalmente acessam, que é a rádio comunitária, de uma forma inovadora, diferente\ distante daquelas palestras convencionais com a possibilidade de participação ativa da comunidade. (Narrativa oral – Médica)

Quando a gente pensou no projeto da rádio comunitária, foi com relação à inclusão justamente da comunidade nesse processo de poder levar diversos temas para a comunidade, para que ela pudesse debater e para que a gente fizesse daquele momento ali uma participação social [...] (Narrativa oral – Cirurgiã-dentista)

A inovação tecnológica não apenas organizativa e administrativa contribui muito para mudanças no processo de trabalho e, ademais, aproxima a comunidade da equipe, a partir do momento que aquela passa a entender o modelo de trabalho da unidade e permite estreitar vínculos com os profissionais/equipe. É por meio de novos “pensares” no modelo de trabalho que as mudanças alcançam novos direcionamentos dentro dos serviços de saúde. Neste relato de experiência, a equipe traz como objetivos dessa estratégia,

[...] expandir o conhecimento acerca da saúde e permitir que a população seja parte integrante disso, então que exista essa dinâmica entre o profissional e a comunidade, no caso, os pacientes [...] (Narrativa oral – Cirurgiã-dentista)

O objetivo principal foi a gente tentar levar a informação de saúde já utilizando algo que já faz parte da cultura local. O acesso a essa mídia é de forma participativa. A presença de um interlocutor que é da comunidade facilita bastante o entendimento porque ele traz as dúvidas que são da comunidade e também eu acho que foi uma forma de estreitar o vínculo mesmo, não só com a comunidade mas com lideranças [...] (Narrativa oral - Médica)

As novas estratégias de “fazer” saúde, como discutido, vão além de trabalhos inéditos. É possível inovar na AB fazendo uso de artifícios que fazem parte do cotidiano tanto da equipe, da organização e rotina, como da comunidade, valorizando as nuances socioeconômicas e culturais. Por isso, a saúde na AB é construída por meio de um espaço/território dinâmico, o qual, além de estabelecer dimensões geográficas e territoriais propriamente ditas, abrange as características socioeconômicas e culturais da população, a fim de agregar valores e estabelecer modelos organizacionais de saúde próximos da realidade local. Nesse contexto, as entrevistadas encararam sua estratégia da rádio comunitária como uma ação inovadora, trazendo as seguintes justificativas:

[...] nós pensamos que este seria um meio de atingir um maior público. A gente já fazia a sala de espera na unidade, já tinha a participação, mas tinha algumas pessoas que não vinham mesmo na unidade e elas teriam acesso a essa programação, do que estava acontecendo. Então, para entender inclusive o que era o programa de saúde da família, como funcionava, como era o funcionamento da unidade, porque a comunidade se queixava muito que queria

aqui uma UPA², que era um serviço que funcionava 24 horas e não entendia muito bem o funcionamento da unidade. Então assim, a gente utilizou esse meio para divulgar como era o funcionamento, como era a proposta de levar essas ações através da saúde da família. (Narrativa oral – Cirurgiã-dentista)

O sucesso das atividades na AB está vinculado à agregação da comunidade como coadjuvantes ou coautores desse processo, por isso a importância de conhecer a cultura local e o que ela pode proporcionar para o desenvolvimento dos projetos nas unidades. Essa experiência da rádio comunitária, por exemplo, lançou mão da rádio local e teve apoio do locutor, o qual conhece as demandas da população, uma vez que os programas têm a participação popular. Dessa forma, a contribuição foi positiva, pois agregou à comunidade tanto na execução quanto na participação dessa experiência. A execução dessa ação inovadora em Lauro de Freitas apresentou alguns entraves que, ao longo do tempo, foram sanados, porém em alguns momentos se tornaram presentes. Como referido pelas entrevistadas, a principal dificuldade foi em relação às próprias atividades da rádio, no que diz respeito à localização. Em decorrência de ser uma rádio particular, o locutor apresenta dificuldades para mantê-la. Assim, várias vezes a programação da unidade de saúde teve que ser interrompida devido à parada das atividades da rádio.

Em contrapartida, a união da equipe e o envolvimento dos profissionais nesse trabalho foram cruciais para o desenvolvimento das atividades, embora quinzenais.

² Unidade de Pronto Atendimento.

O que a gente encontra realmente é uma equipe de profissionais bastante disponível, disposta a participar, ajudar e muito capacitada que está sempre colaborando com a gente. Os agentes comunitários também participam bastante. (Narrativa oral – Médica)

A unidade oferece suas atividades quinzenalmente, segue o calendário de saúde do município e ali são abordados assuntos variados, como a discussão dos direitos das crianças e adolescentes, saúde do homem, gestante, atividades preventivas em saúde bucal, tipos de violência e prevenção de doenças cardiovasculares e obesidade, dentre outras. A participação multidisciplinar (assistente social, dentista, nutricionista, médico, enfermeira, agentes comunitários) é que constrói essa ação inovadora e modifica o cotidiano da equipe. A gratificação dessas atividades em saúde é ver a comunidade interagindo e contribuindo para a melhoria do processo, além do reconhecimento do trabalho da equipe, e isso amplia o vínculo e fortifica a humanização da assistência à saúde.

[...] a gente sente que eles estão mais conscientes do papel da unidade de saúde, como falei anteriormente. Então hoje eles podem usufruir mais dos serviços e têm passado a aceitar melhor os serviços oferecidos, inclusive essa atividade de promoção à saúde. Também a gente tem notado uma participação maior: aqui temos palestras, por exemplo, que são no auditório de planejamento familiar, que a gente sempre aproveita também para fazer a divulgação da rádio. Então eu acho que estamos tendo um alcance maior dessas ações aqui também na unidade. A rádio permitiu abordar temas mesmo que já são discutidos, pois mesmo com cartaz

na unidade, muitas vezes, as pessoas vêm, está preocupada em marcar um exame e em ser atendido pelo médico, pelo dentista e na radio não, você está num ambiente que é seu, seja em sua casa ou em algum outro lugar, você presta muito mais atenção ao que está sendo dito do que numa sala de espera da unidade. Então eu acho que existe um alcance maior de prestar atenção e atinge pessoas que não querem vir na unidade, e creio que também funciona como um multiplicador, pois essa informação é passada e multiplicada. (Narrativa oral – Cirurgiã-dentista)

Nada mais inovador do que tornar o rotineiro novo. Isso nos faz enxergar a realidade com outros olhos, podendo *desver* as formas em vários *informes* e construir a cada dia o nosso trabalho em saúde. Sobre o inovar, pensamos não só na mudança do trabalho técnico, mas na influência daquela ação na vida de outra pessoa, e isso nos remete ao conceito de empatia, pois ao fazermos uma inovação, nos colocamos no lugar do outro e vemos a importância de tais atividades. Assim, a dentista da rádio finalizou a entrevista relatando que o inovador modifica a visão rotineira das coisas.

Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família: a experiência da USF Vila Nova

Apesar de as taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade no Brasil, observa-se que a presença de homens adultos nos serviços de AB é muito menor do que a de mulheres, crianças e idosos. Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades e rejeitam a possibilidade de adoecer. Além

disso, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008) Para enfrentar o cenário de vulnerabilidade da população masculina adulta de uma comunidade periférica de Lauro de Freitas-BA, a ESF Vila Nova construiu o Grupo de Promoção e Cuidado à Saúde do Homem que, em agosto de 2013, completou um ano de existência. A experiência conta com ações de educação em saúde na comunidade, capacitações internas da equipe, mudanças no processo de trabalho da unidade e monitoramento periódico do programa. (COSTA, 2013) A equipe teve como prioridades neste trabalho a ampliação do acesso da população adulta masculina ao serviço de saúde e a melhoria da qualidade da atenção voltada a este público específico, e utilizamos como referência inicial o diagnóstico exposto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH):

Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. A despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária, adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência um agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p.6)

Uma questão apontada pelos homens para a não procura pelos serviços de saúde está ligada à sua posição de provedor. Eles alegam que o horário do funcionamento dos serviços coincide com a carga horária do trabalho. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008) Por conta disso, as atividades são realizadas mensalmente aos sábados, com uma média de trinta participantes por evento, e envolvem desde ações educativas a momentos de troca de experiências, além de atendimentos clínicos. Nesses encontros, são abordados diversos temas da saúde do homem que, na maioria das vezes, passam despercebidas pelas equipes de saúde, uma vez que essa população, em quase sua totalidade, participa em menor frequência das consultas dos serviços. Este grupo realiza suas atividades aos sábados por considerar este o melhor dia para o acesso dos usuários, já que muitos trabalham durante os outros dias da semana.

[...] Nós percebemos que a nossa comunidade é formada, especificamente, por um grande número de homens, e que eles não se encaixavam naquele pacote de: *crianças, gestantes e adultos*. Os homens só compareciam ao local para acompanhar essas pessoas, ou ele era hipertenso ou diabético. A gente teve que fazer com que eles comessem a fazer parte da comunidade. E nós começamos a ter essa ideia, de que, se nós não conseguimos trazer eles no meio da semana, vamos fazer um evento pontual, no sábado, o *Dia do homem*. Foi aí que selecionamos a questão do dia da semana, a questão do horário, tudo baseado em pesquisa que fizemos na comunidade[...] (Narrativa oral – Médico)

A construção do Grupo de Promoção e Cuidado à Saúde do Homem teve como objetivo aproximar a população masculina adulta da unidade de saúde visando um acom-

panhamento regular, incorporando a promoção e a prevenção da saúde; diminuir as taxas de morbimortalidade por doenças crônicas e aumentar o vínculo, com estímulo ao autocuidado. A Educação em Saúde está inserida cotidianamente em todas as atividades desenvolvidas no SUS e refere-se a um conjunto de saberes e práticas diversas, estabelecidas no encontro entre trabalhadores da saúde e a população, seja no âmbito individual, seja no âmbito coletivo. (LAZARINI; SODRE; LIMA, 2014) Esses saberes e práticas são voltados à prevenção de doenças e à promoção da saúde, baseando-se em conhecimento científico e levando-se em conta o saber popular. Por meio da educação em saúde, busca-se promover autonomia dos sujeitos envolvidos, tornando-os ativos e transformadores de sua vida e de seu meio social para o aperfeiçoamento do trabalho, aprimorando os resultados e criando situações para melhorar a atenção em saúde. (ALVES, 2005)

A inovação é uma das ferramentas mais utilizadas na atualidade para modificar o processo de trabalho e a gestão em saúde. Os trabalhadores apresentam uma forma inovadora de responder os desafios da produção do cuidado na atenção à saúde e trazem novas formas de promover educação em saúde na AB, excluindo a forma verticalizada e o uso de linguagem muito técnica, fazendo com que o usuário planeje e participe das atividades.

[...] Os participantes ajudam com sugestões para a escolha dos temas das atividades, temas como alcoolismo, câncer de próstata, prevenção da saúde do homem, vasectomia e planejamento familiar masculino, violência doméstica, hipertensão, diabetes, obesidade, dentre outros são abordados nos encontros. Na parte final das atividades, é reunido o grupo para a realização de uma conversa aberta sobre

os problemas de saúde dos participantes, compartilhando suas questões e apresentando sugestões para a resolução. Aproveitando ainda o espaço para se renovar receitas, solicitar exames e tirar dúvidas dos homens que não dispõem de tempo para frequentar a unidade nos dias úteis ou no horário comercial [...] (Narrativa oral – Médico)

Os trabalhadores e usuários do sistema público de saúde, em seu cotidiano, frequentemente se deparam com dificuldades para o funcionamento e qualidade dos serviços, por isso é necessário o envolvimento da equipe e principalmente dos usuários para o desenvolvimento das estratégias inovadoras.

[...] A boa inserção das agentes comunitárias de saúde nos espaços de maior frequência masculina (bares, praça e campo de futebol) facilitou a divulgação do projeto e a excelente forma de comunicação do guarda municipal, morador local, permitiu uma grande mobilização dos homens da comunidade em torno das atividades da equipe. As sugestões de temas trazidas pelos próprios usuários no decorrer do período tornaram as atividades educativas mais representativas e agradáveis, atraindo ainda mais o público masculino [...] (Narrativa oral – Médico)

Promover a saúde requer a cooperação intersetorial que deve ser entendida a partir dessas ações, e a articulação de saberes e experiências no planejamento, para alcançar efeitos em situações complexas, buscando desenvolvimento e inclusão social, tendo em vista a promoção efetiva da saúde. É importante que tais articulações sejam voltadas para as necessidades da população, é nesse sentido que a

experiência abrange a capacitação da equipe como todo, colocando o processo de trabalho e relação interpessoal e interdisciplinar para assistência em saúde.

[...] As ações de qualificação da equipe serão representadas pelas capacitações durante as reuniões semanais. A proposta abrange a realização de oito atividades entre os profissionais para a discussão dos temas: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, alcoolismo e tabagismo, alimentação saudável e atividade física regular; exame clínico apropriado; exames complementares no adulto; calendário vacinal do adulto; educação em saúde; e masculinidade e o cuidado com a saúde. Serão abordadas ainda estratégias para melhoria do acesso e da captação do público masculino de risco [...] (Narrativa oral – Médico)

Os facilitadores desse processo foram à disposição da equipe, a garantia da reunião de equipe semanal e a farta disponibilidade de materiais educativos e vídeos para treinamento do grupo.

[...] Os fatores facilitadores foram a figura do médico como liderança masculina na comunidade e a grande divulgação realizada pelo guarda municipal nos espaços de concentração dos homens, além da divulgação descentralizada com os agentes comunitários de saúde [...] (Narrativa oral – Médico)

O Ministério da Saúde publicou em 2008 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem para nortear as ações de atenção integral à saúde do homem, visando estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento

de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros. Essa política explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008) Os homens têm dificuldades em reconhecer suas necessidades, e um dos impactos positivos nessa experiência foi o aumento do número de homens na unidade para as consultas, tornando-se mais participativos, como expôs um dos usuários do grupo ao ser entrevistado:

[...] Eu participo e acompanho o grupo há mais ou menos um ano. Eu mesmo dificilmente ia ao médico, mas depois que comecei a conhecer o trabalho da unidade, me sinto mais seguro. Os homens geralmente ficam sem jeito de falar, já com o Dr. Wal não, ele senta, conversa, explica tudo direitinho e através dele eu não perco uma palestra dele [...] Mudou muito, principalmente para mim, eu era uma pessoa sedentária, acima do peso, e a partir do momento que comecei a participar eu mudei minha alimentação, meu jeito de agir, minha maneira de trabalhar, e acredito também que para muitas outras pessoas. Você pode perceber que tem gente de 18 anos, 30 e 60 anos, então você vê que está renovando. Começamos com poucas pessoas [...] (Narrativa oral – Usuário)

Percebe-se, com essa experiência, que mudanças significativas vêm se processando nesta articulação, dando a entender que a educação em saúde tem um importante papel na construção da autonomia dos homens. E estes podem ser sujeitos de sua própria vida e possibilitar

uma maior socialização de informações com a família e os amigos. Com o desenvolvimento do programa, foi possível perceber o aumento da frequência masculina na unidade de saúde, a melhoria de hábitos de vida de muitos participantes e o aumento da satisfação com o atendimento na unidade.

[...] O projeto tem aumentado gradativamente a frequência do público masculino à unidade de saúde, auxiliando no controle de patologias crônicas na comunidade e vinculando os homens à equipe. As ações realizadas aos sábados apresentam participação média de 30 homens por evento (com recorde de 47 participantes no evento comemorativo de 1 ano de grupo), com importante repercussão entre os moradores. Os participantes das atividades passaram a atuar como multiplicadores dessas informações, incentivando outros homens a buscar a Equipe de Saúde da Família para o acompanhamento periódico [...] (Narrativa oral – Enfermeira)

[...] As pessoas estavam precisando muito de médico, então depois do convite gostaram, e sempre perguntavam quando iriam acontecer as próximas palestras. Tem gente que sabe da fama de Dr. Wal e pergunta – “*Preguinho*” *tô sentindo isso... será que ele me atende?* Eu falava que sim e inclusive que iria ter uma palestra, que era muito importante ele ir e tal [...] (Narrativa oral – Guarda Municipal da Secretaria da Saúde)

O projeto de intervenção em Saúde do Homem foi muito importante para os moradores da comunidade de Vila Nova por ter sido a primeira iniciativa pública voltada para o cuidado de sua população masculina. A equipe de Saúde da Família realizou um diagnóstico local apontan-

do que os homens da comunidade eram mais vulneráveis às doenças em geral, morriam mais precocemente e não frequentavam a unidade básica de saúde para prevenção, preferindo buscar os serviços hospitalares de emergência quando seus problemas de saúde agudizavam. (COSTA, 2013) Uma vez que os homens acessam o sistema de saúde por meio da atenção especializada, isso coloca em causa o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. É necessário fortalecer e qualificar a atenção primária, garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Considerações finais

A partir dos conceitos de inovação, coletividade e apoio institucional, a FESF-SUS busca dar outros sentidos ao trabalho em saúde: é preciso uma ação inovadora para transformar o corriqueiro em novo e, com isso, contribuir para a qualificação dos serviços de saúde. Logo, é importante continuar estimulando os diversos atores no desenvolvimento de ferramentas que possam contribuir no fortalecimento do sistema de saúde brasileiro. A produção acontece dos diferentes modos, com as especificidades locais do território e a atuação conjunta da gestão, do trabalhador e do usuário, sendo fundamental, na identificação das práticas inovadoras da gestão e do cuidado, garantir uma melhor atenção à saúde. A prospecção é uma experiência que permite o diálogo entre os serviços de AB e a Academia, fazendo com que as inovações no cotidiano das equipes de saúde da família tenham visibilidade e possam contribuir para a qualificação da atenção à saúde no SUS. Com isso, foi possível registrar em vídeos e fotografias o trabalho vivo em ato, seu movimento e afecções que transitam as

relações do trabalho e do cuidado. Nos encontros nacionais há a troca de experiências entre as equipes locais, o que possibilita aprendizagem mútua com mudanças no processo de trabalho. Para participar desse projeto, a FESF-SUS reuniu algumas experiências que se diferenciavam em seu modo de produzir saúde na Bahia. Experiências que nos fizeram pensar sobre inovação em saúde e nos aproximar do real que as torna tão envolventes, seus modos de pensar e construir o coletivo, em prol de uma melhoria de saúde que muitas vezes é negligenciada. Foi um processo de aprendizagem contínua e de produção de inteligência coletiva entre os integrantes do núcleo e entre estes e os trabalhadores de saúde. Pensar a prática, experimentá-la, mesmo que minimamente, em alguns momentos refazê-la (seja no ouvir, no escrever ou no falar), e compreender os motivos que fizeram as equipes inovarem, não apenas um registro, mas aprendizado e cooperação.

Referências

- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p.39-52, set. 2004 / fev. 2005.
- ARONE, E.M.; CUNHA, I.C.K. O. Avaliação tecnológica como competência do enfermeiro: reflexões e pressupostos no cenário da ciência e tecnologia. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p.569-72, jul./ago. 2006.
- BARROS, S.; OLIVEIRA, M.A.F.; SILVA, A.L.A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Revista escola de enfermagem USP**, São Paulo; v. 41(esp), p.815-819, 2007.

BATISTA, S.M.L. et al. Extensão popular de fitoterapia: realidade em Sergipe. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.199-204.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CASSIOLATO, J.E.; LASTRES, H.M.M. Sistema de inovação e desenvolvimento as implicações de política. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 19, n. 1, jan./mar. 2005.

COSTA, W.A. **Implantação da ação programática de saúde do homem estratégia saúde da família**: o relato de caso da USF Vila Nova – Lauro de Freitas-BA. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Programa de Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013.

DJELLAL, F.; GALLOUJ, F. Innovation in hospitals: a survey of the literature. **The european journal of health economics**, Hannover, v. 8, n. 3, p.181-193, set. 2007.

FREEMAN, T. et al. **Innovation in service delivery**: a literature review on the characteristics of innovation and improvement. Birmingham: Health Services Management Centre, University of Birmingham, 2006.

GELIJNS, A.C.; ZIVIN, J.G.; NELSON, R.R. Uncertainty and Technological Change in Medicine. **Journal of health politics, policy and law**, Chicago, v. 26, n. 5, p.913-924, out. 2001.

HELFRICH, C.D. et al. Determinants of implementation effectiveness: adapting a framework for complex interventions. **Medical care research and review**, [Nova York], v. 64, n. 3, p.279-303, jun. 2007.

HWANG, J.; CHRISTENSEN, C.M. Disruptive innovation in health care delivery: a framework for business-model innovation. **Health affairs**, Bethesda, v. 27, n. 5, p.1329-1335, Set./Out. 2008.

LAZARINI, W.S.; SODRE, F.; LIMA, R.C.D. Educação em saúde como estratégia de gestão: desafios para atenção primária à saúde. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Orgs.). **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Saberes, 2014. p.521-571.

LORENZETTI, J. et al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto & contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p.432-439, abr./jun. 2012.

MENDES, E.V. **Redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MOORE, M.; HARTLEY, J. Innovations in governance. **Public management review**, v. 10, n. 1, p.03-20, 2008.

OMACHONU, V.K.; EINSRUICH, N.G. Innovation in healthcare delivery systems: a conceptual framework. **The public sector innovation journal**, v. 15, n. 1, 2010.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista de saúde pública**, Campinas, v. 46, n. 1, p.43-50, fev. 2012.

PARNABY, J.; TOWILL, D.R. Enabling innovation in health-care delivery. **Health services management research**, v. 21, n. 3, p.141-154, ago. 2008.

PINHEIRO, R. Atenção básica à saúde: um olhar a partir das práticas de Integralidade em saúde. **Revista mineira de enfermagem**, Belo Horizonte, v. 9, n. 2, p.174-178, abr./jun. 2005.

_____. Integralidade e práticas de saúde: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p.8-11, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco, 2001.

RYE, C.B.; KIMBERLY, J.R. The adoption of innovations by provider organizations in health care. **Medical care research and review**, [Nova York], v. 64, n. 3, p.235-278, jun. 2007.

SANTOS, F.; FRANCO, M.S.; MENDONÇA, A.V.M. **Saúde da família nos municípios brasileiros**: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Saberes, 2014. p.521-571.

SCHERER, M.D.A.; PIRES, D.E.P.; SORATTO, J. O trabalho na Estratégia Saúde da Família. In: SOUSA, M.F.; FRANCO, M.S.; MENDONÇA, A.V.M. (Orgs.). **Saúde da família nos municípios brasileiros**: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Saberes, 2014. p.521-571.

SCHUMPETER, J.A. **The theory of economic development**. Cambridge: Harvard University Press, 1912.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

VALLA, V.V. A crise na interpretação é nossa: procurando entender a fala das classes subalternas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.35-48.

VAN DE VEN, A.H. Central problems in the management of innovation. **Management science**, Berkeley, v. 32, n. 5, p.590-607, mai. 1986.

SAÚDE SOBRE AS ÁGUAS: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial

*Rodrigo Tobias de Sousa Lima
Arlete Lima Simões
Nicolás Esteban Heufemann
Valdelanda de Paula Alves*

Introdução

É premente ainda, no âmbito das políticas públicas e da micropolítica do cuidado em saúde, revelar sobre o modo de atenção à saúde mais apropriado para a população ribeirinha na Amazônia no que tange ao suprimento das necessidades reais da população, bem como ao atendimento dos princípios do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Neste sentido, esse texto aborda o desafio do grau de descentralização, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção à saúde, da capilaridade da assistência, com foco na redução das desigualdades de acesso aos serviços na região amazônica, na perspectiva da gestão e dos processos de trabalho em saúde. Isso se justifica quando entendemos que temos diversas “amazônias” nesse território chamado Amazônia. O território amazônico em ato e em vida é o ponto de partida para se repensar e reorientar as políticas de saúde.

Em se tratando de território específico como o da Amazônia, faz-se necessário prospectar o “fazer saúde” que vai além das normativas e prescrições das políticas de saúde pensadas no âmbito geral. O caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial (*Igaraçu*) como primeira unidade de saúde adaptada e reconhecida pela Política Nacional de Atenção Básica, consiste em uma experiência singular para localizar e identificar desenhos de práticas de cuidado, itinerários e percursos específicos, com enfoque ao “olhar adiante”, que vai além das condutas protocolares de assistência à saúde, mas, sobretudo, que gera informações preliminares, conhecimento prospectivo que subsidie análises no âmbito do trabalho e da política. Assim propomos relatar e analisar a produção do cuidado em saúde sobre as águas do Rio Madeira, bem como os processos de trabalho realizados pela equipe de saúde multiprofissional lotado em uma embarcação, não obstante às percepções da população que vive ao longo do Rio Madeira. Em um esforço de escuta/sistematização/compreensão, foi realizada a imersão na realidade de populações ribeirinhas residentes às margens do Rio Madeira e que no momento da pesquisa procuraram espontaneamente o serviço de saúde (Unidade Básica de Saúde Fluvial Igaraçu – UBS-F) ou, por busca ativa, os profissionais de saúde foram ao encontro dessas famílias em suas localidades de residência.

Ademais, a pesquisa adotou a metodologia cartográfica que, segundo Ferigato e Carvalho (2011), pode ser caracterizada por algumas pistas: a) é uma pesquisa intervenção, na medida em quem objeto e sujeito não se polarizam e, desta maneira, evidencia a integração da análise e da intervenção; b) a segunda pista compreende os gestos do trabalho de campo, tais como: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento, como gestos propícios para o entendimento do território e de interesse do cartógrafo; c) a processualidade como processo de intervenção; d)

estratégia de acesso, de análise e de construção do plano coletivo de forças, de sujeitos do cenário de pesquisa. Neste sentido, a cartografia proporcionou a imersão dos campos da análise e da intervenção com base na processualidade da produção social da saúde e do plano coletivo de sujeitos, tais como trabalhadores de saúde e ribeirinhos, sobre o “como fazer saúde” ofertado pela Unidade Básica de Saúde Fluvial gerida pela Secretaria Municipal de Saúde de Borba, Amazonas. Nesse sentido, adotou-se o relato na primeira pessoa do plural como formato adequado ao registro da imersão nos processos e nos diários de campo, entrevistas e metodologias colaborativas, no sentido de buscar captar esses múltiplos territórios nas suas dinâmicas, seus acontecimentos e o que perpassa entre instituído-instituente.

Este capítulo trata-se, portanto, de parte integrante dos resultados do projeto intitulado *Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais em Atenção Básica à Saúde no Amazonas*, que, em certa medida pretende, além do aspecto descritivo-analítico dos processos de saúde, propor e desenvolver um olhar crítico da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em contexto específico. Em um primeiro momento, abordamos a produção do cuidado e o olhar dos profissionais de saúde embarcados; adiante, relatamos os olhares dos ribeirinhos sobre a atenção dispensada; e, por último, apontamos um ensaio sobre o modo de atenção à saúde apropriado para a região amazônica, a partir de uma discussão sobre o território adstrito envolvido.

A produção do cuidado: uma aproximação do cotidiano das práticas profissionais no âmbito da UBS Fluvial Igarauçu

O *Igarauçu*, assim denominado pela equipe de saúde e população ribeirinha, é a Unidade Básica de Saúde Fluvial que viaja na calha do Rio Madeira pertencente ao município de Borba, Amazonas. Sendo assim, percorre um trajeto compreendido em 23 dias de viagem para oferecer todos os programas da atenção básica para a população ribeirinha. Em face desse contexto, a experiência de aproximação com o cotidiano dos profissionais de saúde da UBS Fluvial Igarauçu ocorreu no período de cheia dos rios, quando acompanhamos a equipe em uma viagem pelo Rio Madeira para atendimento a todas comunidades ribeirinhas que moram nas trinta e oito comunidades dispostas ao longo desse rio.

Fazia parte da equipe do *Igarauçu* (que em tupi-guarani significa *canoa grande*), a equipe de profissionais de saúde (médico, enfermeira, cirurgiã-dentista, duas técnicas de enfermagem, um técnico de saúde bucal, uma educadora física, que pertencia ao Núcleo de Apoio da Saúde da Família/Atenção Básica, agentes comunitários de saúde, que eram lotados nas comunidades), bem como o corpo de profissionais de apoio ou suporte – comandante do barco, marinheiro fluvial ou auxiliar de convés, um arrais (responsável pelas máquinas e que possui a função, além de tudo, de fazer busca ativa de pacientes por meio de lancha acessória), uma copeira e um auxiliar de serviços gerais. Com efeito, é importante resgatar alguns elementos necessários sobre a lógica do trabalho em saúde para melhor desvelar a produção de saúde em um território específico. No setor da saúde, a organização do trabalho apresenta um forte componente gerencial taylorista/fordista, caracterizado por postos de trabalho separados, mas encadeados, tarefas simples e rotineiras, geralmente prescritas, intensa divisão

técnica do trabalho com a separação entre concepção e execução, com possibilidades mínimas de intervenção autônoma no processo de trabalho. (DELUIZ, 2001)

Nessa perspectiva, os trabalhadores perdem a compreensão da totalidade do trabalho em razão do parcelamento das tarefas, ficando restritos a operações mínimas, tendo como consequência uma parcela menor encarregada de pensar o processo de trabalho para um número crescente de trabalhadores que devem tão somente executar as atividades. (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004) Isso significou, na imersão no campo de pesquisa, a constituição de um trabalho arraigado com as prescrições e os engessamentos da prática classista da profissão, com restrição dos espaços para encontros em serviço.

Por outro lado, observamos a cooperação e a corresponsabilidade entre os tripulantes para os afazeres cotidianos que ultrapassavam os afazeres técnico-operacionais da profissão. Nesse âmbito de análise, não existiam mais os profissionais de saúde e de apoio, mas um conjunto de pessoas com histórias e interesses que comungavam espaços de convivência em uma jornada de trabalho. O fato de viver em comunidade embarcada por dias distantes das famílias, promoviam o convívio fraterno e o vínculo necessário entre os tripulantes que ultrapassavam as 40 horas de trabalho previstas pela PNAB. Aqui identificamos o trabalho do profissional e do tripulante que comia, dialogava, se divertia e que trocava tarefas entre si, seja o médico que atuava na manutenção do barco, seja a enfermeira que liderava os afazeres diários de limpeza dos camarotes e banheiros. Neste sentido, os trabalhos cotidianos promoviam encontros fora dos consultórios e importantes para a sobrevivência do grupo nas viagens no Rio Madeira. Ainda no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), em cuja lógica está inserido o trabalho dos

profissionais da UBS fluvial, impõe-se a superação desse modelo de trabalho parcelar, para o desenvolvimento de ações de saúde na perspectiva do trabalho em equipe, estando esta inserida em territórios determinados, sobre os quais os profissionais devem atuar na produção da saúde de populações.

Assim, nos termos da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica, são características do processo de trabalho das equipes o planejamento e a organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais, com recomendação de evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias para não dificultar o acesso dos usuários. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) Além disso, as equipes devem implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão no sentido de fomentar a autonomia e o protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, assim como o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado¹. Nesse sentido, como uma estratégia de reorganização da atenção básica brasileira essa política, a ESF visa também favorecer a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, as diretrizes e os fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.²

Ainda pensando sobre esta reorientação, Feuerwerker (2005, p.501) afirma que o trabalho em saúde “não é completamente controlável, pois se baseia em uma relação entre pessoas, em todas as fases de sua realização e, por

¹ Ver item 5 da Política Nacional de Atenção Básica. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

² Ver item 7 da Política Nacional de Atenção Básica. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

essa razão, está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática”. Também uma outra característica do trabalho em saúde diz respeito ao alto grau de imprevisibilidade com possibilidade de inúmeras formas de intervenção, retratando um mundo dinâmico no qual as situações raramente se repetem. (FARIA; ARAÚJO, 2010) Nessa perspectiva, Merhy e Feuerwerker (2009), ampliando a discussão sobre o trabalho, assinalam sobre o trabalho vivo (trabalho criador) e o trabalho morto (produtos-meio) envolvidos no processo de trabalho, nos termos seguintes:

O trabalho vivo em ato nos convida a olhar para duas dimensões: uma é a da atividade como construtora de produtos, de sua realização por meio da produção de bens, de diferentes tipos, e que está ligada à realização de uma finalidade para o produto (para que ele serve, que necessidade satisfaz, que “valor de uso” ele tem). A outra dimensão é a que se vincula ao produtor do ato, o trabalhador, e sua relação com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos. (MERHY; FEUERWERKER, 2009, p.4)

Dessa forma, afirmam esses autores que as práticas de saúde, como toda atividade humana, constituem atos produtivos, porquanto tem o condão de modificar algo. Além disso, produzem, ou devem produzir, algo novo. Assim, as práticas de saúde, em última instância, visam produzir efeitos, buscam alterar um estado de coisas estabelecido como necessidades, sendo que essas práticas são constituídas a partir de sua finalidade social historicamente construída. De outro modo, entendendo o

trabalho em saúde em uma perspectiva de prestação de serviços, algumas características são assumidas:

[...] o trabalho em saúde como prestação de serviços traz a característica especial de presença humana em todos os componentes do processo, isto é, o ser humano e suas necessidades encarnando-se como 'objetos' de intervenção, com a finalidade de produzir ações de saúde ou, mais precisamente, de 'produzir saúde'. Esse processo traz ainda outra característica especial: a de se instituir como interferência mútua através da interação entre o ator que demanda e o que presta os serviços (utilizando-se de diversos saberes/recursos), cada ator com história e conhecimentos singulares, vivos, que devem ser 'acolhidos' e interagirem constituindo-se ambos os atores como sujeitos na ação. Todos, portanto, interferindo no processo e no resultado final. (BARROS; SANTOS FILHO; GOMES, 2012)

Dessa forma, com a finalidade de produzir saúde na interação com os sujeitos, as práticas de saúde são desenvolvidas obedecendo a um certo rito, visto que o processo de trabalho em saúde assume um caráter prescritivo e normativo que perpassa todas as esferas institucionais. O trabalho prescrito diz respeito ao planejamento, dando ideia de antecipação, isto é, pressupõe uma concepção teórica do que se deve fazer, em que uma organização prescreve os meios e as condições disponíveis para a execução da atividade. Assim, grosso modo, encontram-se a disponibilidade de materiais e as condições de trabalho como parte do trabalho prescrito. Por outro lado, "os trabalhadores no contato com o meio de trabalho modificam-no e subvertem-no com o intuito

de dar conta das variabilidades, das infidelidades que se apresentam incessantemente." (BARROS; SANTOS FILHO; GOMES, 2012, p.42) Nesse caso, trata-se do trabalho real que abarca todas essas alterações presentes no cotidiano, exigindo dos trabalhadores o gerenciamento da distância que há entre o que está prescrito e o trabalho real manifesto na prática cotidiana.

Assim, os trabalhadores da saúde são confrontados cotidianamente entre o trabalho prescrito e o real, "aquele que acontece efetivamente no cotidiano, longe das condições ideais e idealizadas pelos administradores." (FARIA; ARAÚJO, 2010, p.432) No mundo real das condições de trabalho dos profissionais da UBS fluvial, foi possível verificar a subversão do trabalho prescrito quando da instituição de processos de trabalho que se aproximem da realidade das populações. Dizendo de outro modo, a UBS Fluvial não leva em consideração, para atendimento, o território adscrito, pois atende a todos indistintamente, não importando se o usuário pertence a uma comunidade onde a equipe já tenha passado, por exemplo. No entanto, quando há muitos usuários, a equipe faz uma triagem levando em conta os critérios da vulnerabilidade e do risco.

Observamos ainda o alto grau de descentralização dos serviços, bem como a comunicação com a rede de atenção à saúde exemplificados no caso do *Igaraçu*. Para o caso dos exames preventivos com alterações e diagnóstico inconclusivo, os sistemas de referência e contrarreferência foram intermediados pela enfermeira, que estabeleceu uma parceria com o hospital de Borba. Ao término da viagem, a enfermeira levou os prontuários das usuárias e as informou *a posteriori*, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a data em que a usuária deveria comparecer para a consulta no hospital de Borba. Assim, a usuária não teve de se "aventurar" a um atendimento, podendo ir a qualquer

momento, dentro de um período estipulado, em um barco de recreio³, possibilitando seu retorno no mesmo dia para a comunidade.

Na hipótese de um caso mais grave que enseje o encaminhamento para o Centro de Referência em Câncer (CECON) no município de Manaus/AM, essa intermediação seria feita pelo Centro de Referência de Assistência Social de Borba (CRAS) pela assistente social. Mas a usuária somente se desloca da sua comunidade quando há a garantia do agendamento. No que se refere aos exames, estes são viabilizados pelo ACS da comunidade, que se desloca uma vez por mês para o município de Borba para realizar o agendamento. Os outros exames que dependem do Sistema de Regulação (SISREG) são agendados pela assistente social do Núcleo de Apoio de Saúde da Família/Atenção Básica (NASF), em Borba. Ainda que os profissionais sigam orientações na perspectiva de ações programáticas, buscam subverter esse engessamento quando se comprometem com a qualidade na prestação de serviços, levando em consideração os costumes locais quanto aos hábitos alimentares e as formas de vida da população. A consulta pode levar horas até os usuários compreenderem o que está sendo “prescrito”, visto que o entendimento destes é fundamental para o sucesso no tratamento, mas não somente, pois essa equipe de saúde representa o principal acesso aos serviços de saúde que somente ocorre de 20 em 20 dias para aqueles ribeirinhos.

A partir de uma roda de conversa junto aos trabalhadores, estes verbalizaram como uma das diferenças na produção do cuidado é que “a UBS Igarapu vai atrás dos pacientes, não importa se é criança, idoso...”. Também relataram a dificuldade em seguir um protocolo, pois “é um modelo novo que não cabe a gente se adequar ao já

³ É uma embarcação que passa pelas comunidades com uma certa frequência que é sabida pelos ribeirinhos.

existente, sendo necessário criar um protocolo pra essa unidade fluvial”. Desse modo, embora os profissionais estejam vinculados a determinados protocolos, a cada viagem subvertem a lógica do processo de trabalho para dar conta das variabilidades impostas pela realidade daqueles múltiplos territórios que são fluídos, dinâmicos sobre os quais a equipe tem a responsabilidade de produzir saúde às populações que margeiam e adentram o Rio Madeira.

Populações ribeirinhas do Rio Madeira: uma aproximação com o fazer saúde local

As populações ribeirinhas representam, de forma genérica, qualquer população que vive às margens de rios. Na realidade amazônica, esta população distribui-se ainda por igarapés⁴, igapós⁵ e lagos, compondo o vasto e complexo estuário amazônico, ecossistema que define grande parte de seu modo de vida (MENDES et al., 2008) e que reverbera nestas populações, no modo de adoecer e de se manter sãs.

Neste isolamento das curvas dos rios, há limites importantes impostos pela própria geografia local, mas também pela ausência do Estado em se fazer presente com o setor público. Em termos educacionais, o índice de analfabetismo é muito alto; na saúde existem sérios problemas decorrentes, dentre outros, da ausência de saneamento básico; economicamente, há pouca possibilidade de ascensão social, visto o pouco domínio tecnológico embutido nos produtos que vendem; além de um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixíssimo. (MENDES et al., 2008) Este cenário contribui para a vulnerabilidade social dessa população.

⁴ Riacho que nasce na mata e desemboca em um rio.

⁵ Região da floresta amazônica que permanece alagada mesmo na estiagem dos rios.

A aproximação do grupo de pesquisa com esse contexto, e nesta experiência na ótica da prospecção ribeirinha, automaticamente nos remete a perguntas que nos sinalizam o desafio de entender o processo de adoecimento e de gerar saúde em contexto amazônico. E a população? Como mensurar suas expectativas frente aos serviços de saúde ofertados? Como definir as reais necessidades de saúde de uma população ribeirinha? Como essas pessoas têm acesso à oferta de serviços de saúde? Para estas perguntas e suas respectivas respostas, alguns termos são recorrentemente utilizados: imprevisível e subjetivo. O caráter imprevisível dos eventos que ocorrem nos processos de saúde-doença, de cura e de morte dos indivíduos, é marcado pelo alto grau de subjetividade presente nas relações médico/paciente e paciente/serviço. (PINHEIRO; LUZ, 2007) Na tentativa de captar essa experiência junto aos usuários, o método cartográfico foi tido como uma aposta na experimentação do pensamento e no imprevisível próprio dos processos de produção da subjetividade, tornando o método de pesquisa mais próximo do objeto e mais congruente com os movimentos da vida e com as ações de saúde. (FERIGATO; CARVALHO, 2011)

Esses aspectos que envolvem a subjetividade e o imaginário são fruto de práticas e representações sociais, material simbólico que é a expressão cultural de um modo de perceber a saúde e a doença (CANESQUI, 1992), e que por isso mesmo não devem ser negados, ou estaremos ocultando o outro, no caso o ribeirinho. Estas populações têm, em seu “arsenal cotidiano de atenção”, a cheia e a vazante dos rios, o sol e a chuva, os dias e as noites, sendo a temporalidade definida pela natureza, pela cultura, pelos mitos e pelas tradições. (MENDES et al., 2008) Alguns aspectos que envolvem a prática das equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família

(ESF) foram considerados como condições traçadoras na condução da abordagem pesquisador/comunidade: o acolhimento, a competência cultural e a integralidade da atenção. Estas condições foram sendo “sentidas e vividas” no itinerário dos usuários, tido nesta experiência como a sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que determinam um percurso trilhado pelo ribeirinho desde a sua residência até os corredores e salas da UBS-F Igarau.

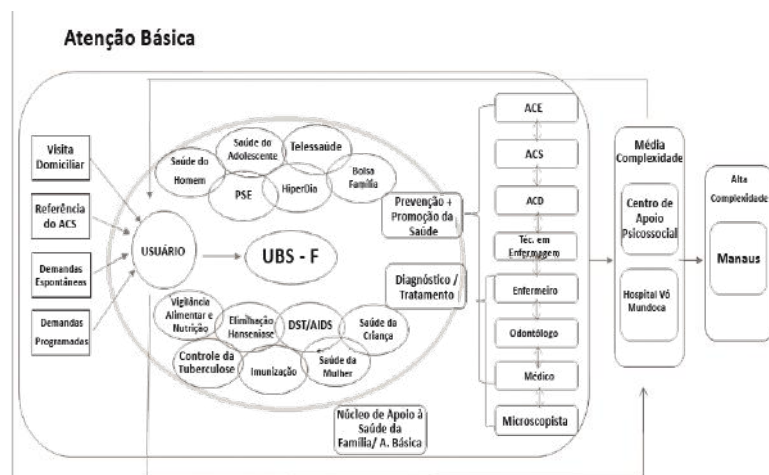
Um esforço de sistematizar a rede de atenção à saúde do município de Borba foi realizado por Moraes et al. (2013) na Figura 01 e a atenção à população ribeirinha tem destaque na UBS-F, com um leque de opções de ofertas de serviços da Atenção Básica.

Invariavelmente, as ações e os serviços condizem com o escopo de ações das UBS tradicionais (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), porém um dos diferenciais reside em ir até as pessoas. Como diz a comunitária: “É bom, às vezes eu penso que é melhor do que ir daqui até lá em Borba, pra atrás de uma ficha... lá em Borba é difícil”. Um dos atributos tidos por Penchansky e Thomas (1981), que ampliam o conceito de acesso, é o acolhimento, que seria a relação entre a forma como os serviços organizam-se para receber os clientes e a capacidade dos clientes para se adaptarem a essa organização.

Mesmo que inicialmente os usuários tenham nas falas dos funcionários da UBS-F centradas em padrões administrativos e de triagem, com utilização de expressões recorrentes: o próximo, nome, número da família, idade, quer a consulta com quem?; prevaleceu o dito por este comunitário: “Gostei do atendimento... já vai pegando a ficha d’gente... tá melhor que na cidade”. Nessa intersecção de usuários e trabalhadores da área da saúde da UBS-F há a produção da responsabilização clínica e sanitária, além de intervenção resolutiva, tendo em vista os

“ribeirinhos” como caminho para defender a vida, abrindo novos desenhos micropolíticos que efetivamente visam impactar os processos sociais de produção da saúde e da doença (FRANCO; BUENO; MERHY, 2004) na realidade das ribanceiras do Rio Madeira.

Figura 01: Fluxo de Atendimento da Rede de Saúde em Borba



Fonte: Adaptado de Moraes et al. (2013)

A reprodução dos modos de vida dos ribeirinhos é assegurada por meio da história oral (FRAXE, 2004), o que desafia os profissionais de saúde a valorizarem o contexto histórico e social dos ribeirinhos e a ofertarem arsenais de cuidado diferenciados. Uma adequação do cuidado à saúde em relação à grande diversidade de necessidades dos diferentes grupos humanos compõe características da competência cultural (TARGA; OLIVEIRA, 2012) dos profissionais da saúde para com as pessoas. A adequação pode ser sentida na fala do apoiador⁶ de saúde: “vim

⁶ Apoiador da saúde: prestador de serviço da UBS-F que não é da área da saúde, porém impacta diretamente na saúde da população ribeirinha, no acesso, no acolhimento e na qualificação da comunicação.

cedo, umas 6 horas, e fui avisando que as pegaria para o atendimento... demorou um pouco, pois tive que esperar que elas se aprantassem e pegassem os documentos...” A adaptação dos profissionais da UBS-F para com “o fazer e o tempo amazônico” são assumidos como parte integrante da equipe de saúde e são valorizadas pelos ribeirinhos: “estou satisfeita... melhorou muito do que era antigamente... o atendimento era no colégio, era pior... para fazer o preventivo nós tínhamos que ir na casa de alguém”. Foi visto e sentido no decorrer deste itinerário uma grande sensibilidade intercultural, com vários pontos de aproximação dos profissionais de saúde para com os ribeirinhos: a tentativa de procurar os dados demográficos locais; postura respeitosa, interessada e empática; a procura por reconhecer recursos terapêuticos utilizados pelos ribeirinhos; além de identificarem e valorizarem as pessoas-chave da comunidade.

Este itinerário também compreende um cuidado que almeja ser integral, pela própria organização dos processos de trabalho da equipe multiprofissional, operando mediante diretrizes como a da vinculação da clientela (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004) e fortalecendo ações que não se esgotam no território tradicional, e sim conduzem altruisticamente para ações em um território específico, comunitário (ribeirinho) e sendo conduzido para além do plano da clínica individual. Destacamos o nosso diário de campo:

Por volta do meio-dia, aproveitando a ida da lancha (motor 90HP) que estava embarcando um grupo de pessoas, majoritariamente mulheres e crianças que tinham sido recém-atendidas na UBS-F... o pesquisador, os comunitários, além do arrais, compuseram o grupo de deslocamento. No trajeto prevaleceu, por

conta das distâncias (pulverização) dos domicílios, o critério de deixar os usuários mais próximos da foz do lago. Foram ao todo sete paradas para desembarque. O retorno foi às dez para as duas da tarde.

O transporte sanitário fluvial compõe o arsenal de ações ofertadas aos ribeirinhos, compondo mecanismo importante de continuidade da atenção, de otimização de recursos materiais em prol da atenção integral, além de agregar um componente importante ao cuidado: a capacidade da utilização de métodos e ferramentas com plasticidade suficiente para reconduzir a pessoa, sua família e a própria sociedade ao centro do cenário da prestação de serviços (ANDERSON; RODRIGUES, 2012), que aqui compõe os “beiradões” das águas. A criatividade no uso dos recursos tecnológicos e do fazer saúde em um território líquido, multiprofissional e implicado com a defesa da vida, faz dessa experiência, apoiada nas falas, nos gestos e no sentir ribeirinho, um marco que pode ser tido como referência de ousadia e de humanidade nos *banzeiros*⁷ do Rio Madeira.

A atenção à saúde e a UBS-F

Não obstante aos percursos cartográficos vividos, o método permite fazer inflexões sobre o objeto estudado, concomitantemente ao momento da intervenção. Nesse sentido, o presente estudo construiu um arcabouço de reflexões sobre o modo de atenção à saúde mais adequado e que melhor representa as incursões ou viagens do *Igarapu* para promover saúde. Assim, propomos uma análise

⁷ Constitui-se como o movimento natural da correnteza das águas ou resultante do passar de barcos, navegações. Pode ser considerada uma imagem símbolo da energia ou potência das águas que comanda a vida na Amazônia.

para territórios específicos da Amazônia, partindo dos seguintes questionamentos: que território adstrito estamos abordando na Amazônia? Como podemos caracterizar o modelo de atenção à saúde disposto pela UBS-F? O que são modelos de atenção à saúde? Assim, coube uma discussão ontológica e epistemológica sobre os modelos. Aqui adotamos a nomenclatura dos modelos de atenção à saúde, entendendo que o conceito abrange os pressupostos dos modelos tecnoassistenciais à saúde.

Parte-se do pressuposto que modelos de atenção à saúde são combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, reconhecidas nas políticas públicas. Sobretudo, as relações entre sujeitos (profissionais de saúde, gestores e usuários) constituem a essência da trama da organização dos serviços, mediadas por tecnologias cuja intencionalidade é intervir na realidade local, admitindo a construção das necessidades sociais da saúde historicamente definidas. (PAIM, 1994; 1998; 1999) Neste sentido, podemos apontar três importantes modelos de atenção à saúde no Brasil que serão objetos de análise do olhar do território existencial: o modelo assistencial; o modelo campanhista; e o modelo baseado na vigilância. Contudo, compreendemos que o *Igarapu* não se enquadra nos moldes de classificação supracitado, aqui representado por alguns motivos. Em primeiro lugar, o *Igarapu* é uma iniciativa multimodal, no sentido de que não compreende ser um modelo fechado, engessado aos anteriormente propostos e que permite refletir sobre sua concepção perante a matriz da rede de atenção.

Mediante a experiência de investigação, a UBS-F apresentou uma iniciativa que intenta resolver problemas de saúde da população ribeirinha em nível de pronto

atendimento, na medida em que atendeu as necessidades específicas da população quando assistiu doentes sob demanda espontânea ou induzida pela oferta. Também se apresentou uma iniciativa coordenada para o enfrentamento de problemas de saúde selecionados e para o atendimento de necessidades específicas de determinados grupos, por meio de ações de caráter coletivo (campanhas sanitárias, programas especiais, ações de vigilância epidemiológica e sanitária) com evidentes limitações quando se trata de atender às demandas da população por uma atenção integral, com qualidade, efetividade e equidade. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001) O *Igarapu*, por si só, constitui-se parte integrante, uma vez que é uma unidade básica de saúde flutuante e atende todos os programas de saúde para a população ribeirinha. A Estratégia Saúde da Família é um modelo de vigilância em saúde que permite o acompanhamento transversal das famílias. A UBS-F consiste ainda em um centro de comunicação com as redes de atenção e prima, sobretudo, por universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização, humanização no atendimento, equidade e participação social. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

No campo das relações, observamos que o território do cuidado-intervenção se aproxima da realidade dos ribeirinhos, das necessidades das pessoas e promove o diálogo entre a razão profissional e o subjetivo/desejo dos indivíduos. Ainda assim, há espaço para afetações com tendência para horizontalização entre os saberes técnicos e populares, com fins à manutenção dos vínculos entre profissional e usuário nos consultórios flutuantes. Analisando a UBS-F enquanto produto da nova PNAB, adequado às necessidades locais da Amazônia, foi possível apontar proposições acerca do território como condição singular para orientar as políticas no âmbito da Amazônia.

Observamos nas narrativas que a categoria “território líquido” aqui utilizada consiste no analisador qualitativo dos cenários de atenção à saúde presentes na organização e no processo de trabalho resultante da UBS Fluvial. É o campo ou espaço da micropolítica do cuidado. E sob essa perspectiva, acomodamos o olhar sobre a UBS-F como um todo e sua relação com as práticas e os modelos de atenção à saúde, sem deixar de observar as questões macroestruturais que regem a política de saúde existente. Assim, ainda propomos um olhar sobre a categoria *território líquido*, enquanto potência para mudanças/adaptações ao modelo de saúde na Amazônia. A inserção no território amazônico nos remeteu a pensar sobre a necessidade de políticas de saúde com estratégias diferenciadas, mediante diversidade de territórios existenciais, com multiplicidade de relações sociais e de poder que exigem uma gestão e produção do cuidado, coadunado com um espaço-tempo característico dos movimentos das águas.

Portanto, a observação da UBS-F, como uma iniciativa promotora de saúde sobre as águas, permitiu-nos cartografar a multiplicidade de modos de atenção à saúde da população, que promove assistência, vínculos e conversas com a população ribeirinha. Não obstante, essa iniciativa reconhece o território líquido como premissa que unifica os fundamentos da PNAB no que tange ao território adstrito em consonância com o princípio da equidade, com as características geográficas da região, levando em consideração as relações do ribeirinho com a natureza.

Considerações finais

Dessa forma, a prospecção do modelo de atenção à saúde em território amazônico, a partir do caso do *Igaracu*, representa um acúmulo de experiências e evidências sobre o *modus operandi* da produção social da saúde no contexto amazônico que foi abordado pelo viés da política da atenção básica e do trabalho em saúde. É sabido do grande desafio para a implantação equitativa da política de atenção básica de saúde que considere em sua completude a realidade amazônica, de forma a garantir a integralidade da atenção à população ribeirinha da Amazônia.

As intervenções realizadas nesse estudo consistiram em uma tentativa exitosa que considerou o chamado “fator amazônico” tão caro às políticas e gestão em saúde na região. Esta, por sua vez, é o resultado das já conhecidas combinações de: (a) grandes distâncias; (b) curso dos rios como única opção de acesso; (c) variações climáticas expressivas, às vezes impedindo o acesso a determinadas localidades durante vários meses do ano; (d) obstáculos físicos naturais (corredeiras, selva impenetrável); (e) ocorrência de doenças transmissíveis não controladas, que justifica a necessidade de tratamento diferenciado para as questões locais, na área da saúde e em outras. Assim, o fator amazônico apresentou um cenário de onde adveio o analisador território líquido encontrado em nossas andanças.

Em uma primeira análise emergiu o *território líquido*, termo cunhado para metaforizar o território geográfico e as relações a serem considerados na dinâmica do trabalho em saúde. Este território líquido não é apenas geográfico, mas é também o conjunto das relações simbólicas do povo que vive em um espaço determinado e que mantém suas tradições culturais em um lugar específico. Perpassa pelo território

das existências dos ribeirinhos, mediando significado e significâncias do meio ambiente. Portanto, recomendamos esta categoria de análise para formular políticas específicas que reconheçam o tempo-espaço para esta população, e sua influência nos aspectos culturais e naqueles mediados pela sazonalidade amazônica. Concluímos ainda que, nas experiências cartográficas, o fator amazônico perpassa pelo analisador território líquido, agregando valor e importância para analisar a micropolítica do trabalho em saúde e o nível de percepção do ribeirinho sobre o cuidado em saúde mais resolutivo.

Em segunda análise, o papel do *Igaracu* frente às necessidades em saúde representou uma capacidade de renovação dos modelos de atenção à saúde em populações específicas. Demonstrou ser um instrumento alternativo capaz de resolver problemas primários de saúde da população disposta ao longo dos rios. Demonstrou ainda alto grau de descentralização da atenção, com capilaridade adaptada à região, garantindo a acessibilidade, o vínculo com a população ribeirinha e a continuidade do cuidado. Ainda é possível refletir acerca da importância da UBS-F inserida na trama de pontos estratégicos pertencentes à rede da atenção à saúde e à política de atenção básica no Amazonas.

Nas andanças do *Igaracu*, vislumbramos a possibilidade de integração desta com as demais iniciativas complementares vinculadas à política de atenção básica, tais como: a interação com as práticas de tele-educação e tele-assistência promovidas pelo programa Telessaúde, que visa a interação dos sistemas de informação com a ampliação da resolutividade da atenção básica e para a continuidade do cuidado do usuário que precisa da atenção especializada; a possibilidade de inserir na tripulação, a equipe de “consultório de rio” (fazendo alusão ao programa

de consultório de rua), uma vez que nas comunidades houveram evidências sobre o uso abusivo de álcool, principalmente, por parte de jovens e adultos; além da possibilidade de articulação com iniciativas intersetoriais que complementem as ações de atenção básica, tais como articulação com o Programa Saúde na Escola (PSE), no sentido de fomentar ações de promoção da saúde que ultrapassem os limites da prevenção de doenças e intervir nos determinantes sociais da saúde nas comunidades ribeirinhas. Assim, realizou-se uma prospecção do cotidiano do cuidado em saúde em território específico amazônico a partir do percurso cartográfico, proporcionando orientações acerca da política de atenção à saúde para populações ribeirinhas, com a intenção de dirimir as desigualdades locais regionais.

Referências

ANDERSON, M.I.P.; RODRIGUES, R.D. Integralidade na prática do médico de família e na atenção primária à saúde. In: GUSSO, G.; CERATTI, J.M.C. (Orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v.2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BARROS, M.E.B; SANTOS FILHO, S.B.; GOMES, R.S. Alguns conceitos articulados na discussão do processo de trabalho em saúde. In: MACHADO, J. M. H.; ASSUNÇÃO, A. A. (Orgs.). **Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina, 2012, p. 28-65.

CANESQUI, A.M. Consumo e avaliação dos serviços de saúde In: COHN, A. et al. (Org.). **Pesquisa social em saúde**. São Paulo: Cortez, 1992. p.1-36.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE. **Humanizar cuidados de saúde**: uma questão de competência. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

FARIA, H.X.; ARAÚJO, M.D. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde & sociedade**. São Paulo, v. 19, n. 2, p.429-439, 2010.

FERIGATO, S.H., CARVALHO, S.R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 15, n. 38, p.663-75, jul./set. 2011.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p.489-506, set./dez. 2005.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim – MG. In: MERHY, E.E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p.37-54.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p.125-134.

FRAXE, T.J.P. **Cultura cabocla ribeirinha: mitos, lendas e transculturalidade**. 1. ed. São Paulo: Annablume, 2004.

MENDES, L. et al. Inserção ecológica no contexto de uma comunidade ribeirinha amazônica. **Interamerican journal of psychology**. v. 42, n. 1, p.1-10, 2008.

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.

MORAES, A. S. et al. **Relatório de atividades desenvolvidas no município de Borba (AM) em 2013**. Manaus: UEA, 2013.

PAIM, J.S.A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p.455-466

_____. **Construção de um modelo de atenção à saúde: implantação e implementação do SUS nos três níveis de governo**. Porto Seguro, 11 jun. 1998. Palestra ministrada no ENCONTRO REGIONAL DO CONASEMS.

_____. Políticas de descentralização e Atenção Primária à Saúde In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**, 5.ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.489-503

PENCHANSKY, D.B.A.; THOMAS, J.W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical care research and review**, [New York], v. 19, p.127-40, 1981.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes X modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - Abrasco, 2007.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abr. 2004.

TARGA L.V.; OLIVEIRA, F.A. Cultura, saúde e o médico de família. In: GUSSO, G.; CERATTI, J. M. C. (Orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v.1. p.52-59.

PALHAÇARIA NA GESTÃO COM ACOLHIMENTO: o caso do morro do Cantagalo/Pavão/Pavãozinho (Cidade do Rio de Janeiro)

*Rafael Morganti Pinheiro
Túlio Batista Franco*

Introdução

Este artigo discute a gestão de uma Unidade Básica de Saúde no Rio de Janeiro, em que se utilizou a *palhaçaria* como dispositivo de qualificação das práticas de gestão, reconhecendo que o cuidado é também seu objeto. A palhaçaria é, na nossa perspectiva, uma ferramenta para operar no acolhimento e na gestão do cuidado e foi usada não como algo que vem de fora e se institui, mas como uma prática que é parte do cotidiano, se mistura com os trabalhadores e usuários, produz encontros, alegria. Inicialmente a palhaçaria foi implementada e utilizada pelos gestores e posteriormente foi adotada pelos profissionais da unidade. Não foi algo deliberado pelos gestores que orientavam os outros profissionais utilizarem. Os gestores lançaram mão da palhaçaria e, conforme os efeitos foram

acontecendo, os profissionais foram utilizando a palhaçaria no seu cotidiano do trabalho em saúde. Podemos identificar as características do início da palhaçaria segundo um trecho da entrevista cedida por um dos gerentes da unidade.

Primeira coisa foi a catarse, o momento de catarse, todo mundo tinha que “vomitar”. Tinha muito ódio no olhar, na voz, né? Do momento de catarse começa o momento do diálogo, aí a partir do momento do diálogo o momento da confiança. Quando a população começa a entender a proposta do trabalho e que ninguém estava preocupado com cargo ou com cunho político ou coisa desse tipo, tudo muda. O ambiente começa a mudar, então começamos a fazer algumas estratégias no processo ali da palhaçaria. (informação verbal)¹

O dispositivo *palhaçaria* para a gestão do cuidado tem por base a teoria das afecções, ideia do filósofo Baruch Spinoza que identifica a força do encontro entre os corpos na produção de afetos, ou seja, cada corpo tem o poder de afetar um ao outro mutuamente. Estes afetos podem ser de alegria ou tristeza, produzindo no outro as *paixões*, como forças do exterior que se instalam na forma de afecções. Quando são de alegria, aumentam a potência de *agir no mundo*, e quando forem de tristeza, reduzem esta potência. (SPINOZA, 2008) A palhaçaria é uma estratégia de produzir encontros, sendo assim, não é modelo, não tem forma pré-definida (é *in-forme* portanto), se abre para a perspectiva do momento, para os agenciamentos, para a produção em ato da gestão e do cuidado em saúde. Como é produção no encontro, supõe que o usuário também é um protagonista, e não objeto do cuidado. A forma lúdica de agir, o imaginário como fluxos criativos que podem transitar

¹ Gerente da Unidade de Saúde, em entrevista.

entre o mundo do sofrimento em que o usuário se institui enquanto *paciente*, e um outro lugar amparado no encontro com o palhaço, o brincante. Encontro que potencialmente vai produzir a alegria, aumentando assim a *energia vital*, a potência de agir.

A palhaçaria surge como um importante dispositivo da gestão em saúde em uma Unidade de Atenção Básica, onde o seu cotidiano é fortemente marcado pelo encontro dos trabalhadores com os usuários. Contribui para o acolhimento, que tem como prática a “[...] escuta qualificada, resposta positiva ao problema de saúde do usuário, encaminhamento seguro” (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999), enfim, que transmite segurança e proteção ao próprio usuário. Esta associação entre palhaçaria e acolhimento é a aposta que a gestão desta Unidade de Saúde encaminhou, com resultados significativos de uma nova forma de se relacionar com os usuários. A ousadia da gestão ficou marcada como um importante momento de produção de novos dispositivos de gestão e cuidado em saúde.

A experiência aqui relatada foi vivenciada em uma unidade de saúde da família no morro da zona sul do Município do Rio de Janeiro durante o ano de 2012. O perfil demográfico do morro é típico nas comunidades cariocas de baixo nível socioeconômico. Uma característica contemporânea decorrente do atual governo é a presença da Unidade de Polícia Pacificadora. Não pretendemos aprofundar o debate sobre o projeto, mas é relevante deixarmos claro que não acreditamos na eficácia deste projeto que o atual governo do estado vem executando, por militarizar os problemas que têm origem principalmente na realidade social, na pobreza e no abandono. Essas questões não estão no foco da atual política de segurança do governo estadual do Rio de Janeiro.

A unidade é caracterizada tipo A, quer dizer que trabalha com a lógica da Estratégia Saúde da Família (ESF) e não está associada à lógica de posto de saúde/ambulatório de qualquer especialidade clínica. Caracteriza-se também como unidade Escola, recebendo alunos de graduação e residentes. Além dos serviços e das diretrizes que a gestão central determina que seja implementada, a unidade disponibilizava os serviços de fitoterapia, Programa de Saúde na Escola (PSE), homeopatia, arte-terapia, permacultura, capacitação dos agentes comunitários de saúde com outras instituições, terapia corporal, reciclagem de óleo de cozinha, georreferenciamento e caminhada na orla da praia de Copacabana com idosos.

Uma das diretrizes do processo de trabalho que operava na unidade e optamos analisar é o acolhimento e o modelo de gestão do cuidado, ambos tinham como principal ferramenta a palhaçaria. Optamos por esta unidade como campo de pesquisa por essas características que citamos anteriormente. Tais características potencializam o território do *trabalho vivo*. Nossa inserção no processo de trabalho da unidade se deu por intermédio da produção da pesquisa, que teve como um dos produtos esse texto. Não temos a pretensão de descrever todo o processo de trabalho e seus produtos, porque na vivência percebemos o quanto era singular e complexo a gestão e o acolhimento operado com a ferramenta da palhaçaria. Foi possível observar alguns dos resultados deste processo de trabalho, que são: relações horizontais entre todos os atores envolvidos com a unidade, empoderamento de todos os profissionais, construção de processos de trabalho alegres, produção coletiva de significados, relações de compreensão, cooperação e valorização de todos os profissionais.

É importante destacar que, de acordo com a dinâmica do processo de trabalho, diariamente havia uma transformação, que mediante problematização no colegiado de gestão, se tornava aprendizado para todos os envolvidos. Esse movimento não era diferente com os pesquisadores, que a cada dia de campo eram afetados pelos acontecimentos do processo de trabalho da clínica, afetações que foram determinantes para a construção desse texto. Acompanhamos o cotidiano do processo de trabalho durante 11 meses. O então gerente disponibilizou todo espaço da clínica para desenvolvermos a pesquisa. A partir da vivência, optamos pela experiência do colegiado gestão e o acolhimento. Tais escolhas foram feitas não apenas pela reconhecida dificuldade que é fazer colegiados de gestão, mas por ter percebido o tipo de relação que era constituída por todos os sujeitos envolvidos com as atividades da unidade e pela maneira que o acolhimento era feito. A produção de dados para obter os resultados da palhaçaria na unidade de saúde foi feito por meio de fontes primárias, narrativas colhidas em entrevistas semiestruturadas com os gestores da unidade, os artistas palhaços, e observações do processo de trabalho.

Gestão com base na “palhaçaria”

A gestão tinha como característica principal o colegiado gestor, método que os gestores apostaram do início ao fim na gestão. Método que não teve apoio da gestão central, pelo contrário. No colegiado eram discutidos todos os assuntos que diziam respeito ao processo de trabalho da Unidade. Os assuntos eram trabalhados no coletivo, envolvendo Agentes Comunitários de Saúde, enfermeiro, médicos, odontólogo, técnicos em enfermagem, técnico

em saúde bucal, usuários e gestores. O colegiado gestor era um momento em que todos os atores envolvidos com o processo de trabalho em saúde se reuniam para problematizar e dar encaminhamento às questões que diziam respeito à Unidade. Todos os assuntos pertinentes à Unidade eram levados para o colegiado. Não havia restrição de sujeitos para participar.

A palhaçaria operava no colegiado como uma ferramenta para horizontalizar a relação entre todos os envolvidos, sem exceção. Além de horizontalizar as relações, ela convida o humor para tomar decisões sérias. Não acreditamos que um espaço que inevitavelmente há divergência de ideias e opiniões precisa ser um ambiente exclusivamente de tensões. A palhaçaria permite/potencializa que nesse espaço onde há encontro coletivo, sejam produzidas também *paixões alegres*. Utilizamos o conceito *paixões alegres*, como nos oferta Spinoza, citado por Deleuze (2002, p.34), que, em sua obra *Spinoza: filosofia prática*, diz que “[...] as paixões que nos afetam são de alegria, nossa potência de agir é ampliada ou favorecida”. Portanto, além de o espaço colegiado gestor tomar decisões que diziam respeito a todos os envolvidos, era um espaço de composição entre os sujeitos e de criação.

O acolhimento produzido na Unidade foi escolhido por nós, porque a forma como era operado é como entendemos o que seria de fato o acolhimento. Entendemos acolhimento não como uma sala, com a identificação “Acolhimento” e que o usuário, ao chegar na unidade, é encaminhado, além de ser operado intensivamente com normas e protocolos. Entendemos acolhimento como uma prática que acontece a todo momento em um serviço de saúde e também como nos é ofertado:

Em todo lugar que ocorre um encontro – enquanto trabalho de saúde – entre um trabalhador e um usuário, opera processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam a produção de relações de escutas e responsabilizações, que se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenções, que objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de “algo” que possa representar a “conquista do controle de sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde. (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999. p.346)

O acolhimento não é praticado exclusivamente em uma sala, ele acontece fundamentalmente a partir do encontro entre profissional e usuário. Tem como principal ferramenta para ser operado no cotidiano a *tecnologia leve* (MERHY, 2013), tendo em vista a responsabilização pela demanda do usuário e o resultando no encaminhamento seguro. Na experiência apresentada, essas ferramentas que operavam na unidade eram difundidas com a palhaçaria, que tinha, além do resultado apresentado, a horizontalização entre profissional de saúde e usuário. A horizontalização se trata da radical ausência de hierarquia entre qualquer categoria profissional e na relação entre profissional/usuário no cotidiano do processo de trabalho em saúde. A horizontalização se apresenta como uma ferramenta fundamental para a produção do cuidado.

Caso 1

Em mais um dia de imersão no campo de pesquisa, percebemos um disco de vinil pequeno no chão, não o pegamos. Quando chego na porta da unidade, encontro os gestores G.W e M.M., sendo que o primeiro era o gerente da Unidade de Saúde, e o segundo participava na sua assessoria para o projeto da Palhaçaria. Eles foram entrevistados e forneceram vários dados do funcionamento da Palhaçaria, sendo ao mesmo tempo fonte e protagonistas desse projeto.

G.W. me convidou para almoçar, mas avisou que só estavam esperando um profissional. Enquanto aguardávamos, um funcionário da limpeza entregou ao G.W. o vinil que estava no chão, e este ficou segurando, dizendo que iria guardar-lo. Paralelo a este momento, uma menina de mais ou menos seis anos de idade saiu da sala de espera, surgiu como quem não quer mais ficar no mesmo lugar, por não estar satisfeita com a espera. G.W. e M.M. reconhecem a criança, que era filha de uma profissional da unidade. G.W. percebendo a insatisfação da criança em estar naquele lugar aguardando sua mãe, começa a fazer do disco de vinil que estava no chão de volante de um carro, e a andar como se estivesse dirigindo ao mesmo tempo, canta uma música, convida a criança para andar no carro que começara a dirigir. Ambos ficaram andando e cantando no suposto carro que G.W. havia criado para brincarem na entrada da unidade de saúde. Após essa brincadeira, a criança foi ao encontro de sua mãe sorrindo, cantando e alegre. Diferente de quando estava sentada aguardando sua mãe. Após o encontro do gerente com a criança que aguardava sua mãe, percebemos que não seria necessário esperar uma apresentação acontecer com os gestores caracterizados de palhaços para prospectar a palhaçaria. A palhaçaria acontecia em ato. Era uma ferramenta utilizada para alcançar objetivos.

Caso 2

[...] tem um tatuador, um tatuador não, um grafiteiro internacional que mora lá na comunidade, e o cara teve uma crise de rim, ele ficou 24 horas com a mulher dele e o filhinho dele de dois anos e pouco “passeando” pela cidade pra ser atendido, [...] Mas esse tatuador ficou 24 horas aí, passando mal e no final da história ele foi à Unidade Pavão-Pavãozinho. Chegou lá, em crise profunda, a mulher brigando com todo mundo e me deu vontade de tocar e eu nem sabia o que estava acontecendo, montei o sax e desci tocando. Cara, do jeito que eu desci tocando o filho deles pirou o cabeção, menininho ficou doido com o instrumento, começou a brincar, pular, aí eu cheguei perto, o moleque queria escalar o sax, nessa a mãe foi acalmando, a médica já começou a fazer o atendimento. (informação verbal)²

O palhaço

A palhaçaria apresentada nesse trabalho não se trata exclusivamente do típico palhaço que se apresenta nos serviços hospitalares produzindo alegria e riso com suas vestes furadas, suas tralhas e sua característica principal, o nariz vermelho. Experiência reconhecida internacionalmente em trabalhos científicos, literários e cinematográficos como *Patch Adams: o amor é contagioso*, dirigido por Tom Shadyac, lançado em 1998, filme baseado

² Gestor da Unidade de Saúde, coordenador da Palhaçaria, em entrevista.

em fatos reais. O palhaço que trabalhamos se trata de, como nos afirma Campos (2009, p.44), “[...] um agente secreto social pronto para a revolução, tendo como aliados o riso e a alegria.”

O palhaço que apostamos também possui seus adereços típicos, como citados anteriormente, mas sua prática na gestão do cuidado e no acolhimento não são ferramentas obrigatórias. Campos (2009, p.44) nos afirma que “O palhaço tem a capacidade de inverter o sentido das representações”, na gestão ele invertia a representatividade do gestor como figura centralizadora do poder e único a tomar decisões. A palhaçaria permitia, por meio do colegiado gestor, que qualquer profissional da unidade pudesse decidir qual conduta ter, ciente das responsabilidades que eram assumidas por todos os profissionais. No acolhimento, a palhaçaria era utilizada na seguinte perspectiva: “O palhaço polemiza e entra em contato com o sério a partir do riso” (LARROSA, 2003³ *apud* CAMPOS, 2009, p.46), o sério que apontamos poderiam ser os sinais e sintomas que o sujeito apresenta naquele determinado momento. Apostamos que, para desenvolver um acolhimento sério e comprometido com a demanda do usuário, não é necessário estabelecer relações hierárquicas, ausentes de afeto e de alegria, como não tão raro são encontradas nas unidades que operam com a lógica da ESF, que inclusive desenvolve a triagem e não o acolhimento.

Tais características têm menos potência de criar vínculo com o usuário e diminuição da produção de responsabilização, portanto, apostamos no acolhimento com relações estabelecidas horizontalmente e afetuosamente, porque é por meio dessas características que acreditamos na possibilidade de construir um acolhimento com potentes

³ LARROSA, J. *Pedagogia profana*: danças, piruetas e máscaras. 4. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

chances de desdobramentos compatíveis com a demanda do sujeito e construir vínculos. A participação de todos, atrelada à construção de relações horizontais, potencializava a problematização dos casos cotidianos que se apresentavam na unidade de saúde, produzindo encaminhamentos resolutivos que responsabilizavam toda a equipe. A palhaçaria que era trabalhada não se tratava apenas de colocar o nariz vermelho, produzir alegria e subverter a ordem da doença e algumas de suas consequências, que são dor, tristeza e solidão, como é encontrado em alguns serviços. A palhaçaria era uma ferramenta utilizada como meio para alcançar objetivos, como horizontalizar todos os tipos de relação entre todos os envolvidos no processo de produção do cuidado, independentemente se está na posição de técnico ou usuário.

Entendemos que a saúde se produz a partir dos encontros e dos afetos que se produzem no encontro, encontro que é singular, outro encontro com a mesma pessoa, mas em outro momento não quer dizer que terá a mesma afetação. O encontro do profissional com o usuário é um momento delicado - certamente não é algo prazeroso que leva o usuário a uma unidade de saúde - então a produção de alegria nesse momento se mostra como um elemento para a redução de sofrimento e angústia. A produção do riso por meio da palhaçaria ganha potência quando (CAMPOS, 2009, p.32) nos afirma que “[...] o riso é importante para a construção de vínculo com a população nos serviços de saúde, pois ele desarma, aproxima, quebra barreiras, estimula a capacidade de reflexão.” Portanto se torna um facilitador para um acolhimento responsável e que seja capaz de dar resolução ao problema apresentado e que o usuário seja acompanhado no seu caminhar na vida.

Considerações finais

Não temos o objetivo de tornar a palhaçaria um modelo de acolhimento, ou um modelo de gestão do cuidado, o que seria contraditório nas nossas concepções. Apostamos que não deve haver modelo de acolhimento, ele deve estar comprometido com o encontro entre trabalhadores e usuários, o que supõe estar aberto aos seus acontecimentos. A prática ofertada para operar nesses espaços deve ser escolhida de acordo com a demanda singular de cada usuário, possibilitando uma produção do cuidado por agenciamentos disparados a partir da necessidade do usuário. Entendemos que o eixo central da produção do cuidado é o sujeito e sua necessidade. Apostamos na palhaçaria como uma das ferramentas a serem utilizadas pelos profissionais de saúde em qualquer momento no cotidiano dos serviços em saúde.

Na gestão do cuidado, o colegiado gestor era fundamental para que a palhaçaria pudesse operar. A palhaçaria permitia que o colegiado tomasse as condutas de maneira alegre, que todos ficassem confortáveis sem haver necessidade de hierarquia nas problematizações. É evidente que havia tensões, pois sustentar um colegiado gestor não é algo simples, mas a palhaçaria mostrou-se uma potente ferramenta para que o colegiado de fato existisse e que todos os envolvidos, de fato, participassem. É importante destacarmos que a palhaçaria não se trata de um método de fazer a pessoa rir. A palhaçaria é entendida como uma ferramenta de cuidado que permite horizontalizar todo tipo de relação, empoderar todos os sujeitos e produzir saúde com alegria. Estamos de acordo com a fala cedida de um dos gerentes, M.M., para a construção deste trabalho.

[...] a arte nesse contexto de trabalho, educação popular é sempre pautada como perfumaria no processo, a arte não é perfumaria, a arte já é o processo, ela já é o processo educativo, então assim, o que me cansa tanto nos movimentos da educação popular, em vários movimentos da saúde é, “Os caras vão fazer uma arte, uma artinha aí”, não, não é arte, isso é método de trabalho, isso é ferramenta para chegar em um objetivo que você está visando ali pra você poder ter condições de dialogar e junto pensar em uma terceira via de solução para a qualidade de vida[...]. (informação verbal)⁴

Evidentemente a arte e a educação popular que M.M. nos oferta serve para o contexto da palhaçaria que abordamos. Infelizmente a gestão que nos permitiu essa potente experiência não existe mais, porém, a palhaçaria permanece de forma residual em alguns profissionais e é constantemente suprimida por manejos macropolíticos e micropolíticos. Entretanto, os manejos pactuados no interior de um serviço de saúde são vivos. Apostamos que, apesar da tentativa de captura da gestão central, o trabalhador é gestor da sua produção de cuidado, permitindo operar com ferramentas não fomentadas pela gestão central, como a palhaçaria.

⁴ Gestor da Unidade de Saúde, coordenador da Palhaçaria, em entrevista.

Referências

CAMPOS, M.V. **Alegria para saúde**: a arte da palhaçaria como proposta de tecnologia social para o Sistema Único de Saúde. 2009. Tese (Doutorado em Ciências) – Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

DELEUZE, G. **Espinosa** [Spinoza]: filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.345-353, abr./jun. 1999.

MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuição da análise do território tecnológico do trabalho vivo em ato em saúde para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 4, n. 6, p.109-116, fev. 2000.

SPINOZA, B. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.



TEMA DE DOBRADIÇA

A EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS COMO AVIZINHAMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA COM A ATENÇÃO BÁSICA: saúde, educação e conversas-em-ação

*Jaqueline Dinorá Paiva de Campos
Ricardo Burg Ceccim*

Introdução

Os alunos da educação de jovens e adultos, na modalidade “núcleos de apoio”, são, em geral, cidadãos marcados pela exclusão em razão de gênero, classe social, geração, raça e subalternidade no mercado de trabalho; e que retornam à escola, apesar dos rótulos e das dificuldades, na busca de sonhos, de lugar social, oportunidades de emprego e renda, vínculos inovadores e nova circulação na cidade. O seu território é de “segmento vivencial”. Vivendo onde vivem, não são “público-alvo” da atenção básica sem esta precisa configuração que os inclui em produção de vida/promoção da saúde. Sua condição de saúde está incluída na busca por esta modalidade de educação e seu desempenho educativo está inserido na avaliação de saúde no que concerne à atenção básica, contato dos agentes

comunitários de saúde e práticas cuidadoras no bojo das noções de integralidade, comunidade e diversidade.

A busca pela escola representa, para alguns, parte do tratamento terapêutico para o abandono de drogas ou a redução de danos, para outros a exigência para a permanência em cargos de trabalho ou acesso ao mercado. Há aqueles que buscam o tempo perdido em razão de inúmeras repetências escolares, pois não aprendiam no mesmo ritmo de seus colegas e muitos idosos buscam “reinclusão” social. A modalidade da educação de jovens e adultos também faz parte das medidas judiciais de redução da privação da liberdade ou aquisição de direitos civis e políticos, assim como faz parte da atenção integral à saúde da pessoa com deficiência mental e está presente nas condutas intersetoriais dos Consultórios de Rua. Contribui ainda – ou participa – da reinserção de egressos das instituições manicomiais, hoje em residenciais terapêuticos, “usuários” das oficinas de geração de renda, geriatrias, casas de passagem, comunidades terapêuticas etc. Esta modalidade de ensino oferta apoio presencial aos alunos a partir de suas dúvidas (particulares problemas de aprendizagem, curiosidades que desconfortam o intelecto, perguntas inéditas decorrentes do voltar a estudar, da busca de suplência educativa para os exames de certificação de domínios escolares ou da frequência em programas de Educação de Jovens e Adultos – EJA), o que proporciona que histórias de vida, com toda sua intensidade, venham juntas no “encontro pedagógico”.

A educação de jovens e adultos está para a educação básica como a atenção psicossocial está para a atenção básica. Os núcleos de apoio em Educação de Jovens e Adultos estão para a educação básica como os núcleos de apoio em Saúde da Família estão para a atenção básica? Por que não? O “público-alvo” efetivamente se confunde

e se repete algumas vezes, mas também difere bastante. Entretanto, essa nucleação coloca em questão o conceito de “território” sem reduzir a necessidade de acolhimento, vínculo e responsabilização para a educação básica e para a atenção básica – quais as diferenças na “territorialização”? Entram em questão os indicadores de identidade e as radicais necessidades de singularização. A narrativa nascida em um Núcleo de Apoio em Educação de Jovens e Adultos veio à atenção básica como ponto de torção, como *tema de dobradiça*¹, como experiência prática na cena da vida, inserindo desafios de pensamento e “dobradura”, desafio de inclusão de “segmento territorializado na produção de vida”, mas não territorializado no mesmo conjunto de Códigos de Endereçamento Postal de alguma dada Unidade Básica de Saúde. Colocou em questão o prestigiado ponto de inflexão do conceito de “pesquisa situada” (MARCUS, 1995), “trabalho situado”, “intervenção situada”, quando sua base era o território, porque o território se deslocou, sua situação não era mais uma localidade, mas uma transversalidade. O “situado” se desprende do “local” como signo de endereço e comunidade cultural para o de segmento transversal em busca de vida e saúde, inserção em necessidades sociais em saúde e enfrentamento dos determinantes e condicionantes ao processo saúde-doença-cuidado-qualidade-de-vida. (BUSS, 2000)

Pode-se chegar à noção de que fluxos intensivos podem ser mobilizados pela educação básica e pela atenção básica em uma *ensinagem* ou em um *cuidado* ativadores, junto às pessoas em vulnerabilidade, de sua capacidade germinal de si mesmo. No cenário educacional que nos é regular, marcado pela fragmentação e oposição de saberes (formal-informal), parametrizado e sequenciado,

¹ “Os temas de dobradiça são como polemizações, conversas acrescentadas pelos agentes de problematização, funcionando como desconforto intelectual.” (CECCIM et al., 2014)

as parcializações corpo e mente, sujeito e objeto, forma e fluxo reafirmam a aceitação de que seres, objetos e meio preexistem às relações que estabelecem. Autores como Latour (2012), Deleuze e Guattari (2012) ou Escóssia (2014) se contrapõem a essas dicotomias opostas, trazendo que toda produção se dá no coletivo, por agenciamento e em redes, não havendo oposição, mas distinção, naturezas diferentes, prolongamentos. Essa fragmentação, no caso da educação, acaba seccionando tempo, espaço e fazeres, fazendo com que o acontecimento-aprender seja reduzido a rotinas escolares demarcadas previamente com início, meio e fim. Então a Educação não está melhor que a saúde nos termos do acolhimento, mas seguimos os rastros do tema de dobradiça. O aprender, como acontecimento, não apresenta a marca da extensão que lhe confere como característica a previsibilidade. Pelo contrário, carrega a marca da imprevisibilidade, por isso quando os alunos são questionados sobre como aprendem, respondem: não sei; mas lembram do tempo despendido ou perdido e da intensidade do encontro com o aprender (livros, professores, escolas, mentores). Na mesma perspectiva, Larrosa (2002) propõe a aprendizagem como algo que nos toma, não o que se passa, mas o que nos passa, um acontecimento. A aprendizagem como acontecimento muda o foco dos resultados do ensino, do que se aprendeu, para o processo aprender, ou seja, da forma para o fluxo. O que faz com que seja necessário aparelhar ferramentas relacionais: o olhar, a escuta e o corpo, para uma escuta sensível que proporcione um *ver-ouvir-sentir háptico* a fim para acolher os signos (DELEUZE, 2003) da demanda dos alunos e reencaminhá-los à plurissignificação, movimento de prospecção de novas formas de ser, fazer, conhecer e viver.

Arte intercessora da educação, educação intercessora da saúde

Na produção de ferramentas relacionais, a arte vem como “intercessora” (DELEUZE, 2008)², pois é da arte a “especialidade” de fazer ver os fazimentos e desfazimentos de mundos subjetivos, cognitivos ou materiais, as germinações e os inusitados. Para exemplificar, podemos dizer que para o artista uma tela branca não expressa o nada, mas um pedido decorrente da abertura a um campo de possibilidades; é uma demanda, a margem, a invenção de um problema antes da sua solução; nominado por Lygia Clark como “vazio pleno” (CLARK, 1960c) do qual a multiplicidade que emerge é sempre produto relacional em ato – fruição. Na obra “Bichos”, Lygia Clark, inspirada em moluscos, mostra que valva e animal se articulam e passam a constituir não mais a concha e o molusco, mas outra coisa, um terceiro – o bicho. (CLARK, 1960a) Clark inaugura a saída da resignificação para a plurissignificação, uma coisa não pode se tornar outra, pode ser várias, desde que tocada, mobilizada, interatuada, sentida, experimentada. Nos Bichos, peças metálicas se articulam, criando uma multiplicidade de possíveis, em um corpo-a-corpo que se estabelece entre o fruidor e a obra. Para Clark (1960b, p.47) o fruidor³ “já não se projeta e se identifica na obra”. O fruidor “vive a obra e, vivendo a natureza dela, ele vive ele

² “O essencial são os intercessores. A criação são os intercessores. Sem eles não há obra. Podem ser pessoas – para um filósofo, artistas ou cientistas; para um cientista, filósofos ou artista – mas também coisas, plantas, até animais, como em Castañeda. Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores. É uma série. Se não formamos uma série, mesmo que completamente imaginária, estamos perdidos. Eu preciso dos meus intercessores para me exprimir, e eles jamais se exprimem sem mim: sempre se trabalha em vários, mesmo quando isso não se vê. (DELEUZE, 2008, p.156)

³ O termo espectador da citação foi substituído por fruidor, justamente por não haver passividade.

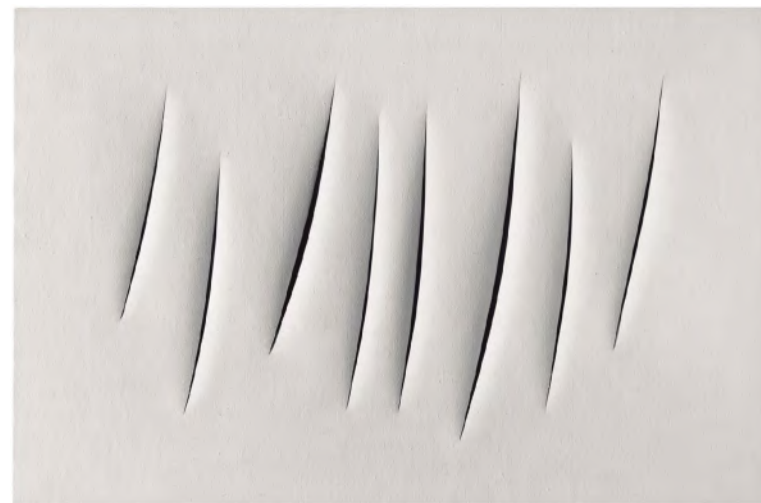
próprio, dentro dele”, ou seja, não há passividade – nem do fruidor, nem da obra – pois se atualizam na relação.



Bicho - Relógio do Sol. Lygia Clark (1960)

O artista Lucio Fontana nos traz a “terceira dimensão” na pintura sem o uso da perspectiva. Apresenta telas perfuradas e rasgadas, introduzindo, assim, a profundidade que convoca ao que não se vê e que estaria atrás do furo ou do talho. Em suas obras, procura evidenciar possibilidades de ruptura da matéria.⁴ O tempo é introduzido na obra ao sermos forçados a imaginar o artista cindindo e furando a tela com um determinado instrumento e em diferentes velocidades/intensidades (ALENCAR, 2009), em ato de acontecimento.

⁴ Lucio Fontana, artista ítalo-argentino, nasceu na Argentina, mudando-se para a Itália. Foi pintor e escultor, procurou evidenciar em sua obra as possibilidades de ruptura da matéria, fazendo a pintura ganhar corpo e transbordar para o espaço do fruidor, onde o espaço bidimensional da tela põe em causa a pintura como meio de representação.

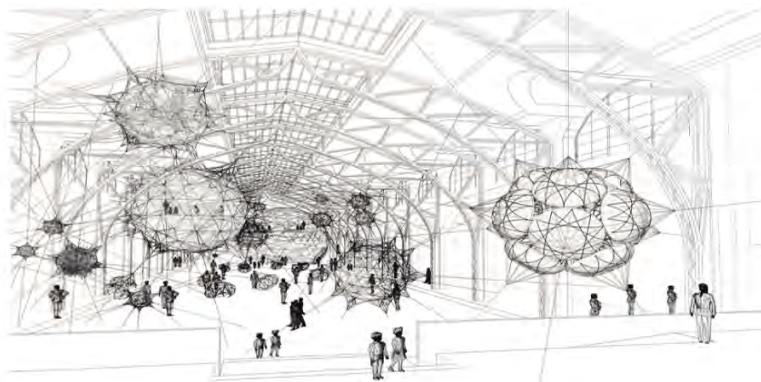


Conceito Spaziale “Attese 140”. Lucio Fontana (1965)

A sensibilidade do artista faz emergir o vazamento, o oculto, o invisível, o imperceptível. Dessa maneira, a pintura transborda para o espaço do fruidor, convocando um novo olhar. É a arte produzindo fissuras, convocando o sair de si mesma: a libertar o olhar, a escutar o vazio, a sentir diferente, ou seja, nos convida a afirmar a vida que surge dando passagem à produção de novos mundos. Abre-se um campo de possibilidade que proporciona composições, evocando novos caminhos, outros mundos por onde aprender e ensinar, os quais podem ser acessados a partir de uma abertura à sensibilidade pela produção (invenção) de *uma* escuta que ultrapasse o audível e de *um* olhar que contraponha ao ótico (compreendido como linear e centrado, logo reducionista) e de um corpo cujos órgãos do sentido sejam capazes do deslocamento autocentrado para a alteridade, da identidade para o jogo ou a dança, movimentos com o outro.

Tomas Saraceno propõe em seu trabalho outras formas de habitar o mundo e de perceber a natureza. Traz entidades

como círculos e redes que se conectam e se constituem por conectores elásticos onde qualquer perturbação ressoa em todas as partes do sistema modificando-o. Sua obra mostra que nada é simples, linear, uno. Tudo é composto, múltiplo, com forma reticular, apresentando sempre uma conjunção aditiva aberta a novas composições. Sua obra mostra que existem mundos invisíveis que se produzem ao nosso redor a todo tempo, além do nosso olhar óptico.



Fonte: “In Orbit”. Tomas Sarraceno (2013).

Essa arte não representativa, mas relacional, não identitária, mas conectiva, não nos remete às formas ou padrões de ser, estar, mostrar. Em cada ser, estar e mostrar é particular, singular, menor. Referimo-nos ao menor em contraposição à cultura hegemônica, tomada como maior, pois a língua não é feita para comunicar e sim para relacionar significado-significante, codificar. (DELEUZE; GUATTARI, 1977; 1995b; 2012) A multiplicidade da escuta e do olhar busca uma “língua menor” (DELEUZE; GUATTARI, 1995b) para nomear o que sucede. Nesse mesmo sentido, Schüler (2001, p.135) nos traz que “o problema são as palavras, sempre as mesmas para uma realidade inquieta, flutuante”. Como um simples nome pode conter o que experienciamos?

O toque da arte produz novo tom de conversa, reinventa e nomeia o olhar, a escuta e o corpo para questionar os processos produtores de vida, minoritários, das gentes que frequentam a educação de jovens e adultos, em um país que investe promessa de sucesso e renda aos mais escolarizados. A ferramenta relacional do olhar torna-se arma quando se dispõe a ser a de um “olhar rizomático”, a da escuta quando se dispõe a ser “escuta-inscrição”, e a do corpo quando se dispõe a ser “corpo-pendular”.⁵ Criam-se ferramentas-armas maquinicas, não mecânicas, como na proposição filosófica de Deleuze e Guattari (2012), “armas de guerra” que inventam outros/novos modos de composição para produção de si e do mundo, que é seu correlato, para dar passagem ao acontecimento-aprender.

O “olhar-rizomático” expõe as pluralidades dos processos produtores de vida em expansão. Seu objeto não é causa-efeito, sem respostas, sem modelos, já que não existem verdades a serem reveladas, como afirma Latour (2000), somente produções coletivas, em coletivos que habitam um determinado espaço e tempo. Contrapõe-se ao olhar óptico centrado da civilização ocidental, em que o ver é movimento para saber, como uma flecha que busca um alvo fixo, e que produziu/prodiz o olhar da ciência tradicional clássica na qual sujeito e objeto preexistem às suas relações. O olhar-rizomático instaura à plurissignificação, do alvo fixo para o múltiplo, um olhar menos identitário e mais prospectivo, que reconhece e acompanha as singularidades, agenciando-se a elas, dando passagem a outras dimensões de vida ainda que não visíveis ou dizíveis. A “escuta-inscrição” não se reduz ao audível, oferece o corpo como território de passagem, como superfície de inscrição – uma escuta que se deixa

⁵ Conceitos em diálogo com a dissertação de mestrado intitulada *Cartografia de vida no trabalho educativo com jovens e adultos: conversas-em-ação*, de autoria de Jaqueline Dinorá Paiva de Campos e orientação de Ricardo Burg Ceccim. (PAIVA-DE-CAMPOS, 2012)

impregnar pelas marcas do estranhamento, acolhendo, dando morada e borda aos devires que pedem passagem em uma perspectiva de composição e conjugação de forças para além do juízo moral, proporcionando a criação de um território existencial, de encontro, de composição, de aumento de potência, para que os devires possam seguir adiante independentemente do percurso.

Deleuze e Guattari (1997) nos indicam que um território existencial é sempre de passagem, pois está em constante processo de criação. Nessa perspectiva, o espaço pedagógico se transforma em um território que produz uma escuta como campo de experimentação em ato, que problematiza o vivido e retorna trazendo plurissignificações tanto ao ensinar como ao aprender. O “corpo-pendular” conecta o fora, que também é dentro, um acoplamento de alteridades para compreender o outro como experiência em seu fazer imediato, tomando a consciência como campo de experimentação, como propõe Rocha (2000)⁶, contrapondo a cisão corpo-mente. Complementando, Larrosa (2002) traz a experiência como algo que nos contamina, da ordem do sensível. Nessa perspectiva, essa ferramenta-arma reconhece de modo encarnado que mais importante que a forma é o fluxo. O corpo entra em cena como confecção artesanal do encontro pedagógico, de modo a não se tornar prescrição didática, porque está ancorado em uma experiência da “contaminação”. Ele faz um mapa aberto em todas as dimensões, proporcionando composições, “conversas”, conversas que movem ações (de si, de outrem). Nessa concepção, professor e aluno não existem

⁶ Segundo Rocha (2000), a partir do conceito de enação (conhecimento em ação ou atenção do conhecimento com cognição encarnada), de Francisco Varela, a cognição não é privilégio da mente, mas decorrente de todo organismo, inclusive celular, ou seja, a cognição é corporificada. A consciência é tomada fora do modelo da representação: não é função do sujeito, nem somente consciência de si – representação fraca – mas como experiência, como campo de experimentação.

em hierarquia, deixam-se contaminar pela experiência. Por que com o cuidador em atenção básica seria diferente?

A construção de um olhar-rizomático, de uma escuta-inscrição e de um corpo-pendular proporciona “criação (como ferramenta) e resistência (como arma)”, produzindo no encontro pedagógico o aumento de potência de afirmação da vida, recusando o que nos decompõe e que se apresenta como verdade naturalizada e suas prescrições morais. As ferramentas-armas propostas atuam indissociavelmente para proporcionar um ver-ouvir-sentir háptico, como “máquina de guerra” (DELEUZE; GUATTARI, 2012) que não faz guerra, pois a guerra aleija, mutila, restringe ou tira a vida. Pelo contrário, uma “máquina de guerra” inventa outros/novos modos de composição promovendo a criação e a expansão de conversas-em-ação que impulsionam movimentos de desterritorialização, assim, ampliam nossa rede de relações produzindo aprendizagens formais ou de si, aprendizagem escolar ou sobre entornos e o mundo.

As ferramentas-armas proporcionam o acolhimento de “conversas da borda”. Chamamos de “conversas da borda” aquilo que normalmente é deixado de lado no encontro pedagógico, aquilo que é tido como subjetivo, menos importante em relação ao objetivo. Aqui, o aprendizado inverso: da atenção psicossocial para a educação básica. Entretanto, esta oposição objetivo-subjetivo só existe quanto à natureza, se precisarmos diferenciar (DELEUZE, 2003), pois o que existe é conexão/relação/fruição entre sujeito-objeto e o que se produz/produziu não preexiste à relação. Tanto objetivo como subjetivo compõem uma mesma questão. Observamos que, quando resolvemos uma questão, a pergunta que lhe deu origem não deixa de existir e essa resposta só tem sentido na questão daquele espaço-tempo (acontecimento) que a suscitou. “Conversas da borda” podem possibilitar fissuras que convocam conversas-em-ação que “arredondam a forma”,

desestruturando-a de maneira que possibilitem a passagem de informes *in-formes*, devires ou fluxos desterritorializados e que necessitam de guarida para que suas potências não se percam e não se dissipem durante o apoio pedagógico, que é um dos perigos referentes à evasão, ao descrédito, à minoração de importância aos saberes dos alunos. O educador que “conversa” ou o cuidador que “conversa”, enseja narrativas aprendentes. Saberes de si são fiados nas histórias contadas, nos relatos escutados, nos desabafos incontidos, nas queixas das experiências. Por meio do acolhimento, escuta e esforço de engendramento com coisas da vida de escola, da vida de serviços de saúde, da vida nas linhas transversais da produção de existência e se constitui um caminho para convivências e construção dos conhecimentos de forma integrada e com sentido.

Nas conversas-em-ação, as narrativas são essenciais para evidenciar a aprendizagem e a presença de processos. O caráter processual se refere aos professores, em formação permanente, e aos alunos, lidando com histórias de vida, projetos de futuro e operação social de cotidianos. Um processo pressupõe conversas e mais conversas, tecendo caminhos e seus contextos. As conversas materializam a concepção de que a educação é, por toda a vida, o desenvolvimento da formação que se estende por toda a vida. Mediante conversas-em-ação, alunos e professores em atividade profissional configuram espaço para a singularidade, não apenas recuperam os significados que atribuímos ao vivido.

O apoio do/no Núcleo (o apoio que o Núcleo dá, mas o apoio que no Núcleo se recebe) pressupõe, então, um conjunto de ações de ordem relacional que proporcione suporte, aconchego e passagem ao devir, ao aprender, ao curar-se, ao deixar-se tratar. Mostra-se produtor de múltiplas conexões, possibilitando a exposição a outros encontros, em que as ferramentas-armas produzidas no trabalho passam

a intermediar conversas-em-ação que se apresentam como redes de composições possíveis, apontando múltiplos caminhos como margens de possibilidade de novos aprendizados e ensino, novos cuidados e terapêuticas. Como na obra *Bicho*, de Lygia Clark, uma obra aberta que convida à relação, o “bicho” somente ganha sentido na relação com o outro. Uma obra em movimento devido à multiplicidade de intervenções possíveis.

Há muitas narrativas dos alunos em que o apoio é traduzido “como se estivéssemos com amigos jogando conversa fora sobre o que os dois não sabem”, “um lugar de perder tempo”, “onde se aprende errando”, “onde cada um tem uma coisa a ensinar”, “onde não se tem nada pronto e se problematiza”, “se aprende procurando o erro”, “uma relação não robotizada”, “seguimos juntos”, “local de vínculos”. Múltiplas conversas produzidas a partir de uma horizontalidade que procura a exposição ao outro, ativando processos de singularização. O processo de ensino-aprendizagem mediado por conversas-em-ação tem apresentado essas “conversas” com função “poiética”, ou melhor, de autopoiese (MATURANA; VARELA, 2001), pois à medida que amplifica o contato com outras/novas experiências/sentidos, amplia redes de relações e possibilita novas conexões com o mundo, ou seja, transforma relações com o mundo criando novos territórios existenciais, sempre de passagem, proporcionando mundos e possíveis. Conversas-em-ação expõem articulações e redes de relações no encontro educativo (ou no encontro cuidador) e emergem como ação de si e de entornos, ressignificam passado e presente por reencontrarem a multiplicidade ou a possibilidade de novas conexões do ensinar e aprender, cuidar e tratar. Elas apresentam as seguintes dimensões ou aspectos: os signos, o território vazado e o tempo como duração. Essas dimensões, apesar de se complementarem, serão abordadas separadamente seguir.

Os signos

Conforme Deleuze (2003), aprender é captar e decifrar signos e inteligência daquilo que vem depois. O conceito de signo, para o filósofo, difere do conceito de signo da linguística, segundo o qual, em Saussure (2000), por exemplo, o signo combina um conceito a uma imagem acústica – significado e significante. Para o filósofo, tudo que nos ensina emite signos, podem ser seres animados ou inanimados e, a partir deles, captamos os fluxos – seu diferencial. Assim, uma determinada vocação é uma abertura à sensibilidade relativa a determinado signo. Como exemplo, podemos dizer que um educador deve ser sensível aos signos da educação: do aprender, do ensinar; um cuidador aos signos do cuidado: da escuta, do tratar. Os signos nos afetam quando captam nossa atenção, agindo diretamente sobre a produção de subjetividade, forçando seu movimento sem utilizar-se da representação devido ao seu caráter causador de estranhamento, pela imposição da experiência de diferença. Entretanto, é uma dupla captação, pelo encontro da diferença em si, que constituirá a aprendizagem a partir da tradução, na leitura dos signos. Afetados pelos signos, aprendemos e da aprendizagem emerge a inteligência (que sempre virá depois, não de qualquer tipo de dom, exceto o de afetar e ser afetado pelos signos). Para ordenar e dar sentido ao pensamento, buscando a solução de problemas, ocorre um processo inventivo, resultado dos efeitos de estranhamento do signo, convocação à subjetividade (diferença) e leitura de sensação pela inteligência.

Segundo Kastrup (2001), o processo de aprendizagem constitui-se em uma circularidade inventiva na qual não existem resultados previsíveis. O processo de aprendizagem é sempre inacabado, contínuo e imprevisível. Para a educadora (KASTRUP, 2005), a invenção é sempre novidade e

difere da criatividade que busca produzir soluções originais, portanto a invenção é sempre acolhimento de um problema novo, imanente, portador de uma imprevisibilidade. Não existindo resultados possíveis, o foco volta-se ao processo, pois, experimentado o signo, olhamos o mundo com outros olhos (invenção de si), tornando-o diferente (invenção do mundo). Logo, a invenção é um processo que não pode ser atribuído ao sujeito ou ao objeto, pois não preexistem ao processo de invenção. Eles são efeitos desse processo, que ocorre como plano de produção de subjetividade. É este plano que é mobilizado no processo de aprendizagem e de cuidado. Assim, cabe ao professor ou ao educador tornar-se um “caçador” sensível aos signos emitidos pelo aluno e pela educação, pelo usuário e pelo cuidador, e tomá-los pela multiplicidade de caminhos que ensejam conversas por onde ensinar e aprender, por cuidar e tratar, decorrente do uso de ferramentas-armas, próprias ou não, mas que sirvam ao trabalho educativo ou assistencial. Parece relevante investir na linguagem do olhar-rizomático, da escuta-inscrição e do corpo-pendular para que se obtenha passagem e oferta de suporte, possibilitando práticas de exposição à pluralidade de signos, objetivando outras leituras/sentidos que provoquem a multiplicidade de começos, inventando sempre outras/algumas/novas narrativas. Na Educação de Jovens e Adultos, conversas-em-ação apresentam-se como a arte combinatória de esgotar o possível na demanda-ensino-aprendizagem-gestão de uma escola, inventiva, posto que não a escola propriamente dita, modalidade de ação ensinantes entre e aprendentes.

É necessário o alerta sobre considerar o mundo como emissor de signos, pois devemos vencer a pretensão de supor toda a clareza das coisas. Os signos não se reduzem ao ser ou aos objetos, nem ao que se apreende deles, como nos traz Deleuze (2003). Muitas vezes, a clareza que achamos ter em relação aos signos emitidos pelos nossos alunos faz

com que tenhamos atitudes microfascistas, ditando o andar da vida deles, prescrevendo modelos e modos repletos de “boas intenções”, baseados em que o ser contenha o código do signo que emite. Entretanto, se deixarmos a falsa clareza “de lado”, percebemos que a irredutibilidade dos signos a um sentido único e ao objeto é justamente a sua potência – a busca pelas múltiplas traduções, como afirma Deleuze. No Núcleo de Apoio em Educação de Jovens e Adultos, os alunos, referindo-se a situações de aprendizado, afirmam a potência de aprender utilizando-se da problematização, ou seja, buscando signos. Afirmam: “a gente questiona a matéria [as disciplinas/os conteúdos] buscando o erro, tem o raciocínio e não tem nada pronto”. Ver o erro como um signo estimula a busca constante e contínua por novas traduções, movimento próprio da aprendizagem. Dessa forma, a ênfase do aprender recai na busca pelo aprendizado, como conversas-em-ação, e não na solução de problemas.

O território vazado

Na narrativa dos alunos do Núcleo de Apoio da Educação de Jovens e Adultos, o aprender é “deixar o passado para trás”, “aquilo que se consegue junto” (referindo-se ao professor e aos colegas), momento onde “cada um tem uma coisa a ensinar”, situação “onde não tem nada pronto”, entre outras correlações com a experiência. A escola é um lugar onde “todos podem aprender”. Estas considerações indicam um território mais para abandonar do que para fixar-se a ele, impõem ampliação do território, pois escola e relações sociais cotidianas ou inventivas precisam de rede. É um caminho que não se percorre sozinho, ele é (com)partilhado, contínuo, e em constante atualização, com marca espaço-temporal. A partida se dá pelo olhar

rizomático, com o estranhamento dando visibilidade a outras dimensões de vida; pela escuta-inscrição, que rompe com os espaços que seccionam saberes em científicos ou da experiência, hierarquizam as relações e excluem a diversidade pela imposição de interpretações; e pelo corpo-pendular, quando aluno e professor se encontram com a alteridade.

Essas ferramentas-armas proporcionam o escape para o território das conversas-em-ação que é ocupado mais por acontecimentos, por aquilo que nos toca, do que por coisas formadas e percebidas, ou seja, é mais intensivo do que extensivo, mais dos “afectos” do que da percepção. É um território onde o trajeto convoca as paradas e não o inverso, ou seja, relações de cumplicidade no Núcleo potencializam conversas-em-ação, produzindo novos aprendizados (paradas). Aprendemos “com o outro” e “não como o outro” em um território de apoio, de convivência, de afecção, de diversidade, onde a ênfase sai do saber/reprodução/solução de problema e passa ao aprender como acontecimento.

No território das conversas-em-ação, o acontecimento-aprender é da ordem do que nos *afecta*, nos toma, produzindo uma experiência de estranhamento ao que nos toca, fazendo com que busquemos outros/novos sentidos, novos aprendizados. O aprender tomado como acontecimento, “(...) não o que se passa, mas o que nos passa (...)”, como propõe Larrosa (2002, p.21), retrata um aprender corporificado que exige uma relação por inteiro – corpo-mente, uma abertura à sensibilidade, à alteridade e ao acaso dos encontros que nos colocam em movimento de conversa e de sondagem de redes de ação.

Nas narrativas dos alunos do Núcleo, quando o aprender é tomado como “o que nos passa”, o próprio sujeito da experiência é um território de passagem que se

deixa impregnar por aquilo que lhe acontece, deixando-se marcar, como em uma superfície sensível. São as marcas do acontecimento-aprendizagem, da experiência vivida em um território de conversas-em-ação. No Núcleo, as conversas-em-ação vazam o território segmentado decorrente de ferramentas-armas produzidas em encontros intensivos no trabalho educativo com jovens e adultos, pois perfuram as estrias da curricularização que secciona os saberes escolares e as práticas de ensino que se baseiam na transmissão de conteúdos. Como nas telas (esculturas) de Lucio Fontana, que ao cindir ou perfurar o plano o pintor dá vazão ao que não se vê, rompendo com o espaço bidimensional da tela e põe em causa a pintura como meio de representação.

O tempo que dura

A visão do senso comum sobre o tempo supõe uma linearidade segmentada e descontínua entre presente, passado e futuro, no qual um ser que vive no presente rememora um passado, almejando um futuro. Este modelo pressupõe uma estagnação de cada etapa, apontando em uma única direção e sentido. Estriamos o tempo a partir da sua espacialização. Esta é a forma como organizamos nossas rotinas, nosso trabalho, enfim, nossas vidas. Vivemos sob a égide desse tempo cronológico que, na educação, condiciona o fazer pedagógico, burocratizando-o nas divisões por séries, no avanço dos alunos somente ao final do ano escolar (intervalo fechado de tempo determinado para aprender), do controle avaliativo da aprendizagem em etapas e ao final do processo e do próprio uso da idade para padrões de inserção e exclusão.

No Núcleo, entretanto, características atemporais informam seu trabalho: há avanço do aluno em qualquer época do ano civil, não há um ano escolar com início, meio e fim prévios; o tempo no Núcleo tem limite aberto e contínuo pelo ingresso do aluno em qualquer época do ano civil e a sua saída mediante a certificação ou cancelamento de inscrição; a vinda dos alunos que frequentam o apoio não é condicionada pela presença obrigatória, mas pela necessidade e pelo vínculo que se estabelece em virtude do acolhimento constante. No Núcleo, este tempo definido infinito (enquanto dura), da ordem das relações, determina certa duração que impõe a experimentação de ritmos, intensidades e compassos próprios que não caracterizam o tempo cronológico, em virtude de não apresentar uma linearidade que suponha sequência e controle.

É um tempo existencial, da experiência, do acontecimento-aprender, onde os alunos narram que “perdem tempo” ao aprender, seja quando querem diminuir a distorção série/idade, seja quando conversam sobre si e sua vida, mas, também, para trazer de volta tempos perdidos ou que “viajam no tempo” com os saberes discutidos. Quando se pergunta como aprenderam, ou seja, que processo percorreram, alegam o seu desconhecimento do processo, do que se sucedeu e como se sucedeu, mas falam da vida e dos eventos socioculturais que passam. O tempo como “duração” assinala a passagem do não saber para o saber – acontecimento-aprendizagem –, apresentando uma multiplicidade qualitativa e contínua que não se reduz a um número ao qual possamos controlar, pois expressa uma diferença de si mesmo (sentida, não quantificada). Trata-se de um tempo que “se passa”, das relações, em que não temos controle do que é produzido pela intensidade dos encontros. Talvez coisas que não tivéssemos a intencionalidade de ensinar sejam aprendidas

devido a três fatores: a multiplicidade dos signos emitidos nas conversas-em-ação (captados/ativados no olhar-rizomático), a introdução de redes e novas leituras ou traduções do vivido e do agora experimentado (margens/bordas da escuta-inscrição) e a abertura à alteridade ou “ao que vier” (corpo pendular da experiênciação).

Vê-se empiricamente nas narrativas dos alunos essa modalidade de tempo não linear, logo, não é à toa a dificuldade de os alunos narrarem o “trajeto percorrido” na aprendizagem. A própria “inteligência que vem depois” (DELEUZE, 2003) reordena o pensamento e acaba modificando o tempo a partir de suas construções. A inteligência, na tentativa de “apreender as significações objetivas” (p.28) induz à conversa e às redes. A amizade e o trabalho se tornam o exercício cotidiano dos fazeres. A troca de ideias convoca à amizade embasada no seu compartilhamento e nos sentimentos comuns sobre a significação das coisas na busca de uma verdade daquilo que é experimentado, sentido e vivido. Revelamos novos modelos de comunicar e de entender comunicados.

O tempo como “duração” faz pensar o acontecimento-aprendizagem não mais a partir do tempo cronológico que imobiliza o tempo para situar nosso fazer pedagógico diário, predizendo os acontecimentos e segmentando o espaço escolar, impondo a marca da extensão: a linearidade e/ou controle do processo ensino-aprendizagem para a educação, à qual somente interessam as políticas cognitivas de transmissão/reprodução em que todos percorrem o mesmo caminho linear e ordenado como requisito para que a aprendizagem ocorra. Já o tempo como “duração” do acontecimento-aprendizagem configura mudanças cognitivas que não indicam evolução ou progresso como em uma escala hierárquica, mas, como movimento intensivo, afirma o presente como produtor de redes de

ação criadoras de novas formas de viver e conhecer, ou seja, produtor de conversas-em-ação. “Conversas” que conjugam forças a partir do olhar-rizomático são acolhidas da escuta-inscrição e levadas ao estranhamento pelo corpo pendular, instigando à experiênciação.

O tempo como “duração” do acontecimento-aprendizagem nas conversas-em-ação se desfaz da marca da extensão dada pelo tempo cronológico e “conversa” com o “tempo de duração pura”, como em Bergson (DELEUZE, 1999), que também o toma pela intensividade que mantém o espaço, mas não a extensão. Como nas telas de Lucio Fontana, nas quais o tempo intensidade é introduzido na obra ao imaginar o artista perfurando a tela em ato de acontecimento, assim como o espaço, pela introdução da 3ª dimensão: a profundidade.

Considerações finais

A política cognitiva das conversas-em-ação produz um espaço e um tempo que garantem borda (acolhimento) e passagem aos devires em curso, objetivando uma aprendizagem em meio à vida e nas redes. Esta política cognitiva volta-se não à apreensão da aprendizagem como busca de uma verdade que possa ser representada e reproduzida, mas como produtora de estranhamento a um público plural, onde a potência da diversidade e pluralidade produza conversas-em-ação que exponham outras dimensões de vida que podem ser “prospectadas” a partir dos signos que emitem. As conversas-em-ação constituem-se como a arte de composição de possíveis, ou seja, são portadoras de uma multiplicidade não quantitativa, não numérica, com performance reticular que aposta em novas composições na produção de mundos possíveis

no acontecimento-aprendizagem, onde diferimos de nós mesmos, pois algo acontece conosco. Assim, conversas-em-ação, modo pedagógico de expressão à fluidez da realidade, tem uma de suas partes no virtual, com toda sua multiplicidade, e outra no atual (em constante atualização), não existindo uma oposição distintiva entre virtual e atual.

O rompimento com a modelização da escola regular e a implantação da modalidade “apoiadora” não presencial potencializa uma máquina que combate as hegemonias educacionais e o enquadramento em mundos dados. O que uma Unidade Básica de Saúde capta aí para seu público da Redução de Danos, das ações de desinstitucionalização manicomial, da atenção na deficiência e saúde mental? A partir da pedagogia das conversas-em-ação se proporciona acolhimento ou borda aos devires em curso oferecendo um corpo-escola, um corpo-docência que se move com o corpo dos alunos em movimentos de criação do viver, em busca da exposição à multiplicidade de signos, inventando sempre novas conversas por onde aprender e ensinar. A perspectiva de um mundo dado não permite pensar a realidade movente, onde há invenção de mundo e de si, já uma outra perspectiva, a da ação de mundo ou de conversas-em-ação, permite pensar aprendizagens que colocam o problema como criacionismo de caminhos necessários, onde todos possam percorrer seus próprios caminhos e assim criar condições para que a aprendizagem ocorra. Rompendo a forma tradicional de conhecer na qual uma consciência interna observa e reflete o mundo externo, ensejamos a mudança dessa consciência contemplativa para uma consciência encarnada, não passiva, experimentação.

Conversas-em-ação indicam um modo de trabalhar não linear nas práticas de encontro pedagógico ou de encontro cuidador. Interrogam as práticas do ensinar e do aprender, do escutar e do tratar, do cuidar e do curar.

Fazem emergir enunciados e dão visibilidades que não se fecham em uma solução, mas apresentam um movimento de contínua atualização, sempre inacabado, decorrente de um pensar problematizado (invenção de problemas) no qual o conhecimento produzido é sempre coletivo, pois é fruto de uma rede heterogênea. Em analogia à obra “Bicho” de Lygia Clark, conversas-em-ação são um bicho-rede que faz convite à relação a partir de três afetos – do olhar-rizomático que cartografa (perscruta) percursos possíveis; da escuta-inscrição que possibilita o acolhimento; e do corpo-pendular que coloca em movimento o eu e o outro. Não possui nem direito e nem avesso, só o desejo de novas composições. Uma obra aberta que busca – no corpo-a-corpo com o outro – novos sentidos de existência em ato a partir do acontecimento-aprendizagem. Na atenção básica, essa dobradiça educação básica alfineta território, acolhimento e vínculo-responsabilização, pois não cabem mais os simples “retorno à família”, “retorno ao bairro”, “manutenção na comunidade”, inserção do agente comunitário de saúde. Faz-se necessária uma conexão com a vida, com os pedidos de/da vida nas pessoas, nos corpos, nos sentimentos (nas sensações), nas redes que concatenamos para prover fluxo, passagem, saúde. Pessoas sim em território, mas de vida que pede passagem, trabalhadores sim em território, mas das redes intensivas. Intersetorialidades? Sim, mas com efeitos intercessores, capazes de abalo nas formas e emergência do *informe* ou dos devires da experiência de conversas-em-ação.

Referências

ALENCAR, V.P. **Lucio Fontana**: discussão sobre o espaço e o tempo. Especial para a Página 3. Pedagogia & comunicação. UOL Educação, p. 1-4, [S.l.: s.n.], 2009. Disponível em: <<http://educacao.uol.com.br/disciplinas/artes/lucio-fontana-discussaosobre-o-espaco-e-o-tempo.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.

CECCIM, R.B. et al. Círculos em redes: da construção metodológica à investigação em saúde como pesquisa-formação. **Fórum sociológico [on-line]**, n. 24, 2014. Disponível em <<http://sociologico.revues.org/1111>>. Acesso em: 16 nov. 2014.

CLARK, L. **Bichos**. Arquivo – Associação cultural: o mundo de Lygia Clark. [on-line]. Rio de Janeiro: s.n., 1960a. Disponível em: <<http://www.lygiacklark.org.br>>. Acesso em: 20 de out. 2012.

_____. **Biografia**. Arquivo – Associação cultural: o mundo de Lygia Clark. [on-line]. Rio de Janeiro: s.n., 1960b. Disponível em: <<http://www.lygiacklark.org.br>>. Acesso em: 20 de out. 2012.

_____. **Vazio pleno**. Arquivo – Associação cultural: o mundo de Lygia Clark. [on-line]. Rio de Janeiro: s.n., 1960c. Disponível em: <<http://www.lygiacklark.org.br>>. Acesso em: 20 de out. 2012.

DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: Ed. 34, 2008.

_____. **Proust e os signos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

_____. Uma ou mais durações. **Bergsonismo**. São Paulo: Ed. 34, 1999, p.57-73.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. A literatura menor. In: _____. **Kafka**: por uma literatura menor. Rio de Janeiro: Imago. 1977, p. 25-42.

_____. Acerca do Ritornelo. In: _____. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1997. v. 4. p. 121-150.

_____. Introdução: rizoma. In: _____. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34. 1995a. v. 1. p.10-36.

_____. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2012. v. 5. p.240

_____. Postulados da linguística. In: _____. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, 1995b. v. 2. p.11-62.

ESCÓSSIA, L. **O coletivo como plano de coengendramento do indivíduo e da sociedade**. São Cristovão: Editora da UFS, 2014.

KASTRUP, V. Aprendizagem, arte e invenção. **Psicologia em estudo**, v. 6, n. 1, p.17-27, janeiro/jun. 2001.

_____. Políticas cognitivas na formação do professor e o problema do devir-mestre. **Educação & sociedade**, v. 26, n. 93, p. 1273-1288, set./dez. 2005.

LARROSA, J. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista brasileira de educação**, n. 19, p. 20-28, janeiro/fev./mar./abr. 2002.

LATOUR, B. **Ciência em ação**: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo: Unesp, 2000.

_____. Some experiments in art and politics. **E-flux Journal**, New York, n. 23. 4 mar. 2011, p.1-7. Disponível em: <<http://www.e-flux.com/journal/some-experimentsin-art-and-politics/>>. Acesso em: 17 ago. 2012.

MARCUS, G.E. Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography. **Annual review of anthropology**, v. 24 p.95-117. 1995.

MATURANA, H.; VARELA, F. **A árvore do conhecimento**: as bases biológicas da compreensão humana. São Paulo: Palas Athenas, 2001.

PAIVA-DE-CAMPOS, J.A. **Cartografia de vida no trabalho educativo com jovens e adultos**: conversas-em-ação. 2012. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

ROCHA, J.M. **A consciência como um campo de experimentação**. 2000. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

SAUSSURE, F. **Curso de linguística geral**. 28. ed. São Paulo: Cultrix, 2000. p.79-93.

SCHÜLLER, D. **Heráclito e seu (dis)curso**. Porto Alegre: L&PM, 2001. p.130-169.



SOBRE OS AUTORES

SOBRE OS AUTORES

Adriane da Silva: Psicóloga, especialista em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trabalhadora da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS.

Alexandra dos Santos Vasconcelos: Enfermeira, graduanda de Medicina pela Universidade Federal da Bahia.

Aline Lima Xavier: Enfermeira, Especialista em Medicina Social com ênfase em Saúde da Família, mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana, pesquisadora e Gerente de Estudos e Educação em Saúde na Fundação Estadual Saúde da Família da Bahia.

Américo Yuiti Mori: Enfermeiro Sanitarista. Assistente de Apoio Institucional da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS/BA).

Ana Paula de Lima: Psicóloga, mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trabalhadora da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS.

Arlete Lima Simões: Advogada, mestre em Direito Ambiental e doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus/AM e da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas.

Camila Taise Lirio de Aguiar: Graduanda em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Caroline Castanho Duarte: Enfermeira, especialista em Atenção Básica e Saúde Coletiva e mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Assessora Especial na Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS/BA) para gestão do 'Projeto Conquista' (Cooperação Binacional Brasil-Cuba de Biotecnologia em Saúde para controle do câncer a partir da atenção básica em área demonstrativas).

Cristiane Castro: Pedagoga, mestre em Educação e doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professora Adjunta do curso de graduação em Saúde Coletiva da UnB Ceilândia.

Cristiane Ribeiro da Silva Castro: Odontóloga, mestre em Saúde Coletiva e doutora em Saúde Pública. Sanitarista da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia.

Cristiane Pereira de Castro: Enfermeira, mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas.

Daiana Cristina Machado Alves: Enfermeira, especialista em Medicina Social com ênfase em Saúde da Família. Assistente de Apoio Institucional na Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS/BA).

Dulce Maria Bedin: Psicóloga. Apoiadora institucional na Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul/RS.

Fabiane Vinente dos Santos: Cientista Social, mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas e doutoranda em Antropologia Social pela Universidade Estadual de Campinas.

Fernanda Steffen Culau: Psicóloga, mestre em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Pesquisadora no Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EduSaúde/UFRGS).

Grace Fátima Souza Rosa: Psicóloga, especialista em Saúde Coletiva e mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (2013). Gestora do Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento da Diretoria de Gestão de Serviços da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS/BA).

Grasiela Damasceno de Araújo: Nutricionista, Especialista em Processos Educativos para a Gestão do SUS e mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Coordenadora de Desenvolvimento do Trabalhador e Qualificação do Trabalho da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS/BA).

Gustavo Tenório Cunha: Médico, mestre e doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Professor de Saúde Coletiva na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Jaqueline Dinorá Paiva de Campos: Bióloga, especialista em Educação em Saúde Mental Coletiva e mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

João André Santos de Oliveira: Médico, mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Professor de Saúde da Família na Faculdade de Medicina da Bahia/Universidade Federal da Bahia e médico regulador no Núcleo Técnico-Científico do Telessaúde da Bahia.

Juliano André Kreutz: Enfermeiro, sanitaria, mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pesquisador no Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EduSaúde/UFRGS).

Júlio Cesar Schweickardt: Sociólogo, mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas e doutor em História das Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisador-chefe do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia do Instituto Leônidas e Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz Amazonas.

Lúcia Gimenes Passero: Odontóloga, sanitarista. Apoiadora institucional na Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul/RS.

Luciana Bisio Mattos: Psicóloga. Apoiadora institucional na Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul/RS.

Luiz Carlos Hubner Moreira: Odontólogo, sanitarista, doutor em Ciências pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor de Saúde Coletiva no Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense.

Luzia Vilma Delgado: Nutricionista, especialista em Pedagogia Social, Atenção Integral ao Consumo e aos Consumidores de Álcool e outras Drogas e Gestão em Saúde. Assis-tente de Apoio Institucional na Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS/BA).

Maria Cristina Almeida: Odontóloga, especialista em Saúde da Família e da Comunidade. Apoiadora institucional na Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul/RS.

Mariana Bauer: Nutricionista. Apoiadora institucional na Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul/RS.

Marisa Martins Altamirano: Assistente Social, especialista em Recursos Humanos. Assessora Técnica da Gerência Dis-trital Leste/Nordeste da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS.

Michele Rocha Kadri: Psicóloga, mestre em Saúde, Socieda-de e Endemias na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas/Fiocruz Amazônia.

Mônica Martins de Oliveira: Psicóloga, mestre em Saúde Coletiva e doutoranda em Ciências da Saúde pela Universi-dade Estadual de Campinas .

Nicolás Esteban Heufemann: Mestre pela Universidade Fe-deral do Amazonas e pelo Instituto Leônidas e Maria Deane, Fiocruz Amazônia. Professor da Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas (ESA/UEA).

Paula Francineth Fróes da Silva Azevedo: Cientista Social, especialista em Antropologia Social e Gestão em Etnode-senvolvimento. Equipe do Distrito Sanitário Especial Indíge-na de Manaus/AM.

Rafael Morganti Pinheiro: Enfermeiro, Residente em Saúde Mental no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Ricardo Burg Ceccim: Sanitarista, mestre em Educação, doutor em Psicologia e pós-doutor em Antropologia Médica pela Universitat Rovira i Virgili (Espanha). Professor Titular de Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pesquisador em Educação na Saúde, coordenador do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde/UFRGS).

Rodrigo Tobias de Sousa Lima: Odontólogo, mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pela Universi-dade Federal do Amazonas, doutor em Ciências pelo Pro-grama de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – Per-nambuco. Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia do Instituto Leônidas e Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz Amazonas.

Ronaldo Santos: Graduando em Jornalismo pela Faculdade da Cidade do Salvador/BA.

Thais Bennemann: Psicóloga. Apoiadora institucional na Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul/RS.

Túlio Batista Franco: Sanitarista, mestre e doutor em Saúde Coletiva e Pós-doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Bolonha (Itália). Professor de Saúde Coletiva na Universidade Federal Fluminense.

Valdelanda de Paula Alves: Enfermeira. Coordenadora da Unidade Básica de Saúde Fluvial da Secretaria Municipal de Saúde de Borba/AM.

Vanessa Miranda: Psicóloga, mestranda em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas/Fiocruz Amazônia.

Vânia Priamo: Fisioterapeuta, mestre em saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Gestora do Núcleo de Implantação de Serviços pela Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS/BA).

Vívian Freitas: Assistente Social. Apoiadora institucional na Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul/RS.



ANEXOS - Álbum de fotografias



Unidade Básica de Saúde do Distrito de Terra Preta/Barreirinha.
Foto: Júlio Cesar Schweickardt, 2013.



Rua alagada na sede do Município.
Foto: Júlio Cesar Schweickardt, 2013.



Unidade Básica de Saúde Fluvial Igarapu (Borba/AM).
Foto: Acervo Gestão Municipal, 2013.



Horta viva, USF Caeté-Açú.
Foto: Acervo USF Caeté-Açú, 2013.



Rótulo para fitoterápico, USF, Caeté-Açú.



Rádio Comunitária: Participação dos profissionais da USF Caji/Vida Nova.
Foto: Acervo USF Caji/Vida Nova, 2013.



Rádio Comunitária: participação dos profissionais da USF Caji/Vida Nova.

Foto: Acervo USF Caji/Vida Nova, 2013.



Saúde do Homem, USF Vila Nova.

Foto: Acervo USF Vila Nova, 2013.



Saúde do Homem, USF Vila Nova.

Foto: Acervo USF Vila Nova, 2013.



9 788566 659597

Destaca-se o *Projeto SUS Educador – Formação e Desenvolvimento de Trabalhadores para o Sistema Único de Saúde* –, que tem como objetivo geral ativar processos pedagógicos no trabalho e no ensino da saúde. Reconhecendo que o cotidiano informa necessidades, evidencia a pulsação de todas as coisas, arma tarefas inéditas e reivindica ações inusitadas, tomamos a rede de saúde como fonte e alimento vivo às aprendizagens. O setor da saúde não é, para nós, o consultório individual ou a autonomia liberal-privatista de cada profissional, é uma rede de ações e serviços que envolve gestão, atenção, participação e formação. Essa rede é a grande escola ou a grande sala de aula. Um consultório é de rua, das ruas, das vidas, da “educação do lugar”. A autonomia profissional é em equipe, no trabalho cooperativo, no desafio da responsabilidade ética e da não forma para todas as respostas, uma “entredisciplinaridade”. Da clínica individual e consultorizada ao Sistema Único de Saúde. Da formação no hospital universitário à formação na rede SUS-escola. Processos de mudança na educação de profissionais de saúde no país, articulados com o SUS.

Realização:

editora



redeunida

Apoio:



www.redeunida.org.br