

FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA – FESF SUS
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ BA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIAS INTEGRADAS MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Jéssica Consoni Abruzzi

**DO DESPERTAR PARA O CUIDADO À EXPERIÊNCIA DO APOIO INSTITUCIONAL: O
ITINERÁRIO DE UMA ENFERMEIRA SANITARISTA**

Lauro de Freitas - BA

2019

DO DESPERTAR PARA O CUIDADO À EXPERIÊNCIA DO APOIO INSTITUCIONAL: O
ITINERÁRIO DE UMA ENFERMEIRA SANITARISTA

Jéssica Consoni Abruzzi

Trabalho de conclusão de curso apresentado por Jéssica Consoni Abruzzi durante o programa de Residências Integradas Médica em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional de Saúde da Família da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-SUS) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-BA) como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientador: Victor Brandão

Lauro de Freitas - BA

2019

AGRADECIMENTOS

“Eu chamo a força, eu chamo a força
eu chamo a força
força das pedras para me firmar
Eu chamo a terra, eu chamo a terra
eu chamo a terra
eu chamo a terra para me enraizar
Eu chamo o vento, eu chamo o vento
eu chamo o vento
eu chamo o vento vem me elevar
Eu chamo o fogo, eu chamo o fogo
eu chamo o fogo
eu chamo o fogo para me purificar
Eu chamo a Lua, chamo o Sol
chamo as Estrelas
Chamo o Universo para me iluminar
Eu chamo a água, chamo a chuva
e chamo o rio
Eu chamo todos para me lavar
Eu chamo o raio, o relâmpago e o trovão
Eu chamo todo o Poder da Criação
Eu chamo o mar, chamo o céu e o infinito
Eu chamo todos para nos libertar
Eu chamo Cristo, eu chamo Budha
Eu chamo Krishna
Eu chamo a força de todos Orixás
Eu chamo todos com suas forças Divinas
Eu quero ver o Universo iluminar
Eu agradeço pela vida e a coragem
Ao Universo pela oportunidade
E a minha vida eu dedico com amor
Ao sonho vivo da nossa humanidade [...]

EU CHAMO A FORÇA

Canção Xamã

Autor: Lucy Sem Fronteiras - Artigo original do Blog Amor e Paz Sem Fronteiras

RESUMO

Memorial elaborado para conclusão da formação no Programa de Residência em Saúde da Família da Fundação Estatal de Saúde da Família. Nesse trabalho a protagonista narra seu itinerário como enfermeira sanitária, buscando desde suas memórias juvenis até a experiência no Apoio Institucional na atenção básica orientada pela estratégia de saúde da família, elementos que influenciaram suas escolhas, seus modos de produzir o cuidado e compromissos políticos. O método de memorial que orientou a escrita, valoriza a própria experiência e autenticidade como produtora de conhecimento. A partir da narrativa foram identificadas estratégias, métodos e arranjos organizacionais que se constituem nas relações democráticas e na inseparabilidade entre atenção e gestão e que transversalizam as políticas e os níveis de atenção à saúde. O Apoio Institucional, na sua concepção, tem potencial para estimular essas práticas e produzir a inovação da gestão. Contudo, é necessário manter viva a análise sobre o trabalho do apoiador, em especial, do Residente Apoiador, para que ele ative esse potencial e possa vivenciar os inúmeros *entre-lugares* inerentes a sua função.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO – LEGITIMANDO O PRÓPRIO OLHAR.....	06
PARTE I – DESCOBRINDO O CUIDADO NA PERSPECTIVA DE JÉSSICA.....	10
Parte I.I – Das memórias juvenis à escolha profissional.....	10
Parte I.II – A Saúde Mental Coletiva como ponto de partida.....	14
PARTE II – UM NOVO LUGAR, APOIO.....	17
Parte II.I –O Apoio Institucional na Atenção Básica orientada pela Estratégia de Saúde da Família.....	17
Parte II. II - A experiência dos “entre - lugares” do Apoio Institucional no Programa de Residência em Saúde da família.....	19
Parte II. III - Expectativa versus realidade: os desafios do Apoio Institucional no município....	21
Parte II. IV- Métodos norteadores para os processos de trabalho em uma Unidade de Saúde da Família.....	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	33

INTRODUÇÃO – LEGITIMANDO O PRÓPRIO OLHAR

Neste trabalho a protagonista irá apresentar um memorial como fruto do processo de formação em um Programa de Residência em Saúde da Família. A introdução será dedicada ao significado do método de escrita para si, assim como, a contribuição para outras pessoas na investigação das diferentes formas de estar no mundo, a partir da experiência no campo do trabalho e de formação profissional.

*Olho vagarosa ao redor
Que raro, brecha pra enxergar
Mesmo sem conseguir breçar
O que não se vê ainda está lá
Fardo pesado de carregar
Essa coisa do aparentar
Nesse corre-corre, nem dá tempo de olhar
Mas a vida interna abre pra outro lugar
Puxa o ar do fundo, longo, profundo
Solta com barulho, joga fora pro mundo
Silêncio, silêncio, eu quero escutar
O tudo e o nada interno que há
Para pra pensar se esse é o teu lugar
Aquele bom em que deveria estar
Presta atenção só no som do mar
Que te conecta com Jah Jah
Tão claro o tempo-espaco de ver com outros sentidos
Sentir o cheiro que o dia traz
Pude ser e estar sem precisar mostrar
Sem se preocupar se alguém vai aprovar
Testemunha da devida história ser
Legitimar o próprio olhar
O viés alheio não é o que valida você
Quero absorver sem ninguém mais precisar ver*

(Te conecta, Pitty)

Escrever um memorial é reviver cenas que de alguma forma colocam em análise minha trajetória de vida pessoal e profissional, partindo do ponto de vista que não há como dissociar minha formação, experiências de trabalho, compreensão sobre saúde e cuidado, do meu modo de viver a vida e estar no mundo. E ao colocar em análise, oportuniza-me resignificar momentos e transformá-los em aprendizado.

Ao tentar recapitular momentos e me conectar com essa história, busquei reler partes de um livro que considero o assunto pertinente para o momento “O homem à procura de si mesmo” de Rollo May (1987), em que o autor traz o sentimento de vazio existencial da atualidade em virtude de uma busca por aprovação do outro, uma ansiedade relacionada à aceitação social, e a uma confusão em relação ao que sente e deseja. Trago aqui essa leitura no intuito de dizer que a experiência de fazer um memorial como objeto de conclusão

de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, aos 30 anos, morando no momento em Lauro de Freitas (Bahia), longe da minha cidade natal, fazendo 7 anos de formada em enfermagem, completando minha segunda Residência, me faz alcançar algumas reflexões e me faz querer encontrar algumas respostas, as minhas possíveis verdades. Faz-me querer alcançar o que há de mais profundo nessa busca do que eu desejo, do que me instiga a viver e do meu lugar no campo profissional.

Ainda, lendo esse livro, me encontro com a palavra *reminiscência*, teoria defendida por Platão, filósofo grego, que dizia que o conhecimento é um processo de rememoração, recordação, lembrança das ideias que já foram contempladas pela alma (mundo inteligível), anterior ao seu encarceramento no corpo biológico (mundo sensível). Para ele, assim como para Sócrates, conduzir alguém ao esclarecimento deve ser de forma dialética, induzindo o indivíduo ao questionamento de modo a recuperar o conhecimento que está dentro de si e por si, se opondo aos métodos de transmitir conhecimentos. Independente da explicação mitológica de Platão sobre o conhecimento que carregamos na alma, a mensagem de que temos uma experiência prévia e podemos acessar o conhecimento através da busca da própria sabedoria adquirida, da autoconsciência, mostra que o exercício de recordar é aprender.

Além da possibilidade de encontrar em si, elementos e vivências com potencial para análise e aprendizado, ou seja, com valor de uso pessoal, de autoconhecimento, narrativas sobre a prática profissional podem ser ferramentas importantes para a formação de outras pessoas. Conforme Abrahão (2011), ao trazer aspectos teóricos-metodológicos do memorial de formação, coloca como uma das dimensões dessa narrativa, também a possibilidade de investigação. Nesse caso, o autor cita Boaventura de Souza Santos (1987) para elucidar que *“não se trata mais de visualizar o mundo tão somente como estrutura e representação, mas de compreendê-lo, igualmente, como experiência e significação”*. Dessa forma, narrativas autobiográficas oportunizam o desenvolvimento de pesquisas ocupadas com indícios, com o local, com o sujeito, sem ignorar contextos mais abrangentes; porém eliminando dicotomias inerentes ao paradigma positivista local/geral; unidade de sentido/totalidade; pessoal/social. Tornam possível uma singularização das formas de ver o mundo, que pode ser compreendido a partir da significação de cada pessoa, cada local, cada cultura, auxiliando as ciências a construir um conhecimento sistêmico, sem negar a importância da racionalidade científica, mas compreendendo que ela tem suas limitações.

Tendo em vista minha implicação na narrativa, por estar produzindo um conhecimento a partir da minha história e das minhas significações, deixo claro para o leitor que não tenho a pretensão de fazer generalizações, ou identificar padrões, verdades científicas, o que não significa diminuir em valor essa produção. Me identifico aqui como um tipo de narrador descrito por Walter Benjamin *“que tenta captar o sentido da vida por meio*

de sua subjetividade vivenciada e, portanto, narra sua própria experiência”(MARTINS FILHO; NARVAI, 2013). A busca é pelo anseio da alma no encontro das suas respostas, pelo anseio de *legitimar o próprio olhar*. Entendendo que isso não significa um viés, pois esse tipo de escrita assume a não neutralidade. Resgato a sua importância em validar as subjetividades e a diversidade de formas de analisar contextos, destacando a autenticidade e contrapondo a predominância de sentidos comuns e o reinado da praticidade que cria receitas prontas.

Para iniciar esse processo de recordações e análises do vivido, é importante algumas informações iniciais sobre meus caminhos: sou gaúcha, nasci em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul. Fiz o curso de graduação em enfermagem entre 2007 e 2011 pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Entre 2012 e 2014 fiz parte do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva também pela UFRGS. Posteriormente trabalhei em alguns serviços e projetos relacionados à área de saúde mental em Porto Alegre e região metropolitana.

A aproximação com a Bahia iniciou por meio de um projeto de Redução de Danos (RD) em festivais de música eletrônica o qual tive a oportunidade de fazer parte em 2013- *Coletivo Balance* – pioneiro em abordagens no contexto de festa no Brasil. Em 2016, interessada no estudo da complexidade dos usos de drogas e na estratégia de redução de danos, ingressei numa Especialização pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia e Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcante, curso denominado “Teoria e práticas clínicas em atenção psicossocial para usuários de substâncias psicoativas”. Nessa época, eu estava em busca da ampliação do meu conhecimento a respeito da redução de danos enquanto uma diretriz de trabalho, numa perspectiva ética do cuidado. Focada em conhecer outras iniciativas e motivada pelo que já havia experimentado nas intervenções junto ao *Balance* (um dos coletivos que me inspirou e contribui com minhas práticas no trabalho em saúde), resolvi me lançar nessa formação a qual eu tinha a expectativa de viver a interdisciplinaridade - visto a diversidade de áreas profissionais dos colegas - e sentir o que a cultura e a história baiana tinham de inovadoras no que tange o cuidado de pessoas que usam drogas. Durante o primeiro ano da especialização, fui identificando pessoas e projetos como o *Ponto de Cidadania* e o *Corra pro Abraço*, o que mais uma vez parecia me impressionar em relação a tecnologias de cuidado. Por razão desse curso, vinha com frequência ter aulas em Salvador, e também por ele tomei conhecimento do processo seletivo do Programa de Residência da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF SUS). Tendo em vista meu desejo em permanecer na Bahia, vi uma oportunidade no Programa da FESF em atender essa expectativa de imersão em um *novo lugar*, e também a chance de expandir minha experiência profissional na área de saúde coletiva – nesse caso, na saúde da família.

Meu percurso na Residência em Saúde da Família iniciou em 2017, tendo como campo de práticas a rede de atenção do município de Lauro de Freitas, Bahia. Esse percurso esteve mais vinculado à gestão do cuidado, já que ingressei no Programa como sanitaria, o que me possibilitou ocupar o “entre - lugar” de Apoiadora Institucional na Estratégia de Saúde da Família. O desafio estava lançado: primeiro porque minha experiência profissional após a graduação foi voltada para a saúde mental coletiva; segundo porque esse novo lugar, exigia uma capacidade de fazer articulações, escutar e negociar necessidades e viabilidades, transitando entre o que está instituído e o que pode ser inovado. Conforme o documento base para gestores e trabalhadores do SUS – Humanização, o apoiador deve estar sempre inserido em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações. É colocado numa região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão – lá onde estes domínios se interferem mutuamente – que a função de apoio institucional trabalha no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações (BRASIL, 2010).

Por meio desse memorial tenho como objetivo produzir uma narrativa da minha trajetória como enfermeira sanitaria, fazendo conexões entre o que me despertou para o cuidado e a proposta de se fazer gestão na saúde pelo método de apoio institucional. Início este itinerário de formação passando por minha escolha profissional, pelas experimentações no campo do trabalho em saúde, até chegar ao Programa de Residência em Saúde da Família. A partir da narrativa do vivido e de referenciais teóricos que deram suporte para a construção da experiência, dar visibilidade aos métodos participativos e colegiados, principalmente ao Apoio Institucional, como um arranjo na gestão do cuidado com potencial de superar relações de trabalho verticais, fragmentadas e distantes.

PARTE I – DESCOBRINDO O CUIDADO NA PERSPECTIVA DE JÉSSICA

Há um convite para o leitor conhecer como a protagonista é despertada para o cuidado. Recapitular as vivências da escolha profissional, passando pelas primeiras experimentações no trabalho, até o que impulsionou ingressar na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF SUS.

Parte I.I – Das memórias juvenis à escolha profissional

O que não se vê ainda está lá

Desde o ensino médio eu pensava em escolher uma profissão na área da saúde. Acredito que a inclinação para essa escolha tenha envolvido algo do meu perfil pessoal e algumas experiências de vida compartilhadas com minha mãe. Nesse período da vida, dificilmente se tem uma clareza das possibilidades e diversidades de profissões e atuações no campo da saúde. Minha mãe: mulher de vida simples, dona de casa, cuidadora do lar, preocupada com a família, aquela mãe coruja que faz de sua vida a vida dos filhos. Muitas vezes, trouxe em suas falas o desejo de que suas filhas (eu e minha irmã) tivessem uma profissão, enxergando nisso a possibilidade de uma vida mais autônoma.

Em alguns momentos, ela comentava em tom de admiração a respeito do trabalho dos profissionais da saúde, sobretudo do trabalho das enfermeiras. Durante situações em que ela me acompanhava nos serviços de saúde para avaliações de rotina e até em momentos de maior vulnerabilidade, ela sempre me fazia prestar a atenção e refletir sobre o atendimento prestado no acolhimento dos serviços de saúde e nas consultas. Quando eu ainda era criança chegamos a vivenciar algumas situações de destrato, desconsideração e indiferença nos atendimentos. Em especial lembro de uma cena:

Eu era criança e estava acompanhada de minha mãe num consultório médico de um serviço de emergência, em cima da maca, enquanto eu chorava de dor abdominal, o médico combinava com sua colega o que eles iriam jantar.

No momento relatado eu não conseguia avaliar criticamente o que estava acontecendo. Recordo dos comentários bastante desapontados que minha mãe fez posteriormente ao atendimento. Cada vez que ela contava o ocorrido para alguém, aquela cena ia criando uma significância para mim. O descaso com minha presença e minha dor,

evidenciado na preocupação do profissional com algo banal, mesmo diante de alguém em sofrimento que naquele instante dependia de sua avaliação. O sofrimento é percebido como fenômeno que atravessa os sujeitos na sua condição de ser vulnerável inscrito na sua própria existência, e não restrita a dor física. Na condição de usuárias do serviço éramos sensíveis ao que hoje se teoriza no campo da saúde coletiva com a categoria *desumanização das práticas de saúde*.

Experiências compartilhadas foram servindo de amparo para a minha construção enquanto sujeito, e também, quando aos 18 anos comecei a traçar um caminho profissional. Ou seja, nessa relação criança-mãe-contexto social-experiências de vida foi se constituindo um território existencial, uma compreensão sobre o mundo a partir de um olhar - *olhar vibrátil* que vê para além das retinas, um conjunto de afetos que atravessavam aquela criança e deixam impressões que carregam na e para a vida. Das trocas de olhares, o olhar materno ensinou o cuidado, e contribuiu para brotar um desejo de desafiar-se na Enfermagem, profissão constitutiva na relação, no afeto e na presença. Ao mesmo tempo, um desejo de intervir na realidade social. Franco e Merhy (2013) mencionam Kastrup (2007) para referir que

[...]ao produzir o mundo, se está sempre em relação com o *socius*, o que significa operar também e simultaneamente a produção de si mesmo. E essa produção de subjetividade se dá por “fatores de afetivação”, isto é, acontecimentos que impactam no micro-cosmo, que de alguma forma chegam até o sujeito e impactam a sua forma de significar o mundo. Há neste contexto um processo de formação subjetiva do meio social e de si.

Os autores falam sobre uma dupla interferência que ocorre de forma simultânea: o que o mundo produz em mim, e o que eu produzo no mundo. Referência que utilizo para compreender o impacto desses acontecimentos na criança, que hoje é a protagonista que aqui escreve, e que o autor traz como *fatores de afetivação*. Assim como, dar algumas pistas na complexidade de dimensões que estão envolvidas na escolha e nas expectativas que foram crescendo com a criança. Juntas, eu e ela vislumbramos uma profissão em que o cuidado se revelasse como central nas relações, e por ele perpassasse a chance de uma cura, um ensinamento, uma readaptação, uma resignificação, que ultrapassasse a dimensão biológica, dando valor a complexidade da existência humana.

A enfermagem e o cuidado

Salviano *et al* (2016) compreende a enfermagem como uma prática social composta por múltiplas dimensões: histórica, teórica, espiritual, filosófica, o que a coloca como uma disciplina no campo da saúde capaz de reconhecer no cuidar: indivíduos, família e comunidade, não apenas nos aspectos biológico do processo saúde-doença, mas também as dimensões psicossociais e espirituais. Oliveira e Carraro (2010), referem em seu artigo, o

cuidado na perspectiva do filósofo Heidegger, como uma possibilidade ontológica para o cuidado em enfermagem. Eles fazem uma crítica à atualidade, em que as coisas se organizam no cotidiano de forma apressada e automatizada, e as relações humanas são impregnadas pela razão. Como consequência da contemporaneidade, dos processos de automatização, a saúde replica os modos de gerenciamento da indústria e busca por uma efetividade orientada por regras, controle, números, e o cuidado como essência das relações humanas perde seu lugar. Pessoas que cuidam e são cuidadas sofrem das consequências das relações indiferentes. Os autores tentam resgatar o sentido do cuidado dentro da profissão enfermagem, como algo que vai além dos procedimentos técnicos, trazendo o envolvimento e o compromisso com o outro, portanto, a possibilidade de um cuidado humanizado. Além disso, o traz não como uma obrigatoriedade, mas um modo de ser cuidador de forma autêntica e capaz de revelar a nossa existência

Ainda sobre o cuidado, Leonardo Boff (2014), no livro “Saber cuidar”, busca seu sentido na origem da palavra e faz referência também à Heidegger para discorrer sobre o mesmo como uma forma de co-existência e convivência do ser humano no mundo com todas as coisas. Evidencia o cuidado como um modo de ser, como uma constituição ontológica, subjacente a tudo que o homem empreende, projeta e faz. Ao falar sobre a natureza do cuidado, utiliza clássicos dicionários de filologia em que estudiosos derivam cuidado do latim *cura* (na tradução de “Ser e Tempo” de Martin Heidegger, a palavra é sinônimo erudito de cuidado e na sua forma mais antiga, *coera* era utilizada em contexto de relações de amor e amizade e expressava atitude de preocupação e inquietação pela pessoa amada). Para outros, sua origem está ligada a *cogitare-cogitatus* e seu sentido é o mesmo de cura: cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e preocupação. Nesse caso o cuidado surge quando alguém tem importância, de forma que, quem cuida dispõe-se a participar de seu destino, de suas buscas, de seu sofrimento e de seus sucessos.

Fazendo uma vinculação à cena vivida pela protagonista desse memorial, o médico do serviço de emergência, teria ele uma responsabilidade sobre sua atitude desumanizada? Seria muito simplista culpabilizar apenas o profissional, tendo em vista as cobranças e métodos de produção do capitalismo os quais a saúde também está subjugada. Não desconsiderando o alcance do contexto geral na sua prática, e sim incluindo uma análise de implicação enquanto pessoa com livre arbítrio, dotada de autonomia para gerenciar e tomar decisões e condutas as quais julgue necessárias para o cuidado dos usuários do serviço; esse profissional esteve distante de qualquer entendimento sobre saúde enquanto um direito humano e de sua responsabilidade na garantia desta enquanto médico. E provavelmente, mais distante ainda sobre a compreensão do cuidado como uma forma de ser e deconviver em sociedade.

A formação em enfermagem

Diante das expectativas e das experiências, no ano de 2007 prestei vestibular e aos 18 anos ingressei na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Durante o curso, o conceito ampliado de saúde, a integralidade, o cuidado holístico, estiveram bastante presentes nas aulas, assim como a ética e a capacidade de se colocar no lugar do outro foram bastante debatidas, principalmente na disciplina de Cuidado Humano I, logo no início da graduação. Já na prática dos estágios, sobretudo aqueles da área hospitalar e dos serviços de emergência - onde as relações com os usuários são mais transitórias; a prática de procedimentos é uma necessidade recorrente, assim como o controle de sinais e sintomas por se tratar de situações agudas, ou agudizações de doenças crônicas; a dinâmica do espaço exige tecnologias mais estruturadas (duras e leve-duras), necessárias para esse nível de atenção – o corpo biológico é mais valorizado havendo menos espaço para investigação de outros aspectos da vida, determinantes para o processo de saúde-doença. Segundo Merhy (1997), as dobras possíveis da tecnologia em saúde vem se reduzindo aos processos bem estruturados, predominando o que o autor chama de trabalho morto contido nas tecnologias leve-duras e duras. Não que essas tecnologias sejam ruins ou dispensáveis, mas existe aí uma possibilidade de acomodação e automatização dos processos de trabalho, sem permitir que as tecnologias das relações e subjetividades operem para talvez questionar, inovar e produzir novos conhecimentos.

Foram nas disciplinas e estágios de saúde coletiva e saúde mental que eu pude conhecer esse campo de diferentes atuações e níveis de atenção e tecnologias que é a saúde, principalmente no que diz respeito às tecnologias leves de cuidado. No campo da micropolítica, em que se dão os encontros e se estabelecem as relações, a singularidade do momento e das situações complexas criam modos de intervir, abrem espaços de autogoverno (MERHY, 1997), permitindo que usuários e profissionais de saúde, juntos identifiquem os problemas e encontrem as soluções para além do que está estruturado. Dessa forma, o contato com trabalhadores e usuários, principalmente nos serviços em que as discussões de caso eram aquecidas com riqueza de detalhes e diferentes pontos de vista, que os acontecimentos do cotidiano e as histórias de vida compunham parte importante da avaliação clínica, assim como eram consideradas na conduta técnica, me estimulou a investir minhas primeiras experiências profissionais na área de saúde mental coletiva.

Além disso, no campo da macropolítica, da organização do sistema de saúde, tomar conhecimento sobre modelos de atenção, princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e perceber que na concepção desse sistema, a proposta de organização dos serviços está

pautada na democratização do acesso à saúde, legitimada como um direito de todo cidadão, me colocou diante da magnitude e complexidade do que existia de oferta de saúde para a população, assim como das disputas ideológicas e políticas.

A luta pelo direito universal à saúde vem sendo intensamente travada desde a década de 1970 no Brasil. Se é verdade que conseguimos o reconhecimento desse direito no texto constitucional, e se é verdade que o mesmo texto constitucional instituiu o SUS como uma das formas de se garantir esse direito, as tentativas de construção concreta do Sistema vêm se dando num âmbito de disputa entre perspectivas e projetos distintos, elaborados por diferentes atores sociais. São conhecidos os obstáculos e as dificuldades para a concretização plena, na vida dos brasileiros, do ideário constitucional em que todos tenham, de modo igualitário, acesso aos cuidados integrais de que venham a necessitar. Destaco aqui apenas um deles [...]. Refiro-me à presença, a partir dos anos 1990, de um conjunto de ideias que podem ser chamadas de neoliberais no debate das políticas públicas de saúde. Ideias que produziram, entre outras coisas, propostas de restrição da abrangência da ação do Estado (MAROSINI, 2010, pg. 15).

PARTE I.II – A Saúde Mental Coletiva como ponto de partida

*Silêncio, eu quero escutar,
o tudo e o nada interno que há.*

No período final da graduação eu já estava almejando ser trabalhadora do SUS. Fui conquistada pela luta de garantia da saúde como um direito de todos. Assim como fui capturada pelas reflexões: *O que entendemos como saúde? O acesso a saúde é universal? O que é normal e patológico? Na época eu me sentia atraída e curiosa pelos debates a respeito do sofrimento psíquico, e o que propunha a reforma psiquiátrica, como um movimento impulsionado por usuários e trabalhadores na tentativa de romper preconceitos, denunciar violências e propor uma forma diferente de tratamento, de relação profissional-usuário e de convivência na diversidade humana. A experiência no Programa de Residência em Saúde Mental Coletiva foi um ponto de partida para me envolver com essas questões, buscar algumas das respostas, conhecer práticas e serviços que compõem a rede de atenção psicossocial concebidos para organizar o trabalho de forma horizontalizada, com arranjos mais democráticos, tanto na relação com os usuários como entre trabalhadores. E ainda, entender que esse movimento de reformas proposto pela saúde mental acontecia em harmonia com outras mudanças de concepções e paradigmas na saúde como um todo.*

Com a Residência pude constituir uma experiência que agregou na minha compreensão do SUS e do modo de produzir o cuidado, desenvolvendo tecnologias e compromissos políticos que perduram até hoje. Especialmente, essas experimentações ensino-serviço, marcou-se no campo do cuidado das pessoas que usam drogas. No decorrer dos anos que sucederam minha graduação, trabalhei em projetos e serviços da saúde mental, incluindo um Centro de Atenção Psicossocial para pessoas com uso problemático de Álcool e outras Drogas (CAPS AD), um projeto de Apoio Clínico

Institucional para a Fundação de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul e projetos de Redução de Danos em festivais de música eletrônica como o Coletivo Lótus (RS) e o Balance (BA). Trabalhos e iniciativas que tinham a redução de danos como diretriz de trabalho e o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como ferramenta norteadora. Tais fundamentos foram essenciais para o meu *olhar vibrátil* e gostaria de trazê-los como uma marca da continuidade das noções de cuidado, que viriam a influenciar as minhas escolhas para a atenção básica orientada pela estratégia de saúde da família.

No plano histórico, a questão do uso de drogas foi abordada na nossa sociedade como um problema médico e psiquiátrico no campo da saúde, ou então, como um problema associado a criminalidade, sem considerar e questionar a complexidade de fatores individuais e coletivos que estão associados ao fenômeno, como cultura, educação, crença, valores, desejos, acesso à saúde, suporte social, normas sociais, entre outros. O tratamento, nessa perspectiva, é inspirado em modelos de atenção voltados para a exclusão desses indivíduos.(BRASIL, 2003). Essas concepções reduzidas acabam criando estigmas e abordagens terapêuticas no campo da saúde que tem como único objetivo a abstinência, considerando apenas esse aspecto no sucesso do tratamento.

Tendo em vista a complexidade que permeia essa discussão, o contraponto do paradigma da abstinência é a Redução de Danos¹. Destaco essa estratégia que se afirmou como um novo paradigma ao tradicional tratamento, pois aponta alternativas que me mostraram relevantes para toda experiência que envolve cuidado. Abrindo espaço para a compreensão de diferentes modos de viver e fazer, que garantem o direito à saúde independentemente da decisão ou desejo de parar de usar drogas. E entendendo a necessidade de se constituir novos paradigmas na saúde que ampliem a noção científica, tecnologias de cuidado e arranjos organizacionais.

Em consonância com essa estratégia-paradigma, algumas tecnologias incorporei ao modo de viver e fazer profissional. Entre elas, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), e sua potência para tomar a centralidade da vida do sujeito, e de democratização do cuidado entre os profissionais, usuários e familiares. Não é uma ferramenta auto-realizadora, pois envolve dinâmicas, leituras e construções constantes com a equipe e usuário. Seu princípio dinamizador é da inclusão protagonista (e não apenas de expectadores no processo), de quem busca e tem uma necessidade de saúde como um direito, contextualizada com as

¹A redução de danos, enquanto estratégia-paradigma, é salientada na política de atenção integral para usuários de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde. Traz que a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado, pois quando se trata de cuidar de vidas humanas é necessário lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003, pg.10)

dimensões da atenção psicossocial (VASCONCELOS, *et al* 2016). Esse dispositivo configura um dos arranjos organizacionais da Política Nacional de Humanização (PNH), assim como o Acolhimento, o Apoio Matricial, o Apoio Institucional, criados para orientar as práticas humanizadas no cotidiano da rede de serviços do SUS entre trabalhadores, usuários e gestores. Humanizar no sentido de aumentar a corresponsabilidade, participação e valorização de todos os atores envolvidos na produção de saúde (BRASIL 2010).

Saliento o PTS, enquanto arranjo organizacional, e a redução de danos, enquanto estratégia-paradigma, pois estes se tornaram alicerces no meu fazer profissional que busca contemplar a complexidade de fatores sociais, políticos, subjetivos que atravessam a compreensão de saúde. Assim como, almeja um modo de operar coletivo e participativo, que reconhece a singularidade e a capacidade criadora das pessoas, e menos centralizador de saber e poder, prescritivo de modos de viver. Portanto, a vivência no campo do cuidado a partir dos serviços de saúde mental serviu de espelho para o que viria ser a experiência na gestão da atenção básica orientada pela estratégia de saúde da família. Na perspectiva de continuar a me constituir enquanto trabalhadora do SUS, dando seguimento a esse modo de trabalhar que transversaliza as políticas tanto na atenção como na gestão, ingressei como residente no Apoio Institucional do Programa de Residência em Saúde da Família.

PARTE II – UM NOVO LUGAR, APOIO

Depois de fazer uma retrospectiva no intuito de elucidar ao leitor sobre o ponto de partida e motivação que guiou a protagonista pelo campo da saúde até a inserção na saúde da família, a parte II tem a pretensão de descrever sua própria experiência da Residência exercendo o papel do apoio institucional. Carregando a bagagem adquirida no campo da saúde mental coletiva, nesse momento serão narradas as experimentações e contribuições dos métodos de gestão que se propõem mais democráticos e participativos. Num processo constante de aprendizado a partir dos desafios que a realidade do cotidiano do SUS enfrenta e, em especial, como Residente no município de Lauro de Freitas.

*(...) Só por estar aqui, a vida já te mostrou
Ganhar não é sempre ter mais
É fazer valer, viver, às vezes sem entender
O que foi, como foi (o que foi, como foi)
O que é, como é (o que é, como é)
Como, sem saber, chegou ao novo lugar
Que, talvez, você possa chamar de lar (...)*

(Um novo Lugar, Mato Seco)

Parte II. I - O Apoio Institucional na Atenção Básica orientada pela Estratégia de Saúde da Família

O Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal de Saúde da Família foi credenciado junto ao Ministério da Educação no ano de 2014, respaldado pela experiência acumulada em gestão, no cuidado e condução de processos de formação e educação permanente em saúde e a excelência em produção de ciência na área de saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz– Bahia). Tem como objetivo colaborar com a reorientação do modelo assistencial no sistema de saúde a partir da formação de profissionais norteados pelos princípios do SUS e da Estratégia de Saúde da Família (FESF SUS, 2019).

Tendo em vista que a Atenção Básica (AB) vem enfrentando desafios e dificuldades na sua implantação desde sua concepção, pois conforme Pasche (2012, pg.14),

A tradição brasileira de organização de sistema e práticas de saúde tem como referência, sobretudo a partir da década de 1950, a experiência norte-

americana como base no[...] especialismo, foco na doença, uso intensivo de insumos “biomédicos”, ação sobre o indivíduo. Este modelo resulta, entre outros, (1) de uma concepção minimalista de política pública; (2) de uma concepção restrita do processo saúde-doença e (3) de interesses mercantis de agentes privados prestadores de serviços e produtores de insumos.

Para uma mudança nas práticas de saúde, com vistas a garantir um modelo assistencial que compreenda a saúde de forma ampla – levando em consideração os aspectos biopsicossociais - com atenção básica (AB) como principal porta de entrada do sistema, efetivando o processo de trabalho das equipes de saúde da família, conforme as diretrizes de territorialização, resolutividade, cuidado centrado na pessoa, longitudinalidade do cuidado, participação popular, coordenação do cuidado e ordenação da rede, as alterações precisam ser tanto macropolíticas (na direção da superação de problemas como financiamento insuficiente, regulação dos planos de carreira no SUS e na reorganização dos organogramas da gestão), como micropolíticas, garantindo acolhimento e efetividade das práticas clínicas e de saúde coletiva, e também, a valorização dos profissionais (PASCHE, 2012). Nessa perspectiva, a AB se compromete com a mudança do modelo de atenção, colocando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como fundamental para operacionalização dessa reorganização assistencial e na difusão de novas práticas que buscam garantir o acesso aos serviços e maior qualidade de atenção. Diante dessa necessidade e dessa aposta, são requeridas práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de um trabalho em equipe multidisciplinar capaz de fazer um diálogo com a necessidade da população adscrita aos serviços prestados pela equipe (SHIMIZU; MARTINS, 2014).

Campos (2000) identifica que para além de se pensar no campo da saúde como uma oferta de serviços para a população, traz a possibilidade desse campo ser também produtor do próprio sujeito trabalhador. Ou seja, a realização de um duplo trabalho: por um lado assegurar o objetivo primário da instituição- produzir saúde, e por outro, ao mesmo tempo permitir e estimular os trabalhadores a ampliar sua capacidade de reflexão, de co-gestão, e em decorrência, de realização profissional e pessoal (CAMPOS, 1998). Logo, o Apoio Institucional (AI) surge como uma estratégia com o objetivo de qualificar o processo de cuidado em saúde, de modo a garantir a efetivação dos atributos da Atenção Primária no cotidiano das práticas (CASANOVA, *et al*, 2014) e, ao mesmo tempo, estimular e manter os trabalhadores implicados com a transformação dos modos de gerir e do cuidar dos usuários na ESF, bem como com a sua satisfação no trabalho (SHIMIZU; MARTINS, 2014).

O Apoio Institucional (AI) é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Isso porque ele tem como diretriz a democracia institucional e autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2010). Aposta num trabalho em saúde que garanta autonomia relativa do profissional, no intuito de abrir

espaço para ele adequar e criar estratégias terapêuticas conforme a singularidade de cada usuário atendido, e participar ativamente dos momentos de decisões relacionadas ao processo de trabalho e funcionamento da instituição. Conforme Cunha (2012), o trabalho “alienado”, submisso e acrítico é perigoso para os usuários e nocivo para a saúde dos trabalhadores, além de contribuir para a progressiva desresponsabilização dos trabalhadores em relação às decisões das quais ele não participa.

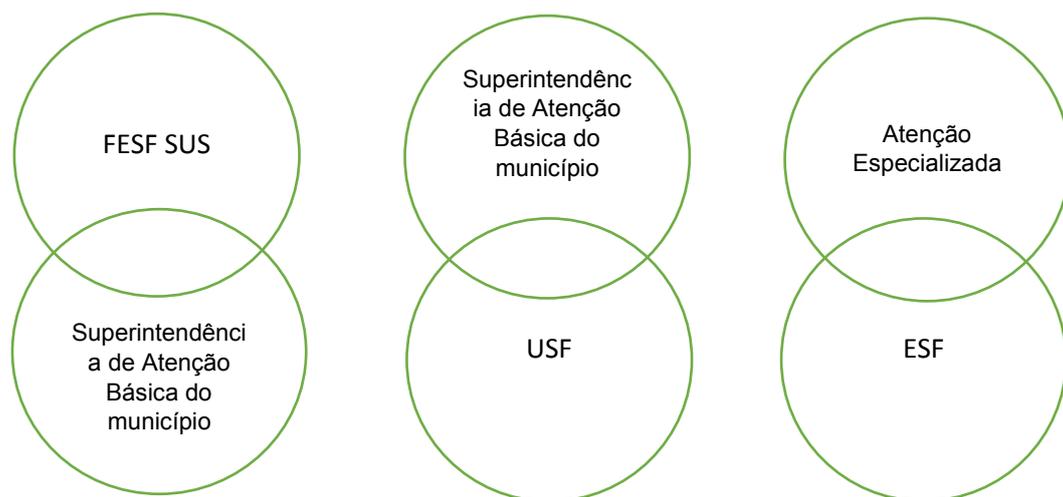
Esse modo de fazer gestão, proposto pela Política Nacional de Humanização, contrapõe o modelo taylorista, o qual pauta-se na centralização, hierarquia e controle do trabalho por meio de regulamentos, normas e padrões de comportamento. Historicamente, em especial na enfermagem, o gerenciamento influenciado pelo modelo tradicional, privilegia mais as normas, rotinas e procedimentos do que as necessidades do usuário, tornando o trabalho fragmentado, reforçando a impessoalidade nas relações e a dicotomia entre gestão e assistência. Em decorrência disso, observa-se muitas vezes o trabalho do enfermeiro voltado para os recursos humanos e materiais, dissonante do cuidado e direcionado para as necessidades institucionais (MORORÓ, 2017; SANTOS, 2013).

Dessa forma, entendo o Apoio Institucional (AI) como uma aposta do SUS e do Programa de Residência no intuito de fortalecer a Atenção Básica para a mudança de Modelo de Atenção à Saúde de modo que crie espaços de cogestão entre gestores, trabalhadores e usuários, e permita que todos se impliquem na produção de saúde e sejam transformados por ela. Baseado no meu percurso e motivação no campo da saúde na busca de humanização nas relações de trabalho e no cuidado com o usuário, ingressei no processo formativo orientado pela saúde da família na expectativa de resgatar minhas vivências anteriores que pudessem contribuir com o desafio de estar em um *novo lugar*, *Apoio*, e também ampliar minhas ferramentas de análise de coletivos e gestão participativa.

Parte II. II -A experiência dos “entre - lugares” do Apoio Institucional no Programa de Residência em Saúde da Família

O campo de prática em que se deu a experiência foi a rede de atenção do município de Lauro de Freitas. Na primeira etapa desse Programa Multiprofissional, cada residente desempenha suas atividades voltadas para o núcleo profissional de conhecimento, exemplo: o enfermeiro assume o papel de enfermeiro da equipe; o Sanitarista (conforme o desenho do programa) desempenha o papel de apoiador Institucional de uma Unidade de Saúde da Família, o que se configura um diferencial em relação a outros programas, pois o residente assume a responsabilidade sanitária do território. Esse diferencial, trouxe algumas peculiaridades para a minha experiência: primeiro porque ser apoiador institucional já é um desafio em si mesmo, tendo em vista a função meio a desempenhar, que fica no “entre -

lugar”, entre as coordenações de nível central (na secretaria municipal de saúde) e as equipes nas Unidades de Saúde da Família; segundo por ser residente da FESF SUS e, ao mesmo tempo, assumir o trabalho como os contratados do município; terceiro por ser colega dos residentes e, ao mesmo tempo, ser o apoiador institucional destes. Esses “entre - lugares” no Programa de Residência fazem dessa experiência complexa, exigindo uma capacidade grande de circulação entre os espaços, coerência, flexibilidade e outras habilidades que precisam compor a caixa de ferramentas de qualquer apoiador como: escutador, observador, negociador, articulador, facilitador e educador(BERTUSSI, 2010).Claro que, por estar no Programa, os espaços de formação, o encontro com os colegas e o corpo pedagógico davam suporte para vivenciar esses interstícios. Contudo, existiam limitações, pois o preceptor não acompanhava presencialmente minhas práticas na Superintendência de Atenção Básicae, por vezes, não alcançávamos o aprofundamento de situações que ocorriam no dia-a-dia. Além disso, haviam situações em que eu precisava avaliar como, em que momento e se era pertinente compartilhar com os colegas residentes.



Mesmo em presença da complexidade, está justamente nesse “entre” a potência do trabalho do Apoio. Na possibilidade de transitar por diferentes espaços, e desenvolver sua caixa de ferramentas, o apoiador institucional pode ativar coletivos, criando modos para democratizar as relações de trabalho, integrar os serviços de saúde e desestabilizar o que está cristalizado ou “morto”. Assim como, tem papel estratégico na organização do Sistema de Saúde, no intuito de contribuir para uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.

A medida que o apoiador tem autonomia e suporte para desenvolver sua caixa de ferramentas, o potencial mobilizador e integrador vai criando espaço para existir: para fazer uma análise situacional e planejamento das atividades desenvolvidas pela unidade de saúde da família; para pensar junto com a equipe uma intervenção no território de acordo com as

características singulares da população adscrita (vulnerabilidades sociais, perfil socioeconômico e epidemiológico), como um grupo, uma campanha, uma modelagem de acolhimento; para articular a rede de serviços intra e intersetorial na busca de um suporte especializado e também a garantia de continuidade do cuidado. Tudo isso, sem perder de vista as diretrizes do SUS, articuladas com as metas municipais, com a intenção encontrar pontos de intersecção.

Parte II. III - Expectativa versus realidade: os desafios do Apoio Institucional no município

Durante a minha experiência como Apoiadora Institucional Residente no município de Lauro de Freitas, estive no apoio da Unidade de Saúde da Família São Judas Tadeu, localizada no bairro de Itinga. Unidade composta por 1 gerente, 5 Equipes de Saúde da Família (com 3 agentes comunitários de saúde em cada), 3 Equipes de Saúde Bucal e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família. As equipes eram uma mescla de profissionais estatutários, contratados, residentes e preceptores, sendo a maioria dos profissionais de nível superior vinculados ao Programa da FESF. Na gestão central da Secretaria da Saúde, a organização hierárquica da atenção básica era vinculada a Superintendência da Atenção Básica, com as seguintes estruturas administrativas: a Diretoria da Atenção Básica, responsável por 2 coordenações (Gerenciamento de Projetos; e Núcleo de Informação), e um núcleo de apoiadores institucionais composto por 7 profissionais com formação em enfermagem; a Diretoria de Gestão do Cuidado, responsável por 3 coordenações técnicas (Alimentação e Nutrição; Ações Programáticas e Estratégicas; e Saúde da Mulher); a Diretoria de Acompanhamento e Avaliação; e a Coordenação de Saúde Bucal.

A unidade São Judas Tadeu anteriormente a chegada da Residência funcionava em outro local no bairro de Itinga e com apenas uma equipe. A partir do ingresso do Programa no município a unidade foi reinaugurada em um novo local com uma estrutura adequada para uma unidade de saúde e ampliada a sua área de abrangência, já que os residentes puderam compor as demais equipes. Como AI dessa unidade, tinha o papel de contribuir com a conexão entre as necessidades de uma unidade se reestruturando, as diretrizes e demandas da Superintendência, e as diretrizes da AB orientada pela Saúde da Família.

Com vistas a exercer a função Apoio no município, era necessário criar uma agenda semanal de encontros na Superintendência e na Unidade de Saúde da Família, no intuito de capilarizar as demandas entre nível central e nível local. No primeiro ano do Programa, em que estive nesse lugar, as agendas na Superintendência foram bastante voltadas para necessidades emergenciais, como: cadastramento das equipes, produtividade, fluxos e

prazos para alimentação dos sistemas de informação. Assim como alinhamentos sobre Programa Saúde na Escola, Bolsa Família, Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI). Também eram feitas solicitações sobre populações específicas acompanhadas por equipe como: número de gestantes, número de gestantes de alto risco, número de crianças com microcefalia, número de pacientes com doença falciforme. Alinhamentos e solicitações que fazem parte do processo de trabalho do apoiador e são importantes para a organização institucional, assim como para intervir no cotidiano dos serviços. Contudo, essas informações eram pouco aproveitadas para se construir uma análise de situação de saúde e planejamento local, ou uma análise capaz de proporcionar uma reflexão sobre o trabalho (produtora de conhecimento para o trabalhador), sendo mais utilizadas para suprir as necessidades burocráticas e institucionais. Autores, sobretudo Gastão Wagner Campos (2000), referem que ao trabalhar com coletivos é preciso admitir que existem vários centros motores e mais de uma finalidade, como a de produzir valores de uso (bens ou serviços de interesse social), a de assegurar a sobrevivência institucional e a realização das pessoas que trabalham.

A gestão tradicional, ao lidar com os trabalhadores e com os usuários como objetos, centra esforços na reprodução social da própria organização, descuidando dos demais. Na realidade, ao não reconhecer que toda gestão é produto de uma interação entre pessoas, verifica-se, com frequência, uma tendência à reprodução de formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e dos usuários (CAMPOS *et al*, 2014, p.987).

Além de perceber uma fragilidade na gestão das informações para uso local e do pouco ou quase inexistente espaço para discutir as necessidades e processo de trabalho das equipes, existia uma organização fragmentada e uma concepção ultrapassada e pouco inclusivos métodos de gestão. Eram colocados limites rígidos sobre o papel do apoio institucional, do gerente, das coordenações e das diretorias, o que centralizava algumas discussões e decisões, dava pouca autonomia para os profissionais e dificultava a compreensão de alguns processos como um todo. As reuniões gerais da superintendência e do Apoio Institucional não ocorriam com frequência estabelecida e eram convocadas somente quando haviam tarefas a cumprir que já vinham pré-determinadas. Não eram raras as vezes em que as demandas apareciam fora dos espaços de reuniões, por meio de documentos de Comunicação Interna, o que contribuía ainda mais para a desintegração do processo de trabalho e aumentava a probabilidade das informações serem mal interpretadas e levadas para as Unidades de Saúde da Família de forma equivocada.

Essa sistemática de trabalho, além de não ser eficaz nem para cumprir a tarefa e passar informações, tolhia o desenvolvimento do trabalho do Apoiador e evidenciava a falta de clareza sobre a potência da função Apoio Institucional. O profissional não ser

incluído e ao não ter espaço para criar estratégias e qualificar seu trabalho, acabava por reproduzir esses métodos verticais, pouco participativos e democráticos, atropelando as equipes com demandas organizadas pela gestão central da atenção básica. Além de não valorizar as demandas locais da USF, a insuficiente habilidade de conduzir as equipes gerava pouco envolvimento tanto do apoiador, como dos trabalhadores da ponta no planejamento e execução do que havia sido solicitado, se desdobrando numa desenfreada rotina de cobranças pelo produto final, nesse caso, entendido como produtividade e não como a saúde da população atendida. Gastão Wagner Campos, ao estudar importantes pensadores da administração, filosofia, psicanálise, que desenvolveram teorias sobre organizações sociais, classes sociais, instituições, construção de subjetividades, falou sobre a alienação do trabalhador em relação ao produto final de trabalho. Distantes da possibilidade de gestão e criação, os trabalhadores têm autonomia diminuída, no intuito de não “atrapalhar” a produtividade. Submetidos a um trabalho burocrático, repetitivo, cheios de protocolos, ficam afastados do *trabalho vivo*, como menciona Merhy (2017). Impedidos de tomar decisões e da capacidade de propor inovações, agem como se fossem máquinas, robôs, com pouco afeto e conseqüente pouca implicação. O afastamento do produto final, traz a falta de sentido ao trabalho, um fazer para cumprir rotinas, e uma provável desresponsabilização com o objetivo do serviço prestado.

Mesmo diante de um cenário apresentado como pouco permeável às singularidades locais e pouco fomentador de autonomia e possibilidades de inserção e criação é importante considerar e reconhecer a existência da autonomia dos profissionais de saúde. Conforme Onocko Campos e Campos (2006), ela existe, nem que seja em potencial, sempre há a possibilidade de autonomia em usuários, trabalhadores e comunidades. Essa autonomia, entendida como relativa, pois sempre depende do padrão do próprio sujeito e dos padrões sociais e históricos estabelecidos (valores, cultura, legislações, diretrizes, planos de governo), é o que torna possível a construção de um plano de cuidado voltado para a necessidade das pessoas e um planejamento coerente com as exigências dos serviços e com o que pulsa entre os trabalhadores. A “grande sacada” do lugar de apoiador institucional, é se reconhecer enquanto sujeito reflexivo, dotado de autonomia e considerar a própria construção da autonomia como uma das finalidades do trabalho em saúde.

Logo, o desafio da função APOIO no município de Lauro de Freitas é fortalecer as agendas locais, de modo a valorizar o apoiador, os trabalhadores e os usuários como atores importantes na co-gestão do cuidado e dos processos de trabalho na unidade de saúde da família. Apostar nos arranjos que possibilitem encontros de trocas solidárias, comprometidos com a produção de saúde, com abertura para intervenções criativas e que sejam legitimados como espaço de negociação e tomada de decisão. Por esse caminho é possível

mobilizar o potencial que existe em gestores, trabalhadores e usuários, fazendo com que saiam da reprodução de tarefas desconectadas de sentido.

Parte II. IV - Métodos norteadores para os processos de trabalho em uma Unidade de Saúde da Família

Os encontros pedagógicos, a leitura de material bibliográfico e o fazer do cotidiano junto aos colegas e demais profissionais do município foram moldando minhas práticas como Apoiadora Institucional. Para qualificar as atribuições do apoio, o Programa de Residência disponibiliza um manual do serviço (baseado nas publicações do Ministério da Saúde e em experiências municipais exitosas) que serve como modelo para estruturação das questões de gestão e organização geral das Unidades de Saúde da Família - manual desenvolvido pelo Programa e apresentado para o município durante as pactuações do convênio. Além disso, a presença do Apoiador Pedagógico Institucional (API) no local de práticas, as rodas de campo (que agregava preceptores e residentes de todos os núcleos profissionais para conversar sobre temas que os transversalizavam) e as rodas de núcleo dos sanitaristas, forneciam subsídios para a compreensão do *lugar Apoio* e dos princípios e diretrizes que norteiam o trabalho em saúde da família.

Uma das leituras que deram suporte para a experiência na gestão como Apoiadora, foi a Política Nacional de Humanização², que mais tarde deu origem ao documento base para trabalhadores e gestores do SUS (BRASIL, 2010), o qual indica parâmetros para organização do trabalho na atenção básica baseados em equipes multiprofissionais de atuação transdisciplinar, que incorporem metodologias de planejamento e gestão participativa, colegiada, avançando na gestão compartilhada dos cuidados/atenção. Nessa perspectiva, gostaria de destacar algumas práticas significativas para o processo de incorporação teórico-prática do apoio institucional: a experiência da formação de um Colegiado Gestor na Unidade de Saúde da Família São Judas Tadeu, o desenvolvimento do Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS) e o Apoio Matricial em Saúde Mental.

Colegiado Gestor na Unidade de Saúde da Família

² Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde. Formulada num contexto em que por um lado havia se avançado na descentralização e regionalização da atenção e gestão em saúde, mas por outro, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçavam a relação entre os diferentes profissionais e entre estes e os usuários, comprometendo o trabalho em equipe e a capacidade de lidar com as dimensões subjetivas e sociais presentes na prática de atenção e gestão. A Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais a orientar a construção de políticas públicas em saúde, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS (BRASIL, 2004).

O Colegiado Gestor (CG), em um modelo de gestão participativa, possibilita o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação (BRASIL, 2010). É um espaço coletivo deliberativo que toma decisões no seu âmbito de governo em conformidade com as diretrizes e contratos definidos. Tem como papel analisar, reconstruir e pactuar tanto as diretrizes, pedidos que são apresentados como propostas e ofertas pela direção da Unidade, como apreciar e acordar os pedidos e propostas dos usuários e equipes. Ele é composto por todos os membros da equipe ou por representantes (BRASIL, 2010). Esse arranjo organizacional é fundamental para se estabelecer democracia institucional, e trabalhar a implicação do trabalhador, e a indissociabilidade entre gestão-cuidado.

A residência assume como estratégico na experiência do residente, sendo uma das diretrizes do manual do serviço, debatido em espaços pedagógicos desde a chegada dos residentes no Programa. Entendia-se que poderia ser um modo de organizar o trabalho coerente e facilitador dos processos, visto a quantidade de equipes existentes na USF São Judas Tadeu e a necessidade de abrir espaço para a provável diversidade de concepções, experiências advindas do lugar de cada um. Além disso, entendia o Colegiado Gestor como um espaço estratégico de comunicação entre o Apoio Institucional e a USF.

Para implementação, foi realizada sensibilização de todos trabalhadores da unidade, entre esses a gerente, que desconhecia sobre modelos de gestão alternativo ao modo centralizador. Foi disponibilizada para avaliação, a sugestão de representatividade mista entre membros do Programa de Residência e trabalhadores da unidade do município, que abrange: Gerente de unidade; Preceptores da equipe mínima e NASF; Profissional de nível superior que não esteja em função de preceptor; Apoiador Pedagógico Institucional; Apoiador Institucional residente; Representante dos residentes do segundo ano; Representante dos profissionais de nível médio. A gerente aprovou a organização e, naquele momento, compreendeu como espaço importante de trocas, tendo em vista que essa era sua primeira experiência na área da saúde. Em reunião de unidade, que reunia as cinco equipes mensalmente, foi apresentada a função e conformação do Colegiado Gestor, e realizada a eleição dos representantes.

As reuniões foram sistematizadas para ocorrer semanalmente, se organizavam com ata e eram utilizadas para discutir as demandas que vinham da Secretaria de Saúde, principalmente da Atenção Básica e Vigilância em Saúde, como também dos processos de trabalho da Unidade. Entre as pautas recorrentes estavam a territorialização, os possíveis modelos de acolhimento e a permanente necessidade de qualifica-lo, as agendas das equipes, a organização das campanhas de vacina, o bolsa família e as datas

comemorativas. Nesse espaço também eram alinhadas informações e metodologias para organizar as reuniões gerais da unidade.

Embora o Colegiado tivesse representatividade elegida pelas equipes e fosse espaço com intenção de abertura para discutir processos de trabalho identificados como importantes e prioritários, muitas dificuldades foram enfrentadas no decorrer do ano de 2017, até culminar na sua desestruturação completa no início de 2018. O CG se constituiu como um campo de disputa de interesses e projetos no campo do trabalho, e com o tempo se acumulam entraves difíceis de serem superados pelo conjunto de atores que o compõe. Entre os pontos de dificuldade estavam: os constantes ruídos de comunicação, pois as pautas, em muitos momentos, deixaram de contemplar as necessidades das equipes para suprir as demandas institucionais; ao mesmo tempo, o que era discutido não alcançava os demais trabalhadores (as pautas não eram expostas e pouco transitavam pelas reuniões semanais das equipes); o desenho do colegiado não era representativo para as equipes, pois foram elegidos representantes por categoria profissional e com desproporcionalidade entre membros da residência e trabalhadores do município; a falta de clareza na realização do debate democrático gerava dificuldade de lidar com as diferenças de saberes e opiniões. No decorrer do tempo, tais dificuldades vividas provavelmente contribuíram para o esvaziamento das reuniões de colegiado, que posteriormente foi desmobilizado.

Por mais que tenham se apresentado tantas problemáticas, eu entendo que um caminho possível para a democratização das relações de trabalho, valorização dos profissionais e consequente qualificação para tomada de decisão seja pela gestão colegiada. Todavia, há muito o que se avançar em metodologias facilitadoras que de fato torne participativa e democrática a organização do Colegiado Gestor em uma Unidade de Saúde da Família. Metodologias que saibam acolher as divergências de ideias e não as tornar um problema causador de conflitos, boicotes e silenciadores. Com minha experiência percebo o quanto é essencial a gestão, nesse caso, a Superintendência de Atenção Básica, sustentar esse modelo e sensibilizar os trabalhadores, o que pareceu ser muito mais uma iniciativa do Programa de Residência, não tendo alinhamento com o plano municipal de gestão. Ainda, acredito que precisam haver pactuações e diretrizes bem definidas para orientar esse processo de trabalho a nível local e a nível central, assim como avaliações constantes do espaço.

Planejamento e Programação Local em Saúde

Durante minha formação, tive a oportunidade de vivenciar a discussão da proposta e implementação do Planejamento Local em Saúde conforme a base teórica do *Planejamento*

*Estratégico Situacional (PES)*³ no cotidiano da USF, e em espaços pedagógicos do Programa de Residência. No início de 2018, tendo em vista a agenda trabalhada na Superintendência de Atenção Básica do município, propus ao Colegiado Gestor a aplicação do Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS) na Unidade São Judas Tadeu, com o objetivo de avaliar os principais problemas vividos no primeiro ano e elaborar estratégias de enfrentamento. O processo de planejamento em saúde implica no desenvolvimento de uma agenda estratégica, contendo a identificação dos problemas prioritários de alcance geral (sistêmicos), e elaboração do plano propriamente dito. O PPLS constitui-se nas seguintes etapas: análise da situação de saúde; definição de objetivos e ações; análise de viabilidade e desenho de estratégias de ação; elaboração da programação operativa; definição de indicadores, acompanhamento e avaliação da programação operativa. Sendo um instrumento de gestão que pode ser instituído como uma prática no processo de organização das ações das equipes de saúde da família visando atender as necessidades de saúde da população adscrita, o uso eficiente dos recursos disponíveis, a classificação de prioridades e estratégias para o alcance das metas (TEIXEIRA, VILASBÔAS, JESUS, 2010). A orientação por esse referencial tinha a expectativa de garantir na unidade São Judas Tadeu uma construção compartilhada entre trabalhadores. Para tanto, buscou-se um momento adequado, organizado previamente e com uma metodologia que permitisse a participação de todos de forma inclusiva e democrática, valorizando saberes, percepções e oportunizando a autonomia criativa na superação dos entraves.

Em reunião geral mensal de unidade foi debatida a importância do planejamento e apresentada a proposta metodológica do PPLS sugerida pelo PES. Posteriormente, foi realizado o levantamento dos problemas e priorização dos mesmos, de forma que todos pudessem expor os pontos críticos em targetas individualmente e analisá-los no coletivo. Cabe ressaltar, que o fato de o município ter dificuldades com o Sistema de Informação (dificuldade de alimentar o sistema e não ter a rotina de usar o consolidado para analisar a situação de saúde da população), os problemas foram empiricamente levantados a partir da vivência dos trabalhadores na comunidade, no acolhimento, nas consultas. Após a priorização, 5 pontos relacionados ao processo de trabalho e a saúde da população foram definidos: territorialização, atividades coletivas, integração da equipe, cuidado às pessoas acamadas e implementação de ações de saúde mental (atendimento e articulação de rede). Nas reuniões de equipe que sucederam a reunião geral, o Apoio Institucional apresentou a

³O Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus (economista chileno) surgiu da reflexão sobre a necessidade de aumentar a capacidade de governar. Segundo Matus, a concepção situacional reconhece que existe diversos atores, sugerindo uma visão que adote ações estratégicas e comunicativas entre eles para a construção de consensos acerca dos problemas a enfrentar, dos objetivos a alcançar e das alternativas de ação a serem desenvolvidas (TEIXEIRA, VILASBÔAS, JESUS, 2010).

matriz de intervenção que orientava para a construção da descrição do problema, do objetivo, das atividades, a eleição dos responsáveis, a definição do prazo e o monitoramento. Foram divididos os 5 pontos entre as 5 equipes com a pretensão de facilitar a sistematização do trabalho em grupos menores. O pedido foi para que as equipes pudessem analisar os problemas, pensando nas causas e consequências, estabelecer os objetivos e as atividades que precisariam ser efetivadas para alcançar a meta. Em nova reunião mensal de unidade, as matrizes foram apresentadas para a contribuição de todos, sendo que os prazos, os responsáveis e o monitoramento seriam definidos em conjunto para que as pessoas pudessem se dedicar a desenvolver aquilo que mais tinha relação com sua vivência e com seus interesses.

Um dos pontos que acompanhei e contribuí para seu desdobramento foi o acolhimento e sensibilização a respeito dos casos de pessoas que estavam em sofrimento mental, e a articulação da rede de atenção psicossocial. Como resultado do planejamento local, foi inaugurado um grupo na USF que tinha a pretensão de abrir espaço para a valorização de aspectos da saúde que não perpassam apenas pelo corpo, mas que com uma escuta atenta se revelam pela expressão de sentimentos e histórias de vida. Além disso, as equipes, sobretudo o NASF, ampliaram a comunicação com a rede de atenção psicossocial por meio de reuniões de matriciamento e atividades no território em conjunto com outros serviços, como o CAPS AD, o CAPS II e o Consultório na Rua.

Nesse processo, mesmo observando alguns movimentos e avanços, presenciei uma enorme dificuldade de estruturar a continuidade das ações e o monitoramento das atividades propostas pelo Planejamento e Programação Local em Saúde. Avalio que isso ocorreu em função de: o Colegiado Gestor estar extremamente fragilizado; pela transição dos residentes do primeiro para o segundo ano, e ingresso da nova turma; pela troca de Apoiador Pedagógico Institucional; pela alteração do modelo de Apoio Institucional pactuado entre a FESF SUS e o município, colocando um Apoiador Institucional do município junto com a Sanitarista recém-chegada no Programa. Todavia, apesar da frágil sistematização de continuidade, o processo foi importante para dar visibilidade às equipes e aos recém-chegados sobre os principais nós críticos da unidade de saúde da família, da mesma forma que foi uma experimentação de metodologia de planejamento para todos envolvidos.

Apoio Matricial em Saúde Mental

O Apoio Matricial em Saúde Mental na Unidade São Judas Tadeu – relação entre USF e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - iniciou-se em 2017 a partir da necessidade das equipes em conduzir casos complexos de usuários e familiares em intenso sofrimento psíquico. Foi um recurso utilizado diante da busca de suporte às decisões e garantia de

continuidade e responsabilidade do cuidado, tanto pela equipe de referência (atenção básica), como pela equipe especializada, quando o encaminhamento se fazia necessário. Esse arranjo se faz importante para auxiliar na formulação/reformulação e execução de um projeto terapêutico singular para um sujeito, individual ou coletivo, que necessite uma intervenção em saúde, à qual a equipe de referência teve dificuldades. Além de introduzir no processo de trabalho novas possibilidades de trocas de saber entre os profissionais de saúde em diversos níveis de atenção para superar as dificuldades e qualificar os espaços de decisão, favorece também, uma maior articulação e qualificação da rede de serviços que compõe o sistema de saúde (NUNES, 2010). Esse arranjo consiste numa *metodologia de roda* para um compartilhamento de saber e de poder na clínica entre os profissionais, tal como o Apoio Institucional no que tange a gestão, e a clínica ampliada na relação equipe e usuário (OLIVEIRA, CAMPOS, 2015).

O matriciamento é o principal modo de organizar o trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Criado por uma portaria em 2008 para aumentar a resolutividade das ESF, o NASF também é responsável por dar suporte aos casos de saúde mental na estratégia de saúde da família. Todavia não se esgota somente na relação da equipe mínima da ESF com o mesmo, se expandindo para outros serviços conforme a necessidade da equipe que está como referência do caso. O arranjo do apoio matricial preconiza uma relação dialógica e horizontal entre profissionais de diferentes áreas e serviços, nesse caso, entre as equipes de saúde da família e os CAPS. Auxilia o SUS a funcionar como um sistema integrado e complementar, valorizando as equipes de saúde da família como coordenadoras do cuidado e quebrando a lógica da centralidade nos especialistas.

Tendo em vista a aposta no método do apoio para a qualificação dos acompanhamentos e reorganização do sistema, colocando a atenção básica como responsável pelo cuidado longitudinal, ocorreu a aproximação das equipes da ESF e do NASF da unidade São Judas Tadeu com os CAPS. Inicialmente, em virtude da preocupação com os usuários de álcool da área de abrangência da unidade, em especial dos chamados “sindicatos (pessoas, em sua maioria homens, que se reúnem em uma praça próxima a unidade para beber), foram estruturados encontros mensais com a equipe do CAPS AD. A intenção era de chamar a atenção para uma responsabilidade que também é da atenção básica e que, muitas vezes, é deixada de lado por falta de recursos e de apoio ao trabalhador que está nesse nível de atenção e, até mesmo, por preconceito. Também tinha a expectativa de provocar a equipe para a produção de saúde dessas pessoas, enquanto homens que pouco ou quase nunca acessavam o serviço, e que provavelmente só sairiam da invisibilidade quando houvesse o agravamento de algum problema de saúde. A criação da agenda com o serviço de saúde mental foi estratégica para inaugurar uma cultura de discussões de caso e temáticas pertinentes que pudessem subsidiar o fazer cotidiano.

Assim como, para a valorização de compartilhamento de experiências com outros profissionais, que se desdobraram em acolhimentos, visitas domiciliares, atendimentos conjuntos, e intervenções no território como uma atividade na campanha do Ministério da Saúde, *novembro azul*, e um campeonato de futebol. Intervenções voltadas para a promoção de saúde e formação de vínculo, sem centralizar a abordagem no uso de álcool ou na prevenção ao câncer de próstata.

No primeiro ano do Programa de Residência, enquanto Apoiadora Institucional, pude contribuir para a articulação e estruturação dos encontros entre os serviços. Já no segundo ano, ao iniciar o *estágio de linha de cuidado*, optei pela linha de cuidado de Saúde Mental na expectativa de dar continuidade e qualificar essa experiência na Unidade São Judas Tadeu, assim como, construir modelagens de apoio matricial em outras USF do município. Junto a referência da linha de cuidado (coordenadora de saúde mental do município), foi retomada uma das metas da Programação Anual de Saúde do município - o matriciamento nas Unidades de Saúde da Família - e feito um esboço de projeto piloto, que posteriormente foi qualificado junto às equipes dos serviços de saúde mental e gestão da atenção básica. Para a construção e implementação do projeto piloto de matriciamento, foram elegidas 4 unidades de saúde da família, e matriciadores referência no CAPS II, CAPS AD e CAPS IA que pudessem cumprir uma função chave na articulação entre os serviços.

Avalio essa experiência como um ponto de partida para a aproximação da rede de atenção psicossocial no município de Lauro de Freitas, e no que diz respeito a metodologias de gestão compartilhada de cuidado. Ao mesmo tempo, acredito que precisam ser desenvolvidos instrumentos para qualificação das discussões de caso e organização dos projetos terapêuticos singulares, e melhor exploradas as modalidades de atendimentos e visitas compartilhadas. A carga horária restrita dos trabalhadores dos CAPS e a prevalente valorização da produção individual sobre a valorização das atividades no território, foram fatores limitantes vivenciados. É importante salientar que as diretrizes do matriciamento precisam ser pactuados de forma conjunta entre Atenção Básica e Saúde Mental, com intencionalidades mais claras, que sensibilizem, valorizem e facilitem o encontro entre os trabalhadores dos diferentes serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a elaboração do memorial como trabalho de conclusão do Programa de Residência em Saúde da Família, pude reviver meu itinerário enquanto enfermeira sanitária, recolorir e enfatizar lembranças que foram imprescindíveis para a minha formação profissional. A análise desse percurso em meio as experiências, mesmo se dando em diferentes lugares e áreas de atuação, destacou um fio condutor de expectativas, desejos e modos de trabalhar que se voltam para um fazer compartilhado, denominado humanizado por uma política que transversaliza todas políticas de saúde e níveis de atenção.

Elementos do cuidado narrados na singularidade de minhas experiências perpassam por valorizar, estimular a autonomia e a criação, incluir a participação das pessoas na construção de metas e planos, sejam eles terapêuticos ou de gestão, evidenciando que a produção de saúde é uma construção pautada na democracia e na indissociabilidade entre atenção e gestão. Quando há expectativa de alterar modos de cuidar e melhorar a qualidade de serviços ofertados à população, é necessário apostar também em melhorias nas relações de trabalho e na produção de sujeitos.

Mesmo na singularidade da minha vivência, que não é reproduzível exatamente como qual, tendo em vista meus valores, escolhas, condições de trabalho-formação e governabilidade, mas que contribui para um conhecimento sistêmico, os métodos, estratégias-paradigma e arranjos organizacionais destacados no memorial – Redução de Danos, Projeto Terapêutico Singular, Apoio Institucional, Colegiado Gestor, Planejamento e Programação Local em Saúde e Apoio Matricial – precisam ser experimentados e constantemente avaliados pelos trabalhadores, gestores e usuários do Sistema de Saúde.

Por não serem auto-realizadores, existem como orientação e somente acontecem na relação e negociação entre os atores envolvidos.

Como Apoiadora Institucional durante o período da Residência em Saúde da Família, eu percebi o Apoio Institucional como peça chave nessa construção mais democrática no SUS. Mesmo diante de dificuldades e, por vezes, até incoerências da prática que não condizem com a concepção do Apoio, o que precisa ser refletido por mim, pelo município e pela FESF SUS, o lugar estratégico do Apoiador tem potencial para promover a inovação da gestão. Por meio de tecnologias leves, participativas, desestabilizadoras e integradoras pode contribuir com a superação do modo de produzir saúde desconectado do sentido de proteção da vida, da consideração da complexidade da existência humana, e da implicação com a transformação pessoal e profissional daqueles que cuidam.

Avalio a necessidade de espaços frequentes de escuta, reflexão e qualificação do papel do Apoiador Institucional, para que este também não corra o risco de realizar o *trabalho morto* e tenha suporte no desenvolvimento de metodologias criativas e para vivenciar os *entre-lugares*. Especialmente, o residente, que vivencia inúmeros interstícios, precisa de um acompanhamento sistemático e sensível.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Maria Helena Menna Barreto. Memoriais de formação: a (re) significação das imagens-lembranças/recordações-referências para a pedagoga em formação. **Educação**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 165-172, maio/ agosto, 2017.

BERTUSSI, D. C. O. Apoio Matricial Rizomático e a produção de coletivos na Gestão Municipal em Saúde. 2010. 234 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**. 20.ed. Petrópolis: Editora Vozes. 2014. 248p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. 4. ed. 4. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.60 p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14 n. 4, p:863-870, outubro/dezembro, 1998.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: *ométodo da roda*. 1. Ed. São Paulo: editora HUCITEC, 2000. 240p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; FIGUEIREDO, MD, PEREIRA, Júnior N, CASTRO, CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface**, Botucatu, 18 Supl 1 p.983-95, 2014.

CASANOVA, Ângela Oliveira, *et al.* O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.11, p.4417-4426, 2014.

CUNHA, Gustavo Tenório. Atenção Básica e o desafio do SUS. In: BRASIL. **Caderno Humaniza SUS: atenção básica**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2012. 258p.

FESF SUS. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF - SUS/Fiocruz. Disponível em: <http://www.fesfsus.ba.gov.br/programas-e-servicos/residencias-integradas/> Acesso em: 08 de março de 2019

FRANCO, Túlio Batista. MERHY, Emerson Elias. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: _____. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec. 2013. p. 151-171.

MARTINS FILHO, Moacir Tavares; NARVAI, Paulo Capel. O sujeito implicado e a produção de conhecimento científico. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 646-654, outubro/dezembro, 2013.

MAY, Rollo. **O homem à procura de si mesmo**. 13.ed. Petrópolis: Vozes.1987. 230p.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: E. E. Merhy & R. Onocko, (org). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec/ Buenos Aires: Lugar Editorial. 1997. p.71-112.

MORORÓ, Deborah Dinorah de Sá, *et al.* Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paul Enfermagem**, v.30, n.3, p.323-32. 2017.

MOROSINI, Márcia Valéria. **Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde**. Márcia Valéria Marosini. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010. 202 p.

NUNES, Gustavo. Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; GUERREIRO, André Vinícius Pires (org.). **Manual de Práticas em Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. 411 pp.

OLIVEIRA, Marília de Fátima Vieira; CARRARO, Telma Elisa. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n. 2, p. 376-380, março/abril,2011.

OLIVEIRA, Mônica Martins de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.1, p.229-238, 2015.

ONOCKO CAMPOS, Rosana; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, GWS; MINAYO, MCS; AKERMAN, M; DRUMOND Júnior, M; CARVALHO, YM (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**, Editora Hucitec/Fiocruz, 2006.

PASCHE, Dário Frederico. As contribuições da Política de Humanização da Saúde para o fortalecimento da Atenção Básica. In: BRASIL. **Caderno Humaniza SUS: atenção básica**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2012. 258p.

SALVIANO, Márcia Eller Miranda *et al.* Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases. **Revista Brasileira Brasileira de Enfermagem**, Brasília. v. 69, n. 6, p. 1240-1245, novembro/dezembro, 2016.

SHIMIZU, Helena Eri; MARTINS Teresa. O apoio institucional como método de análise-intervenção na Atenção Básica no Distrito Federal, Brasil. **Interface**, Botucatu, 18 Supl 1:1077-87, 2014.

SANTOS, Jose Luis Guedes, *et al.* Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: Revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília; v.66, n.2, p.257-63. Março/abril, 2013.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz; JESUS Washington Luiz Abreu de. Proposta metodológica para o Planejamento em saúde no SUS. In: TEIXEIRA, Carmen Fontes (org). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p.

VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. **Interface**, Botucatu, v. 20, n.57, p.313-23, 2016.