



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS

TAYNÃ DO NASCIMENTO COSTA MOREIRA

DILEMAS DE UMA APOIADORA INSTITUCIONAL: MEMORIAL DE FORMAÇÃO

Trabalho de conclusão de residência apresentado à Fundação Estadual Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz– BA para certificação como Especialista em Saúde da Família.
Orientador: Agostinho José Passos Borges

CAMAÇARI-BA

2019

1) Trajetória profissional

Sou Bacharel em Saúde Coletiva formada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e, literalmente, escolhi esta graduação sem conhecer perspectivas de campo de trabalho e toda a luta histórica envolvida na criação do curso. Antes de ingressar na Saúde Coletiva pela UFRJ, cursei quase um semestre de Biologia pela Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF) e também fui selecionada para o curso de Biologia-Bacharelado da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). O meu interesse pelo curso de Biologia foi devido à influência do meu tio que também cursou e desde pequena me ensinava algumas coisas relacionadas ao curso. A minha expectativa era seguir a linha da saúde dentro do curso de Biologia-Bacharelado da UERJ, pois no quarto semestre existiam algumas linhas de pesquisa, dentre elas a saúde. Confesso que eu não fazia ideia de como seria isso, mas sabia que queria ir para a área da saúde. Quando tive a oportunidade de ingressar no curso da Saúde Coletiva (SC) pela Universidade Federal, não pensei muito e fiz minha matrícula, muito embora a SC tenha sido a minha segunda opção de graduação, sendo a primeira opção medicina. Ainda bem que passei para a Saúde Coletiva.

Durante a vida acadêmica participei de dois estágios extracurriculares - Iniciações Científicas - que me apresentaram a temática da violência e a relação com os serviços de saúde. No primeiro estágio, realizado no setor do Departamento de Ensino do Instituto Fernandes Figueira, foi como bolsista no projeto "Análise da atuação dos Conselhos Tutelares diante dos casos de violência interpessoal", onde trabalhei as fragilidades dos conselheiros tutelares e equipes técnicas em proceder diante dos casos de violência interpessoal, seja do ponto de vista da estrutura física dos Conselhos Tutelares e do processo de trabalho dos conselheiros e equipe técnica. Hoje percebo o Conselho Tutelar dentro de um contexto de Rede da Atenção Primária em Saúde, sendo um importante ponto da rede de atenção na garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes que sofrem violências.

No segundo estágio, tive o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB- UFRJ) como campo de estágio, que teve o foco sobre as violências e os meninos de rua, com ênfase na saúde mental. Mesmo permanecendo por um curto tempo nesse estágio, já que estava no final da graduação, tive momentos de reflexão sobre famoso instituto psiquiátrico e o tratamento que os usuários recebiam ali.

O mês de maio foi marcado pela semana da Luta Antimanicomial, mas por detrás da semana cheia de eventos, com apresentações dos usuários do Nise da Silveira, não sei se existia um modelo de atenção que preconizava a reinserção social daqueles usuários. Eu via aquele pátio do IPUB como usuários que seriam utilizados em projetos de pesquisa e a estrutura física do Hospital com portões de ferros e cadeados nada aconchegantes.

A violência foi o tema do meu Trabalho de Conclusão de Curso, influenciada pela trajetória dos estágios que passei durante a graduação. “É violência? É comigo? O cotidiano do profissional de saúde e a notificação das violências” foi o nome do meu trabalho, o qual abordei os motivos de notificação e não notificação das violências por parte dos profissionais de saúde. Tal inquietação surgiu de uma mesa redonda do 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva realizado em Goiânia, onde foi apresentada uma visão reducionista da não notificação das violências como uma simples culpabilização do profissional de saúde. Segundo Azambuja (2005), são diversos fatores que influenciam a subnotificação das violências e dentre os motivos estão: questões estruturais, sigilo profissional, transtornos legais e dificuldades do próprio caso.

A grade de disciplinas da graduação em Saúde Coletiva tem nas Atividades Integradas em Saúde Coletiva (AISC) a oportunidade dos estudantes conhecerem uma parte da realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos estágios no campo de atuação dos sanitaristas, como: Organização Não-Governamental (ONG); Vigilâncias - Epidemiológica e Sanitária; Vigilância dos óbitos hospitalares; Estratégia Saúde da Família e Programa Saúde na Escola (PSE). Durante um ano (sétimo e oitavo período) trabalhei na organização e desenvolvimento de ações do PSE na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, tanto no nível macro da gestão quanto no nível das ações na esfera escolar. Este estágio proporcionou a minha primeira experiência no âmbito da gestão, onde pude participar de reuniões intersetoriais (Saúde, Educação e Desenvolvimento Social) e já percebia a disputa entre a educação e a saúde no espaço das reuniões: a educação defendia um modelo para as ações do PSE enquanto a saúde defendia outro.

Estive no desenvolvimento e acompanhamento das ações do PSE na Escola Municipal Getúlio Vargas - Bangu-RJ, uma escola com 800 alunos. A unidade escolar foi escolhida por não receber nenhuma ação em saúde no ano de 2015. O estágio foi desafiador no sentido de levar uma proposta de ação que fizesse sentido para os escolares e adaptá-la para que a diretora da escola aprovasse o projeto. Esse foi o momento de estreitar os laços do PSE, já que a escola passou mais de um ano sem ações da área da saúde, logo sem vínculo com a equipe de referência da Unidade de Saúde mais próxima.

No contexto do programa de residência como Apoio Institucional (AI), em Camaçari – BA, tive a oportunidade de me apropriar do arcabouço teórico do PSE, justamente para auxiliar as equipes de saúde no planejamento das ações com a equipe escolar, em contrapartida não vivenciei a prática das ações nas escolas com a equipe de saúde. Durante a vivência do AI, estive com as equipes colaborando no planejamento do PSE com a escola; solicitei os registros das ações realizadas pelas equipes de saúde para a área técnica do PSE do município; e participei das reuniões do Grupo de Trabalho Intersetorial – Municipal do PSE. Esse grupo de trabalho foi instituído no município com a finalidade de repensar

estratégias para a reestruturação do programa por meio da gestão compartilhada com os setores da educação e saúde (BRASIL, 2015).

Segundo o Caderno Gestor do PSE, o programa do governo federal, se constitui como um programa voltado para o fortalecimento de ações que promovam o desenvolvimento integral de crianças, adolescentes e jovens, combatendo as vulnerabilidades que acometem estes ciclos de vida. Tais ações devem ser construídas com base na realidade local dos territórios da comunidade escolar e para maior impacto na vida dos escolares devem ser intersetoriais e interdisciplinar (BRASIL, 2015).

O ponto crucial do PSE é a criação do vínculo entre os profissionais da Unidade de Saúde da Família e da Unidade Escolar do território de abrangência. Ambos os equipamentos necessitam trabalhar em conjunto para a construção de ações que tenham impacto na vida dos escolares. Segundo a portaria interministerial nº 1.055/2017, o PSE passou a ter doze ações prioritárias para o desenvolvimento do trabalho na unidade escolar, sendo as ações planejadas pelas equipes de saúde da família com base na necessidade da comunidade escolar.

2) Residência em Saúde da Família e o papel de Apoio Institucional

No quinto período de graduação despertou o interesse pela Residência em Saúde na Bahia, talvez pela influência das minhas veteranas do curso que embarcaram nos programas de residências em outro estado. Em dezembro de 2016, fiz os processos seletivos da Universidade Federal da Bahia e da Fundação Estação Saúde da Família (FESF) e, em março de 2017, veio o resultado esperado: sair de Itaboraí/RJ e ir para Camaçari/BA por dois anos para a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF em parceria com a FIOCRUZ – SUS/BA.

Foi uma alegria tão grande que não pensei que seriam dois longos anos. Ser residente após a saída da universidade não foi tarefa fácil, ainda mais assumindo a função de AI. Cheguei à residência sem saber o que era AI e na tentativa de suprir essa lacuna que não vi em nenhum momento da graduação de Saúde Coletiva, buscava definições como esta:

(...) apoiador institucional seria aumentar a capacidade dos sujeitos de refletirem e intervirem na realidade enquanto produzem bens ou serviços para outros. Busca-se alcançar maior grau de satisfação pessoal e profissional, maior envolvimento dos sujeitos no trabalho, aumento da responsabilidade diante das tarefas assumidas e a coprodução de modos de subjetivação mais solidários e comprometidos com a finalidade das instituições de saúde. O Apoio visa interferir na formação integral dos sujeitos, de modo a fazê-los repensar e recolocar-se nos planos das emoções e sentimentos, das ideias e do saber, promovendo maior capacidade nas pessoas para reconhecer e lidar com questões singulares,

que muitas vezes não estão claras ou conscientes (FERNANDES & FIGUEIREDO, 2015, p. 288).

Ou até mesmo encontrar as definições de Gastão Wagner sobre o Apoio Institucional como “um recurso metodológico que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão” (CAMPOS *et al.*, 2014, p. 987). Para a recém-chegada, essas definições não entravam em minha mente e me sentia angustiada em estar no Apoio Institucional sem saber o que eu iria fazer.

Depois de um ano, descobri que o Apoio Institucional não era simplesmente decorar ou entender a sua definição, foi viver/experimentar as angústias, as dores, as disputas, as delícias e o carinho das equipes que apoiamos, para além dos nossos pares residentes. No início, a minha maior dificuldade foi estar no espaço da gestão, de lidar com as cobranças do Departamento de Atenção Básica (DAB); conquistar o espaço dentro desse Departamento; e lidar com o histórico reflexo dos conflitos após a inserção do programa de residência no município.

Quando me refiro ao espaço dentro do Departamento de Atenção Básica, digo o modelo de Apoio Institucional como um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH) preconizado pela FESF e o modelo de Apoio Institucional vigente no município, com caráter mais administrativo - assinatura de processos e cobranças sobre estrutura física e pessoal das Unidades de Saúde da Família, por exemplo. Essa não é uma realidade só do AI de Camaçari, pois eu pude perceber isso em um espaço sobre a “Avaliação do Apoio Institucional” no 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva realizado no Rio de Janeiro que uma Apoiadora do município Sapucaia do Sul – RS descreveu a mesma realidade que passei na Bahia. No espaço também estava presente uma analista institucional que explicou sobre a criação da figura do Apoio Institucional, apontando suas bases históricas relacionando-as com o aparelho do Estado. Através do relato da apoiadora de Sapucaia do Sul - RS, eu vi que eu não estava sozinha nas minhas inquietações sobre a parte administrativa que o Apoio Institucional tem no seu fazer. Infelizmente, o trabalho do residente que está no Apoio Institucional também ganha em certo momento o caráter administrativo do campo de prática que estamos imersos.

O Apoio Institucional possui um desenho metodológico para alcançar os objetivos de reorganização das práticas de saúde das equipes e dos modos de "fazer gestão" das instituições. Com uma postura horizontal, tem como matéria-prima a análise dos processos de trabalho dos profissionais e dos serviços de saúde e, para além disso, enxerga o trabalhador de saúde como protagonista do seu trabalho. Diante disso, questionei-me que tipo de desenho estive imersa ao longo desses dois anos! Ou não estive em nenhum desenho?

Talvez a disputa dos desenhos de apoio institucional da FESF e do município esteja

no bojo desse questionamento. De uma forma ou de outra, o desenho do programa fornece elementos para que as sanitaristas desenvolvam competências e habilidades do AI preconizado pela PNH, como a ativação de espaços coletivos e a promoção de espaços de educação permanente. Propositalmente, citei estas duas características do AI, pois elas foram uma dificuldade para o meu processo nesses dois anos da residência. O AI do município de Camaçari ainda está no formato administrativo, trabalhando com muitas demandas administrativas e sob este desenho estive por um bom tempo até despertar que o AI é muito mais do que isso. No segundo ano do apoio institucional, consegui fomentar alguns espaços de educação permanente no interior das reuniões de equipe com reflexões sobre os processos de trabalho. Fiquei feliz quando tive a percepção que eu estava trabalhando sob a verdadeira ótica do AI, de provocar o debate e a mudança do olhar das equipes para um determinado assunto.

Na experiência do AI também vivi momentos que precisei desconstruir a imagem que algumas equipes criaram sobre o AI: ser um supervisor dos processos de trabalho. Ademais, há uma forte institucionalização que existe nas unidades a respeito do AI em ser visto como “o monstro” da gestão, no meu caso, o Departamento de Atenção Básica.

Destaco nesse tópico o período que fiquei sem o Apoiador Pedagógico Institucional (API), o preceptor da Sanitarista. Foram dois meses e meio que eu cresci e vi que a tomada de algumas decisões precisavam ser realizadas por mim, mesmo dando certo ou não. Foi nesse tempo que a minha mente sistematizou de forma mais concreta o papel do Apoio institucional, já que precisei responder pelo andamento das equipes de saúde e enfrentar as tomadas de decisões sem o auxílio do preceptor de campo.

O processo pedagógico das sanitaristas é muito diferente em relação aos outros núcleos do programa de residência e infelizmente, um processo injusto. A sanitarista encontra no API, ou pelo menos deveria, a referência pedagógica de núcleo, realidade que não acontece hoje na prática do programa de residência pela sobrecarga da função do API. A função do API concentra muitas atividades de apoio institucional e pedagógico de campo que o sobrecarrega a tal ponto de não conseguir desenvolver as atividades de núcleo das sanitaristas, como por exemplo, turno pedagógico, atravessado por tantas vezes com reuniões da gestão municipal ou alguma demanda urgente da unidade o qual é referência. Lembrando que não é a pessoa que está na função de API, é a própria função que foi construída ao longo desses três anos pelo programa da residência no município.

A parte pedagógica das sanitaristas é comprometida na medida em que a função do API fica incumbida das atividades de campo e de núcleo. O município de Camaçari possui um campo imenso: cinco unidades de saúde da família de uma região com preceptores, equipes de saúde compostas por residentes, gerentes e a gestão municipal acionando ao mesmo tempo a figura do API, sem condições de tempo e disposição para dar atenção a um

núcleo tão importante para o programa e que desenvolve uma das funções mais complicadas de ser compreendida: Apoio Institucional.

É injusto quando uma sanitarista observa o seu campo e olha os outros núcleos com um suporte pedagógico tão grande, enquanto você não tem nem um Apoiador Pedagógico de Núcleo para discutir questões relacionadas ao núcleo, extrapolando o campo de prática. A enfermeira da unidade de saúde conta com pelo menos, três preceptores: preceptor da unidade, apoiador pedagógico de núcleo e o apoiador pedagógico institucional.

O cotidiano do processo de trabalho do Apoio Institucional é permeado pelas mediações de conflito. Estou aprendendo a ter jogo de cintura com situações embaraçosas e nem sempre é possível, porém, eu tento. Mediação de conflitos é aprender a disputar o espaço de fala, é ter postura diante das cobranças, é ter vários braços invisíveis (gestão e equipes) e mesmo assim, preservar o ritmo das equipes diante das cobranças da gestão.

Na prática do Apoio Institucional dentro do município de Camaçari, percebi que a Rede de Enfrentamento às violências é fragilizada, não pela estrutura dos pontos de atenção que compõem a rede, mas pela falta de engajamento dos atores que deveriam estar trabalhando para a construção da mesma. Quantos casos de violência sexual o Departamento de Atenção Básica recebeu e não existiram atores dentro do Departamento para fortalecer a rede e auxiliar na condução desses casos? Diante disso percebo a importância dos residentes nos estágios optativos do município, durante o segundo ano, sempre com o olhar voltado para a prática dos serviços, pois descobri na Coordenação de Vigilância Epidemiológica a existência de uma referência técnica para as Violências e Doenças Crônicas Não-Transmissíveis e a existência de uma Rede de Enfrentamento à Violência instituída no ano de 2017, inclusive com a participação de atores para além do setor saúde, como a segurança pública.

Como uma profissional que esteve na Atenção Básica, ainda vejo um Departamento muito incipiente na discussão da rede de enfrentamento às violências, sem o engajamento dos apoiadores institucionais na discussão sobre a temática; a falta de comunicação com as equipes de saúde sobre os fluxos e pactuações da rede; e poucas ações de prevenção das violências.

3) O entre lugar do Apoio Institucional

Neste tópico abordo a dificuldade de partes do ser Apoio Institucional pertencer às equipes; a parte do ser Apoio da gestão; e a parte do ser Apoio da residência.

A figura do AI, algumas vezes, encontra-se em um espaço privilegiado tanto da coordenação pedagógica da residência quanto na gestão municipal da Atenção Básica. Nesses espaços, as informações estratégicas são compartilhadas e não podemos socializar

com os demais residentes, sendo necessário fazer um filtro do que podemos ou não publicitar. Por este motivo, existem momentos que não me sinto residente igual aos meus colegas que estão nas Equipes de Saúde da Família.

O apoiador institucional trabalha na sua essência o vínculo, seja com a comunidade, seja com as equipes e com a própria Secretaria, a qual o mesmo faz parte. O fato de ter informações privilegiadas e ocupar uma posição diferenciada em relação aos colegas residentes não pode ser impedimento de construção de vínculo, mesmo ocupando um lugar na gestão. É uma situação tão delicada, que nos dias de atividades pedagógicas (seminários e afins) não tenho senso de pertencimento a nenhuma equipe, embora no cotidiano dos serviços eu seja apoiadora de referência de todas as equipes.

4) Espaços de Cogestão – o apoiador institucional e os colegiados gestores

Dentre as unidades que eu fui apoiadora institucional de referência - PHOC III, Piaçaveira e Parque das Mangabas, a última sempre me ensinou a importância da cogestão, mesmo que de uma forma sofrida, já que a disputa do lugar de fala na unidade era muito forte. Para uma residente recém-chegada foi difícil encarar essa situação pelo fato de chegarmos ao campo sem experiência e precisar realizar a disputa de poder com profissionais que já estão na unidade há anos. Aprender a disputar os espaços de fala é uma habilidade que o apoio institucional só consegue desenvolver na prática destas situações.

Quando cheguei à unidade existia uma péssima relação interpessoal entre servidores e residentes. A minha leitura sobre a situação era a implantação do programa de residência no município de Camaçari, já que para a composição da equipe mínima pelos residentes foi necessário remanejar os servidores para outras unidades do município. Esse remanejamento causou uma resistência por parte dos servidores que ficaram e era muito forte na Unidade de Parque das Mangabas. Não gosto de trazer essa cisão entre servidores e residentes, mas para o melhor entendimento trouxe essa diferença a partir do vínculo dos profissionais da unidade.

A Unidade de Saúde da Família Parque das Mangabas não tinha o espaço do Colegiado Gestor (CG) com esse nome, antes era Comissão Gerencial, pois a unidade não tinha a gerente e os profissionais não gostavam do nome Colegiado Gestor. Vale dizer que, o espaço tinha as mesmas características de um CG. A primeira vez que participei de uma reunião da Comissão Gerencial fui destratada por uma funcionária que me abordou no espaço de uma forma ríspida, aquela situação me assustou ao ponto de não querer ir mais para a unidade. Durante esse momento eu estava com a minha R2 que naturalizou essa abordagem e me disse que era assim mesmo, eu não tinha o API ainda em campo comigo. Assim que ele chegou, soube da situação e fez o enfrentamento dos servidores no espaço da

Comissão Gerencial e, de forma estratégica, ele soube chegar a cada servidor e estabelecer uma relação que fosse mais horizontal entre todos os profissionais da unidade. Assim que ele saiu da residência consegui manter a boa relação com os servidores, ao ponto de ter essa servidora que me destratou no início em minha rede social.

Quando chegou uma nova gerente para a USF Parque das Mangabas a Comissão Gerencial foi destituída, pois os servidores não queriam mais o espaço. Por um bom tempo a unidade ficou sem a reunião, e aos poucos a gerente estava com algumas atitudes hierárquicas que não agradavam ao restante dos profissionais da unidade. E com o passar dos meses, isso foi piorando ao ponto de tomar decisões que estavam colocando em risco o cuidado em saúde dos usuários do território.

A estratégia da micropolítica foi fundamental para retomada das reuniões do Colegiado Gestor. O meu antigo API explicou para cada profissional da unidade a importância das reuniões do Colegiado com base nas posturas da gerente da unidade, a importância de uma gestão compartilhada em que todos os profissionais pudessem ter sua voz na unidade de uma maneira democrática. A volta do Colegiado Gestor se tornou pauta de reunião de unidade e, em uma votação com o corpo dos profissionais, o espaço estava garantido novamente e a gerente não gostou nada da ideia. Mais tarde, ela saiu da unidade e a nova gerente já chegou com o espaço instituído.

O exemplo de Parque das Mangabas permitiu analisar a importância dos espaços de cogestão dentro do contexto das unidades de saúde. Além de ser um espaço utilizado para dar voz, implicar os trabalhadores com os problemas das unidades e com o próprio processo de trabalho, evita decisões tomadas de forma hierárquica e sem pactuação com o coletivo. O colegiado gestor é um espaço muito difícil de manter na unidade, pois ainda depende fortemente da figura da coordenadora-gerente e algumas vezes esbarra no não entendimento dos profissionais sobre o espaço, já que "assume caráter fortemente político, devido ao fato dele se constituir em espaço onde temas da autoridade, do poder, do controle da decisão estarem sempre presentes, de forma mais ou menos explícitas" (CECILIO, 2010, p. 563).

A participação do AI nos colegiados gestores é vista como a presença do Departamento nas reuniões para levar a demanda da unidade para a secretaria. Quando tentamos levar pautas sobre o processo de trabalho das equipes, geralmente, é discutida parcialmente, pois existem outras pautas a serem discutidas no mesmo espaço. Infelizmente, essa limitação do apoio institucional ocorre pela falta de análise da nossa participação-postura nesses espaços, pois ficamos preocupados em garantir o espaço, mas na maioria das vezes nos esquecemos da condução deles. E a análise muitas vezes não acontece, pois o preceptor das sanitaristas, o API, se divide em um território imenso que possui as demandas do campo (com preceptores, residentes, NASF) e o suporte pedagógico do núcleo

das sanitaristas fica prejudicado.

5) A minha formação em Saúde Coletiva e a residência – crise

É inegável a expectativa colocada sobre os formados/graduandos de Saúde Coletiva como futuros profissionais para o Sistema Único de Saúde, com vasto campo de atuação, desde a área de bioética até planejamento e gestão em saúde. Nesta residência, percebi que o curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro não forma os profissionais para serem futuros gestores, e durante o processo formativo da residência vi quantas lacunas o meu curso deixou.

Atualmente, penso que algumas mudanças surtiriam mais efeito ao graduando de Saúde Coletiva, como a reformulação das Atividades Integradas em Saúde Coletiva, que são os campos de estágios dentro da grade curricular do curso, seria o primeiro passo. A inserção dos graduandos na Estratégia Saúde da Família, assim como a inclusão de disciplinas que tratem a Atenção Básica não de forma superficial, mas em sua totalidade e complexidade. A reforma na grade curricular seria concomitante à reformulação dos campos de estágio. A grade curricular precisa dialogar com os conteúdos dados dentro da sala de aula, por exemplo: a disciplina de Epidemiologia precisa ser lecionada junto com a AISC que trata de Diagnóstico Situacional de Saúde. Desse modo, a grade de disciplinas e o estágio produziram sentido na formação do Bacharel em saúde coletiva da UFRJ.

Também acredito no investimento dos estágios do curso de Saúde Coletiva no campo da gestão. Durante as aulas quando os professores falavam que seríamos formados para estar nos espaços de gestão, não conseguia materializar essa visão de gestor pelo fato de não estar em espaços de gestão e perceber o sentido e a diferença que a graduação em Saúde Coletiva iria produzir nesses espaços. Como AI, compreendi o sentido do meu curso dentro da gestão municipal, com uma visão diferenciada dos processos de trabalho e sempre analisando sob a ótica dos contextos, seja político, econômico, local, e até das próprias relações interpessoais que interferem nos modos de gestão.

Outro ponto a destacar é a falta de valorização da graduação em Saúde Coletiva por parte da Associação Brasileira em Saúde Coletiva (ABRASCO). Parece que a instituição permanece neutra em apresentar aos serviços e outros locais estratégicos a graduação em Saúde Coletiva. É estarrecedor o número de profissionais que se formam e não encontram campo para trabalho, e diante da escassez e falta de incentivo mudam até de profissão.

Assim como a ABRASCO empreendeu os seus esforços para consolidar a saúde coletiva como uma pós-graduação, a instituição também deveria implicar os seus esforços em consolidar o campo de trabalho para os Bacharéis em Saúde Coletiva. No 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva vi a mobilização dos espaços de discussão sobre o campo da

graduação de Saúde Coletiva ser iniciativas dos formados e graduandos, enquanto muitos espaços do Congresso discutiam a pós-graduação de Saúde Coletiva no Brasil como uma mesa formal de debate.

6) Contato com os principais programas da Atenção Básica

O Apoio Institucional do município de Camaçari trabalha com as áreas técnicas do Departamento de Atenção Básica. O contato com os programas da Atenção Básica acontece de acordo com as demandas/necessidades das áreas técnicas e das coordenações do Departamento.

Durante minha vivência na residência tive contato com: Programa Saúde na Escola; Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); Programa Bolsa Família e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). De todos os programas citados, destaco o PMAQ – AB na minha formação de residente em saúde da família. No ano de 2017, quatro equipes da região quatro participaram do terceiro ciclo, as Unidades de Saúde da Família Piaçaveira e PHOC III. A participação como apoio institucional no PMAQ-AB foi importante para fazer o resgate histórico da minha formação, como eu citei não forma os bacharéis em saúde coletiva para serem gestores e pude conhecer a avaliação em saúde sob a forma de um programa da Atenção Básica.

Cabe aqui um resgate histórico de como o apoio institucional da região quatro tomou ciência da avaliação do PMAQ para as equipes de referência. A gestão municipal comunicou ao apoio sobre a participação no programa no início de setembro, sendo que a visita do Ministério da Saúde (MS) foi no início de outubro, no total foram menos de trinta dias para realização da Autoavaliação de Melhoria e Qualidade do Acesso da Atenção Básica (AMAQ-AB) e a assinatura do termo pelo secretário de saúde, sem contar as adequações das unidades ao *check- list* do programa.

No início, o PMAQ era mais uma demanda do apoio institucional e não foi motivador, eu sabia que seria um processo pesado, já que pelo *check list* do PMAQ as unidades que eu era referência estavam pendentes em muitas coisas, inclusive materiais e obras que seriam realizadas para a visita do MS. Enquanto AI, junto ao API, dialogamos com as equipes sobre os processos de trabalho norteados pelo instrumento AMAQ-AB; auxiliei as equipes na confecção dos mapas dinâmico e estático; confeccionei os murais das unidades com telefones das ouvidorias; nomes dos profissionais com as respectivas cargas horárias e auxiliei na organização dos livros de registro das unidades. Mesmo com todas essas responsabilidades, tive uma posição mais de observação dos processos, já que eu desconhecia o programa e era a primeira vez que eu estava em contato. Aos poucos me apropriei dos documentos norteadores do PMAQ, com o auxílio da antiga sanitarista-

residente do segundo ano e do meu antigo API.

O mês de setembro e o início de outubro do ano de 2017, apesar da correria, foi um ponto alto para mim. Os serviços de saúde não têm o costume de inserir em suas práticas a avaliação dos serviços, e o PMAQ vem nessa linha de institucionalizar a avaliação como uma prática recorrente. Embora na prática tenham diversas interpretações, hoje eu sei como é o processo de Autoanálise das equipes quanto ao seu processo de trabalho por meio do AMAQ, o quanto a Avaliação Externa é capaz de mobilizar (ou não) uma equipe no processo de trabalho, destacando potencialidades e fragilidades.

É interessante a avaliação dos eixos de estrutura, processo e satisfação do usuário tanto das unidades quanto das equipes de saúde da família, sem o caráter de punir, mas pelo contrário de provocar a reflexão. O quanto o PMAQ oferece subsídios para o planejamento das ações da gestão e, como consequência, o planejamento do próprio AI por ser uma figura/função que está situada tanto na gestão como nas equipes. Neste processo do PMAQ destaco também a vivência nas reuniões de unidade, que foram oportunidades de estar mais perto dos profissionais de saúde.

As reuniões de unidade tiveram como pauta única a aplicação do AMAQ. Foram momentos que precisaram de uma postura cartesiana, pois o tempo que nos separava da avaliação externa era menos de um mês, não tínhamos tempo hábil para construir o PMAQ com as equipes. Sem contar a insatisfação dos servidores das unidades, pois não sabiam para onde tinha ido os recursos financeiros do ciclo anterior e foram cobranças incisivas que eu ainda não sabia lidar-conduzir. A pauta do AMAQ nas reuniões de unidade era disparada pelo meu API, já que eu não tinha vivência nenhuma no assunto e o tempo de aprendizagem não estava ao nosso favor, por isso adotei uma atitude observadora dos processos. Mesmo na postura de observação participante consegui aprender muito sobre o programa.

Após a avaliação externa, iniciou a estratégia emergencial para a digitação dos cadastros individuais e domiciliares no sistema de informação E-SUS da Atenção Básica. Foram seis sábados destinados para a digitação e, literalmente, houve um boicote por parte da gestão com as digitações dos cadastros.

No primeiro sábado da digitação dos cadastros, me recordei bem que somente foram digitadas fichas das unidades de saúde da região quatro, pois eu participei do sábado e digitei sozinha setenta e uma fichas de cadastro individuais, enquanto a pessoa responsável pelo grupo de digitadores distribuiu fichas de todas (ou quase) as regiões para o grupo digitar. Lembro-me deste período (angustiada), pois meu preceptor ficou vinte e dois dias de férias e pude compartilhar somente com a preceptora interina a pressão que estava sofrendo, principalmente por dar conta desses cadastros digitados para a gestão.

Neste período as minhas atividades foram: cobrar os cadastros das equipes; contabilizar os cadastros das equipes; ficar responsável pela devolução das fichas de

cadastros individuais e domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que seriam digitadas no Departamento de Atenção Básica com protocolo criado por mim; inserção do cartão SUS do responsável nas fichas individuais que estavam sem; digitar as fichas no sistema E-SUS e monitoramento da digitação através dos relatórios do sistema. Não foram tarefas fáceis.

Antes desse plano emergencial para a digitação dos cadastros, a secretaria de saúde já havia feito uma estratégia similar, no qual os pedidos dos cadastros eram feitos aos ACS e segundo os próprios agentes de saúde os cadastros de alguns foram para serem digitados e nunca mais retornou para o profissional, sem dizer as perdas dos cadastros. Diante disso, eu estabeleci e construí uma relação de confiança com os agentes comunitários, já que a maioria se mostrou resistente em entregar os cadastros, e tive que me responsabilizar por todos os que eu recebia na secretaria e pessoalmente eu os devolvia na unidade.

Construir uma relação de confiança em um momento que estava sendo pressionada foi importante para que os agentes comunitários de saúde me enxergassem como o apoio institucional da unidade, mesmo desempenhando um papel que não era o meu. Essa relação ficou mais sólida quando eu cobrava deles os cadastros físicos e preenchia o protocolo de saída e chegada e me responsabilizava pela entrega deles nas mãos de cada agente comunitário de saúde. Após esse momento me senti mais segura para cobrar algo das equipes em relação à secretaria de saúde, tive mais abertura e proximidade com os agentes comunitários e percebi que o trabalho em saúde, especialmente do AI, começa nas boas relações que estabelecemos no ambiente de trabalho junto às equipes.

Além da digitação em casa também digitei os cadastros no Departamento junto com os outros residentes que estavam no estágio optativo gestão dentro do DAB. Foi um grupo que se mobilizou muito pela situação e ajudou o município no alcance da meta das equipes da região quatro. As minhas equipes da região quatro foram as últimas a alcançar a meta ministerial e, no fim, deu certo e a sensação que valeu a pena todo esforço foi muito boa.

Em contrapartida, deixei de desenvolver atividades do AI para me dedicar aos cadastros do E-SUS. Nesse período não participei de reunião de equipe, somente de unidade para explicar a situação do PMAQ e conversar com os ACS sobre a entrega dos cadastros para a digitação. Quando as demandas do AI chegavam até ao DAB, minha preceptora interina me deu suporte e retaguarda para que eu pudesse me dedicar exclusivamente ao E-SUS das equipes da nossa região.

Nesse período transformei a demanda do E-SUS em necessidade de aprendizagem. O E-SUS como um Sistema de Informação em Saúde (SIS) tinha potencialidades e fragilidades, e eu precisei lidar com a pior fragilidade dele: a falta de dados no sistema. Tudo isso fruto de uma Secretaria de Saúde que não investe os esforços no fortalecimento do E-SUS e tampouco nos incentivos das equipes para digitação dos dados no sistema.

Na oportunidade também compreendi a integração de dois grandes sistemas de informação: E-SUS e o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). As Unidades de Saúde e os profissionais de saúde precisam estar com a correta conformação e carga horária no SCNES para que a produção dela seja vinculada a equipe da unidade na digitação no E-SUS.

O município de Camaçari utiliza o sistema E-SUS com a Coleta de Dados Simplificada (CDS), uma forma de coleta de dados que permite aos profissionais das equipes preencherem as fichas durante as ações ou a produtividade nesse sistema. As fichas são: Ficha de Atendimento Individual, Ficha Complementar, Ficha de Atendimento Odontológico, Ficha de Atividade Coletiva, Ficha de Procedimentos, Ficha de Visita Domiciliar e Territorial, Ficha de Marcadores de Consumo Alimentar, Ficha de Atenção Domiciliar (equipe de Atenção Domiciliar), Ficha de Cadastro Individual e a Ficha de Cadastro Domiciliar e Territorial.

O sistema permite a emissão de relatórios, utilizados pelo Apoio Institucional como meio de monitoramento e acompanhamento das equipes de saúde da família. O relatório, por exemplo, dá quantidade de cadastros domiciliares e individuais vinculados a cada equipe; as inconsistências do preenchimento dessas fichas; e a produtividade dos profissionais das equipes. Além do Apoio Institucional, as equipes também conseguem emitir os relatórios operacionais, que seguem a lógica das linhas de cuidado: relatório de gestantes/puérpera, da criança e de risco cardiovascular.

No âmbito da Atenção Básica entendo que o sistema E-SUS ainda não é tratado como uma prioridade e é um sistema de informação que precisa ser fortalecido pelos gestores do município e no interior das equipes de saúde. As equipes não alimentam o sistema de forma sistemática, sendo os dados do E-SUS incompletos e não fidedignos para o subsídio de planejamento em saúde, pois não retratam a realidade das equipes.

Os profissionais das equipes de saúde não enxergam a importância do E-SUS para a formulação e construção da análise de situação de saúde e de ações de melhoria da situação sanitária da população, por exemplo, na construção das agendas dos profissionais. Como resultado, temos uma agenda ainda construída com base nas demandas dos usuários e não nas reais necessidades de saúde dos usuários do território das unidades de saúde.

Os gestores da Atenção Básica também não priorizam o fortalecimento do E-SUS como um sistema de informação capaz de subsidiar o planejamento em saúde e isso tem reflexo no interior das equipes. Infelizmente, quando digo a gestão, estou inclusa neste contexto. Como Apoio Institucional, as demandas administrativas e as reuniões da gestão se tornam um abismo entre o que eu gostaria de fazer e o que realmente faço. Além disso, como residente do AI eu gostaria de estar mais presente com as minhas equipes de saúde, pois mesmo o E-SUS não sendo um projeto defendido pela Atenção Básica, enquanto apoio

gostaria de discutir a importância dos sistemas de informação em saúde como uma das bases para a construção do planejamento local e o delineamento das ações com base nas informações dos territórios.

7) Regulação – optativo e eletivo

A escolha do campo Regulação como estágio optativo dentro do município de Camaçari foi intencional, já que acompanhei na função de Apoio Institucional a descentralização e a sistematização-informatização das Unidades de Saúde da Família com o Sistema de Regulação – SISREG III. Não houve um planejamento para essa descentralização do sistema para as unidades, causando um desconforto entre os departamentos da Atenção Básica e da Regulação. A notícia desta nova forma de regulação foi dada em uma reunião do Conselho Municipal de Saúde para uma ação que começaria quase uma semana depois.

A primeira semana da descentralização foi marcada por filas quilométrica dos usuários na frente das unidades. O município estava com uma demanda reprimida de marcação de exames e consultas especializadas de um ano e meio, desde a greve dos servidores iniciada no ano de 2016. A falta de planejamento intersetorial entre a atenção básica e regulação foi um ponto negativo neste processo de descentralização, e evidenciou a necessidade do planejamento das ações para tudo que é feito no setor saúde.

Diante dessa relação não muito amistosa entre o Departamento de Atenção Básica e o Departamento de Controle, Avaliação e Regulação (DECAR), surgiu a curiosidade de me aproximar do tema Regulação em Saúde. A oportunidade de estar no Departamento da Regulação aconteceu no segundo ano do Programa de Residência, no estágio optativo, eixo gestão.

O estágio optativo no eixo gestão teve o Departamento de Controle, Avaliação e Regulação como campo de atuação. Vale ressaltar que fiz parte da primeira dupla de Residentes a adentrar esse espaço, visto que nos anos anteriores a residência não tinha uma articulação com esse setor. Mediante a importância do DECAR no processo de gestão do cuidado integral à saúde, o programa de residência buscou pela integração do serviço nas linhas de estágios optativos entendendo a importância dos residentes na articulação entre os serviços dos estágios e a Estratégia Saúde da Família.

O estágio na regulação me permitiu desconstruir muitos conceitos enquanto uma figura que estava lotada na Atenção Básica. Fui para o estágio com a concepção de que a regulação se resumia a falta de vagas no SISREG, no entanto, consegui aprofundar os conceitos e analisar que o departamento de regulação envolve as relações hierárquicas e de poder existentes no município, já que é um setor ligado diretamente ao Gabinete do

Secretário. Sem contar as fragilidades de qualquer outro setor da área da saúde: falta de recursos humanos qualificados; pouco entendimento da população sobre o funcionamento do departamento e o contexto político-interferindo no processo de trabalho do setor.

Foi um estágio que me ensinou a ser mais observadora dos processos de gestão que ocorrem na micropolítica, pois no início a gestão da regulação me enxergava como uma intrusa que estava analisando tudo o que estava ocorrendo dentro do departamento. Destaco também a figura centralizadora dessa gestão da regulação. Lembro que o produto do estágio era a construção dos indicadores do departamento, já que não existiam dados que pudessem retratar a quantidade de procedimentos e ações que eram produzidos pelo departamento. Entre idas e vindas, não conseguimos levantar essas informações por conta da direção que controlava todas essas informações.

Além disso, evitava por vezes comentar alguns assuntos na frente dos funcionários, pois o receio dessas informações chegarem aos ouvidos da direção era grande. Neste momento, foi importante realizar a análise de cenário e reconhecer os atores que estavam ao nosso lado e que poderiam nos ensinar sobre o setor e aqueles que não estavam a fim de contribuir para o nosso aprendizado. Geralmente, os servidores efetivos colaboravam para o nosso processo e destinavam um tempo a nos explicar o processo de trabalho das suas respectivas coordenações. Aqueles que estavam trabalhando por indicação política não ofereceram abertura para que isso pudesse acontecer.

Impossível mencionar o campo de estágio sem destacar o trabalho da antiga preceptora do serviço. Graças ao trabalho da micropolítica e da boa relação que ela cultivava com a equipe, conseguimos uma boa abertura nos setores/coordenações do departamento: Coordenação de Faturamento, Coordenação de Avaliação e Coordenação de Regulação.

Cheguei ao campo com uma demanda do serviço para a apresentação e finalização de um Manual de Acesso aos Serviços Prestados no DECAR voltado para a apresentação do Departamento para outras secretarias, prestadores e demais servidores públicos de Camaçari. O objetivo do manual era apresentar os fluxos do departamento de modo a causar impacto positivo no acesso aos serviços, visto que a regulação é um setor que apesar de fazer parte da Secretaria de Saúde, ainda não se fazia presente de forma articulada com toda a Rede de Atenção a Saúde.

A organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde pela portaria nº 4.279/2010. Essa portaria firmou as diretrizes e os conceitos para a integração da atenção e da gestão dos serviços do SUS. O conceito de rede nos remete uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização que é a indissociabilidade da atenção e gestão nas práticas do cuidado em saúde. Assim como os profissionais de saúde precisam adotar posturas de integração destes conceitos, as ações e

os serviços também necessitam incorporar na sua forma de organização essa visão de sistema que agrega a atenção e a gestão buscando a integralidade do cuidado dos usuários.

Segundo a portaria nº 4.279/2010, esse modelo tem como objetivo integrar as ações e os serviços do sistema para diminuir a fragmentação dos serviços e promover um cuidado contínuo e longitudinal ao usuário, além do fortalecimento da Atenção Primária em Saúde como primeiro nível de atenção do sistema de saúde. Uma das características da RAS é ser poliárquica, ou seja, todos os serviços que compõem a rede possuem o seu grau de importância e são iguais, não havendo hierarquia dos serviços, mas apenas diferenças pelos graus de densidade tecnológica para fim de identificação dentro da rede (BRASIL, 2010).

O Manual de fluxos do DECAR representaria o início de uma construção coletiva dos fluxos assistenciais com as Unidades de Saúde da Família e prestadores de serviços, sempre na perspectiva dos usuários. No entanto, esse Manual precisava adentrar os espaços das USF's juntamente com a equipe DECAR, no sentido de fortalecer a comunicação entre estes pontos da Rede, a fim de: evitar encaminhamentos desnecessários dos usuários; conhecer o entendimento dos profissionais dos serviços sobre Regulação e Saúde; entender o papel da regulação dentro e fora das USF's; e fortalecer o papel da Atenção Básica como ordenadora do cuidado prestado ao usuário, para a garantia dos princípios e diretrizes preconizados no arcabouço teórico do Sistema Único de Saúde.

Em busca de subsídios para a finalização e apresentação do manual, estruturamos nossa agenda de trabalho para acompanhar as coordenações e seus setores dentro da regulação. Não tive tempo hábil para visitar todas, mas naquelas que tive oportunidade de estar, percebi a falta de planejamento e falta do entendimento o que era a Regulação em Saúde. Para começar, temos no município um sistema de informação que não faz a cotação das vagas de consultas e exames por Unidades de Saúde da Família, sendo assim uma disputa desigual por estas vagas, àquelas que possuem um regulador habilidoso e condições ideais de infraestrutura (internet e computador) conseguem marcar mais exames e procedimentos. Outro ponto para análise é a composição da equipe: geralmente, pessoas que não compreendem o que é a regulação fazem os exames e os procedimentos como moeda de troca, infelizmente.

O Manual foi divulgado para as Unidades de Saúde da Família, prestadores dos serviços e demais servidores de Camaçari em um evento no auditório da Secretaria de Governo. Quando concluí o estágio optativo, não sei se enviaram o Manual para as unidades e fizeram o movimento de construir os fluxos assistenciais junto aos profissionais dos serviços, como foi pensado no início do estágio pela dupla de residentes.

A passagem pelo DECAR me mostrou que a regulação não significa somente o acesso dos usuários aos exames e consultas de média e alta complexidade. De acordo com a portaria nº 1.559/2008, a regulação possui três dimensões:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, **macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde** e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas; II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no **Termo de Compromisso** de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo **garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde**, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como **objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS**, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008, p.1).

Durante o estágio compreendi como funciona minimamente a regulação assistencial. Para a priorização do acesso, é necessário estabelecer critérios e parâmetros para definir quem são os usuários que irão consumir determinados serviços. Na prática, tanto do Apoio Institucional como no estágio optativo não vi esses critérios estabelecidos pela regulação, não se conformando um sistema de saúde equânime. Uma importante análise seria a fila de espera do SISREG, pois este seria subsídio para estudos de avaliação dos encaminhamentos feitos pela Atenção Básica; a priorização a partir dos motivos dos encaminhamentos; o tempo de espera dos usuários nesta fila; e pensar toda a rede própria e prestadora de serviços do município de Camaçari.

O meu estágio eletivo aconteceu no município de Dias D'Ávila, na Gerência de Atenção à Saúde (GEASA) e com o objetivo de experimentar a articulação de rede. Por ser um município menor do que Camaçari eu pensei que fosse mais fácil trabalhar articulação da rede de serviços, mas me enganei. Cheguei à GEASA sem uma ideia definida do que eu poderia fazer, então expressei o interesse trabalhar com o tema da Regulação, já que tinha saído do estágio optativo no Departamento de Controle, Avaliação e Regulação de Camaçari e gostaria de aprofundar meus conhecimentos na área. Assim que cheguei ao município, já tinha sido disparada uma tabela ambulatorial para os profissionais das Unidades de Saúde da Família preencherem sobre a quantidade de usuários que estavam na fila de espera por especialidade e exames diagnósticos.

A fila de espera do município é feita em livros de registros próprios da unidade, onde o administrador insere os dados do usuário como: nome, cartão do SUS e telefone. Os livros de registro não indicam a priorização das marcações dos usuários. Questionei o motivo de não realizar essa fila de espera através do SISREG, foi respondido que é determinação do secretário de saúde a permanência dos livros. As variáveis que compõem os livros de registro também foram pactuadas com ele e não são padronizadas em todas as USF's.

O levantamento da fila de espera foi realizado de forma emergencial com a finalidade de disparar momentos de Educação Permanente entre os médicos especialistas e os médicos de família. Porém, muitos questionamentos me cercaram a respeito do livro de registro das unidades e a tentativa de saber como esse sistema de agendamento ocorre a nível local.

A partir desta inquietação, formulei algumas perguntas norteadoras para o diagnóstico destes livros de agendamentos: a marcação para os especialistas ocorre todos os dias da semana ou em dias específicos? O atendimento dos especialistas ocorre todos os dias ou em dias específicos? Os encaminhamentos para as marcações são feitos por médicos, enfermeiros ou profissionais de nível médio? Consta no livro o motivo do encaminhamento para o especialista? Há a priorização da marcação para os especialistas? Há priorização/critérios para a administração dessa fila de espera? Quando é primeira consulta, consulta de retorno, quando uma pessoa marca mais de um especialista – isso é sinalizado no livro? Há um livro para marcação de todos os especialistas ou um livro de registro para cada especialista? Constam no livro as exclusões dos nomes dos usuários que conseguem os procedimentos dentro da rede?

Os resultados foram: as variáveis dos livros de registro não são uniformes – cada unidade registra de uma forma e com quantidade de livros variados; e em todas as Unidades a Classificação de risco é feita de modo subjetivo.

Após a análise desse sistema de agendamento, os encaminhamentos à gestão foram: pensar se a fila de espera poderia ser via sistema SISREG; padronização do registro desse sistema de agendamento/fila de espera e, neste caso, a padronização das variáveis dos livros das unidades e a criação das planilhas no programa excel; cotização das vagas de consultas e exames por Unidade de Saúde da Família; criação de fluxos assistenciais com classificação de risco; criação de protocolos de acesso; fomentar o apoio matricial entre os profissionais da Regulação com os administrativos da Atenção Básica para contemplar o alinhamento das informações referentes aos exames e procedimentos regulados dentro e fora do município.

Assim como o município de Camaçari, Dias D'Ávila também não possui fluxos assistenciais e protocolos clínicos para os encaminhamentos dos usuários para a rede especializada. Durante o estágio, acompanhei de forma incipiente a tentativa de construção

dos protocolos clínicos de especialistas da rede própria, cujo espaço de educação permanente junto aos profissionais médicos da atenção básica seria o passo inicial dessa construção. Quando conclui o eletivo, os espaços estavam sendo planejados por parte da gestão municipal.

Apesar de ser um município pequeno com 80.000 mil habitantes, Dias D'Ávila também não instituiu a cotização das vagas de exames e procedimentos para as Unidades de Saúde da Família, exceto para a zonal rural, pois as USF's não contam com rede de computador e internet por serem locais de difícil acesso. A cotização é feita por meio de papel e planilha que é enviada para a central de marcação através do malote semanal. Para o restante das USF's, acontece a mesma situação de Camaçari sobre a disputa das vagas do sistema SISREG.

Outro ponto semelhante entre os municípios de Camaçari e Dias D'Ávila é a falta de articulação dos pontos da rede de atenção. Embora as gerências de competência da Secretaria de Saúde estejam fisicamente no mesmo prédio, é notória a falta de comunicação e articulação entre as gerências. Destaco, como exemplo, a aproximação entre a Gerência da Regulação e a Gerência da Atenção à Saúde para a qualificação dos profissionais administrativos da atenção básica. Foram reuniões e pactuações que algumas vezes não foram cumpridas pela regulação, e a gerência da atenção à saúde tensionava para que o momento ocorresse com a presença de ambas as partes.

O trabalho em saúde é produzido por pessoas com motivações, desejos e interesses que se aproximam ou não dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Segundo Franco e Merhy (2009), o trabalho tem um objeto que pela força intencional do trabalhador é modificado, "força intencional" compreendida como os interesses, motivações e desejos que interferem nos seus modos de trabalhar e na produção deste objeto, inclusive nas ferramentas empregadas para a construção deste objeto. Para a saúde, o objeto dos profissionais é a produção de cuidado dos usuários que utilizam o sistema de saúde. Tomando como o exemplo de Dias D'Ávila, a não priorização dos encaminhamentos dos usuários para a rede especializada de atenção indica uma intenção dos atores que compõem a gerência, além das fragilidades do sistema de regulação municipal.

O sistema de regulação assistencial do município de Dias D'Ávila sofre com o não cumprimento por parte dos municípios vizinhos das pactuações da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde – "processo de negociação e pactuação entre os gestores, em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito regional, partindo da realidade municipal" (BRASIL, 2011, p. 3). Para contornar essa situação, ocorre a centralização das atividades regulatórias de exames e procedimentos de média e alta complexidade na figura do gerente, sendo a estratégia do contra fluxo a medida utilizada para a realização de procedimentos em

município vizinho para que os usuários não fiquem sem acesso aos procedimentos e exames que o município não disponibiliza.

8) Vigilância em Saúde - Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância Epidemiológica

Nos últimos seis meses do programa de residência estive no campo de estágio da vigilância em saúde do trabalhador no serviço de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e da vigilância epidemiológica do município de Camaçari no serviço da Coordenação de Vigilância Epidemiológica (COVEPI). Ambos os serviços possuem dinâmicas de trabalho muito distintas, enquanto no CEREST percebi um processo de trabalho mais integrado, com reuniões semanais de equipe e a aposta da ferramenta de Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador com as equipes das Unidades de Saúde da Família, na COVEPI percebi um processo de trabalho fragmentado, muito concentrado nos profissionais que são referências técnicas das doenças e dos agravos da vigilância epidemiológica, além de não existir uma reunião de equipe para saber quais as atividades estavam sendo desenvolvidas pelo grupo do serviço.

O Apoio Matricial é uma metodologia de trabalho que “objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa” (CUNHA & CAMPOS, 2011, p. 964). Na lógica do apoio matricial a equipe do serviço especializado oferece suporte para as equipes da Atenção Primária em Saúde, seja como uma. No caso do CEREST, o Apoio Matricial ocorre nas reuniões de unidade ou nos espaços das reuniões de equipe com discussões de casos da saúde do trabalhador e, para essas ações, a equipe especializada pactua previamente com a equipe da saúde da família.

A COVEPI foi um serviço que enfrentei dificuldades para me inserir na rotina de trabalho pelo fato da equipe trabalhar com referências técnicas e em nenhum momento da semana houve uma integração dessa rotina de trabalho. Eu me sentia desmotivada com essa dinâmica do serviço e por vezes pensei em sair e pedir a mudança do campo de estágio. O preceptor era a referência técnica de um agravo que era epidemia no município e não tinha como disponibilizar momentos em sua agenda para discutir o que estava acontecendo no serviço, mas existia um esforço por parte dele em nos deixar ser o protagonista do nosso aprendizado o que me deixava inquieta com esta situação, pois construir uma proposta de trabalho com um grupo tão compartimentalizado foi difícil. Então, os meus esforços se voltaram à construção da articulação de rede entre a vigilância epidemiológica e a Unidade de Saúde da Família do Parque das Mangabas.

O Parque das Mangabas era um dos bairros com maior número de casos notificados de esporotricose, o agravo que o preceptor do serviço era a referência técnica. Foram planejadas ações para essa aproximação: momento entre os profissionais da COVEPI e os profissionais da unidade durante a reunião de unidade e a visita técnica dos profissionais da vigilância com os agentes comunitários de saúde para encerramento dos casos, previamente combinado com os ACS de cada equipe e com a equipe da vigilância. Pelo vínculo que já tinha com a USF, consegui preparar o território para a ida da vigilância sem que esse momento causasse um mal-estar entre os profissionais da unidade, comunicando a equipe sobre os objetivos e o motivo da visita, já que em outro momento antecedente a este a ida da vigilância a unidade para o encerramento dos casos causou ruído e a equipe não estava ciente da visita que seria realizada pela COVEPI.

Ainda assim, tinha um desejo que a vigilância epidemiológica estivesse mais perto da equipe, mesmo sabendo que o recurso humano da USF não ajudava nessa atuação. Nessa hora, entendi que eu também era vigilância e precisava despertar na equipe de Parque das Mangabas que os profissionais da Atenção Básica deveriam também pensar desta forma integrada com outras vigilâncias, não somente a epidemiológica, mas com a saúde do trabalhador, sanitária, ambiental e trabalhar a noção do conceito de Vigilância em Saúde.

Segundo a resolução N° 588 do ano de 2018 que institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), o conceito de Vigilância em Saúde extrapola a integração das vigilâncias e configura-se como mudanças de práticas em saúde que ampliam o olhar para os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença da população dos territórios. De acordo com a PNVS, a vigilância em saúde é:

A articulação dos saberes, processos e práticas relacionados à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária e alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre a determinação do processo saúde-doença (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018, p.2).

A partir da apropriação destes conceitos, planejei trabalhar nas reuniões de equipe de Parque das Mangabas a importância de pensar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença dos agravos do território; as noções de epidemiologia e de vigilância epidemiológica e o território sanitário de responsabilidade da equipe.

Todos estes conceitos convergiam para a Vigilância em Saúde e foram trabalhados de acordo com a realidade das equipes de saúde da família. Foi abordada a importância dos registros de acompanhamento dos casos por parte da equipe, o olhar ampliado do território por parte dos agentes comunitários de saúde, já que estão em contato contínuo com o território e a população; a importância da notificação dos agravos para o serviço da vigilância

e acionar a vigilância epidemiológica do município nos momentos em que a equipe apresentar dúvidas em relação à condução dos casos e agravos da população.

No estágio da vigilância epidemiológica senti o que é ser protagonista do seu próprio aprendizado, mesmo não tendo um bom início, o final dele foi surpreendente. Ao final do ciclo do estágio, o preceptor do serviço chamou as residentes para uma avaliação de modo informal, sobre os pontos positivos e negativos do serviço e sugestões de melhoria para os próximos residentes. Durante a avaliação, eu disse para ele sobre a minha percepção da COVEPI e a dificuldade da minha inserção na rotina de trabalho, fui compreendida de uma forma tranquila e, inclusive, concordou com o meu ponto de vista.

O preceptor também avaliou a atuação do trio de residentes no serviço. Disse que foi boa e eis que destaca a atuação positiva em Parque das Mangabas para o encerramento dos casos de esporotricose, conseguiram encerrar boa parte dos casos com as visitas técnicas junto aos ACS. Acrescentou que queria fazer esse movimento de ida da vigilância epidemiológica em outras unidades de saúde de Camaçari junto com o profissional médico que também gostou da iniciativa. Por mais que não tivéssemos um produto concreto, a mudança das práticas dos profissionais nos serviços de saúde foi o nosso maior produto.

9) Todo fim é um novo começo

Ao longo desses dois anos no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, compreendi que a ferramenta do Apoio Institucional quando bem utilizada é capaz de fortalecer a Atenção Básica por meio das mudanças promovidas no interior das equipes de saúde da família. Além disso, percebi transformações dos modos tradicionais de gestão das instituições de saúde em gestões mais horizontais e dialogadas com outros atores dessas instituições.

Ressalto também a importância da passagem pelos estágios optativos o que ampliou meu olhar para o papel do Apoio Institucional no desenvolvimento da estratégia de articulação em rede, seja dos estágios com a Estratégia Saúde da Família ou vice-versa.

Por fim, destaco que o programa de residência me fez perceber um dos sentidos da Saúde Coletiva – linha gestão, pois fui buscar uma experiência no Sistema Único de Saúde e conhecê-lo mesmo com as fragilidades do sistema no âmbito municipal.

REFERÊNCIAS

AZAMBUJA, Mariana Porto Ruwer de. Violência doméstica: reflexões sobre o agir profissional. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 4-13, Mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2019.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.055 de 25 de abril de 2017. **Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html>. Acesso em: 26 fev. 2019.

BRASIL. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 26 fev. 2019.

BRASIL. Portaria nº 1.559 de 01 de agosto de 2008. **Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 08 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE / Ministério da Saúde e Ministério da Educação – Brasília:** Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC). Coordenação Geral de Planejamento e Programação das Ações em Saúde (CGPAS). **Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde – PGASS.** Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/15/PGASS-Programa----o-Geral-das-A----es-e-Servi--os-de-Sa--de.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Portal DAB – E-SUS Atenção Básica.** Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em: 09 set. 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500983&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2019.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 557-566, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 fev. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 588 de 12 de julho de 2018. **Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2019.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, Dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 mar. 2019.

FERNANDES, Juliana Azevedo; FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. Apoio institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 287-306, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100287&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 set. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – 2º edição revista e ampliada, Rio de Janeiro: 2009. Verbete: Trabalho em Saúde. Autores: MERHY, E.E & FRANCO, T.B. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>>. Acesso em: 27 fev. 2019.

MACHADO, Sália Souza *et al.* Apoio Institucional na ótica de gestores, apoiadores e trabalhadores: uma aproximação da realidade a partir de diferentes lugares. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 813-825, set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000300813&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 set. 2018.