



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

JÉSSICA JANAI MENESES VALÉRIO

**O SANITARISTA ENQUANTO APOIO INSTITUCIONAL: RELATO DE
EXPERIÊNCIA NUMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Salvador

2017

JÉSSICA JANAI MENESES VALÉRIO

**O SANITARISTA ENQUANTO APOIO INSTITUCIONAL: RELATO DE
EXPERIÊNCIA NUMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Este é o Trabalho de Conclusão de Residência – TCR elaborado para apreciação da banca examinadora como requisito para a formação da Residência Multiprofissional da Fundação Estatal em Saúde da Família FESF-SUS em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

Orientadora: Mavie Eloy Kruschewsky

Salvador
2017

JÉSSICA JANAI MENESES VALÉRIO

**O SANITARISTA ENQUANTO APOIO INSTITUCIONAL:
RELATO DE EXPERIÊNCIA NUMA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Residência – TCR apresentado como requisito final para obtenção do grau de Especialista em Saúde da Família, Fundação Estatal em Saúde da Família FESF-SUS, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

Aprovada em 21 de fevereiro de 2017

Mavie Eloy Kruschewsky – Orientadora _____
Coordenação da residência multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal em Saúde da Família (FESF-SUS) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Tamy Siraisi Fonseca _____
Diretora do Departamento de Planejamento em Saúde do município de Camaçari - Ba.

Elisângela Xavier dos Santos _____
Gerente do programa de residência multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal em Saúde da Família (FESF-SUS) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

AGRADECIMENTOS

A Deus em primeiro lugar, razão da minha existência, que permitiu minha entrada na residência multiprofissional da FESF-SUS/Fiocruz.

A minha família, em especial a Iury (marido) e Simone (mãe) que sempre me apoiaram nas minhas escolhas e percurso durante a residência.

Ao Instituto de Saúde Coletiva, que me fez conhecer e me apaixonar pela Saúde Coletiva e me formou como uma militante do SUS.

A FESF-SUS que abriu as portas de uma residência para o profissional sanitaria (graduado e pós-graduado).

A minha orientadora Mavie, que esteve presente como um suporte pessoal e pedagógico, fundamental para minha formação.

Aqueles da coordenação e do corpo pedagógico da FESF-SUS, especialmente a Silvio, que apostaram nas sanitarias como Apoio Institucional.

A Tamy e Elisângela que fizeram parte da banca de qualificação e durante todo o período apostaram na residência e na formação do apoio.

Aa minhas queridas colegas sanitarias, especialmente a Fabiana e Uina, que faziam parte do meu trio e estavam mais próximas no dia a dia de trabalho.

A todos os outros colegas residentes que de alguma forma contribuíram para a minha aprendizagem como pessoa e como profissional nesse período.

Aos profissionais do município de Camaçari, que abriram as portas para a residência e apoiaram a atuação das sanitarias como Apoio Institucional.

VALÉRIO, Jéssica Janai Meneses. O sanitaria enquanto apoio institucional: relato de experiência numa residência multiprofissional em saúde da família. Trabalho de Conclusão da Residência – TCR (especialização em Saúde da Família), Fundação Estatal em Saúde da Família FESF-SUS em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. 2017.

RESUMO

A atenção básica preconiza práticas de gestão democráticas como a de apoio institucional, cujo conceito é oriundo da metodologia Paideia, que visa democratizar as relações verticais de gestão hegemônicas, levando em consideração os interesses e desejos dos sujeitos. Para exercer essa função, a residência multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS/Fiocruz apostou no profissional sanitaria. Esse trabalho é um relato de experiência cujo objetivo é descrever e analisar o percurso de uma residente, sanitaria, na formação para o Apoio Institucional, numa residência multiprofissional em saúde da família, bem como os produtos construídos durante esta trajetória. A experiência ocorreu no município de Camaçari/Bahia, durante o período de março de 2015 a março de 2016; a base de coleta das informações foram os diários de campo, portfólios, registros de reunião/atas, cartografia (elaborados durante a residência), além das observações e vivências realizadas ao longo do trabalho desenvolvido. As ações de apoio foram desenvolvidas em duas unidades de saúde da família, sendo uma delas em transição de modelo de UBS tradicional para USF. Diante de alguns cenários ocupar essa função gerou várias percepções e discussões sobre a viabilidade ou não das sanitarias estarem como apoio. Após diálogos com o corpo pedagógico da residência me permiti experimentar o papel do apoio e como produtos para a atenção básica houve apoio a mediação de conflitos, implantação de acolhimento, territorialização, educações permanentes e organização de vários processos de trabalhos internos da unidade. A aposta do sanitaria para atuar na função do apoio não foi uma limitação dessa formação; algumas dificuldades impactaram o processo de trabalho do apoio, entretanto houve avanços significativos para a atenção básica. Espero que essa experiência incentive outras residências e outros espaços de formação para ofertarem vagas de apoio institucional para o sanitaria.

Palavras chaves: Apoio Institucional, Atenção Básica, Formação.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	METODOLOGIA	7
3	CONTEXTO DA RESIDÊNCIA	
3.1	O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA	8
3.2	DESCRIÇÃO DAS UNIDADES APOIADAS.....	9
4	O CAMINHO NO APOIO INSTITUCIONAL	
4.1	DESENHO DO APOIO.....	11
4.2	MEDO DO DESCONHECIDO.....	13
5	OS PRODUTOS	
5.1	MEDIAÇÃO DE CONFLITOS NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS.....	15
5.2	IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO.....	16
5.3	TERRITORIALIZAÇÃO.....	18
5.4	EDUCAÇÃO PERMANENTE SOBRE ESF.....	20
5.5	ORGANIZAÇÃO DE PROCESSOS DE TRABALHO INTERNOS.....	20
5.5.1	Apoio administrativo.....	21
5.5.2	Implantação de espaços de reuniões.....	22
5.5.3	Prontuário e Cartão de Família.....	22
5.5.3	Implantação do e-SUS.....	23
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
	REFERÊNCIAS	25
	APÊNDICES	27
	ANEXOS	28

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica engloba um conjunto de ações, que abrange a promoção e a proteção e manutenção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos (BRASIL, 2012).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2012, as práticas de gestão democrática e participativa são preconizadas pela Atenção Básica e uma das competências das secretarias municipais de saúde deve ser prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento e qualificação dessa atenção.

O apoio institucional é um método para reformular os tradicionais mecanismos de gestão onde há a separação de quem pensa e quem executa (CAMPOS, 2001/2003). De acordo com a Política Nacional de Humanização, 2006, esse apoio visa à articulação entre interesses institucionais e os de trabalhadores.

Sua origem está no método Paidéia, que é uma rede conceitual e metodológica para dar suporte à cogestão de coletivos (CAMPOS, et al., 2014), o Apoio Paidéia trabalha a partir da democracia e leva em consideração os interesses dos sujeitos. Assim realiza entre atores (usuários, trabalhadores, gestores) a coprodução, negociação e compromissos provisórios e sujeitos a revisão (CUNHA; CAMPOS, 2010).

Na lógica Paidéia, o apoio leva em consideração que estamos em espaços de circulação de poder, afeto e saberes, daí a necessidade de ampliar a capacidade das pessoas de lidarem com essas três dimensões (CAMPOS, 2001/2003).

O apoio institucional é um método inovador e ao mesmo tempo desafiador, visto que vai de encontro a meios tradicionais de fazer gestão e faz com que as pessoas se repositionem nos seus lugares, muitas vezes passivos, sem envolvimento nos processos de decisões. O ator que exerce o apoio se expõe para avaliações, resistências, bloqueios, correlação de forças, por isso é importante estabelecer contratos com outros interesses (CAMPOS, et al., 2014).

Algumas ferramentas são importantes para o desempenho dessa função como: articulação, observação, facilitação, negociação e educação permanente. Também são necessários alguns recursos metodológicos para desenvolver esse trabalho a exemplo de construir rodas, capacidade de pensar e fazer junto com os outros e valorizar as demandas do grupo (FALEIRO et al., 2014).

De acordo com Maerschner, et al. (2014) há uma carência de profissionais preparados para atuarem como apoio institucional. Nesse sentido, a proposta de escrever esse relato de experiência nasceu a partir da minha vivência enquanto sanitária, egressa do Curso de

Graduação em Saúde Coletiva (CGSC), desempenhando a função de Apoio Institucional (AI), na residência multiprofissional da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS), em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

A residência da FESF foi a primeira instituição na Bahia a abrir vagas de residência para sanitaristas, egressos do CGSC para ocuparem a função de apoio. Essa categoria profissional tem uma formação voltada para Saúde Coletiva, que, de acordo com Paim (2006), engloba valores de solidariedade, equidade, justiça e democracia, com atividades eticamente comprometidas com as necessidades sociais de saúde.

Embora o egresso do CGSC tem uma formação crítica e reflexiva para desempenhar funções de planejamento, gerência, supervisão, auditoria, assessoria, consultoria, etc., (ISC/UFBA, 2008) a função de apoio foi algo novo para mim, pois durante a graduação não tive uma aproximação teórica com esse tema.

A trajetória de atuação nesse lugar produziu várias percepções (anseios, descobertas, crises, emoções, embates, dúvidas), mas também uma aprendizagem relevante sobre a contribuição dessa função para o fortalecimento do SUS, especialmente da Atenção Básica. O objetivo deste relato é descrever e analisar o percurso de uma residente sanitarista na função de apoio institucional, numa residência multiprofissional em saúde da família, bem como os produtos construídos durante esta trajetória.

2 METODOLOGIA

Esse trabalho é um relato de experiência de abordagem qualitativa, elaborado a partir da minha vivência junto à primeira turma da residência multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS/Fiocruz, desempenhando a função de apoio institucional, no município de Camaçari/Bahia.

A descrição foi realizada tendo como base o primeiro ano da residência, março de 2015 até março de 2016, visto que nesse ano foi o período que estive mais imersa nas atividades de apoio institucional. Esse relato se passou num cenário de práticas com outros atores, dentre eles mais duas sanitaristas (que atuavam na mesma unidade comigo); desse modo a escrita contempla as ações comuns a esse trio.

As informações e análises apresentadas foram reflexões construídas a partir de diários de campos, portfólios, registros de reunião/atas, cartografia (elaborados durante a residência), plano municipal de Camaçari, além das observações e vivências realizadas ao longo do trabalho desenvolvido. O relato de experiência não segue uma ordem cronológica, no entanto é dividido em partes, a fim de que os leitores possam compreender o contexto e resultados.

Inicialmente fiz a contextualização do programa de residência e das unidades apoiadas. Em seguida, relato o caminho no apoio institucional, incluindo seu desenho e os sentimentos de ocupar essa função. Por fim, são apresentados os produtos percebidos de contribuição para a atenção básica.

3 CONTEXTO DA RESIDÊNCIA

3.1 O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA

O objetivo do Programa de Residência da Fiocruz/FESF-SUS é contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, norteada pelos princípios do SUS. Por compreender que a formação em saúde deve ser integrada e multiprofissional, o programa foi credenciado junto ao Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) FESF-SUS.

A residência tem uma proposta metodológica orientada pelo cotidiano do trabalho em saúde, voltada para a construção da autonomia profissional, valorizando o conhecimento dos atores. A carga horária do curso é de 5.760 horas, divididas em atividades práticas, teóricas ou teórico-prático e férias.

A atuação da residência, nessa experiência, ocorreu no município de Camaçari junto ao Departamento de Atenção Básica (DAB). De acordo com o plano municipal de saúde do município para o período de 2014 até 2017, Camaçari possui uma extensão territorial de 759,8 Km², com 42 Km² de faixa costeira; uma população com cerca de 230.000 habitantes (urbana) e 10.997 habitantes (rural) e a cobertura populacional estimada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) é de 55,42%.

No período da residência, o DAB era composto por uma diretoria com assessoria e três coordenações: Áreas Técnicas, Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família – PACS/PSF e Administrativa. As áreas técnicas eram divididas em Saúde do Adulto; Saúde da Mulher; Saúde da Criança; Tuberculose/ Hanseníase; Saúde Bucal e Nutrição.

Dentro da coordenação do PACS/PSF estava à coordenação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), a gerente da residência e as Apoiadoras Institucionais para cada região de saúde. Havia 8 regiões de saúde, a residência ocupava as unidades da região 4.

No primeiro ano da residência as atividades práticas se davam no âmbito da saúde da família. As atividades teóricas/teórico-prático ocorrem por meio das tutorias de núcleo e de

campo; dos seminários pedagógicos e integrados; dos grupos diversidades; das assembleias; das discussões no Ambiente Virtual de Aprendizagem - AVA e nos encontros cotidianos.

O programa da residência era composto por uma equipe de residentes multiprofissional: enfermeiros, cirurgiões dentista, médicos, fisioterapeutas, professores de educação física, nutricionistas e sanitaristas. Esses assumiam a responsabilidade sanitária nas suas respectivas unidades e eram organizados através de Equipes de Saúde da Família (EqSF), os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e Apoio Institucional. Ao todo foram selecionadas oito sanitaristas, do sexo feminino, seis de graduação e dois de pós-graduação.

3.2 DESCRIÇÃO DAS UNIDADES APOIADAS

Durante a experiência apoiei duas unidades: uma estava em ¹transição de Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional para Unidade de Saúde da Família (USF), na qual será chamada de unidade 1 e outra que já funcionava como USF na qual será chamada de unidade 2.

A unidade 1, no início de 2015, funcionava como uma UBS tradicional, com uma equipe composta por: ginecologista, pediatra, geriatra, clínico geral, nutricionista, assistente social, dentistas, fisioterapeuta, enfermeiras, Agente Comunitário de Saúde (ACS) e técnicas de enfermagem. Com a chegada da residência, março deste ano, a unidade foi progressivamente transformada em USF, abrangendo cerca de 12.000 pessoas.

Um pouco antes da chegada dos residentes às unidades, uma parte dos profissionais de nível superior foram redistribuídos para outras unidades/setores do município. Ainda permaneceram a ginecologista, pediatra e serviço social; após alguns meses essas profissionais também foram alocados em outras unidades de saúde.

A composição final dos profissionais até fevereiro de 2016 foi de: 4 equipes de saúde da família (eqSF) com 4 enfermeiras, 14 ACS, 5 técnicas de enfermagem, 2 médicos; 1 equipe de saúde bucal, nível 1, com 2 cirurgiões dentistas e 1 auxiliar de saúde bucal; 5 assistentes administrativos; 2 auxiliar de higienização; 1 equipe de NASF (com 2 nutricionistas, 2 professores de educação física, 2 fisioterapeutas); 3 apoiadoras institucionais, no qual eu me incluo, e 1 gerente.

¹ A transição de UBS tradicional para USF significa uma mudança na forma de organização da unidade com base nos preceitos da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é considerada um modelo de reorientação da atenção básica. Implantar a ESF envolve: vinculação das equipes multiprofissionais aos indivíduos e suas famílias num território; responsabilização pelo cuidado; ampliação da prática clínica, com a inclusão de sua dimensão social subjetiva; integração das ações de representantes do governo, dos trabalhadores e usuários em conselhos deliberativos; cadastro de saúde da população e vinculação de famílias à equipe local de referência; acolhimento e responsabilização (ANDRADE, BARRETO E BIZERRA, 2009).

A unidade 2 já funcionava como ESF, com área adstrita com cerca de 3.500 pessoas. Além dessa população a unidade atendia uma média de 1000 pessoas que vinham de regiões vizinhas entre Salvador e Camaçari descobertas de unidade de Saúde da Família, totalizando uma área de abrangência com 4.500 habitantes.

Com a chegada da residência não houve redistribuição dos profissionais dessa unidade para outros locais, pois a mesma só recebeu residentes do NASF e do apoio institucional, que também atuavam na unidade 1.

Nesse momento a unidade contava com uma equipe de saúde da família básica: 01 médico, 01 enfermeiro, 4 técnicos de enfermagem, 04 ACS; ainda 01 recepcionista, 02 auxiliares de serviços gerais e uma equipe de saúde odontológica- nível 1 (01 cirurgião dentista e 01 auxiliar de saúde bucal); da residência havia a mesma equipe de NASF e de apoio institucional da unidade 1. O enfermeiro da equipe também era o gerente da unidade.

De acordo com o gerente, essa unidade além de já funcionar como estratégia de Saúde da Família, foi pioneira em ações como implantação de ²acolhimento, do cartão espelho de vacina, que é uma cópia do mesmo. Ainda na avaliação do ³Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, em 2013, ela também foi uma das unidades com maior pontuação.

Num cenário com diferentes perfis de unidades em relação ao modelo ofertado de cuidado, tipo de profissionais que estavam lotados ali, quantidade populacional coberta e localização geográfica as ações do apoio institucional foram desenvolvidas mais na unidade 1 do que na 2.

4 O CAMINHO NO APOIO INSTITUCIONAL

4.1 DESENHO DO APOIO

O desenho de apoio institucional já existia no município de Camaçari com profissionais de saúde, que na sua maioria trabalhavam nas unidades de saúde da família e foram convidados para o cargo de apoio institucional do DAB. A residência junto com o município apostou no profissional sanitário (graduado em saúde coletiva/pública e/ou pós-graduado em saúde coletiva/pública) para ocupar a função de Apoio Institucional.

² O acolhimento é uma prática/postura em todas as relações de cuidado no ato de receber e escutar pessoas, serve como um mecanismo de ampliação/facilitação do acesso e como dispositivo de (re) organização do processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2013)

³ O PMAQ tem o objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012)

Conforme Bertussi (2010), o sanitарista nesse papel pode realizar a produção de encontros com as equipes das unidades de saúde a fim de colocar em análise os problemas e questões no campo da gestão e da condução dos processos decisórios, para diminuir a fragmentação do processo de trabalho e a distância da gestão.

Algumas das competências esperadas para esse profissional, de acordo com o edital de seleção da residência, eram:

- Atuar na atenção integral à saúde dos sujeitos, famílias e coletividades, de forma interdisciplinar e intersetorial;
- Atuar, com competência, em serviços de Atenção Básica, interligando sua prática com os serviços de média e alta complexidade;
- Conhecer os equipamentos sociais e de saúde disponíveis na rede SUS;
- Compreender as políticas públicas, sua operacionalização e seu impacto na resolução dos problemas de saúde;
- Produzir conhecimentos através de pesquisa científica, promover soluções para as diversas situações-problema em saúde interagindo com a equipe multidisciplinar;
- Promover a troca de saberes entre os diferentes profissionais que atuam em diferentes pontos de atenção da rede integrada dos serviços de saúde que compõem o SUS.

Ao todo foram selecionadas 8 sanitарistas, do sexo feminino, 6 de graduação e 2 de pós-graduação. O suporte pedagógico da residência passou por diferentes modelagens, para o meu trio houve três modelos:

1. Uma preceptora sanitарista, uma Apoiadora Pedagógica Institucional - API e uma Apoiadora Institucional do município da região 4 para subsidiar as oito residentes;
2. Uma API com carga horária maior para fazer preceptoria com cada dupla ou trio de sanitарistas e realizar as rodas de campo com os demais profissionais duas ou uma unidade, ainda com a presença da apoiadora do município;
3. Um API com a mesma função anterior, mas sem a presença da apoiadora institucional do município de referência. Neste momento assumimos a região 4.

Na prática, algumas atividades desenvolvidas pelas apoiadoras com vínculo do município e vínculo da residência eram semelhantes, contudo havia diferenças no processo de trabalho, que influenciavam o desempenho das ações, conforme o quadro a seguir:

Quadro 1 - Diferenças no processo de trabalho do apoio institucional da residência e do município, Camaçari, 2015.

Apoio com vínculo do município	Apoio com vínculo da residência
Apoio à média de 5 unidades de saúde (1 UBS e demais USF).	Apoio a 1 ou 2 unidades de saúde (USF).

Menor quantidade de visitas semanais a mesma unidade.	Maior quantidade de visitas semanais a mesma unidade.
Maior acesso a computadores para trabalhar.	Menor acesso a computadores para trabalhar.
Usualmente deslocamento para as unidades pelo carro do DAB.	Usualmente deslocamento para as unidades por transporte próprio.
Maior conhecimento da rede e de atores importantes do município.	Menor conhecimento da rede e de atores importantes do município (conhecimento ampliado com o passar dos meses).
A maioria com carga horária de 40h.	Carga horária de 60h.
Espaço de educação permanente no DAB.	Turnos teóricos/ teórico-práticas e espaço de educação permanente no DAB.
Mediação entre servidores e DAB.	Mediação entre servidores, residentes, preceptores, DAB e coordenação da residência.

Ao fazer análise do quadro trago reflexões não para julgar um desenho melhor do que outro, mas sim para expor que as ações do apoio institucional está diretamente ligada a como se dá o desenho e estrutura desse processo de trabalho.

Não tínhamos carro próprio, nosso deslocamento até o município e dentro do município era, na maioria das vezes, por carona ou transporte público. Isso fez com que ficássemos maior tempo na unidade 1 do que na 2 (localizada em região bem afastada do centro) e dificultava a articulação com outros setores da rede de atenção a saúde.

Apoiar uma quantidade menor de unidades e ficar (nos primeiros momentos) mais tempo nelas do que no DAB por um lado dificultava a compreensão do papel institucional e éramos demandadas para realizar as funções de campo dos residentes ao invés de apoiá-los para esse desenvolvimento. Por outro lado, nos proporcionou compreender melhor os processos de trabalho e dificuldades das equipes.

A carga horária da residência com atividades além do turno prático aos sábados e durante as noites associada à função de apoio gerava um imenso cansaço, no entanto essas atividades representavam um diferencial relevante no aprofundamento conceitual sobre o apoio institucional e outros temas de relevância para a Atenção Básica.

A residência segue uma hierarquia crescente de: residentes, preceptores, APIs e coordenação, mas na função de Apoio Institucional precisava me posicionar em um nível de gestão acima ao de todos os profissionais da ponta. Nesse caso era preciso fazer mediações entre os servidores e residentes, preceptores e residentes, coordenação da residência e residentes, DAB e residentes, DAB e servidores. Isso era complexo de fazer, exaustivo, desafiador mas que produziu aprendizagem do fazer apoio com diferentes atores.

A agenda do meu trio era composta de atividades como: turno pedagógico, participação em reuniões da unidade, do colegiado gestor e do DAB, intervenções na unidade, educação

permanente; apoio a produtividade das equipes e a atividades da unidade com vistas a qualificação, planejamento e avaliação de ações, discussões/articulações com diversos atores.

4.2 MEDO DO DESCONHECIDO

Como o apoio institucional era algo novo para mim, começaram os dias de trabalho na Atenção Básica e não sabia exatamente o que iria fazer nessa função. A forma como se deu a chegada da residência no município provocou implicações como a falta de acolhimento dos servidores e gerente da unidade 1 para com o programa de residência.

Após alguns dias de vivência na unidade 1 fomos conhecer a unidade 2, local em que os profissionais e gerente nos receberam bem. O gerente, inclusive, conhecia o profissional sanitaria e ficou muito feliz em saber que iríamos realizar apoio lá, até começou a especular várias tarefas que poderíamos fazer para apoiar a unidade.

Ainda nos primeiros momentos de trabalho, tínhamos dificuldades de nos inserir nas atividades do DAB junto às outras apoiadoras do município. Sentia que a nossa chegada gerava algum grau de estranhamento destas profissionais, por vezes não participamos de reuniões internas que ocorriam. O espaço físico do DAB não era muito adequado para receber mais profissionais além dos que estavam lá, então nem sempre tínhamos espaços para o uso de mesas, cadeiras e computadores.

Diante desses fatores ficávamos a maior parte do nosso tempo envolvidas e fazendo as atividades de campo dos profissionais das unidades, lembro que me apresentava nos espaços como sanitaria e não como apoiadora institucional, pois naquele momento ainda não me via nem me senti nesse lugar. Nos primeiros meses a nossa ponte com o DAB e outros setores era feita por meio da apoiadora de referência do município.

Aos poucos, nos encontros de formação das sanitarias começamos a discutir de maneira mais profunda o conceito de apoio institucional e que não éramos para fazer ações pela equipe e sim junto à equipe, como alerta Falleiro (2014). Ademais precisávamos estar mais tempo no DAB a fim de realizar as articulações com os atores necessários.

Começamos a nos afastar estrategicamente das atividades das equipes, que estávamos imersas, para conseguir realizar a função de apoio institucional, entretanto, na unidade 1 esse deslocamento não foi bem visto pelos residentes. Não era claro para esses que se estivéssemos ali exercendo várias tarefas que eram deles, os mesmos seriam prejudicados no desenvolvimento de competências de campo, em contrapartida nós não conseguiríamos avançar na nossa formação de apoio.

Além disso, estar na posição de apoio seria um ganho para a equipe, inclusive na resolução de problemas que por muitas vezes o profissional, que está inserido no processo de trabalho, não consegue ver possibilidades de enfrentamento.

Mesmo após explicar a função do apoio, avalio que muitos residentes não concordavam/entendiam que precisávamos exercer um papel diferente, com um olhar mais externo e ampliado do processo de trabalho das equipes; em um lugar de gestão entre o DAB e as equipes de saúde da família. Como relata Bellini; Pio; Chirelli, (2016) o apoio institucional está em um território ainda em construção e em conquista.

Para apoiar os processos de trabalhos precisávamos realizar diálogos individuais ou coletivos, planejamentos, articulações, mediações, observações, facilitações, etc., que na maioria das vezes eram invisíveis e irreconhecíveis pela equipe. Então para completar nossa angústia havia um clima de que o “apoio não fazia nada”.

Além do mais, historicamente existe no SUS e no município uma culpa de que todos os problemas que existiam na unidade eram oriundos da “gestão”. Então por estarmos ocupando uma atividade de gestão, houve falas dos residentes que eles perderam confiança na gente, inclusive me senti excluída de alguns espaços e de conversas dos mesmos.

Diante dessa crise de ocupar uma função nova, tivemos várias discussões com a API, preceptoria e coordenação da residência. Em um desses encontros defendemos que não queríamos estar na função de apoio e sim no NASF, pois, até aquele momento, era o único lugar na equipe de saúde da família que conhecíamos para atuação do sanitarista.

Ainda nem sabia exatamente as funções do NASF, porém acreditava que nesse núcleo era possível desempenhar atividades que tanto queria fazer como a territorialização e a análise de situação de saúde sem precisar esperar e sensibilizar as equipes para isso. Também imaginava que teria maior reconhecimento dos profissionais. Acredito que essa proposta estava relacionada muito mais a uma saída para fugir do lugar do apoio, onde havia angústias e sofrimentos.

Ligado a isso, o fato da graduação em Saúde Coletiva ser nova e sofrer processos de resistência no mercado de trabalho, tivemos o sentimento de que a residência não entendia a formação das sanitaristas e por isso tinha nos colocado no apoio institucional. Naquela ocasião, para mim era uma restrição da formação enquanto sanitarista ter que ficar sensibilizando pessoas sobre o que é preciso ser feito.

A coordenação argumentava e nos fazia refletir que o apoio não era uma limitação das sanitaristas e que nessa função poderíamos transversalizar e circular em todos os espaços. De acordo com Campos et al. (2014) na formação Paideia é necessário lidar com paixões, conflitos,

resistências inconscientes, gostar do que se faz, apostar em projetos e em novas relações de afeto e de poder. Desse modo, após discussões com a API, preceptoria e coordenação me permitir experimentar o desconhecido e assumir o lugar do apoio.

Ao fazer essa escolha coloquei em prática conhecimentos oriundos da minha formação enquanto sanitaria e do que estava aprendendo no Apoio Institucional. Nos tópicos seguintes serão expostos produtos/ações da minha experiência no trio de residentes apoiadoras como frutos de uma semente árdua e intensa, que representam avanços para a atenção básica do município de Camaçari, principalmente para as unidades de saúde apoiadas, especialmente a unidade 1, na qual fomos mais demandadas.

5 OS PRODUTOS

5.1 MEDIAÇÃO DE CONFLITOS NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Quando chegamos à unidade 1, havia sérios problemas na infraestrutura e uma capacidade física insuficiente para atender toda a população. O atraso no pagamento das bolsas dos residentes, a dificuldade de comunicação com alguns servidores da unidade, a greve dos trabalhadores municipais da saúde, dentre outros fatores serviram para que as relações interpessoais dentro da unidade progressivamente se deteriorassem ao ponto de alguns residentes e preceptores solicitarem mudança de unidade.

Para intervir nesse momento, denominado de “crise relacional”, foi planejada pela coordenação da residência uma atividade de educação permanente para a avaliação e enfrentamento da crise. A coordenação deu duas opções para participarmos da oficina: como residente ou como apoio institucional. Mesmo estando envolvidas e movidas com toda a crise de relacionamento, escolhemos a segunda opção.

Construímos, com base em relatos e registros dos profissionais sobre as causas e consequências da crise, uma árvore de problemas, que de acordo com Vilasbôas, 2004 tem o objetivo de explicar o problema, identificando nas raízes os determinantes e nos frutos as consequências. Como encaminhamento foi proposto pela coordenação à construção de um contrato de convivência para superação e prevenção da crise (ANEXO A). Ao final, os participantes avaliaram positivamente a oficina e a angústia daquele momento foi minimizada.

Para além dessa oficina, planejamos com nossa preceptora outra atividade para prevenir conflitos interpessoais da unidade 1, que foi a criação do espaço denominado “cuidando do cuidador” (o cuidador nesse caso era o profissional de saúde). A proposta era ter um momento

de aproximação e promoção da saúde entre os profissionais da unidade por meio de práticas de lazer e convivência com temas relacionadas ao nosso cotidiano.

Inauguramos esse espaço num dia de reunião de geral de equipe com o filme “Deu a louca na Chapeuzinho Vermelho 2”. Foi uma atividade que trouxe a participação dos profissionais e as discussões foram em torno da importância do trabalho em equipe, consequências do individualismo, necessidade de valorizar a opinião do outro, entre outros temas. A ação produziu sentido na equipe e o NASF deu seguimento aos demais encontros, inclusive a ideia se espalhou para outras unidades da residência.

5.2 IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO

Uma das primeiras ações disparadas pela residência ao chegar à unidade 1 foi implantar o acolhimento. Isso me deixou muito empolgada, visto que esta ação significava ampliar o acesso dos usuários à unidade como parte da garantia do direito à saúde.

Alguns transtornos fizeram com que os residentes se desgastassem e se desmotivassem para participar do acolhimento. Como já alertava Carvalho e Ceccim, 2006, o nosso país precisa de profissionais com capacidade de acolhimento, não porque são bons classificadores de risco, mas porque estão imbuídos na responsabilidade do setor da saúde com a saúde individual e coletiva.

Por conta da responsabilidade sanitária (desenvolvida na graduação) e da nossa função em apoio institucional, realizamos um aprofundamento teórico sobre o tema e disparamos propostas de intervenções sobre alguns problemas trazidos pela equipe e identificados pelo apoio, cuja síntese está exposta no quadro a seguir:

Quadro 2 – Relação de problemas identificados no acolhimento e propostas de intervenção, unidade 1, 2015.

Problemas identificados	Propostas de intervenção
a) Grande demanda de pacientes acessando a unidade.	Construir instrumento para conhecimento da demanda que chega à unidade. Ofertar grupos na unidade.
b) Falta de conhecimento da população e servidores sobre a mudança de modelo da unidade	Realizar sala de espera e elaborar cartilha falando sobre a transição. Proporcionar espaço de educação permanente para os servidores sobre a transição.
c) Falta de fluxo definido do acolhimento.	Apoiar construção de fluxos de acolhimento.
d) Falta de salas suficientes para os atendimentos/escutas.	Alterar espaços e salas da unidade.
e) Falta de informações sobre a rede de saúde do município.	Construir guia de serviços de saúde do município.

A fim de conhecer a população que chegava a unidade, realizamos um instrumento de demanda do acolhimento (APÊNDICE A). Inicialmente ele foi usado apenas pelas apoiadoras, não conseguimos produzir sentidos nas equipes para o uso do instrumento e o mesmo deixou de ser usado.

A única oferta que tinha na unidade até aquele momento era atendimentos/consultas, o que lotava as agendas e o acolhimento. Desse modo o apoio contribuiu na sensibilização dos profissionais do NASF e equipe mínima para fazer o primeiro grupo da unidade, com a comunidade denominado “qualidade de vida”. Após um tempo de estruturação o grupo foi inaugurado e permaneceu ativo durante toda residência sendo tocado pela equipe e principalmente pelo NASF.

Além de termos que acolher a grande demanda reprimida que chegava à unidade precisávamos explicar sobre o novo modelo de atenção que estava sendo ofertado ali. Então realizávamos salas de espera com este fim e também construímos com apoio da preceptoria e junto a dois profissionais (um da equipe mínima e outro do NASF) uma cartilha que falava da diferença entre UBS tradicional e USF, no entanto por processos burocráticos para a disponibilização desse material para a população e por outras necessidades de trabalho do apoio que foram surgindo não tivemos energias para levar em diante as articulações para publicar e divulgar esse material.

Realizamos, além de ações cotidianas de educação permanente com os servidores sobre o que era a ESF, uma reunião geral de unidade para falar da diferença do modelo de UBS tradicional para USF. A condução desse espaço não só envolveu o apoio institucional, mas também colegas da equipe mínima e do NASF.

Apoiamos a construção de diversos modelos de fluxos de acolhimento e com base nesses materiais fizemos um fluxograma do acolhimento mais objetivo para visualização dos usuários, que após contribuições de pessoas da equipe e preceptores foi exposto na unidade. Os fluxos de acolhimento não eram fixos, contudo dependiam dos cenários e da dinâmica da unidade.

Para reestruturar as salas construímos um mapa da unidade com vistas à facilitar a visualização das propostas de transformações. Estas após serem discutidas com o DAB e com a nova gerente foi apresentada e aprovada pela equipe. Operacionalizamos as mudanças e a unidade passou a ter mais uma sala para atendimento, uma sala para organizar os prontuários de família e fazer a recepção, o que facilitou o fluxo dentro da unidade.

Por ser uma necessidade geral da região 4, a construção do guia de serviços de saúde foi disparado por todas as sanitaristas, com o apoio do DAB e participação do NASF. Por questões

de alterações em contratos não conseguimos finalizar o guia da rede credenciada, mas o guia da rede própria ficou pronto ao final de 2016 e foi publicado no site da prefeitura de Camaçari.

Outra contribuição das residentes sanitárias foi à construção de um Procedimento Operacional de Padronização (POP) (APÊNDICE B) do acolhimento que foi um dos materiais utilizados, cerca de um ano depois, no processo de criação de diretrizes municipais do acolhimento.

Ao fim do primeiro ano da residência foi possível ver que tínhamos um acolhimento implantado. É pertinente que diante da dinâmica da própria ESF os fluxos e desenhos eram revisitados periodicamente, todavia os usuários reconheceram que depois da chegada da residência o acesso da unidade foi ampliado e vários trabalhos dos profissionais foram reorganizados para atender e ofertar o cuidado as necessidades da população adstrita.

5.3 TERRITORIALIZAÇÃO

A ⁴territorialização é um dos princípios da Atenção Básica. O CGSC proporciona a experiência de fazer cartografia de território, realizar análise de dados com bancos de dados, calcular indicadores de saúde, priorizar problemas encontrados e planejar ações, etc. Por isso fiquei animada em pôr em prática todo passo a passo dessa ação.

Variadas ações da territorialização foram disparadas pelas apoiadoras em ambas as unidades:

- Busca de informações nas unidades para análise do território, todavia apenas na unidade 2 tinha mapa dinâmico, que precisava ser atualizado;
- Pedido de dados dos Sistemas de Informação em Saúde, mas o acesso desses dados era restrito apenas para um grupo de pessoas;
- Elaboração e aplicação de um roteiro de perguntas sobre a unidade e os bairros adstritos (APÊNDICE C) com termo de consentimento para profissionais antigos das unidades, ACS e moradores dos bairros, houve a participação de uma das profissionais do NASF;
- Articulação com um ator externo ao município, para conseguir dados sociodemográficos sobre os bairros que atuamos, com êxito;

⁴ A territorialização consiste no reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência, bem como dos riscos coletivos e das potencialidades dos territórios. É realizada pelos trabalhadores da atenção básica por meio da cartografia do território a partir de mapas (físico, socioeconômico, sanitário, demográfico, rede social etc.) (BRASIL, 2012)

- Elaboração de uma cartografia com informações históricas e sócio demográficas dos bairros adstritos às unidades que apoiamos, além do histórico das unidades, composição de profissionais e cardápio de ofertas.

Para dar continuidade a esse processo, a nossa API discutia conosco a necessidade de sensibilizar a equipe para também realizar as ações de territorialização, visto que é uma das atribuições comuns a todos profissionais das unidades de saúde da família, Brasil (2012). No entanto não tínhamos sucesso nas tentativas e como apoiadoras não fazia sentido continuar sozinhas àquelas atividades sem ter a participação das equipes.

Após alguns meses foi disparada uma nota técnica de territorialização para que todas as unidades do município atualizassem o número de famílias por ACS e levantasse informações a respeito do perfil daquela população (gestantes, diabéticos, hipertensos, usuários de saúde mental, etc.).

Protagonizamos as ações preconizadas na nota técnica, visto que a equipe priorizava outras demandas. Foi um processo de vários embates em reuniões com os profissionais e não cumprimento de pactos. Após alguns meses com a chegada de novos atores (os R1 e os preceptores novos) foi retomado o processo de territorialização.

Conseguimos realizar nas primeiras semanas dos novos residentes uma atividade de educação permanente sobre Territorialização a fim de sensibilizar os mesmos sobre a importância dessa ação, que foi bem sucedido.

Acredito que essa ação associada a um cenário mais “tranquilo” favoreceu com que os novos atores se envolvessem mais na territorialização a partir de março de 2016. Não pude acompanhar o processo passo a passo, pois fui para os estágios optativos do segundo ano de residência, mas a territorialização continuou avançando.

5.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE SOBRE ESF

Uma das ferramentas do apoio bastante utilizadas no processo de trabalho foi a educação permanente, que acontecia nos encontros individuais ou nos espaços de reuniões sobre várias temáticas relacionadas à organização do processo de trabalho das equipes.

A educação permanente é uma potente ferramenta para promover ampliação da capacidade de reflexão e de análise dos coletivos e também para tornar possível a sua própria formação no cotidiano do seu processo de trabalho (Falleiro et al., 2014).

Para além dos exemplos já apresentados houve um pedido específico do gerente da unidade 2 para realizar um momento de discussão sobre “Saúde da família: perspectivas de futuro”. O objetivo foi discutir as bases conceituais e avanços da ESF no Brasil, identificar na

unidade os aspectos positivos e os desafios do processo de trabalho para o cuidado em saúde na ESF e por fim identificar profissionais para serem coparticipantes no enfrentamento dos desafios levantados através da construção de um plano de ação.

Na educação permanente houve bastante envolvimento e contribuição dos profissionais, ao final realizamos um plano de intervenção diante de alguns problemas destacados pela equipe. Contudo, infelizmente não estivemos tão presente no acompanhamento das ações do plano por conta de outras demandas que surgiram e foram mais urgentes na unidade 1.

Essa educação permanente permitiu a realização de uma das funções do apoio que é produzir cogestão trazendo os sujeitos para o envolvimento e enfrentamento dos problemas identificados no dia a dia do trabalho e assim saírem de uma posição passiva para atores de mudanças.

5.5 ORGANIZAÇÃO DE PROCESSOS DE TRABALHO INTERNOS

Nas unidades, em parceria com a preceptoria e APIs contribuimos não só na territorialização e acolhimento como também em diversas organizações do processo de trabalho das unidades. Diante das demandas observadas pelo apoio ou trazidas pela equipe disparamos algumas atividades, conforme os tópicos a seguir:

5.5.1 Apoio administrativo

Após alguns meses de trabalho a gerente da unidade 1 foi para outra unidade e então ficamos sem gerência. Até aquele momento várias atividades gerenciais eram feitas sem o compartilhamento com a equipe, logo não sabíamos como funcionava vários processos administrativos. A fim de que essas atividades não ficassem paradas procuramos informações de como resolver as várias demandas que surgiram relacionadas a essa função.

Realizamos articulações com atores do DAB para compreender onde era e quem eram as pessoas responsáveis pela manutenção predial, suporte de informática, envio de malotes, etc., pois a gerente não repassava essas informações. Aos poucos compreendemos como funcionava e então passamos a acionar essas pessoas para resolver problemas com ar condicionado, computadores quebrados, falhas na internet e na impressora, entre outros.

A impressora da unidade parou completamente, o que impactava não só nos atendimentos mas também na confecção dos cartões e prontuários de família, a equipe cobrava muito de nós uma solução. Passamos a fazer os impressos no DAB e trazer para a unidade, o que não era

simples, pois faltava papel, a impressora do DAB as vezes não funcionava, alguns momentos íamos a outros setores da secretaria de saúde, onde não éramos tão bem recebidas.

A fim de que o funcionamento da unidade não parasse realizamos funções gerenciais e administrativas, que não fazem parte diretamente das atribuições do apoio. Isso prejudicou o desenvolvimento de outras atividades que poderíamos contribuir.

Após alguns meses conseguimos uma gerente e implantamos o colegiado gestor o que proporcionou uma distribuição compartilhada de tarefas. O apoio passou a exercer uma função de dar o suporte a nova gerente e equipes no enfrentamento das dificuldades que surgiam, assim ampliando a capacidade de intervenção de mais atores sobre os problemas.

5.5.2 Implantação de espaços de reuniões

Quando chegamos à unidade 1 não havia espaços protegidos para ⁵reunião de equipe, então realizamos diálogo com a gerente sobre a necessidade de proteger turnos na unidade para esse tipo de encontro. Ela trouxe que isso implicaria na necessidade de alterar agendas na unidade, então comunicamos ao DAB sobre as alterações que aconteceriam no cardápio de ofertas da unidade e conseguimos proteger os turnos para este fim.

As primeiras reuniões foram puxadas pelo apoio institucional, assumindo a coordenação e relatoria, aos poucos fizemos junto com alguns preceptores a sensibilização dos profissionais sobre a importância de se envolverem nessa atividade, era o momento da equipe andar “sozinha”. Além disso reforçávamos o que foi produzido em turnos de tutoria sobre os objetivos das reuniões de equipe e de unidade. Paulatinamente as reuniões foram se qualificando. A qualificação do espaço de reunião também foi uma das funções do apoio institucional na experiência de Machado e Mattos (2015).

Na região 4, para o alcance de uma gestão democrática e participativa, foram implantados colegiados gestores. Na unidade 1, o colegiado inicialmente era composto por preceptores, gerente e apoio institucional. As primeiras reuniões foram difíceis de acontecer visto que os preceptores ainda não conseguiam proteger suas agendas para aquele momento. Ocorreram intensos diálogos e mobilizações do apoio para o fortalecimento desse espaço.

Após um tempo os colegiados gestores passaram a se reunir semanalmente com representantes de diferentes categorias profissionais (residentes, preceptores, assistente

⁵ De acordo com a PNAB (2012) uma das atribuições comuns a todos os profissionais é realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe.

administrativo, ACS, gerente e apoio institucional) para tomadas de decisão de maneira coletiva, assim como na experiência de Maerschner, et al. (2014). Inclusive a região da residência impulsionou a construção de uma nota técnica para o município sobre a implantação de colegiados gestores.

5.5.3 Prontuário e Cartão de Família

A unidade 1 não possui cartão nem prontuário de família. Realizamos uma pesquisa em outras unidades para ver como funcionava esse material, com base nisso fizemos um modelo de cartão de família, que após ser apresentado em equipe sofreu modificações e ficou como cartão oficial da unidade.

Também fizemos um modelo de capa e dos impressos que deveriam estar dentro do prontuário de família, entretanto não conseguimos gráfica para fazer as impressões do envelope e dos impressos. Então usamos temporariamente uma ficha de atendimento para servir como capa do prontuário de família, que gradativamente foi sendo preenchida pelos ACS.

Ainda fizemos o desenho de como seriam organizados esses prontuários e como seria o fluxo desse processo. Consolidamos algumas dessas informações em um POP dos prontuários. A unidade passou a ter os prontuários organizados de maneira semelhante ao que foi proposto pelo apoio.

Durante toda a ação realizávamos educação permanente nas reuniões para as equipes e principalmente para os ACS sobre a produção dos prontuários de família e a confecção e distribuição dos cartões. Diante de dificuldades citadas anteriormente e da reorganização das agendas dos ACS para essas funções o processo foi lento, mas teve êxito.

5.5.3 Implantação do e-SUS

Nos primeiros meses de residência uma das tarefas dada a todas apoiadoras do município foi implantar o ⁶e-SUS. Inicialmente realizamos atividades de educação permanente em ambas as unidades, com os profissionais sobre o que era o Sistema, o uso e digitação das suas respectivas fichas, também sobre a forma que ele seria implantado. Deixamos também o registro do passo a passo para realizar a digitação do e-SUS.

Alguns problemas impediram o avanço das digitações como a insuficiência de computadores e a demora de inclusão de profissionais no Cadastro Nacional de Estabelecimento

⁶ O e-SUS é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde para operacionalizar o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) (Brasil, 2013).

de Saúde (CNES). Elaborei um comunicado interno (CI) sobre a necessidade de mais computadores, no entanto não tivemos retorno disso, então fizemos uma escala de digitação para apenas um computador.

Outra dificuldade era a falta de disponibilidade dos ACS e de profissionais para preencherem suas respectivas fichas e digitarem no sistema. Continuamos realizando sensibilizações com esses sobre a necessidade dessas ações, fizemos capacitações individualmente com os ACS sobre o uso do computador, visto que alguns deles apresentavam dificuldades com informática. Apoiamos o avanço de cadastros e digitação de fichas; construímos com os ACS metas para finalizar os cadastros, também fizemos um fluxo para a equipe qualificar as fichas digitadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho apresentou o caminho trilhado por uma sanitarista, egressa do CGSC, no primeiro ano de uma residência multiprofissional em Saúde da Família. Com base no que foi descrito e analisado, fica evidente que a aposta da FESF ao escolher o profissional sanitarista para essa função fortaleceu o leque de possibilidades de atuação dessa categoria.

Identifico que ao ocupar o lugar de apoio institucional foi ampliação minha capacidade de intervenção sobre as situações problemas, encontradas no âmbito da Atenção Básica, por meio das ferramentas desenvolvidas no apoio, como: facilitação, observação, mediações de conflitos, articulações, etc.

Além disso, na função de apoio possibilitei a produção da cogestão entre os profissionais, com o objetivo de que eles mesmos conseguissem intervir sobre seus próprios problemas; o fortalecimento da democratização das relações, desconstruindo a verticalização das mesmas, e a contribuição na construção de profissionais mais críticos e participativos dos processos de decisão, por meio da educação permanente.

Acredito que uma das implicações de ser residente nessa função foi o não reconhecimento de alguns servidores e residentes em relação as atividades realizadas pelo apoio, visto que nossa prática não está diretamente ligado a assistência ao usuário. Por outro lado, na residência houveram espaços para trocas de experiências com outras sanitaristas e com pessoas do corpo pedagógico da mesma, que possibilitou o aprofundamento teórico sobre a temática do apoio com os esclarecimento de dúvidas, feedbacks e alinhamentos de estratégias.

No lugar de apoio institucional pude perceber de perto problemas de gestão que existem no SUS e conseqüentemente no município, dada a ausência de uma rede de saúde integrada, estrutura de trabalho inadequada, inexistência de condições mínimas de trabalho, que se refletia na falta de insumos, manutenções das unidades, insuficiência de apoio para informática e afins, descumprimento de CH dos servidores, entre outros. Essas situações desgastaram o trabalho do apoio e dificultaram a realização de atividades na sua totalidade ou com a proporção que desejávamos.

Mesmo com esse cenário, houve avanços significativos para a atenção básica do município a saber na ampliação do acesso por meio do acolhimento; o conhecimento da população adstrita as unidades por meio da territorialização; a implantação e qualificação de vários processos de trabalhos internos das equipes.

Sugiro que para a formação de próximas turmas de residentes sanitaristas apoiadoras haja o fomento para mais articulações com serviços de média e alta complexidade na lógica de ativar as redes de atenção à saúde. Também que sejam priorizadas atividades para apoiar as equipes na análise de situação de saúde, a fim de que as ações das equipes dialoguem cada vez mais com as necessidades de saúde da população e ainda o fomento para agendas do apoio que sensibilizem as equipes sobre o fortalecimento do controle social.

Ser formada como apoio institucional em uma residência cuja defesa é a aprendizagem pela prática foi um diferencial no meu crescimento e amadurecimento profissional sobre o SUS real, que pouco se vive nas graduações, onde existem disputas de modelos, de poder, subfinanciamento da saúde, estrutura precárias de trabalho, etc. Isso reforça a necessidade de estímulo ao crescimento de espaços de qualificação e formação de profissionais que militem pelo fortalecimento do SUS, especialmente da Atenção Básica.

Por fim, espero que essa experiência encoraje o aperfeiçoamento do desenho do apoio na residência da FESF, mas também incentive outras residências e outros espaços profissionais para oferta e inserção dos sanitaristas na função de apoiador institucional na atenção básica, visto que essa categoria profissional tem uma formação com responsabilidade sanitária voltada para a Saúde Coletiva, que amplia seu olhar sobre as necessidades de saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. 1ª. ed. [S.l.]: HUCITEC, 2009. p. 738-836.

BELLINI, Marcella; PIO, Danielle Abdel Massih; CHIRELLI, Mara Quaglio. O apoiador institucional da Atenção Básica: a experiência em um município do interior paulista. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 23-33, Jan-Mar, 2016.

BERTUSSI, Débora Cristina. O Apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde. 2010. 234 f. Tese de Doutorado (Pós-Graduação em Clínica Médica) Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: [s.n.], 2017. 62 p. v. 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf> Acesso em: 13 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília 3ª ed., 2006. 52 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf> Acesso em 13 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: [s.n.], 2012. 144 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 13 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Julho, 2013. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/Portaria_1412%20jul_13.pdf> Acesso em: 13 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acesso e qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual instrutivo, Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf> Acesso em: 13 fev. 2017.

CARVALHO, Yara Maria de; CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; et al. Tratado de saúde coletiva. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006. p.149-182.

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. Paideia e a Gestão: Indicações Metodológicas Sobre o Apoio. 2001/2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface Comunicação Saúde e Educação, vol.18, 2014.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Método paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. *ORG & DEMO*, Marília, v.11, n.1, jan./jun., 2010 p. 31- 46.

FALLEIRO, Letícia de Moraes; et al. Considerações preliminares sobre Apoio Institucional e Educação Permanente. In: *Experiências de Apoio Institucional no SUS: da teoria à prática*. 1ª. Ed, Porto Alegre, 2014, p. 19 – 30.

ISC/UFBA. Projeto Curso de Graduação em Saúde Coletiva. Salvador, junho de 2008.

Disponível em:

http://www.isc.ufba.br/arquivos/projeto_graduacao_saude_coletiva_ISC_UFBA_v10_21nov08.pdf Acesso em: 13 fev. 2017.

MAERSCHNER, Rosane de Lucca; et al. Apoio institucional – reordenamento dos processos de trabalho: sementes lançadas para uma gestão indutora de reflexões. *Interface Comunicação Saúde Educação* 2014; 18 p.1089-98.

MACHADO, Sália Souza; MATTOS, Reinaldo Jorge Bastos. Apoio institucional na atenção básica: a experiência no município de salvador – BA. *Revista Baiana de Saúde Pública* v.39, n.1, p.139-149 jan./mar. 2015.

PAIM, Jairnilson Silva. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. 1ª edição, Edufba, 2006, 154 p.

VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. *Planejamento e programação das ações de vigilância em saúde no nível local do sistema único de saúde*. Rio de Janeiro; FIOCRUZ; ENSP; PROFORMAR; 2004. 68 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento para levantamento do perfil da demanda do acolhimento.

DATA: / /

Nº	Sexo	Idade	Reside na área de abrangência da USF?	Tipo de demanda	Encaminhamento
	()F ()M		()SIM ()NÃO		() AGENDA () 1ª ESCUTA () 2ª ESCUTA () OUTRO
	()F ()M		()SIM ()NÃO		() AGENDA () 1ª ESCUTA () 2ª ESCUTA
	()F ()M		()SIM ()NÃO		() AGENDA () 1ª ESCUTA () 2ª ESCUTA
	()F ()M		()SIM ()NÃO		() AGENDA () 1ª ESCUTA () 2ª ESCUTA
	()F ()M		()SIM ()NÃO		() AGENDA () 1ª ESCUTA () 2ª ESCUTA
	()F ()M		()SIM ()NÃO		() AGENDA () 1ª ESCUTA () 2ª ESCUTA
	()F ()M		()SIM ()NÃO		() AGENDA () 1ª ESCUTA () 2ª ESCUTA
	()F ()M		()SIM ()NÃO		() AGENDA () 1ª ESCUTA () 2ª ESCUTA
	()F ()M		()SIM ()NÃO		() AGENDA () 1ª ESCUTA () 2ª ESCUTA
	()F ()M		()SIM ()NÃO		() AGENDA () 1ª ESCUTA () 2ª ESCUTA

APÊNDICE B – Procedimento Operacional Padronizado do prontuário da família

1. Ao resgatar o prontuário antigo no arquivo, a eqSF anotará o número do prontuário da família, nome do ACS e microárea neste prontuário. Posteriormente, o prontuário antigo será grampeado em anexo a ficha individual do membro da família correspondente.
2. Nas consultas realizadas por profissional da eqSF, o envelope da família será levado para o consultório.
3. No envelope da família deverá constar o número do domicílio (parte externa) e internamente contemplar os cadastros dos membros dos núcleos familiares existentes, quando necessário.
4. As visitas domiciliares realizadas pela eqSF serão registradas no campo “evolução” do prontuário.

5. Para além da folha onde serão registradas a participação dos usuários em grupos organizados pela eqSF e da Ficha de Atividade Coletiva do e-SUS, haverá um livro de registro para descrição mais detalhada dos encontros realizados.
6. No cartão da família será registrada a data de participação do usuário na atividade de grupo proposta pela eqSF. O profissional que realizar a consulta subsequente a participação do usuário no grupo, descreverá sobre a participação na atividade no campo “evolução” do prontuário.
7. Ao final das atividades, a eqSF realizará no campo “evolução” do prontuário, o registro da participação dos usuários presentes no grupo.

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista para territorialização

DADOS PESSOAIS

Nome:

Sexo:

Idade:

Profissão:

Endereço/Bairro

PERGUNTAS

1. Há quanto tempo você vive no bairro?
2. O que você sabe sobre a história do seu bairro?
3. O que você identifica de bom no seu bairro?
4. Como você tem contribuído para resolver/minimizar os problemas que identifica no bairro?
5. Você participa de algum grupo comunitário no bairro? Qual?

ANEXOS

ANEXO A - Contrato de Convivência

Cláusula Primeira - DO DIÁLOGO

Realizar espaços de diálogos saudáveis e construtivos, levantando dificuldades e resoluções.

Abertura e disposição ao diálogo para produção de consensos provisórios e progressivos. Nem sempre existirá oportunidade para a produção de consensos e por isso, quando necessário, o tema será resgatado posteriormente.

Usar de transparência nas ações e diálogos.

Diálogo do que se diz com a prática.

Escuta e respeito às opiniões divergentes.

Compreensão de que a divergência de opinião e crítica não é pessoal e está associada ao campo das idéias.

Cláusula Segunda - DAS RELAÇÕES

Exercitar a franqueza nas relações.

Falar sobre incômodos no mesmo dia. Não deixar para depois e falar diretamente para os envolvidos, evitando fofocas.

Evitar conversas não construtivas.

Esforçar-se para perceber a sua subjetividade e a do outro, reconhecendo fragilidades e potencialidades.

Cultivar amor, afetos e positivities.

Cultivar a prática do elogio mútuo diante de atitudes ou melhoria no processo de trabalho e dos avanços alcançados para o indivíduo ou equipe. Para cada crítica, dois elogios, levando em consideração a oficina "Como fazer e receber críticas".

Estar aberto para requalificação das relações.

Ser mediador de conflitos de forma direta ou indireta.

Esforçar-se para chegar à unidade com o máximo de otimismo possível.

Cláusula Terceira - DO PROCESSO DE TRABALHO

Os espaços pedagógicos devem ser pautados ativamente por todos os membros participantes, para serem planejados ativamente, mediante pactuação (por exemplo, carta de demandas).

Cultivar espaços de planejamento e avaliação das práticas periodicamente.

Cumprir pactos pré-acordados.

Cultivar valores e práticas democráticas na gestão do grupo/processo.

Continuar provendo momentos "Cuidando do Cuidador" uma vez ao mês, e tomar cuidado com a repercussão da atividade realizada em turno administrativo, para o grupo externo.

Assumir postura menos reativa/defensiva, em relação a novas propostas de reorganização do processo de trabalho.

Adotar posturas de autor e responsabilizar-se mantendo o foco nos objetivos comuns.