



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA

APOIO INSTITUCIONAL PARA CONSTRUÇÃO DE  
UMA CLÍNICA AMPLIADA NA ATENÇÃO BÁSICA  
DO DISTRITO FEDERAL

Autor: Magno Nunes Farias  
Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Paula Giovana Furlan

Brasília  
2014

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA

APOIO INSTITUCIONAL PARA CONSTRUÇÃO DE  
UMA CLÍNICA AMPLIADA NA ATENÇÃO BÁSICA  
DO DISTRITO FEDERAL

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia. Como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Autor: Magno Nunes Farias  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Paula Giovana Furlan

Brasília  
2014

Magno Nunes Farias

# **APOIO INSTITUCIONAL PARA CONSTRUÇÃO DE UMA CLÍNICA AMPLIADA NA ATENÇÃO BÁSICA DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso à Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia  
como requisito parcial para obtenção de grau bacharel em Terapia Ocupacional.

**BANCA EXAMINADORA (Data: 24/11/2014)**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Paula Giovana Furlan

**(Orientadora – Membro Interno – Terapia Ocupacional UnB - FCE)**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Grasielle Silveira Tavares Paulin

**(Membro Interno – Terapia Ocupacional UnB - FCE)**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, a força que acredito estar entre todos nós, e que tem como princípio a propagação do amor e respeito.

Agradeço aos meus pais, que formaram uma base sólida para eu poder me formar, e que todo momento se esforçaram para me proporcionar os melhores caminhos. Agradeço a toda minha família, cada um de certa maneira ajudou a moldar quem eu sou.

Agradeço as grandes amigas que estão do meu lado sempre, que me suportaram, ouviram minhas angustias e reclamações, me incentivaram e me fizeram pensar positivo. Rimos juntos, brigamos, reclamamos, desabafamos, vimos um ao outro amadurecer, tomar rumos e fazer escolhas, e só desejo que isso permaneça sempre entre nós.

Agradeço a todos os sujeitos que participaram da pesquisa, que compartilharam suas experiências, angustias e alegrias, e me possibilitaram vivenciar questões tão importantes do cotidiano dos serviços de saúde.

Agradeço a minha orientadora Paula Furlan, que ao transmitir seu conhecimento cotidianamente fez com que eu me apaixonasse pela Atenção Básica, e a partir disso comecei a descobrir novos caminhos. Agradeço por ter me apresentado o tema, que me possibilitou ter um novo olhar sobre o mundo, sobre as pessoas, sobre mim e outro, mas principalmente sobre o encontro e as relações. Todo esse processo me proporcionou descobrir um novo baú de conhecimento, e uma nova perspectiva pessoal sobre a vida. Acredito que o que mais me encanta nesse movimento é que esse tema me instiga a querer descobrir mais, me transforma, me apresenta o novo, me desperta constantemente o desejo do saber.



Bill Watterson

“Adiar para um futuro longínquo a alteração dos Métodos de Gestão dos Coletivos é adiar para nunca a construção de Sujeitos com capacidade de direção para criar uma nova sociedade”.

Gastão Wagner de Sousa Campos

## RESUMO

**Introdução:** A Atenção Básica (AB) é o nível de atenção à saúde mais próximo às pessoas e deve ser o centro da rede do Sistema Único de Saúde. A construção da AB foi influenciada pelo modelo de Pronto Atendimento e das Tecnologias Duras. No Brasil, destacam-se diversas ações a fim de reorientar essa assistência, uma delas é a Política Nacional de Humanização, que traz dois dispositivos, a Clínica Ampliada (CA) e o Apoio Institucional. Esses dois conceitos visam a superação dos modelos tradicionais de gestão e prática clínica. **Justificativa:** No Distrito Federal (DF), o Apoio Institucional nos serviços de AB ainda é recente, sabe-se de experiências ainda muito isoladas, sendo pertinente esse estudo para aprofundar e contextualizar como o Apoio pode contribuir ou transformar o modelo de assistência e gestão. **Objetivos:** Verificar a relação entre a prática do Apoio Institucional com o desenvolvimento da CA em uma unidade de AB do DF; observar o cotidiano da unidade de AB que recebe Apoio Institucional; Investigar os efeitos da prática de Apoio Institucional na organização do serviço e na prática clínica profissional. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa do tipo Estudo de Caso, no Centro de Saúde Ipê Amarelo (Gama-DF), que faz parte do processo de Apoio Institucional da pesquisa-intervenção em andamento *Cartografia do Apoio institucional e matricial no SUS do Distrito Federal: áreas prioritárias da atenção e gestão em saúde e a formação de apoiadores na atenção primária a saúde (UnB-FIOCRUZ-SAPS/SES/GDF)*, Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com o coordenador, profissionais de saúde (7) e usuários (7), e Observação Sistemática do serviço durante um mês (início em 14/07/2014). A análise dos dados foi baseada em Proposições Teóricas: Clínica ampliada, Gestão e Apoio Institucional no cotidiano e Implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Resultados e Discussão:** Descrevem-se várias Cenas no Centro de Saúde que indicam o exercício da CA, porém nota-se um grande desafio em relação à reprodução do Valor de Uso, com enfoque reducionista biologicista, divergindo das Necessidades Sociais dos usuários. O modo como o acolhimento é realizado e a Ambiência dos dois espaços do CS-Ipê proporcionam relações diferenciadas entre os sujeitos e a prática do cuidado. Apesar do coordenador se apropriar do processo de Apoio, há dificuldades em operar os dispositivos no cotidiano da gestão, com o processo de trabalho fragmentado. **Considerações Finais:** Pode-se dizer que os efeitos do Apoio no serviço estão em movimento (a partir de um novo olhar do Coordenador sobre o processo), porém há desafios em gerar transformações no modelo de gestão e de clínica ali reproduzidos. A aplicação de métodos mais participativos de gestão e atenção exigem a elaboração de novos Arranjos e Estratégias, como a implementação de espaços de cogestão, para compartilhamento de saberes e poderes, discussão de casos, e do trabalho em equipe e ampliação da clínica.

**Palavras-chaves:** Humanização da Assistência; Gestão em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

The primary care (AB) is the level of health care closer to people and should be the center of network Brazilian Health System. The construction of the AB was influenced by the model of emergency service and hard technologies. In Brazil, there are several actions in order to redirect this assistance, one of them is the Nationality Humanization Policy, which brings two devices, the expanded clinical practice (CA) e o Institutional Support. These two concepts are aimed at overcoming the traditional models of management and expanded clinic practice. **Justification:** In Federal District (DF), the Institutional Support services for AB is still recent, it knows that experiences are still very isolated, being relevant this study to deepen and contextualize that how the Support may contribute or transform the model of assistance and management. **Objectives:** Verify the relationship between the practice of Institutional Support with the development of CA in a unit of AB of the DF; observe the daily life of AB unit which receives Institutional Support; Investigate the effects of the practice of Institutional Support in the organization of the service and in professional clinical practice. **Methodology:** qualitative research, case study-type in health center Yellow Ipê (Gama-DF), which is part of the process of Institutional Support of intervention-research in progress *Cartography of the Institutional support and SUS matrix in the District Federal: priority areas of attention and management in health and the formation of supporters on primary health care* (UnB-FIOCRUZ-SAPS/SES/GDF). Semi-structured interviews were conducted with the Coordinator, health professionals (7) and users (7), and systematic observation of the service during one month (beginning in 7/14/2014). Data analysis was based on Theoretical Propositions: expanded Clinical, management and institutional support in daily life and implementation of the family health Strategy. **Results and discussion:** Describes several scenes at the health center that indicate the exercise of CA, but it shows a great challenge in relation to the reproduction of the Value in Use, with reductionist approach biologicist, diverging Social Needs of users. The way in which the host is performed and the ambiances of the two spaces of the CS-Ip provide differentiated relations between the subject and the practice of care. Despite the Coordinator takes ownership of the process of Support, there are difficulties in operating the devices in daily management, with the fragmented work process. **Final considerations:** It can be said that the effects of the Support Service are on the move (from a new look of the Coordinator about the process), however there are challenges in generating transformations in management model and clinic there reproduced. The application of participatory methods and management attention require the elaboration of new arrangements and strategies, such as the implementation of co-management spaces, to share knowledge and powers, discussion of cases, and the teamwork and expansion of the clinic.

Keywords: Humanization of Assistance; Management in Health; Primary Health Care.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	15
<b>3. QUESTÃO DE PESQUISA</b> .....	16
<b>4. OBJETIVOS</b> .....	17
4.1. Objetivo Geral:.....	17
4.2. Objetivos Específicos:.....	17
<b>5. METODOLOGIA</b> .....	18
5.1. Tipo de Estudo.....	18
5.2. Campo da pesquisa.....	18
5.3. Método de Produção de Dados.....	22
5.4. Método de Análise.....	24
5.5. Aspectos Éticos.....	24
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	26
<b>6.1. Clínica Ampliada (CA)</b> .....	28
6.1.1. As posturas nos Encontros.....	28
6.1.2. Valores de Uso (re) produzidos, interesses e Necessidades Sociais.....	31
6.1.3. Ambiência.....	38
<b>6.2. Gestão e Apoio Institucional no Cotidiano</b> .....	42
<b>6.3. Implementação da Estratégia de Saúde da Família</b> .....	52
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	57
<b>8. REFERÊNCIAS</b> .....	62
APÊNDICES.....	66
Apêndice A.....	66
Apêndice B.....	67
Apêndice C.....	68
Apêndice D.....	69
Apêndice E.....	70
Apêndice F.....	71



## 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica é o serviço de saúde que está inserido dentro da comunidade, onde as pessoas vivem, é reconhecido como a porta de entrada para o SUS (Sistema Único de Saúde), sendo assim deve ser o centro de comunicação de toda a rede de saúde (BRASIL, 2012).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012, p.19), o serviço

caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Ou seja, a Atenção Básica tem como função primordial aproximar a assistência à saúde da comunidade, ofertando diversos tipos de intervenções, com a perspectiva de resolver problemas de saúde de indivíduos e coletivos. Oferece assistência para todos os problemas e necessidades das pessoas (não da doença) e situação de saúde (salvo específicas), de maneira longitudinal, utilizam-se desde recursos básicos até especializados, todos direcionados para a melhoria da saúde da população alvo, e é composto por uma equipe multiprofissional (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2008).

Nota-se então que a Atenção Básica possui papel especial de assistência, onde se lida diretamente com o sujeito, dentro de seu contexto, sendo assim os profissionais de saúde inseridos nesse ambiente devem prestar o cuidado considerando os sujeitos em “sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, é claro que a clínica tem que se ampliar para poder dar conta desta abrangência” (ZOBOLI, 2009, p.199).

A construção da Atenção à Saúde no Brasil perpassa por diversos modelos dentro do cenário da Saúde Pública, porém nenhum realmente eficiente para Atenção Básica, de acordo com Cunha (2010, p.17):

Enquanto o debate dentro da saúde pública estendeu-se com poucos avanços efetivos nas práticas da Atenção Básica, foram justamente três atores sociais- os usuários, os médicos e os gestores municipais – que definiram a presença maciça do Modelo de Pronto Atendimento (PA) em grande parte dos municípios do País.

Os usuários com a necessidade de terem seus direitos garantidos de acordo com a Constituição, e com a ideia de saúde como bem de consumo, pressionou os municípios por atendimentos médicos e medicamentos (CUNHA, 2010). Ainda de acordo com Cunha

(2010), os médicos rapidamente foram sugados nessa nova dinâmica, pois agregam uma clínica degradada, que ocorre de acordo com o modelo empregatício, ou seja, com baixo gasto de energia pessoal e o mínimo de vínculo, de modo vertical, que gera melhor remuneração, mais independência e maior poder de negociação em relação ao seu trabalho. Então, é nesse contexto que se constrói na Atenção Básica de forma errônea, longe de seus princípios citados inicialmente, com uma dinâmica cronificada, totalmente baseado em abordagens biomédicas, pautado em resultados e protocolos, se tornando assim ineficiente em sua missão.

O Modelo de Pronto Atendimento (PA) gerou e ainda gera muitas consequências negativas, por exemplo, a medicalização, altos custos, baixa autonomia dos usuários, ineficiência para doenças crônicas, baixo aproveitamento do potencial dos outros profissionais de saúde (além do médico) e do trabalho em equipe e incapacidade para atuação em determinantes de saúde coletivos (CUNHA, 2010). Assim o serviço de Atenção Básica foi e ainda é constituído predominantemente a partir de uma olhar essencialmente biomédico, voltado para o saber médico, o que também acaba direcionando todas as outras áreas da saúde. Essa forma de trabalho se constitui totalmente centrada para as tecnologias duras, ou seja, formulados para gerar determinados produtos de saúde, focando nos conhecimentos tecnológicos (MERHY e FRANCO, 2003).

Vasconcelos (2001) resume em três padrões básicos as diversas formas de organização da Atenção Básica ao longo da história, são eles: assistência médica primária, atenção primária seletiva à saúde e atenção primária médica. A Assistência Médica Primária segue o mesmo fundamento do Modelo de PA, com base central na consulta médica (semelhante à atenção hospitalar), não existe espaço de participação da comunidade, e as outras assistências (vacinação, educação) são restritas e colocadas como segundo plano. A Atenção Primária Seletiva pauta-se na impossibilidade (por escassez de recursos materiais e humanos) de atender toda população, então a assistência é direcionada apenas para problemas de saúde que atingem grande número da população, essa forma de atenção acaba tornando as ações padronizadas e limitadas, deixando de lado diversos tipos de assistências. Essa forma de atenção ainda funciona no mesmo mecanismo de PA, onde o trabalho dos profissionais é reduzido em protocolos e metas a serem cumpridas, e o paciente é visto apenas como um corpo doente, que necessita de uma cura, como mais um número positivo ou negativo nas estatísticas, os tratamentos são padronizados, não se moldando a necessidade de cada sujeito; não se valoriza ações na comunidade, promoção e

prevenção de saúde não existem. Em 1978, na Conferência de Alma-Ata foi anunciado o Padrão de Atenção Primária à Saúde, que se tem como objetivo oferecer apoio à Saúde dos indivíduos e grupos sociais, a fim de torná-los agentes de sua própria saúde, pautando-se na valorização do saber popular somado com o saber técnico, sendo o objeto já não mais só a doença, mas sim o sujeito global. Cabe ressaltar que no presente trabalho os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária” são tratados como sinônimos.

Starfield (2002) também escreve sobre os movimentos da Atenção Básica, e constata a eficiência dessa forma de organização, mostrando que em países que adotam a Atenção Básica para orientar o seu sistema de saúde, possuem níveis de saúde melhores quando comparados aos que não adotam. Porém, evidencia-se que apesar do reconhecimento da importância de fazer uma assistência básica que seja eficiente, ela ainda é ameaçada por questões econômicas, pela valorização do modelo hospitalocêntrico e da especialização e também pela falta de reconhecimento de suas contribuições dentro da rede assistencial.

No Brasil, destaca-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como a principal estratégia dentro do SUS para reorganizar a assistência à saúde, sendo implantada especificamente da Atenção Básica. A ESF nasceu em 1994, ainda como um programa, com objetivo de consolidar os princípios do SUS, com a proposta de transformar o modelo assistencial, passando a ter como objeto a unidade familiar, e suas ações começam a dar maior atenção às questões que rodeiam essa família, como o contexto econômico, cultural e social que vivem, valorizando a construção de vínculo e o acolhimento com comunidade (BRASIL, 1997). Ela procura reorganizar a assistência, fortalecer a rede, de forma que priorizar as ações de vigilância, dando maior atenção à promoção, prevenção e reabilitação à saúde, e agir sobre os fatores de risco da população, com equipes multiprofissionais (agentes comunitários, enfermeiros, médicos generalistas), e de forma humanizada. A ESF gera uma grande tensão com o modelo hegemônico de assistência (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2008).

Como foi descrito, ocorreram grandes avanços na história da Atenção Básica, a fim de reconstruir e colocar em prática seus princípios e diretrizes iniciais, porém ainda é evidente a necessidade de novas discussões e elaborações para a reconstrução desse modo de cuidado realmente integral, e que se voltem para o sujeito biopsicossocial, pois ainda é

hegemônico o modelo biomédico na assistencial atual, principalmente na conduta dos profissionais.

A partir dessa necessidade de superar os modelos tradicionais e hegemônicos, a Atenção Básica atualmente é marcada por diversas iniciativas que vem para reorientar e oferecer mais possibilidade para que se torne uma assistência que dê certo. Uma dessas iniciativas é a Política Nacional de Humanização e da Gestão (PNH), que surgiu em 2004, e vem se desenvolvendo com o tempo, com a inclusão de novos dispositivos. A PNH traz como objetivo avançar o Sistema Único de Saúde (SUS) com via da valorização dos aspectos subjetivos e sociais das práticas de atenção nos diversos serviços do SUS, e para que a Atenção Básica se estabeleça como o ponto central de assistência de saúde (HAYACIBARA et al., 2010).

Portanto, o presente trabalho tem como objeto de discussão duas diretrizes descritas na PNH, o Apoio Institucional e a Clínica Ampliada respectivamente. São dois conceitos da proposta para a reorganização das redes de assistências do SUS, e são processos que devem ocorrer juntos, para que a PNH alcance seus objetivos. Não se pode esquecer que a PNH descreve várias outras estratégias, muito importantes para a mudança, porém aqui destacaremos esses dois pontos correlatos, mas que poucas vezes são discutidos de forma conjunta.

Os conceitos de Clínica Ampliada e o Apoio Institucional surgiram inicialmente a partir do Método da Roda (ou Paideia), método esse escrito por Campos (2007; 2013), que tem como o objetivo reconstruir modos de realizar política, gestão e construção de sujeitos, a fim de modificar a organização de trabalho que leva a alienação real, levando a democracia institucional, a partir do sistema de cogestão, para espaços coletivos de saúde. O Método da Roda “reafirma a possibilidade de que sistemas de saúde podem contribuir para a constituição de sujeitos” (CAMPOS, 2007, p. 15).

[...] para o Método Paidéia e para os dispositivos correlatos a ele (clínica ampliada, projeto terapêutico singular, equipe de referência e apoio matricial) todos os espaços de encontros entre trabalhadores, e destes com os usuários, são espaços de aprendizado, onde se lida com saberes, com poderes e com afetos. (CUNHA e DANTAS, 2008, p.35).

Sendo assim, o Método da Roda assume que dentro de uma instituição não é possível ocorrer a superação de modelos hegemônicos, sem o reconhecimento e a discussão das questões de poder, saber e afeto, pois os sujeitos ou coletivos organizados

estão dentro dessa constante teia, e é necessário reconhecê-la para enfrentá-la, essas questões precisam ser colocadas na roda. Para isso o Método descreve diversos dispositivos para redirecionar a dinâmica dentro dos serviços de saúde, de forma a levar os sujeitos (profissionais, usuário, gestores) em consideração, a partir do pressuposto que a instituição age sobre a construção desses indivíduos. Os dispositivos descritos e discutidos pelo Método são: Apoio Institucional, Clínica Ampliada, Equipe de Referência, Acolhimento e responsabilização, sistema de Cogestão e Capacitação (CAMPOS, 2007; 2013). Assim, esses dispositivos seriam colocados como capazes, ou pelo menos facilitadores, para superar a assistência à saúde tradicional ou racionalidade gerencial hemônica, reconhecendo cada sujeito como subjetivo dentro de um contexto, que tem o papel de produzir saúde, com diversas tensões.

De acordo com Campos (2013), o Método da Roda pode ser auto-aplicável dentro do coletivo organizado de saúde, ou pode contar com um sujeito que assuma o papel de apoiador institucional. Então, dentro dessa lógica que surge o Apoio Institucional, que “é pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde” (OLIVEIRA, 2011, p. 34). Age com o objetivo de apoiar a construção de um modelo de cogestão, e assim aproximar os sujeitos que planejam dos que executam as funções e dos que usam o serviço de saúde, partindo do pressuposto que a gestão ocorre entre todos os sujeitos que fazem parte dos serviços e não é separável da clínica.

O Apoio Institucional é uma metodologia que busca elaborar formas de lidar com as relações entre os sujeitos de outro modo, reconhecendo que dentro de um serviço de saúde se há produção social e subjetiva dos usuários e trabalhadores (CAMPOS, 2013). O processo de Apoio identifica a diferença de papéis, do saber e poder que existe dentro de um coletivo/instituição, e assim propõe maneiras democráticas para coordenar e planejar os serviços, e isso depende diretamente do estabelecimento de espaços de cogestão dentro do coletivo que existe para produzir, sobretudo saúde.

A Clínica Ampliada (CA) é descrita no Método da Roda, como um novo modo de produzir cuidado, sempre dentro da lógica de superar o modelo de assistência tradicional, predominantemente biomédica. A CA propõe a produção de “uma clínica centrada nos Sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, também considerando a doença como parte dessas existências” (CAMPOS, 2007, p. 56).

A CA “seria capaz de lidar com a singularidade de cada Sujeito sem abrir mão da ontologia das doenças e suas possibilidades de diagnósticos e intervenção” (CUNHA, 2010, p. 19-20). Nasce então a proposta de modificar o objeto de estudo e intervenção dos profissionais de saúde, que muitas vezes se limitam ao corpo e a doença, para as pessoas concretas em suas demais dimensões (subjetivo, afetivas, culturais, éticas, morais, psicológicas, biológicas) (CAMPOS, 2007).

A CA vem para reformular a Clínica que se constrói excessivamente voltada mais para doença, e mesmo quando se considera o Sujeito, pensa-se nele fragmentado, acolhendo somente uma parte do que constrói sua existência (CAMPOS, 2007). A CA então é pautada nas Tecnologias Leves, nas relações entre os sujeitos, no acolhimento e na construção de vínculo, também diz respeito às formas diferenciadas com que o profissional aplica seus conhecimentos, levando em consideração cada sujeito, suas particularidades e dimensões (MERHY e FRANCO, 2003).

## **2. JUSTIFICATIVA**

A partir do entendimento prévio sobre Apoio Institucional e CA, observando que eles nascem dentro do Método da Roda e que são colocados como dispositivos da PNH, nota-se como seus papéis se complementam para atingir o objetivo de reorientação dos serviços de saúde. O Apoio opera sobre as dinâmicas de trabalho, no âmbito de gestão, para gerar assim um processo de cogestão capaz de gerar mudanças nos coletivos de saúde. A CA propõe uma nova forma dos profissionais de saúde observar os usuários, reconhecendo-os em toda sua globalidade, não somente o da doença.

Aqui foram estudadas essas questões a partir da experiência no Distrito Federal (DF), onde o Apoio Institucional nos serviços de Atenção Básica ainda é recente, sabe-se de experiências ainda muito isoladas. Sendo então pertinente esse estudo para aprofundar e fornecer maior contextualização sobre como o Apoio pode contribuir ou transformar a forma de assistência dos serviços de Atenção Básica no DF, focando nas questões relacionadas ao exercício de uma CA. Sendo assim, pretende-se aprofundar aqui a relação direta entre esses dois dispositivos, como eles conversam entre si, como o Apoio opera sobre a construção de uma CA no serviço de Atenção Básica do Distrito Federal.

### **3. QUESTÃO DE PESQUISA**

O processo de Apoio institucional dentro do serviço de Atenção Básica à saúde, pode gerar o exercício de uma Clínica Ampliada?



## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo Geral:**

Verificar a relação entre a prática do apoio institucional com o desenvolvimento da clínica ampliada em uma unidade de atenção básica do Distrito Federal.

### **4.2. Objetivos Específicos:**

- Observar o cotidiano da unidade de atenção básica que recebe Apoio Institucional: a dinâmica institucional, a organização do processo de trabalho, a forma de relação e circulação de afeto entre os profissionais e os profissionais com os usuários.

- Investigar os efeitos da prática de apoio institucional na organização do serviço e na prática clínica profissional.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1. Tipo de Estudo**

Foi realizada uma Pesquisa Qualitativa, que segundo Creswell (2010) é uma abordagem capaz de investigar e compreender o significado que o sujeito ou coletivo atribui a uma questão social ou humana.

“A palavra qualitativa implica uma ênfase sobre as qualidades das entidades e sobre os processos e os significados que não são examinados ou medidos experimentalmente [...] em termos de quantidade, volume, intensidade ou frequência” (DENZIN e LINCOLN, 2006, p.23). O método de pesquisa qualitativa nasceu a partir da ânsia de entender outros sujeitos e grupos em suas relações e dentro de seus contextos, refletindo sobre suas dimensões, partindo de conceitos pré-concebido ou não. Possibilita aprofundar na subjetividade dos sujeitos ou grupo de pesquisa, a fim de compreender e explorar de melhor maneira o fenômeno estudado.

A Estratégia qualitativa estabelecida nesse estudo é a do tipo Estudo de Caso, que se caracteriza pelo ato do pesquisador explorar de forma intensa uma atividade ou um processo, de um sujeito ou grupo (CRESWELL, 2010).

A Estratégia Estudo de Caso é sugerida quando o objetivo da pesquisa é estudar fenômenos contemporâneos, a fim de captar como esses processos se desenrolam dentro de seus contextos reais. Essa abordagem metodológica permite que o evento estudado possa ser compreendido de maneira abrangente, focando em entender, explorar e descrever seus processos significativos, e assim produzir discussões sobre o que foi analisado (YIN, 2001).

### **5.2. Campo da pesquisa**

O presente estudo faz parte do macro Projeto de Pesquisa *Cartografia do Apoio institucional e matricial no SUS do Distrito Federal: áreas prioritárias da atenção e gestão em saúde e a formação de apoiadores na atenção primária a saúde (UnB-FIOCRUZ-SAPS/SES/GDF)*, que realiza ações nas regiões administrativas Gama e Recanto das Emas no Distrito Federal. O objetivo aqui posto é investigar a relação Apoio Institucional e CA

especificamente dentro de uma Unidade de Atenção Básica, na região administrativa do Gama do DF, que recebe Apoio Institucional pelo macro projeto de pesquisa.

Segundo GÖTTEMS (2009), no Distrito Federal as iniciativas para o fortalecimento da rede de Atenção Básica não foram efetivas, não tendo articulação entre as outras complexidades (média e alta), faltando profissionais capacitados e dispostos abandonar o modelo hospitalocêntrico. Apesar da Atenção Básica se consolidar como principal estratégia para a reorientação da assistência, a gestão geral das redes de saúde do DF ainda enfrentam os jogos de interesses políticos, caminhando assim para priorização de construção de hospitais, uso de tecnologia de ponta, esquecendo o papel de rede Básica e a consolidação dos princípios do SUS. Colocando em números, o DF possui uma unidade básica de saúde para 25 mil habitantes, e em geral possui 2,4 milhões de habitantes, de acordo com IBGE 2005 (GÖTTEMS, 2009).

Apesar das barreiras, evidencia-se que há extensão de rede física dos serviços de Atenção Básica no DF, e ao longo da história de assistência tem sido feito investimentos de recursos financeiros e políticos em prol de sua implementação, porém não foram capazes de promover uma reorganização efetiva de toda rede básica. Destaca-se como ação de organização do sistema de saúde o Plano de Conversão da Atenção Primária à Saúde no DF, que ocorreu entre 2005-2008, que teve como objetivo fazer com que as Unidades Básicas de Saúde tradicionais adotassem os princípios da ESF, o que possibilitou um grande avanço no rompimento do modelo tradicional de assistência reproduzido na Atenção Básica (GÖTTEMS, 2009). Segundo dados de 2013, a Secretaria de Saúde do DF aumentou de 214 para 254 o número de Equipes da ESF, o Programa Mais Médico e a construção de nove Clínicas da Família (Unidades Básicas de Saúde, sediam 41 equipes ESF) foram estratégias que acarretaram um grande aumento da rede básica, sendo capaz de acolher 80% de problemas de saúde da população, na teoria (DISTRITO FEDERAL, 2014b).

De acordo Plano Distrital de Saúde 2012 a 2015 (DISTRITO FEDERAL, 2012) um dos principais objetivos do DF para o futuro, é fortalecimento dos serviços de Atenção Básica, para assim se consolidarem com porta de entrada para a rede de Saúde. O DF ainda adota um modelo hospitalar, com foco no Pronto Atendimento, sendo assim um dos objetivos é reorganizar esse modelo colocando a Atenção Básica como principal serviço organizador de toda Rede de Atenção à Saúde. Uma das principais estratégias para que as mudanças ocorrem previstas, é a implementação da ESF, pois as maiorias das Unidades Básicas de Saúde do DF ainda funcionam no modelo tradicional. Com base no Plano Distrital pretende-se que a ESF

alcance em até 2014 uma cobertura de 50% da população do DF (DISTRITO FEDERAL, 2012). Conforme dados de 2010, o DF possui uma Rede básica de saúde com 68 centros de saúde; 03 unidades mistas; 39 postos de saúde urbanos e rurais, somando 39 equipes do Programa Saúde da Família e 17 equipes de Saúde Bucal (DISTRITO FEDERAL, 2012).

O Gama, região administrativa do Distrito Federal, foi fundado em 1966, tem a população de 133.287 habitantes, com uma área de 276,30 km, e é formado por área urbana (seis setores: Norte, Sul, Leste, Oeste, Central e de Indústria) e rural (Núcleo Rural Monjolo, pela Colônia Agrícola Ponte Alta, Córrego Crispim, Núcleo Rural Ponte Alta de Baixo, Ponte Alta Norte e Alagado), o formato da cidade é semelhante a uma colmeia (DISTRITO FEDERAL, 2014; CODEPLAN, 2013). A renda domiciliar média da população é de R\$ 3.692,00, correspondente a 5,45 salários mínimos (SM), e a renda per capita média mensal é de R\$1.079,11 (1,56 SM), 39,25% da população possui a renda de 2 a 5 SM e 25,91% a renda de 5 a 10 SM, cabe ressaltar o fato de que 7,30% dos domicílios têm renda de no máximo 1 SM. Os 10% mais ricos possuem 16,88% da renda, e os 10% de menor poder aquisitivo possuem apenas 017%. O Coeficiente de Gini, que é a medida da distribuição de renda, é de 0,431(varia de “zero” - igualdade perfeita a “um”- desigualdade perfeita) (CODEPLAN, 2013).

A Rede de Saúde do Gama é composta pelo Hospital Geral do Gama e sete Unidades Básicas de Saúde na área urbana e três na rural, além de outros serviços como Programa de Atenção a Dependentes Químicos, Núcleo de Leite Humano, Fisioterapia, Programa de Tuberculose e o Núcleo de Atendimento Médico aos Internados em Domicílio (DISTRITO FEDERAL, 2012; 2014a). Dados apontam que 86,16% (109.220) da população utilizam o hospital público, e desses 95,10% o fazem na própria região, somente 3,30% se deslocam para hospitais de cidades vizinhas. Em relação às Unidades Básicas de Saúde 84,76% (112.967) da população utilizam o serviço, e desses 97,25 % fazem na própria região, o restante se deslocam para outras cidades, somente 12,85% declararam que não utilizam esse serviço (CODEPLAN, 2013). Os dados indicam a importância do fortalecimento dos Serviços públicos de saúde no Gama, de forma a oferecer a essa população, que em sua maioria utilizar esses serviços, uma assistência eficiente.

O Gama tem passado por grandes transformações nos últimos anos em sua Rede de Atenção Básica, em 2012 a região recebeu mais de 20 médicos da família, formando assim 20 equipes de Estratégia de Saúde da Família na área urbana e quatro na área rural da cidade. Isso acarretou que a cobertura de assistência aumentasse para 68%, um número

muito positivo se comparado com 6,5% de 2011, o que indica um desenvolvimento muito significativo da rede, em um curto período de tempo (DISTRITO FEDERAL, 2013). De acordo com dados de 2014, com a reorganização da Atenção Básica no Gama, existem 31 equipes ESF consistidas, e 07 equipes parametrizadas, 03 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (KOSHAKA, 2014).

Porém, as unidades básicas de saúde do Gama ainda estão dentro de um processo de transformação e assimilação, como toda a rede de atenção básica do DF, e esse processo é lento e depende de vários dispositivos, como a consolidação da PNH. Dentro dessa lógica aqui se pretende estudar uma Unidade que faz parte da rede regional, para aprofundar mais sobre os dispositivos: Apoio Institucional e Clínica Ampliada.

A Unidade Básica de Saúde em que foi realizada a pesquisa é o Centro de Saúde Ipê-Amarelo (optei por esse nome fictício para preservar a identidade dos sujeitos da pesquisa), inaugurado em 07 de março de 1985, localizado no Gama (Distrito Federal), que funciona de acordo com a lógica da Estratégia de Saúde da Família. O CS-Ipê possui oito Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo uma inconsistida (sem Agente Comunitário de Saúde), uma parametrizada e uma que funciona em um local a parte na zona Rural da Região. Todas ESF que funcionam na Unidade do Centro de Saúde Ipê-Amarelo (CS-Ipê) são identificadas por letras, ou seja, existem as equipes A, B, C, D, E, F e G, a equipe que fica na região rural é chamada pela sigla P. Somente a Equipe C conta com uma Equipe de Saúde Bucal I, com Cirurgião-dentista generalista e um auxiliar em saúde bucal.

Os locais que constitui a Unidade Básica de Saúde CS-Ipê são a Unidade Central e o Galpão, que ficam no mesmo Terreno, e um local a parte onde fica a equipe P, uma estrutura na zona Rural do Gama. Porém, a pesquisa foi realizada somente na Unidade Central e Galpão (localizados no mesmo Terreno), pelo fato das vivências do pesquisador ter sido maior nesse local, e pelo desejo de estudar com mais profundidade as Equipes de Saúde da Família e os demais serviços que ocorrem nesse local, que compartilham espaços em comum, e são muito próximos.

Na Unidade Central são alocadas as Equipes A, E, F e G e no Galpão (localizado atrás da Unidade Central) ficam as Equipes B, C e D. No Galpão existe alguns consultórios, salas de acolhimento (das respectivas equipes), local de espera, sala de medicação, sala de prontuários e uma sala de Reunião. Na Unidade Central estão localizados a maioria dos outros ambientes, como sala do Coordenador da Unidade, salas de Administração e chefias, salas de

reunião, sala de Vacinação, sala de curativo, sala de medicação, setor de prontuários, sala de coleta, consultórios, sala da Equipe de Saúde Bucal, da Vigilância, locais de espera, Farmácia, sala de nebulização e exame e quatro salas de acolhimento. Recentemente, nesse primeiro semestre de 2014 (08 de julho), foi implantada um Núcleo de Apoio a Saúde da Família 2 (NASF-2) no CS-Ipê, a equipe é composta por um ginecologista, dois pediatras, uma nutricionista, um psicólogo e um fonoaudiólogo. Esse NASF-2 é para oferecer apoio exclusivo para as oito equipes do CS-Ipê, como sua chegada ainda é recente, ainda está em processo de implementação, construção de vínculo com a equipe, se apropriando do contexto da comunidade, ou seja, se organizando e tendo conhecimento sobre as dinâmicas da unidade e do território. A Unidade abrange aproximadamente 24.000 pessoas, é um serviço que acolhe um grande número de usuários.

### **5.3. Método de Produção de Dados**

Os métodos de coleta definidos foram a Observação Sistemática e Entrevista Semi-estruturada. A observação é o processo “que o pesquisado faz anotações de campo sobre o comportamento e as atividades dos indivíduos no local de pesquisa” (CRESWELL, 2010, p. 214). A observação quando Sistemática caracteriza-se pelo fato do pesquisador saber quais são os fatos do processo observado que são relevantes para atingir o objetivo da pesquisa, o que possibilita a criação previa de um roteiro de observação (SELLTIZ, 1967). Sendo assim, é o método mais adequado para coletar dados sobre o cotidiano do serviço, considerando que essa observação será realizada com foco em processos relevantes para investigar os dispositivos Apoio Institucional e CA, utilizando um Roteiro de Observação (Apêndice A).

Realizou-se a Observação Sistemática das práticas da Unidade de Saúde durante um mês (com início no dia 14 de julho de 2014), a partir da inserção nos diversos espaços de intervenção oferecidos pelo serviço, pode-se observar no Quadro 01 os Locais e Números de Observação, que ocorreram de acordo a disponibilidade do pesquisador e dos servidores que trabalham nesses espaços, essas observações duraram em média de 2 horas. O critério de Número de Observações foram traçados a partir da necessidade do pesquisador de observar o espaço em diferentes momentos, possibilitando notar fatores distintos que podem ou não modificar o movimento de cada processo, todos os procedimentos observados mais de uma vez foram realizados em Equipes distintas.

<b>Espaços</b>	<b>Número de Observações</b>
Reunião (Equipe de Saúde da Família)	Uma
Atendimento com Equipe de Saúde Bucal I	
Sala de Vacinação	
Sala de Farmácia	
Sala de Acolhimento	Duas
Sala de Coleta	
Visita com Agente Comunitário de Saúde	
Sala de Espera do Salão	
Atendimento Médico	Três
Sala de Espera na Unidade Central	

Locais e Número de Observações - Quadro 01

As Entrevistas Semi-estruturadas foram orientadas por um roteiro previamente elaborado, constituído por questões abertas, dando espaço para respostas subjetivas e flexíveis, resgatando melhor a opinião e concepção dos entrevistados (CRESWELL, 2010). Foram construídas três entrevistas semi-estruturadas, para o Coordenador da unidade (Apêndice B), Profissionais de saúde (Apêndice C) e Usuários (Apêndice D).

Os entrevistados foram: o Coordenador da Unidade, com objetivo de compreender a partir de sua percepção a importância do Apoio Institucional para a eficiência da unidade de Saúde e sua relação com a construção da Clínica Ampliada; e sete profissionais de saúde, sendo um de cada Equipe de Saúde da Família (cinco Técnicas de Enfermagem, uma Agente Comunitária de Saúde e uma Médica), a fim de entender suas práticas e seus processos de trabalho. Também foram realizadas entrevistas com sete usuários Unidade, um de cada Equipe de Saúde da Família (selecionados de forma aleatória ou por indicação da própria equipe da Unidade, que usem a unidade no mínimo uma vez ao mês nos últimos seis meses), a fim de analisar suas percepções sobre o funcionamento do serviço, trazendo questões relacionadas à prática da CA e Apoio Institucional.

O Registro da Observação Sistemática foi realizado a partir da construção de um diário de campo que relatei as questões relevantes para a pesquisa; as entrevistas semi-estruturadas com o gestor, profissionais e usuários, foram gravadas e posteriormente transcritas.

## 5.4. Método de Análise

A investigação de Estudo de Caso envolve muitas variáveis de interesse, como pode ser visto no presente estudo, ou seja, sempre está envolvendo diversas fontes e formas de evidências (YIN, 2001). De acordo com Yin (2001, p.121) as “várias fontes de evidências fornecem essencialmente várias avaliações do mesmo fenômeno”. O estudo dessas diversas informações pode oferecer maior confiabilidade para o estudo, já que o fenômeno é analisado por múltiplos ângulos.

“A análise de dados consiste em examinar, categorizar, classificar em tabelas ou, do contrário, recombina as evidências tendo em vista proposições iniciais de um estudo” (YIN, 2001, p. 131). Porém, Yin (2001) descreve que a Análise dos Dados do Estudo de Caso pode ser uma tarefa difícil, pois no passado não foram traçadas técnicas definidas para tal procedimento.

Nesse estudo pretende-se realizar uma Análise ~~B~~baseando-se em Proposições Teóricas, que se caracteriza pelo fato de seguir evidências teóricas que orientaram os primórdios da construção do Estudo de Caso (YIN, 2001). Sendo assim, esse modo de Análise permite o uso das teorias principais que deram base para a elaboração das questões de pesquisa, e possibilita principalmente a formulação de novas interpretações e discussões, cruzando os dados coletados em campo com as revisões literárias realizadas no decorrer do estudo (YIN, 2001).

Julguei interessante nessa pesquisa realizar a exposição e análise dos dados em três tópicos: Clínica Ampliada, Gestão e Apoio Institucional no cotidiano e Implementação da ESF. Para assim facilitar as reflexões sobre essa unidade de produção, destacando os principais pontos observados e que mais emergiram a partir da observação sistemática e entrevistas realizadas pelo pesquisador.

## 5.5. Aspectos Éticos

Esse trabalho é um subprojeto da Pesquisa *Cartografia do Apoio institucional e matricial no SUS do Distrito Federal: áreas prioritárias da atenção e gestão em saúde e a formação de apoiadores na atenção primária a saúde* que foi submetida ao Comitê de Ética para avaliação e aprovação com parecer de aprovação em pesquisa pelo Comitê de Ética em



Pesquisa da Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília 191.003 em 29/01/2013 e aceite pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS SES/DF número 453.476.

Foram apresentados dois Termos De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um específico para o Coordenador da Unidade, esclarecendo sobre a Observação Sistemática e sua entrevista semi-estruturada (apêndice E), e outro específico para os Usuários e Profissionais de Saúde, esclarecendo sobre as entrevistas semi-estruturas que serão respondidas por eles (apêndice F). Ou seja, todos os sujeitos estarão conscientes a respeito dos procedimentos da pesquisa, da utilização das informações e dados obtidos, sendo garantido o sigilo sobre suas identidades. Pois esse trabalho tem como único objetivo de fornecer resultados e discussões para o benefício do serviço estudado e da Atenção Básica do DF.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para iniciar a apresentação dos resultados, penso ser interessante narrar sobre minha chegada em campo, sendo uma unidade de saúde que também é da minha referência enquanto usuário do SUS, está no território que abrange minha residência, já utilizei a unidade anteriormente como usuário, estando dessa vez como pesquisador. Estar como pesquisador-observador me exigiu negociar o campo e implicou na exposição dos motivos que me faziam estar ali e de mim mesmo. Minha chegada ao CS-Ipê aconteceu no dia 14 de julho de 2014, sendo que anteriormente já havia pactuado com o Coordenador da Unidade em realizar minha pesquisa, juntamente com minha professora Orientadora.

Cheguei à Unidade pela manhã, por volta das 8 horas, no primeiro momento fui cumprimentar o coordenador e assegurar o que tinha sido acordado. E assim optei por começar minha observação na sala de espera, achei que seria um bom local para ir me aproximando aos poucos dos profissionais e usuários que pareciam estranhar minha presença. Fui me apresentar para alguns profissionais que ali estavam, eles não sabiam sobre minha chegada, admito que minha apresentação foi bem tímida e desajeitada nas primeiras vezes, porém com o passar do tempo fui me tornando mais seguro. Os profissionais me acolheram muito bem, com alguns foi criada uma proximidade maior, e esses me ajudaram muito para alcançar os demais, apenas um ou outro apresentaram receio sobre minha presença, penso que a maioria entendeu a minha proposta e meus objetivos em estar ali. Assim fui me inserindo na rotina e me sentindo cada vez mais a vontade e os profissionais pareciam mais tranquilos quanto a minha presença. Tive que muitas vezes deixar claro (no discurso e na maneira de agir) que não estava ali para fiscalizar ou supervisionar nenhum procedimento, mas sim observar, conhecer, saber e entender como funciona o serviço, e futuramente fazer devolutivas de minhas análises. Notei que muitos profissionais se sentiam bem em falar e expor suas dificuldades, seu processo de trabalho, suas práticas exitosas, em relatar os prazeres e angústias do trabalho. Muitos fizeram exposições para que eu entendesse os processos, algo que foi muito prazeroso para mim.

Percebi que os usuários também estranharam minha presença num primeiro momento, pois eu estava sempre calado, apenas observando e anotando, porém com o passar dos minutos logo eles cessavam os olhares de estranhamento e se acostumavam com minha presença. Com os que realizei a entrevista, pude me apresentar e expor meus objetivos e a finalidade daquele processo, e a maioria se mostrou disposta a contribuir. Profissionais e usuários, alguns desenvolviam mais facilmente as respostas, outros eram mais sistemáticos ou

calados, mas todos contribuíram para essa construção certamente. Foi um processo de descoberta.

Dessa forma, para exposição e análise dos dados julgo necessário trazer a tona dois papéis fundamentais de um coletivo organizado (no caso a equipe de uma Unidade Básica de Saúde), definidos por Campos (2013), o de atender a necessidades sociais dos usuários, produzindo valores de uso com esse objetivo, e também ter como meta secundária de garantir a sobrevivência da própria unidade e dos profissionais que se caracterizam como agentes de produção com interesses e necessidades. Esses processos exigem novas formulações de conhecimento e novas formas de pensar e organizar os serviços, principalmente para os principais envolvidos nesse movimento e que tem maior autonomia para modificar os contextos, que são os Coordenadores das Unidades e os Profissionais de saúde, que possuem grande poder para provocar mudanças nas formas de produzir saúde, e também no ato de afetar o usuário sobre seu papel social capaz de transformar e fazer com que a Atenção Básica de saúde tome novos caminhos.

Os movimentos para essas mudanças envolvem muitas questões (políticas públicas, estrutura física, ambiência, recursos humanos, financiamento, gestão, profissionais de saúde, formação de relações, circulação de afetos, poder), desde microestruturais, do cotidiano de ações, nas relações do dia a dia, até aspectos mais macroestruturais, relacionados às políticas públicas e diretrizes de governabilidade do estado (MALFITANO, 2005). Dentro dessas estruturas que geram diversos desafios na dinâmica e processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde esse estudo tenta fazer um panorama utilizando como base os dispositivos de Apoio Institucional e CA, compreendendo assim que o exercício da clínica é inseparável dos processos relacionados a gestão, mesmo que na maioria das vezes eles sejam desvinculados dentro das discussões (CUNHA e DANTAS, 2008). E temos como objeto de análise para isso o CS-Ipê.

A Unidade Básica de Saúde CS-Ipê foi inserida na lógica da Estratégia da Saúde da Família (ESF) recentemente (três anos), esse processo iniciou-se no 1º ciclo PMAQ-2011 (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica), com a formação de 01 equipe parametrizada em cada Centro de Saúde do Gama, essas equipes serviram de modelo para a formação de novas Equipes de Saúde da Família. Ao final do 1º ciclo PMAQ-2011 foram constituídas 11 equipes (04 ESF rurais consistidas e 07 parametrizadas), então finalmente em 2013 houve o 2º ciclo, onde foram sugeridas a adesão da ESF para todas as Equipes de todos os Centros do Gama. Esse processo foi realizado a partir de um projeto de

ampliação da cobertura, foram realizados: mapeamento do território com seus equipamentos sociais e de saúde, Identificação de áreas de risco, Perfil populacional e epidemiológico e Dimensionamento dos Recursos Humanos e necessários para implementação da mudança. Além disso, de acordo com Santos et.al. (2014) esses processos de transformação ocorreram também nas questões micropolíticas, como na promoção de oficinas/seminários/rodas de conversa, estratégias de empoderamento, capacitação e pactuações com os profissionais de saúde e coordenadores das unidades acerca do novo olhar trazido pela Estratégia de Saúde da Família.

O CS-Ipê faz parte do movimento de Apoio Institucional há mais ou menos dois anos. Esse processo de Apoio serve para auxiliar os Coordenadores no processo de trabalho, e orientar na implementação de um movimento de cogestão dentro do serviço. Esse movimento de apoio acontece a partir da inserção do coordenador em Colegiados Ampliados com os demais apoiadores, criados na pesquisa-intervenção Cartografia, é um espaço que torna todos os sujeitos nele inseridos apoiadores capazes de implementar um processo de cogestão em seus serviços. Então esse trabalho se propôs a analisar como ocorrem esses movimentos dentro do serviço, seus impactos no cotidiano e no exercício da clínica.

Levando em consideração esses dados e os outros já apresentados nesse estudo, além da produção de dados realizada pelo pesquisador, posso indicar que o CS-Ipê é uma Unidade que está em um processo de intensas transformações, reorganizações do arranjo e da dinâmica do trabalho, o que pode gerar diversas questões complexas dentro do serviço. Então, partindo das perspectivas observadas na realidade e da teorização sobre questões que rodeiam uma Unidade Básica damos início aos tópicos de discussão, apresentando as Proposições Teóricas baseadas nas Cenas que extraí do processo de observação e nos discursos das entrevistas.

## **6.1. Clínica Ampliada (CA)**

### **6.1.1. As posturas nos Encontros**

Cunha (2010) descreve dois caminhos a serem trilhados para favorecer o exercício da Clínica Ampliada, primeiramente é reconhecer os limites do saber, pois nada possui uma única resposta, causa ou percurso, uma processo de adoecimento nunca vai ser compreendido em sua totalidade apenas por uma via, seja ela biomédico, social ou econômico, mas sim por múltiplos fatores que rodeiam os sujeitos. Em segundo lugar é a clínica reconhecer as diferenças singulares dos sujeitos, ir além de diagnósticos já fechados

para o reconhecimento de que cada sujeito é subjetivo. Esses dois caminhos dependem um do outro, a partir do instante que se reconhece os limites de determinado conhecimento, o profissional tem o encontro com outras questões singulares, e começa a se deparar com as diferenças existentes entre cada usuário.

### **CENA 1**

Usuária é uma Senhora (acompanhada da filha), médica vai olhar exames, então observa alteração de pressão e tenta investigar os motivos dessa alteração.

- Filha relata: Só quando ela vem aqui se esforça para ter a pressão boa, para não levar bronca.

Méd. pede para fazerem um mapa da pressão em casa, fala sobre alimentação.

- Usuária diz: Se senhora souber minha situação Dr<sup>a</sup>, vai ficar com pena.

- Méd.: Eu estou aqui pra te ajudar, no que posso te ajudar? (se coloca disposta saber mais sobre a situação).

Usuária então relata que Marido a “perturba”, que é cadeirante e tem transtornos mentais, além de outros problemas de saúde, porém se recusa a ir ao médico, e resistiu muito a receber a visita do Agente Comunitário de Saúde, mas no fim (o Marido) aceitou e está aguardando uma Visita Domiciliar com a médica. Médica então diz que vai articular com a Equipe para ocorrer essa visita mais rápido possível.

Méd.: No dia que eu for à Visita eu quero saber toda a história da senhora, vou ficar a tarde toda conversando com a senhora.

Despedem-se e acaba o atendimento.

Podemos observar na CENA 1 como os caminhos para CA se desenrolaram no processo do atendimento, a postura da médica em receber outras questões que não envolvem diretamente algo orgânico ou da alimentação, e observar que o processo de adoecimento dessa usuária acontece de modo diferente, exigindo postura singular. A médica se mostra aberta a receber outras informações, assim ela pode observar que o motivo da alteração da pressão pode estar relacionada ao estresse do contexto, que deixa a usuária mais nervosa, assim as intervenções então precisam ser modificadas para serem mais eficazes. Além disso, a abertura da médica possibilitou a descoberta de um usuário

que não estava tendo assistência ampliada da unidade básica de saúde, e assim ela pode intervir nas duas questões.

Durante a realização das entrevistas com profissionais surgiram dois discursos sobre a questão do acolhimento:

*“[...] se eu não fizer meu serviço que é triar, pesar, a Dr. não vai atender [...]”  
(profissional 1, entrevista).*

*“Inicialmente é o acolhimento do paciente, poder dá oportunidade dele ser ouvido, também pra gente orientar” (profissional 4, entrevista).*

A resolutividade do acolhimento é fundamental no exercício de uma CA, pois é um dos primeiros contatos do usuário com a unidade, porém podemos observar nas falas acima que apesar de grandes discussões sobre o tema, os profissionais se apropriam e conseqüentemente ainda reproduzem esse dispositivo de maneira diferente. No discurso do profissional 1 noto que ainda está impregnado a ideia de triagem, que realiza apenas procedimentos mecanizados, baseados apenas em sinais e sintomas orgânicos. Já a profissional 4 demonstra outro olhar sobre o acolhimento, como um processo recepção e escuta do sujeito, e assim poder traçar linhas de cuidado a partir de sua necessidade (COELHO, 2008). O fato de todas as salas de acolhimento ficarem sempre abertas é muito positivo no acolhimento dos usuários, pois tem liberdade para falar com o profissional, então esse vínculo se estreita ainda mais somente pelo fato de retirar a barreira física, a porta.

“O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções” (BRASIL, 2006, p.25). Partindo desse conceito é interessante observar, no CS-Ipê na sala de espera da Unidade Central, o papel da funcionária (que tem a função de recepcionar e dar informações para os usuários) tem grande importância no processo de acolhimento, a funcionária constantemente é abordada pelos usuários, e o ato de recepcionar ou dar informações vai muito mais além, é observado realmente um acolhimento, uma construção de vínculo entre esses dois sujeitos. A funcionária aparece como a pessoa de referência para resolver problemas, tirar dúvidas, e atua com uma grande escuta qualificada.

A realização do trabalho em saúde depende desses encontros entre os usuários e os profissionais/funcionários, e como esse acolhimento é constituído nesse processo, de que modo essa conversa é encaminhada, na utilização dessa tecnologia para a produção das relações (TEIXEIRA, 2003). Então aponto que a funcionária tem um grande papel positivo no estabelecimento de uma rede de conversação, e apesar desse acolhimento ser muito abordado como papel central do profissional de saúde, é necessário que ele seja produzido por todos os funcionários do serviço, como é visto nesse caso, e noto que é algo saudável e fundamental para a criação de vínculo da comunidade com a Unidade. Apesar desse processo ter grande impacto, muitas vezes ele pode não ser percebido e aproveitado pela Equipe de Referência, rompendo assim o estabelecimento de um rede de conversação mais efetivo. Então seria ideal pensar em estratégias para utilizar esse vínculo e confiança processos (relação funcionária e usuário) para agregar informações dos usuários para Equipe, assim ajudando-a a pensar melhor em Projetos Terapêuticos Singulares, trazendo assim essa funcionária para dentro da equipe, de maneira indireta, mas para compartilhar informações em prol dos usuários, otimizando as práticas e valorizando esse acolhimento.

#### **6.1.2. Valores de Uso (re) produzidos, interesses e Necessidades Sociais.**

A CA é um processo que deve ocorrer em todos os espaços da Unidade Básica de Saúde, mas podemos observar que isso não acontece. Os profissionais de Saúde incorporam o dispositivo da CA (que depende de várias outras estratégias, como acolhimento, dinâmica e organização do trabalho, ambiência) na produção de seu trabalho de diferentes maneiras, que podem ser verdadeiras e eficientes ou inadequadas e mascaradas, ou seja, podem conseguir ou não produzir uma clínica que aborde o sujeito de maneira ampliada realmente. Essa incorporação é um tanto quanto curiosa de observar, por que será que alguns conseguem reproduzir e assimilar a importância de uma CA enquanto outros ainda ficam presos nos modelos tradicionais? Essa resposta não existe com exatidão, são questões muito subjetivas dos próprios profissionais, então é necessário pensar em formas de como afetar esses indivíduos sobre a importância dessa nova abordagem com o usuário. Será que “[...] bastaria apelar aos compromissos dos agentes com determinadas diretrizes éticas e morais, e, pronto, estaria resolvido o conflito”? (CAMPOS, 2013, p.126). É mais que evidente que não, os caminhos para transformar essa realidade envolvem os interesses, necessidades e valores sociais dos profissionais de saúde.

Existem diversas vias já evidenciadas para isso, como, educação permanente, pelo processo de apoio institucional ou até mesmo por motivação pessoal ou conscientização.

Outro ponto relevante é que a produção de saúde e os atendimentos as necessidades dos usuários, e assim o exercício de uma CA, estão diretamente ligados às necessidades e interesses dos próprios profissionais, que são os agentes de produção (CAMPOS, 2013). Captei duas falas interessantes de um profissional, quando discorre do seu processo de trabalho:

*“Chega o meu serviço, eu faço o que eu posso, e acaba meu compromisso”.*  
(profissional 11, entrevista)

*“Eu tive um problema de uma gestante que está diabética, e eu fui perguntar ao Ginecologista o que a gente podia fazer, ele disse “conversa com a nutricionista”, uai gente, eu acho que tinha que ter um entrosamento entre eles, e já essa paciente desde o início da gravidez deveria ter passado pra eles, eles já deveriam estar orientando a paciente. A paciente é que está correndo atrás, e a gente não sabe nem o que explicar pra paciente”* (profissional 11, entrevista).

Nessas falas é possível observar como se dá o interesse e necessidade desse sujeito com o seu trabalho, com seu papel de agente de produção, quando se diz “e acaba meu compromisso” ou “acho que tinha que ter um compromisso entre eles”, evidencia como esse profissional se coloca como indivíduo que está fora do processo de entrosamento e corresponsabilidade com a gestante. Faz-me pensar que papel esse profissional internalizou, e qual o interesse e necessidade dele em relação ao exercício de seu trabalho que reproduz esse não envolvimento ou corresponsabilização do processo, e assim o não exercício de uma CA. Isso não demonstra uma postura individualizada do profissional 11, ele se colocou como porta-voz desse tipo de conduta, que muitas vezes é naturalizado na prática de atenção a saúde, e que está relacionado com o valor social do trabalho, algo que se constrói a partir das experiências de cada sujeito, porém aparece com frequência na postura dos agentes de produção. Essas questões precisam ser colocadas dentro da Unidade, dentro de uma lógica de cogestão que coloca em evidência esses interesses, com a tentativa de discuti-los e ressignificá-los, para assim reproduzir uma clínica que acolha os usuários de maneira mais responsável, modificando os valores de uso produzido por esses profissionais, que ampliariam seu envolvimento com o trabalho. “A ligação do interesse do profissional com a produção de valores de uso e de troca seria estabelecida por intermédio do dinheiro e controle” (CAMPOS, 2013, p.131), noto isso durante a pesquisa



na postura dos trabalhadores em estar ali somente para receber o pagamento, e há uma ausência de olhar o trabalho como uma fonte de prazer e realização pessoal todo o interesse e desejo é focado na moeda de troca (dinheiro), o que acaba se tornando uma grande barreira no envolvimento do profissional em realizar um bom trabalho, pois seu objetivo e objeto é materializado somente em outra coisa, e não na comunidade, no usuário, no exercício de um CA.

Quando indagado sobre o que seria o exercício de uma boa clínica um dos profissionais disse:

*“Bom atendimento, integral, que eles falam que o SUS tem que ter o atendimento integral, como um todo do paciente né. Você tem que atender não só a queixa do paciente, (cita exemplo) o paciente chega com cefaleia, e você vai pesquisar o corpo todo do paciente, se está evacuando todo dia, se o xixi tá normal, se tá dormindo bem, a gente faz perguntas de forma geral” (profissional 10, entrevista).*

Então, vejo relação da produção de Valor de Uso que a Unidade Básica de Saúde e neste caso o CS-Ipê, reproduz. O Valor de Uso é caracterizado como uma produção que possui o potencial para atender necessidades de determinados sujeitos, e é resultado de aspectos históricos, sociais e das relações entre os sujeitos de acordo com cada contexto (CAMPOS, 2013). Como foi visto, a Atenção Básica durante muito tempo e até os dias de hoje, reproduz valores de uso pautados em tecnologias duras, ou seja, medicalização, protocolos, diagnósticos fechados, alta valorização de aspectos biomédicos. Com a fala acima podemos observar no discurso da profissional a reprodução de valor de uso distante dos pressupostos de uma CA, o profissional sugere que uma boa clínica é realizada com um atendimento integral, e que esse integral estaria focado majoritariamente em questões biomédicas e orgânicas, reproduzindo uma abordagem que exclui outros aspectos do sujeito, o que limita a resolutividade do atendimento, principalmente na Atenção Básica.

Essa discussão emerge uma questão fundamental, será que esse Valor de Uso é realmente capaz de atender a necessidades sociais reais (não as produzidas socialmente) desses usuários? Produzir algo que tenha valor de uso não quer dizer que é algo que irá suprir a necessidade social de uma comunidade, pode-se pensar que ela tem potencialidade para isso, porém isso não necessariamente irá acontecer (CAMPOS, 2013). Ainda utilizando o exemplo acima, o valor de uso produzido em seu reducionismo biologista, não necessariamente irá resolver o problema de um usuário que chegue no seu consultório com alguma patologia que seja por causas externas ao corpo, como pelo trabalho demais, ambiente familiar desorganizado ou mobilidade urbana deficiente, com essa abordagem o profissional provavelmente terá grande dificuldade de resgatar a causa (que não seja no corpo ou no comportamento) e poder intervir de algum modo.

## **CENA 2**

### **Atendimento Médico.**

Usuária é Idosa, que estava acompanhada pela filha e neto. Usuária veio para mostrar alguns exames, e se queixa de algumas feridas nas pernas e inchaço, médico a atende, faz algumas orientações, já no final do atendimento acontece o seguinte:

Méd. diz que não tem nada específico que possa passar, se referindo a medicamentos (já tinha dado orientações para diminuir inchaço, não coçar ferida e encaminhamento para Nefrologia), informa que é preciso esperar mais um pouco, porque não se sabe se as feridas são pelo fato da senhora estar coçando ou algo diferente.

Usuária se mostra espantada, e ela e a filha insistem que o Méd. passe pelo menos um “pomadinha”, médico então passa a receita da pomada, mesmo relatando que não tem necessidade.

Com a descrição da CENA 2, exponho que em alguns casos os próprios usuários estão condicionados a achar que a única forma de resolver suas questões de saúde é com medicamentos, pois existe um imaginário social que acredita que o corpo precise de um controle, de algo externo (CUNHA, 2010). Durante a observação desse atendimento, notei que a usuária não estava satisfeita em sair de uma consulta médica sem um medicamento para resolver sua queixa, mesmo com o médico relatando que essa possibilidade poderia não resolver, não sendo necessária naquele momento. Mesmo o médico elaborando outras intervenções, como as orientações e encaminhamento, a usuária não se mostrou satisfeita, e

isso é impacto da produção de valor de uso que as unidades básicas de saúde produziram e ainda produzem. Isso evidencia certa forma de pensar: se sempre me disseram e me passaram medicamentos para resolver questões de saúde, porque não irão passar agora? Se não passar não vai resolver. Isso abre uma reflexão sobre a concepção do cuidado (ato de cuidar) da usuária, que reproduz a ideia que o cuidado é pautado apenas no cuidado técnico/científico (cuidado visível), que está relacionado a procedimentos e protocolos, não se dando conta do ato de cuidar invisível que toma uma noção de singularidade, deixando o núcleo biomédico e transitando sobre os outros campos dos sujeitos. Essa discussão relaciona-se um imaginário cultural que a própria instituição saúde desenvolve para os usuários, que valoriza e enfatiza muito mais os cuidado sobre a doença, e não sobre o indivíduo (integral) (MAFFIOLETTI, LOYOLA e NIGRI, 2006).

A sociedade civil funciona a partir de saberes gerados por experts, ou seja, sujeitos com suposto saber com um maior grau de conhecimento sobre os processos e estruturas da sociedade, então os serviços são administrados a partir desses intelectuais, assim “ [...] sua quantidade, sua qualidade, sua necessidade, sua conveniência, tudo é decidido pelos *experts*, é arbitrado por quem se supõe que saiba e conheça sobre o assunto” (BAREMBLITT, 2002, p. 14). Partindo disso vemos que socialmente existem alguns valores que foram e são produzidos pelos profissionais, intelectuais e experts da área da saúde, que durante anos apresentam um saber e uma clínica centrada em medicalização e conceitos biomédicos, a civilização acaba por enraizar em seu saber que essa seria a alternativa mais eficiente para resolver questões relacionadas à saúde. Isso é observado cotidianamente com a superlotação em serviços de Pronto Atendimento por usuários com questões que poderiam ser resolvidas na Atenção Básica, pois o pronto atendimento tem uma postura que é altamente medicamentosa e rápida, mas que não resolvem questões de saúde coletiva e geram grandes custos para o estado. Então, vemos que os aspectos biomédicos, centrados em intervenções reducionistas, não estão somente nas posturas profissionais, caberia aos profissionais se adequarem aos novos saberes e dispositivos e realizarem maiores investimentos em tecnologias leves, como o exercício da própria CA, e assim transformando o imaginário social sobre os processos de saúde, levando essas novas abordagens aos usuários.

### **CENA 3**

Durante a observação na Sala de Espera alguns comentários sobre o fato do Méd. demorar nos atendimentos.

Usuário A: essa méd. parece que demora (comentam que a Méd. demora em cada atendimento).

Usuário B: leva 2 horas para atender uma pessoa (ironiza).

Usuária C: Esse méd. é novinho, devagar ainda.

Usuário D: Tem que conversar, tem médico que só olha e manda embora.

Algo que evidenciei constantemente na sala de espera foi a inquietação dos usuários com o fato do atendimento médico demorar, os atendimentos que foram observados demoraram em média 25 minutos, chegando até 40 minutos. Ainda partindo sobre o tema tratado anteriormente, na CENA 3 ainda podemos observar a busca de muitos usuários por um Pronto Atendimento, aspecto que tem que ser trabalhado a partir da postura dos próprios profissionais, intervir também na percepção desses sujeitos sobre o que seria um bom atendimento. O Usuário C, por exemplo, supõe que a demora é pelo fato do profissional não ter ainda tanta experiência e agilidade, então no cotidiano da Unidade deve-se tentar esclarecer o porque da necessidade de um atendimento mais longo. Os indivíduos “acham que necessitam daquilo que os experts dizem que elas necessitam e acham que pedem o que querem e como querem, mas, na verdade, precisam, querem e pedem o que lhes inculcam que devem necessitar, desejar e solicitar” (BAREMBLITT, 2002, p. 16 ), então destaco observar que esse comportamento do usuário se dá por uma própria reprodução dos Centros de Saúde com modelos tradicionais administrados por experts que introduziram essa lógica pautada no Pronto Atendimento durante muito tempo, e ainda introduzem, porém que atualmente existem comprovações que esse não é um modelo que se encaixe na Atenção Básica, e existem estratégias para superar esses modelos hegemônicos, e essa superação é necessária tanto para os profissionais e usuários. Já o Usuário D não questiona a demora, ele reconhece a importância de um atendimento longo, e a partir de sua experiência compreende que essa forma de assistência se dá de maneira mais eficiente.

As Necessidades Sociais são construídas a partir do que se é ofertado (do valor de uso produzido). Se sempre foi oferecido o remédio e uma lógica de Pronto Atendimento como atenção à saúde, a usuária vai querer essas estratégias, e vai estranhar e desqualificar

outras abordagens. De acordo com CAMPOS (2013, p.76) “as necessidades sociais, como o próprio termo indica, são mais resultado da dinâmica histórico-social do que atributo particular de Sujeitos”, sendo assim, as necessidades são constituídas a partir de um processo dominante, que se é imposta e reproduzida sobre esses sujeitos. Essa afirmação não estabelece que nessa movimento não há desejo e interesse dos sujeitos, mas por muitas vezes esses são corrompidos por mecanismos que os alteram em prol de interesses institucionais. Então necessidade do medicamento foi algo incorporado nos sujeitos a partir da história da construção da assistência a Saúde, e cabe ao Estado, instituições, serviços e sujeitos envolvidos nessa trama, reproduzir e mostrar novos caminhos para saúde para esses usuários, o que já é algo estabelecido pela Política Nacional de Humanização e a ESF.

#### **CENA 4**

Visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Durante a Visita de Cadastro da Família, o ACS pega a Ficha de Cadastro realiza o questionário dos critérios (se tem gestante, quantas pessoas residem, se tem histórico de doença, entre outros) que ali precisam ser preenchidos e finaliza a visita.

#### **CENA 5**

Visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Durante as Visitas, o ACS não se fixa na Ficha de questões, realiza um diálogo perguntando sobre as questões de vida do sujeito, abordando também o que conta no protocolo, os usuários falam sobre outros aspectos de sua vida, além de questões direcionadas e fechadas.

O ACS é um profissional de saúde que reside na própria comunidade e que faz parte da equipe de saúde, seu papel é estabelecer uma ponte entre esses dois pontos (comunidade e equipe de saúde), formando e fortalecendo esses vínculos, o ACS deve estar sempre atento as necessidades da população assistida e auxilia-la no empoderamento sobre suas questões de saúde (FURLAN, 2008). Ou seja, é um agente fundamental na construção de laços entre a comunidade e a Atenção Básica. Sendo assim, podemos concluir para que esse ACS realize sua atividade com eficiência é imprescindível a construção de vínculo e

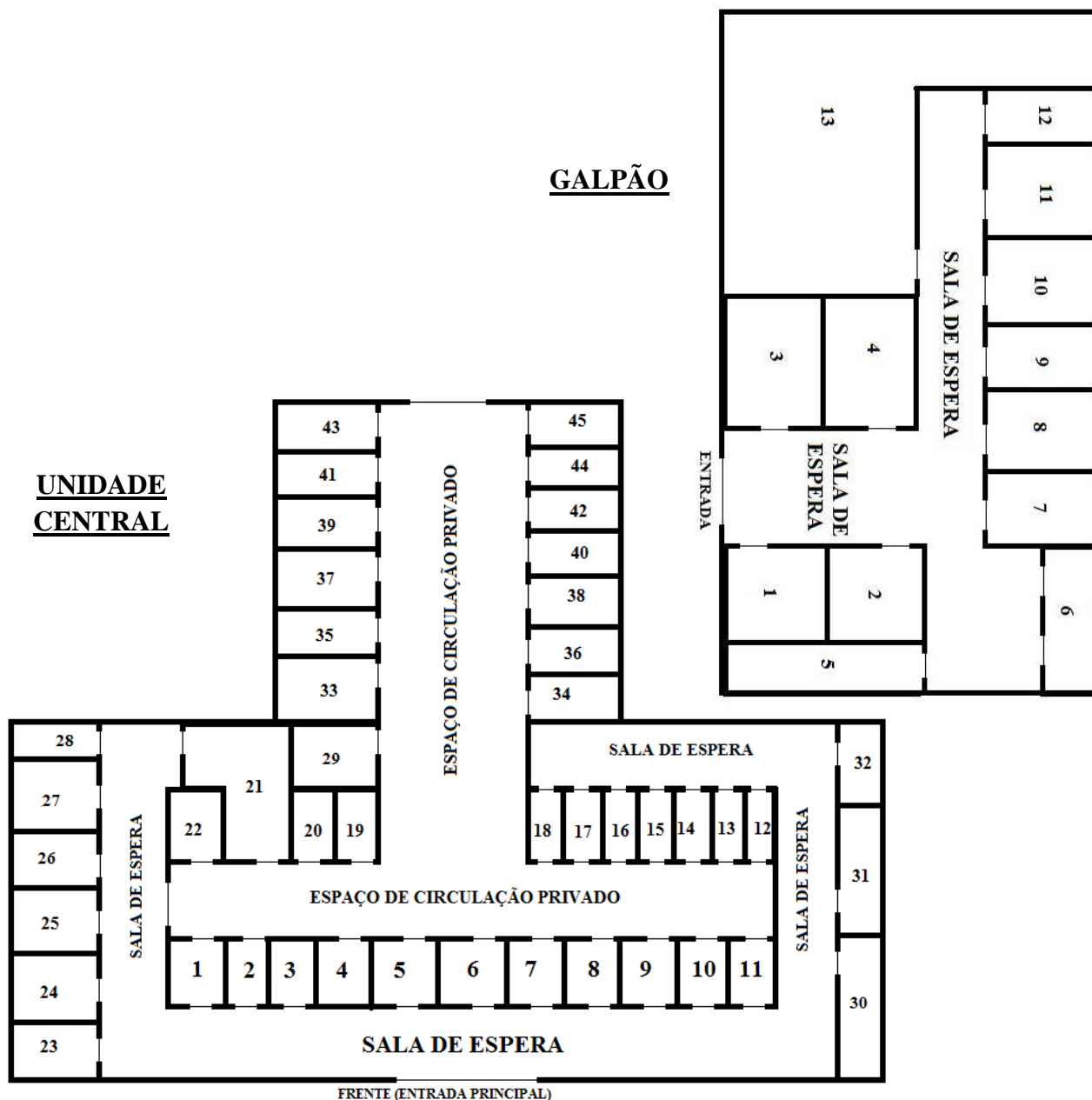
empatia com a comunidade, e essa construção se dá a partir do cotidiano de trabalho, porém podem ter algumas barreiras para isso. Nas CENAS 4 e 5 podemos observar duas distintas posturas, uma mais compartilhada, com as tecnologias Leves, pautadas nas relações, escuta qualificada e fortalecimento de vínculo, como pode ser visto no CENA 5. A CENA 4 demonstra como pode ser limitada a construção de vínculo, que é essencial em todos os momentos, principalmente na realização de um cadastramento de uma nova família, o ACS não exerceu empatia com o usuário, e não constituiu um dialogo aberto, para ter acesso a outras informações não protocoladas. Essa CENA ainda reflete a discussão sobre o valor de uso que os profissionais tem como correto a ser reproduzido, que podem limitar intervenções que impactam nas reais necessidades sociais dos usuários e não contemplam uma CA. Acredito que isso é gerado pela própria cultura biomédica na saúde, como sempre pontuo, mas também pela própria formação profissional que não coloca como importante o olhar ampliado, que não prioriza as Tecnologias Leves como fatores essenciais no exercício do trabalho em saúde.

### **6.1.3. Ambiência**

Durante a observação do CS-Ipê as questões de Ambiência chamaram atenção, principalmente quando realizei uma comparação entre a Unidade Central e o Galpão nos processos relacionais dos sujeitos. Ambiência diz respeito à organização do espaço físico do ambiente de saúde, considerando-o como espaço social, profissional e de circulação de relações entre sujeitos, esse espaço deve ser capaz de acolher de maneira humanizada as pessoas que ali frequentam (BRASIL, 2010). Existem três eixos que a Ambiência deve seguir: primeiro, o espaço deve visar o conforto e privacidade dos indivíduos (profissionais e usuários), valorizando os elementos (cor, iluminação, cheiro, som, morfologia) do ambiente; segundo, o espaço deve ser favorável para a produção de subjetividade, que permita o encontro entre pessoas de maneira positiva, a partir da reflexão sobre os processos de trabalho; e em terceiro, um espaço que seja funcional, favoreça o trabalho e utilização dos recursos. Esses são os eixos que orientam a ambiência de um serviço de saúde, para que tenha impactos positivos nos processos de assistência à saúde da comunidade.

O CS-Ipê é constituído por dois espaços, como já foi dito anteriormente, a Unidade Central, que foi inaugurada em 1985 e o Galpão, que é um espaço constituído juntamente com a implementação da ESF, foi inaugurado em 2012. Foram realizadas observações nas

Salas de Espera desses dois espaços, e alguns aspectos chamaram atenção, referentes às relações entre os usuários, entre usuários e profissionais, questões que parecem estar relacionadas aos elementos que constituem o espaço, ou seja, as diferenças de como esses espaços impactam na produção dos sujeitos de forma distintas. Para abordar esses aspectos de maneira mais concreta, podemos observar a Figura 1- Planta dos espaços do CS-Ipê – Gama –DF (Unidade Central e Galpão).



**FIGURA 1 – Planta dos espaços do Centro de Saúde Ipê-Amarelo – Gama –DF (Unidade Central e Galpão). Não se trata de uma Planta fiel do CS-Ipê, apenas um esboço desenhado pelo pesquisador para subsidiar a Exposição dos Resultados e a Discussão do presente trabalho.**

### GALPÃO :

- |                         |                             |
|-------------------------|-----------------------------|
| 1. ACOLHIMENTO EQUIPE D | 9. CONSULTÓRIO 3            |
| 2. ACOLHIMENTO EQUIPE C | 10. CONSULTÓRIO 4           |
| 3. ACOLHIMENTO EQUIPE B | 11. CONSULTÓRIO 5           |
| 4. SALA DE REUNIÃO      | 12. SALA DE MEDICAÇÃO       |
| 5. COPA                 | 13. DEPÓSITO DE PRONTUÁRIOS |
| 6. BANHEIROS            |                             |
| 7. CONSULTÓRIO 1        |                             |
| 8. CONSULTÓRIO 2        |                             |

### UNIDADE CENTRAL:

- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| 1. FARMÁCIA                                   | 23. NÃO IDENTIFICADA          |
| 2. SALA DE COLETA                             | 24. ACOLHIMENTO EQUIPE E      |
| 3. VACINA                                     | 25. VIGILÂNCIA                |
| 4. SETOR ADMINISTRATIVO                       | 26. CONSULTÓRIO 4             |
| 5. GUICHÊ DE ATENDIMENTO                      | 27. ESCOVAÇÃO                 |
| 6. CONSULTÓRIO 3                              | 28. BANHEIRO                  |
| 7. CONSULTÓRIO 1                              | 29. ALMOXARIFADO              |
| 8. CONSULTÓRIO 2                              | 30. BANHEIRO                  |
| 9. ACOLHIMENTO EQUIPE A                       | 31. BANHEIRO                  |
| 10. EPIDEMIOLOGIA                             | 32. NEBULIZAÇÃO               |
| 11. GINECOLOGIA                               | 33. ADMINISTRAÇÃO             |
| 12. GINECOLOGIA                               | 34. DEPÓSITO DA ADMINISTRAÇÃO |
| 13. SALA DE MEDICAÇÃO                         | 35. GERÊNCIA                  |
| 14. ACOLHIMENTO EQUIPE G                      | 36. DEPÓSITO                  |
| 15. ACOLHIMENTO EQUIPE F                      | 37. CHEFIA DE ENFERMAGEM      |
| 16. ACOLHIMENTO PEDIATRIA                     | 38. MATERIAL DE LIMPEZA       |
| 17. PEDIATRIA                                 | 39. RECURSOS HUMANOS          |
| 18. CURATIVO                                  | 40. SALA DE REUNIÃO           |
| 19. EXPURGO                                   | 41. ELETROCARDIOGRAMA         |
| 20. ESTERILIZAÇÃO                             | 42. COPA                      |
| 21. ODONTOLOGIA                               | 43. VESTUÁRIO                 |
| 22. NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) | 44. BANHEIRO                  |
|   | 45. BANHEIRO                  |

Partindo da análise da Figura 1, é visto que os dois espaços são muito diferentes entre si, sendo assim foram observados diferentes impactos no processo de CA de acordo com cada configuração de espaço. Na Unidade Central é uma estrutura onde no centro fica a maioria dos serviços e nas bordas a sala de espera, já no galpão é o contrário. Observei que no Galpão as relações são estabelecidas com mais estreitamento, os usuários conversam mais entre eles, trocam experiências, falam do dia a dia, dos acontecimentos da comunidade, entre outras coisas, e isso acontece de maneira mais intenso. Pude deduzir que isso se dá pela forma que a Sala de espera é organizada, na Unidade Central existem bancos encostados nas paredes, onde os sujeitos aguardam, além de ser uma estrutura que remete o ambiente de um hospital, como o piso, as paredes, um ambiente “frio”. Já o Galpão a sala de espera fica no centro, são disponibilizadas cadeiras de plásticos para os usuários aguardarem, tem-se a impressão que eles têm maior autonomia no espaço, e por ser um espaço menor os sujeitos ficam mais próximos. A ambiência provoca reflexão dos sujeitos sobre a dinâmica e o processo dos espaços, pode demonstrar uma postura mais



acolhedora e promotora de subjetividade, ou um ambiente de processos mecânicos e direcionados, que não possibilita e facilita o estreitar do vínculo entre todos que ali estão (BRASIL, 2010).

Isso também foi observado nas relações entre usuários e profissionais, na Unidade Central a integração entre esses dois sujeitos acontece de maneira limitada, e como podemos observar na Figura 1, isso pode acontecer pelo fato da estrutura centralizar os profissionais e possuir um espaço de circulação privada, somente para servidores e funcionários. Então, os profissionais não circulam no espaço de espera, não há o encontro natural entre eles e os usuários, eles possuem um espaço protegido. Já no Galpão os profissionais não possuem um espaço privado para circulação, para isso acontecer é necessário que eles passem pela Sala de Espera, isso possibilita um encontro maior entre esses sujeitos, mesmo que de certa forma obrigatório, mas acontece de maneira positiva. De acordo com Guattari e Rolnik (1996, p. 31), a “[...] subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo. [...] a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social.”, sendo assim podemos concluir que essa produção se dá a partir do encontro entre os sujeitos, e isso acontece no espaço do Galpão, já na unidade central esse processo se limita a partir do momento que o encontro não acontece. Quando questionados sobre como sentiam-se na sala de espera (usuário galpão) e o que seria um bom atendimento em saúde (usuário unidade central) dois usuários responderam:

*“É um lugar bom, bem arejado, dá pra esperar tranquilo. Espera dura uma meia hora mais ou menos” ( Usuário da Equipe localizada no Galpão, entrevista).*

*“Eu acho assim, que a pessoa tinha que vir aqui, o profissional tinha que conversar mais com as pessoas que estão por aqui (sala de espera), ser melhor atendida na sala de espera, que o profissional tem que atender bem” (usuário de Equipe da Unidade Central, entrevista).*

As questões colocadas se evidenciam nas duas falas, como podemos ver acima o usuário do Galpão relata se sentir bem tranquilo na sala de espera, caracteriza como arejado, confortável para a espera, já o usuário da Unidade Central relata a necessidade de ser melhor acolhida pelos profissionais na sala de espera.

Devemos levar em consideração também a época em que foram inaugurados essas construções, a Unidade Central do CS-Ipê surgiu em 1985, onde os Centros Postos de

saúde tinha como objetivos prioritários o aumento da saúde, com a redução e controle de doenças na comunidade, e contavam com médicos semi-especialistas (pediatras, clínicos e ginecologistas), enfermeiros e outros profissionais, com o modelo de trabalho pautado em Ações Programáticas de Saúde (COELHO, 2008). Já o Galpão, mesmo sendo um espaço que foi construído de forma provisória, já foi dividido para alocar as Equipes da Estratégia de Saúde da Família, então isso contribuiu para se pensar em um espaço mais acolhedor. A ambiência contribuiu de maneira decisiva no processo de produção desses sujeitos, porém as limitações que existem na Unidade Central podem e devem ser superadas lançando mão de outros dispositivos para estreitar e fortalecer essas relações.

## **6.2. Gestão e Apoio Institucional no Cotidiano**

Como já foi dito anteriormente o CS-Ipê faz parte do Apoio Institucional, que se trata de espaços de formação-intervenção disparados pela pesquisa-intervenção Cartografia, em que o Coordenador é integrante dos Colegiados Ampliados com as Regionais de Saúde participantes da proposta. Esse processo tem como objetivo promover espaços de discussão de casos, troca de experiência, avaliação de intervenções em andamento, análise de processos de trabalho, aportes teórico-metodológicos de acordo com necessidades pactuadas, devolutiva das narrativas-acontecimentos, sistematização de conhecimentos acumulados no grupo de apoiadores participantes e produção de textos coletivos. A partir do momento que o Coordenador esteve inserido nesses espaços, ele se torna um Apoiador Institucional, pois a lógica desse método prevê a construção de um espaço democrático, onde é construído pelos vários atores e que tem o objetivo de formar Apoiadores para que eles possam reproduzir isso no cotidiano do seu serviço. Ou seja, não se trata de receber um Apoio externo, os próprios sujeitos produzem uma roda de Apoio simultâneo a partir das diversas estratégias lançadas no espaço, assim todos são Apoiadores.

Para dar início nessas questões, é exposta a definição de Gestão segundo Campos (2007, pag. 165), em seu livro Saúde Paidéia:

A gestão é um modo de racionalizar meios para atingir um fim (função administrativa clássica), mas é também uma forma de democratizar o poder (controlar o estado e o governo, ou os excessos dos distintos corporativismos), bem como motivar e educar os trabalhadores.

Gerenciar uma Unidade de Saúde implica em lidar desde aspectos políticos até aspectos pautados nas relações-interpessoais, então é necessário saber operar com diversos saberes, interesses, organizações, necessidade sociais, produção de valor de uso, diretrizes, dispositivos, mudanças, entre outras coisas, e esses quesitos podem não funcionar em total harmonia (CAMPOS, 2013). Assim nasce a necessidade do Apoio Institucional para os serviços de saúde, ou seja, a inserção do Método da Roda para a produção de um sistema de cogestão, capaz de lidar com os desafios e conflitos de maneira real, e assim harmonizando esse espaço de produção de saúde, e as trabalhando as relações de seus diversos agentes e usuários, pensando nesses como sujeitos subjetivos, com necessidades, desejos e interesses.

Percebi que no CS-Ipê a organização e a dinâmica do trabalho se diferem muito entre as Equipes de Saúde de Família, cada equipe é uma Unidade de Produção, tendo como características, lugar que produz ações de intervenção a questões de saúde da comunidade e que geram produtos relativamente bem definidos, essa combinação trabalho e produtos definem uma Unidade de Produção de Saúde (FRANCO, 2003). Então, cada Equipe traz essas características e funcionam de maneira particular, por exemplo, algumas equipes possuem “caderno de espera” para marcar as consultas dos usuários, outros já não utilizam, já marcam direto a cada semana, refletindo assim como se organizam de maneiras distintas. Essas Equipes são constantemente supervisionadas e direcionadas, mas possuem certo grau autonomia sobre o seu trabalho, e isso acontece também pelo fato desses espaços estarem acontecendo a partir de diversos profissionais diferentes, com características distintas de prática de trabalho e de estabelecimento de relações, ou seja, que integram seus saberes e práticas de maneiras diversas, e conseqüentemente isso irá integrar de maneira particular os diversos processos produtores de saúde de cada unidade de produção.

Essas Unidades de Produção constituem o serviço, e possuem uma relação muito forte entre si, e com os outros agentes, como a chefia de enfermagem, equipe de vacinação, coordenador da unidade, entre outros. Então conclui que o CS-Ipê é uma Unidade que está submersa dentro de vários processos de trabalho, produzindo o encontro entre diversos sujeitos, e assim produzindo subjetividade, porém essa teia complexa gera muitas questões que precisam ser administradas, resolvidas e discutidas, ou seja, precisam ser colocados em roda. Dessa forma não é simples o processo de Gestão desse serviço, e para orientar e

discutir as formas de enfrentamento e resolução desses processos de forma mais democrática que o Coordenador é parte do processo de Apoio Institucional.

Durante a entrevista o Coordenador da unidade expõe as seguintes opiniões sobre o impacto do Apoio Institucional na Unidade:

*“O Apoio Institucional vem como uma luz que vem iluminar esse caminho a ser percorrido, então é uma orientação de estratégia, de fundamentação teórica, de trazer práticas exitosas de outros lugares para a gente poder falar” (Coordenador, entrevista).*

*“A mudança, eu falo por mim, da importância qualitativa, de você poder estar em contato e conhecer ferramentas que eu nem sabia que existia de gestão, dispositivos que eu posso lançar mão pra ajudar nos processos de trabalho da equipe [...] também certa autonomia para buscar essa minha educação. [...] traz uma certa capacitação, aperfeiçoamento, atualização, que fica internalizada[...].” (Coordenador, entrevista).*

Já quando questionado sobre como o Apoio se dá no Cotidiano da Unidade disse:

*“Agora como replicando, é outro grande salto, como fazer isso dentro da nossa realidade [...]” (Coordenador, entrevista).*

*“[...] mesmo tempo eu faço o papel do Gestor com todas suas competências, e de certo modo de Apoiador, elas não se contradizem, mas no sentido de você esta tendo tempo qualitativo e quantitativo, isso aí o gestor não tem todo esse tempo, porque esse configuração de uma equipe auxiliar do gestor de uma UBS esta defasada, então precisa ter outros cargo pra essa nova realidade, e um desses cargos que acho que seria interessante, é dessa pessoa mesmo que pudesse se um Apoiador Institucionalizado dentro da AB” (Coordenador, entrevista).*

Nas falas que o Coordenador expõe sua percepção sobre o impacto do Apoio, ele o caracteriza como um dispositivo que serviu para iluminar sua forma de trabalhar, então parte do objetivo do Apoio está sendo alcançado, que é aumentar a capacidade de direção dos sujeitos, e entender a capacidade de análise e intervenção sobre os processos de trabalho, oferecendo e discutindo novos caminhos para isso (CAMPOS, 2013). Porém, nota-se que quando questionado como a reprodução do apoio no cotidiano, ele expõe que

uma das maiores dificuldades é auto-aplicar os métodos de cogestão em sua própria Unidade de Saúde, pois realiza o apoio de um lugar de poder, portanto existe o desafio de ser capaz de ampliar sua capacidade de gerenciar para além de controlar, fiscalizar ou dar ordens, mas também apoiar partindo do objetivo de reformular o tradicional modelo de gestão (CAMPOS, 2007). Ele se empodera dos pressupostos essenciais do processo, porém há uma grande barreira em compartilhar esse papel com o de coordenador/gerente, segundo CAMPOS (2007, p. 93/94) um gerente ou coordenador “têm mais poder, em compensação estão amarrados a maior compromisso com a eficiência e eficácia organizacionais. Sempre que ingressam em uma roda o fazem com esse viés”. Esse poder que já é naturalmente direcionado ao Coordenador pode gerar um conflito entre os interesses e objetivos reproduzidos por ele, pois ele é direcionado por diretrizes que podem não priorizar um processo de Apoio, podendo gerar também sobrecarga e ainda constituir uma barreira nas relações entre ele, os profissionais e usuários. Há um desafio em desenvolver seu papel como coordenador a partir da lógica do Apoio e não das formas de gerir tayloristas.

Ainda sobre a questão de como o Apoio é replicado na Unidade o Coordenador coloca:

*“[...] nós ainda temos uma estrutura de uma AB tradicional. E eu acho que é muito importante esse recurso humano fazendo a ligação da gestão com as chefias, dando esse Apoio Institucional de modo mais permanente com as equipes, porque infelizmente eu não tenho tempo, pois tenho que cumprir minha função inicial que é a de gestor, mas enfim, não vou ficar esperando esse servidor aparecer, se é que vai aparecer um dia, então a gente precisa estar de certa forma acumulando e tentando utilizar, mas de modo algum ser apoiador não é contraditório e nem dificulta minha gestão, mas o impacto desse 'Apoio' poderia ser muito maior se tivesse uma equipe maior” (Coordenador, entrevista).*

Atenta-se as duas últimas falas expostas acima do Coordenador sobre o Apoio no cotidiano que coloca a ideia do Apoio ser exercido de uma maneira permanente, que tivesse um agente institucionalizado na própria Unidade, constantemente interferindo nos processos, ideia que vai contra a proposta do Apoio Institucional e do projeto no qual faz parte. A proposta é que realmente esse coordenador incorpore em suas práticas novos olhares sobre a gestão, que consiga replicar isso no cotidiano da gestão e afetar os profissionais e usuários sobre uma gestão participativa, compartilhada e corresponsabilizada. Sua principal questão é a falta de tempo, e afirma que realmente ser

gestor e apoiador não são tarefas que se contradizem, porém apresenta muita dificuldade em concretizar isso. Acredito que o que realmente limita esse processo é ausência de uma parceria mais consolidada com as outras chefias do serviço (Chefias das equipes, da enfermagem, da Administração e da Avaliação, Regulação e Controle do Prontuários). Seria necessário um apoio completo e preparado, dentro do próprio serviço e entre os próprios agentes, para o ajudar no compartilhamento de tarefas e possibilitar uma interação mais intensa com os profissionais, principalmente aqueles mais distantes da coordenação geral, como o ACS, os técnicos de enfermagem, entre outros, no âmbito da produção de uma cogestão. E isso depende de como o Coordenador afeta/aciona os outros agentes para essa mobilização acontecer.

Uma saída seria intensificar e utilizar de melhor maneira os espaços de Reunião de Chefias, levando a metodologia do Apoio para esses espaços, introduzindo esses sujeitos à cogestão, além disso, intensificar e organizar novas reuniões do Colegiado de Gestão da Unidade (que até o momento tinha ocorrido apenas uma), com as chefias e representantes dos servidores, para aproximar esse novo olhar também para esses sujeitos, e assim ter mais indivíduos empoderados desse dispositivo para auxiliar e fortalecer esse processo dentro da instituição, aproximando todos desse saber, apropriando e corresponsabilizando-os, colocar em análise a circulação de afeto, conhecimento e poder que acontecem na instituição (CAMPOS, 2007). Isso é fundamental para dar certo, pois se observa na CENA 6 abaixo, que na Reunião de Equipe somente o coordenador foi passível de diálogo e democratização do saber, já a postura da outra chefia foi totalmente fechada para discussão e acordos, ignorando todas as opiniões da equipe, fechando-se para qualquer outra possibilidade de maneira rígida. Isso gerou a necessidade dos ACS levarem para uma instância maior uma questão que poderia ser resolvida na micropolítica da instituição. Então a lógica de cogestão esta refletida somente na postura do coordenador e não dos outros agentes.

## CENA 6

Durante Reunião de uma Equipe, com Chefia de Enfermagem e Coordenador Geral, pois queriam passar uma informação, geralmente não participam.

Coordenador chegar e comenta que houve uma reunião com a DIRAPS ( Diretoria de Atenção Primária à Saúde) da Regional de Saúde do Gama e estavam debatendo sobre a consolidação da ESF. Relembrou sobre o Diagnostico Situacional realizado por algumas equipes, sobre a importância da Atualização dos cadastros das Famílias de cada Equipe. E avisa que pelo fato de algumas Equipes não estarem realizando a atualização corretamente, será solicitado a Atualização cadastral, começando do O, a partir do dia atual (não poderia aproveitar cadastros realizados no dia anterior). Os ACS são os que realizam o cadastro.

Equipe: questiona essa demanda, e falam que não deveriam ser punidos pelo erro de outras equipes, mostram diversas barreiras (ACS que vão entrar de férias, sobrecarga de trabalho, demora do cadastro) para fazer isso, e tenta fazer acordos, como não zerar completamente, aproveitar ao menos os mais recentes.

Chefe de enfermagem: Se mostra fechada a qualquer outras alternativa, diz que o compromisso traçado é Zerar, e sendo assim todos irão Zerar. Quando questionada ela repete essa informação

Coordenador: Explica a importância da Atualização de cadastro para a equipe se apropriar do território, porém a equipe ainda não se convence. Ouve as propostas de alternativas da equipe, e tenta acordar com a Chefe, porém a Chefe não se mostra aberta nem para ele e nem para equipe.

Final: Os ACS procuraram o sindicato, que articularam com a DIRAPS, que reformulou novas demandas, que foram separar cadastros atualizados dos últimos 6 meses e verificar 30% desses, observando se os dados estão corretos.

Durante a realização das perguntas o coordenador caracteriza a Gestão do CS-Ipê da seguinte forma:

*“A gente tá trabalhando muito na lógica que a gestão, ela tem que ser trabalhada coletivamente, quando mais as decisões, os problemas, os temas são discutidos de uma maneira democrática, em que todos possam colaborar, as soluções vêm mais fáceis e todo mundo se corresponsabiliza em está resolvendo os problemas” (Coordenador, entrevista).*

Há um reflexo no discurso e no exercício da função dos Profissionais de Saúde dessa dificuldade em colocar em prática uma lógica de cogestão. Apesar do Coordenador da Unidade caracterizar a gestão como uma democrática e participativa, como mostra a fala acima, nas falas dos profissionais isso não é identificado. Observei nos discursos abaixo como os profissionais caracterizam seu papel no âmbito da gestão da Unidade, de maneira ainda limitada, e semelhante à racionalidade gerencial hegemônica, onde é constituído por um núcleo de poder, e seu papel fundamental é realizar as atividades que são atribuídas pela chefia, há uma separação entre quem pensa e quem executa as tarefas, os profissionais não são inseridos ou não se sentem inseridos em todas as etapas como diz a prof.5 (CAMPOS, 2013). As prof. 7 e 11 dizem respectivamente, “assim no âmbito da gestão eu procuro não dá trabalho, não ser um funcionário problema” e “só para cumprir tarefas”, o que caracteriza o modelo tradicional de gestão, onde o sujeito abdica de seus desejos, interesses e opiniões, por achar que na instituição seu dever é apenas executar normas e alcançar objetivos estranhos a ele, então esse indivíduo não é colocado como parte do pensar, planejar e organizar.

Quando questionados sobre qual seria seu papel no âmbito da gestão, e como seu trabalho interferia na organização da Unidade alguns profissionais responderam:

*“A gente não tem muito, é mais fazer, a gente dá até algumas opiniões, mas não resolve muito, a gente fica mais na retaguarda, a gente não tem muito acesso” ( Prof. 5, entrevista).*

*“Não, assim no âmbito da gestão eu procuro não dá trabalho, não ser um funcionário problema, mas em termos de gestão a gente não se envolve nas decisões deles” (Prof. 7, entrevista).*

*“Não, porque assim, a gente está aqui só pra cumprir tarefas, então não faz diferença” (Prof. 11, entrevista)*

*“Sim, acho que todos participam pra organização do trabalho. Muitas decisões ou sugestões são discutidas na equipe, o que a gente pode mudar no âmbito da equipe a gente vai mudando, e o que depende da gerencia a gente manda documento, e eles mandam a resposta” (Prof. 4, entrevista).*

Ainda analisando as falas acima, o Prof.4 revela que existe realmente uma autonomia no âmbito da equipe, em modificar seus processos de trabalho, porém de



maneira bastante limitada, pois não há uma participação efetiva na gestão geral da unidade, então se o processo depender do Coordenador geral da Unidade, as coisas podem não acontecer. Durante a observação notei que o contato entre as chefias/coordenação e equipe muitas vezes ocorrem por meio de um Documento ou Informes Circulares (que avisa alguma mudança nos processos de trabalho), e não há espaço para o encontro. Isso pode impactar negativamente na relação desses sujeitos, pois em seus discursos evidencia-se a necessidade que possuem uma aproximação física maior com coordenação, o que pode ser trabalhado com mais reuniões do Colegiado, como espaço de aproximação e discussão das relações, do trabalho e das mudanças. É imprescindível que a percepção da importância de uma cogestão não parta apenas do coordenador da unidade, mas que ele consiga acionar as pessoas para essa nova forma de gerenciar. Nenhum dos Profissionais entrevistados tem conhecimento sobre o Apoio Institucional que coordenador participa, se quer sabem o que isso significa, então esse processo pode partir do compartilhamento com os profissionais que isso ocorre e da importância para o serviço e para eles mesmos, e colocarem esses sujeitos como produtores e responsáveis nesse movimento.

A Alienação Formal, que é consequência da exclusão da classe trabalhadora do poder, pelo fato da organização pertencer ao Estado (representada pelo poder do governo, instituída por lei), ou seja, nessa concepção a instituição não pertence aos agentes de produção e sim a outros indivíduos com poder maior. No serviço analisado essa alienação Formal ( resultado de um poder natural de posse do Estado sobre o serviço) é transformada na Alienação real, que ocorre quando há uma segregação no cotidiano entre indivíduos que gerenciam, planejam e organizam o processo de trabalho e indivíduos que exercem o trabalho(que estão na prática), como prescreve o modelo de gestão tradicional (CAMPOS, 2013). Esse acontecimento impossibilita a participação e autonomia dos trabalhadores, e limita a construção de vontade e aproveitamento do potencial de sugerir novos caminhos, essa lógica impede o exercício de uma cogestão, ainda de acordo com Campos (2013, p.27) essa transformação ocorre “[...] por meio da mediação de métodos autoritários de gestão, que concretizam e cristalizam a primeira separação instituída pela lei e pela força; produzindo, então, por sua vez, uma separação funcional, a aqui denominada Alienação Real”. Pode-se notar essa alienação expressa nas falas abaixo, onde os profissionais sempre colocam a gestão como uma prática que não é sua, e sim somente do Coordenador, não há envolvimento nesse processo. Observa-se nitidamente a limitação

do contato, por exemplo, pela distância das salas, por informes circulares, que são estratégias que não formam vínculos e não aproximam os profissionais da gestão.

Os profissionais descreveram suas relações com a Coordenação da Unidade da seguinte maneira:

*“Não existe entrosamento, não existe trabalho, eles fazem as funções deles por lá, aí a gente desempenha a nossa [...]. [...] às vezes chegam pra gente muitos informes circulares, e só, mas assim, não tem uma reunião. [...] entra profissional e sai de profissional da Unidade, e a gente só fica sabendo pelos corredores, não tem contato, não tem entrosamento” (Prof. 11, entrevista)*

*“[...] ele passa o que tem que ser feito, nós fazemos, e pronto” (Prof.9, entrevista).*

*“[...] não tem esses contatos todos, porque sempre a gente fica pra cá, e eles pra lá, é muito longe as salas, não tem muito contato direto” (Prof. 6, entrevista).*

Segundo Moura (2003) uma Instituição de Saúde a partir de sua formação terá que lidar com imposições do Estado e encargos da sociedade, e tudo precisa ser planejado, administrado e executado – ou seja, gerenciado - de acordo com esses fatores, o que produz várias tensões. Esses processos devem considerar as singularidades do ambiente em que se localiza a subjetividade dos usuários e profissionais, “sob o risco de cair em um estado repetitivo, auto-reprodutivo e de violentação do outro” (MOURA, 2003, p. 30). A gestão do CS-Ipê está dentro dessas diversas tensões e acaba por produzir uma Alienação Real, de acordo com as falas dos trabalhadores nos exemplos acima, mudanças só acontecerão quando um espaço de cogestão for estabelecido de maneira mais efetiva e coletiva, para sair da lógica rígida e tornar o ambiente favorável para envolvimento de todos os sujeitos, para que rompa essa alienação e que coloque a tona as tensões, para que assim se possa lidar com elas e resolve-las de maneira conjunta, sem exclusão de atores.

Quando perguntado sobre de que forma os usuários participam da dinâmica da Unidade, o coordenador colocou:

*“Eu gostaria que eles participassem mais né, é o que te falei, a gente quer monta o Conselho Local de Saúde, mas infelizmente não sei se você percebe a cultura do Brasil, que a gente não tem essa cultura participativa, de participação social, de controle social, mas a gente vê que eles estão utilizando muito a ouvidoria, então pra gente, chegar uma reclamação via ouvidora, para nós é uma forma de estar nos*

*ajudando na Gestão, porque ela pode nos sinalizar quais são nós críticos que estão acontecendo. Inclusive se o paciente está insatisfeito com determinado serviço que não encontrou a gente sugere, incentiva a fazer reclamação via ouvidoria [...] e a gente tenta também aplicar aquele dispositivo “Gerencia porta aberta” que a PNH preconiza né, que tá aberto, se ele quiser conversar com gerente ele não vai encontrar nada que impeça ou burocrático para estar falando comigo” (Coordenador, entrevista).*

Não posso me esquecer de pensar sobre o papel dos usuários na gestão da Unidade Básica de Saúde, como podemos notar na fala acima, existe a ideia de formar um Conselho Local de saúde, porém é algo que não foi colocado em prática ainda. Os usuários do CS- Ipê interferem na gestão por meios como a Ouvidoria do Sistema Único de Saúde, e possuem livre acesso ao Coordenador da Unidade, porém não existe um espaço fixo para participação efetiva, que possa sem colocada discussões, conflitos, necessidades da comunidade de maneira sólida, existem locais que eles podem reclamar ou questionar, porém não um espaço de construção conjunta. Pode-se notar isso na fala da usuária abaixo, no cotidiano da unidade as coisas acontecem tão rápido que não participam, então seria interessante constituir um espaço exclusivo para isso. A partir da observação do cotidiano da Unidade, percebi que os usuários colocam suas questões majoritariamente quando são queixas, e não reconhecem e nem são empoderadas do seu papel na construção coletiva, e isso é uma reprodução institucional, que exercem suas atribuições sem levar em consideração o usuário como agente de produção, e sim apenas como consumidor de serviços.

Quando a usuária foi questionada sobre se faz elogios, reclamações ou sugestões para melhorar o serviço e de que forma, ela respondeu:

*“Sim, às vezes, é porque é tão rápido assim que às vezes a gente não tem tempo aqui de dizer, é muito rápido. Mas, às vezes quando tem reclamação assim, a gente tem como fazer, tem o chefe do posto, aí tem como a gente chegar e falar pra ele, e quando acontece assim ele tá disposto pra melhor o atendimento” (Usuária, entrevista).*

Como vimos até aqui o CS- Ipê está com grandes dificuldades de superar o modelo de gestão hegemônica, seus processos em sua maioria reforçam essa postura, tanto nas relações estabelecidas entre coordenador, chefias, profissionais e usuários. Diante desses fatos a alternativa é pensar em Arranjos que facilitem o exercício de uma gestão

participativa, algo que dê suporte para lidar com as exigências institucionais e desejos dos sujeitos (CAMPOS, 2013). Apesar de o serviço estar no processo de Apoio Institucional, é necessária uma reconstrução da forma de atuar, raciocinar e analisar dos sujeitos que estão dentro dessa Instituição, e o caminho para isso é pensar em novos dispositivos para reformular as estruturas organizacionais, como a construção de novos Espaços Coletivos que tragam os profissionais de maneira efetiva e constante, e que comece aproximar os usuários desse espaço. Além de criar novos espaços, reproduzir nos que já existem uma postura que estimule e torne mais fácil a participação de todos os agentes do Coletivo (CAMPOS, 2013). Sempre com a perspectiva do Agente que recebe o Apoio Institucional diretamente reproduzir e afetar os demais, ou seja, provocar o efeito Paideia em todos os sujeitos da instituição, processo esse que tem como objetivo fazer com que os agentes estendam “a sua capacidade de buscar a informações, de interpretá-las, objetivando compreenderem-se a si mesmas, aos outros e ao contexto, aumentando, em consequência, a possibilidade de agir sobre essas relações” (CAMPOS, 2007, p.87). Isso pode possibilitar com que o coordenador consiga parceiros para facilitar na reprodução dessas ideias no cotidiano, pois o processo não deve ser somente de sua responsabilidade.

### **6.3. Implementação da Estratégia de Saúde da Família**

Podemos observar que segundo as informações descritas anteriormente, a implementação da ESF no Gama, inclusive no CS-Ipê, foi um processo estruturado e que lançou mão de dispositivos para envolver os agentes de produção nesses movimentos. Porém, apesar dos esforços iniciais, que se mostraram insuficientes, partindo da Observação e entrevistas realizadas no CS-Ipê deparei-me com diversas divergências e conflitos relacionados a implementação dessa Estratégia no cotidiano da Unidade, o que é esperado quando falamos de transformação de uma assistência tradicional que duraram anos, para um novo olhar, totalmente diferenciado.

#### **CENA 7**

Durante a Reunião de Equipe surgem alguns questionamentos. Profissional diz que ESF foi “empurrada” para eles e para os usuários. E que falta comunicação sobre o que é a Estratégia para a própria comunidade (os usuários).

Na CENA 7 reparamos como o profissional descreve a implementação da ESF, como algo “empurrado”, fica claro que ele não se sentiu envolvido nesse processo. No

cotidiano que há uma dificuldade, entres os profissionais, em enxergar a ESF como a melhor forma de organizar os serviços, e isso pode ser reflexo de uma resistência natural sobre o fato de modificar seu trabalho, ou de uma implementação deficiente da Estratégia, o que gera uma ausência de entendimento sobre o novo modelo, sobre os motivos de ter Equipes de Referência, de ter apenas médicos de família (ou generalistas), entre as várias outras mudanças que são geradas.

Há um grande alvoroço entre os profissionais atualmente, principalmente pela implementação do Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família (NASF) na unidade, o que gerou ainda mais transformações no serviço.

### **CENA 8**

Grupo de Profissionais durante a observação falando sobre NASF.

Algumas frases chamaram atenção: “eles atendem o que?”; “não ficam fazendo nada”; “ficam na salinha sem fazer nada”; “pronto-socorro fechado sem pediatra e esse povo aí” (se referindo ao problema da falta de pediatra no Hospital Regional do Gama).

Sobre a implementação do NASF um profissional discorre:

*“[...] e agora estão inventando um tal de NASF aí, que nunca foi explicado pra gente o que é isso, nunca teve reunião, eu não sei nem o que significa essa sigla, e eu também não fui atrás pra saber, porque eu acho que isso aí tinha que partir da gerência, das chefias, pra explicar[...]” (Prof. 11, entrevista).*

Na CENA 8 e na fala do Prof.11, fica nítido a ausência de entendimento sobre a proposta nos discurso dos profissionais, e parece ser reflexo da falta de conhecimento sobre a proposta, gerada tanto pela ausência de um processo de gestão que ofereça um espaço para discutir e passar essas informações, tanto pela falta de autonomia e alienação real dos próprios profissionais em buscar conhecimento sobre esse novo modelo. Então, observa-se que os grandes conflitos são gerados não pela discordância sobre o modelo, mas pela falta de entendimento teórico, falta de busca sobre os pontos positivos e negativos desse novo processo, o ponto de partida para a crítica é somente a modificação que isso gera sobre seu trabalho, e as novas exigências que acarreta, mas não há uma crítica sólida sobre as novas abordagens.

Acredito que o caminho para resolver essas questões está relacionado com a eficiência no processo de gestão, e a promoção de estratégias no cotidiano do serviço, nos

espaços de encontro no movimento de educação permanente, de troca de saberes, de exposição de experiências exitosas da ESF, discussão de pontos negativos e positivos, explicação sobre os conceitos e como isso se desenvolve na prática. Ou seja, introduzir esse processo na micropolítica do serviço, para apropriar os profissionais sobre esse modelo.

A ESF exige uma nova postura e envolvimento dos profissionais de saúde; durante a realização da pesquisa um das questões que surgiram foi a dificuldade de ser apropriar e corresponsabilizar do conceito de território e dos sujeitos que nele vivem, há ainda uma grande dificuldade de vencer as barreiras concretas e se desprender de procedimentos, protocolos, ações prescritivas e as demais tecnologias duras. Os profissionais executam uma lógica de serviço que não entendem, não acreditam na eficiência, e assim não se envolvem, o que tem grande impacto no exercício da clínica.

Na ESF o território ultrapassa a visão de espaço geograficamente delimitado, com aspectos históricos, questões socioeconômicas, epidemiológicas e culturais explícitas, mas reconhece esse território como um espaço vivo, com diferentes maneiras de o sujeito existir, sonhar, viver, trabalhar, compartilhar, experimentar e realizar encontros sociais, essa noção sugere um novo olhar sobre a saúde, abandonando conceitos de riscos, e se apropriando da estruturação subjetiva dos indivíduos (BARROS et al, 2002). Ainda de acordo com Barros et al. (2002, p.100) “a intervenção em saúde deve estar pautada pela noção de chances de vida, buscando trabalhar a partir de uma visão do ambiente ecológico e social em que as vidas em questão se tecem”. Partindo da inserção desses conceitos fundamentais para o desenvolvimento da ESF, os profissionais começam a enxergar o sujeito de outra forma, o reconhecendo como indivíduo vivo, que se constrói a partir de fluxos de vida, que estão diretamente relacionados com sua saúde. Entretanto, com base na observação dos processos no CS-Ipê, esse envolvimento vem sendo uma das limitações para o exercício de uma assistência que realmente se aproprie dos conceitos da ESF e assim gere uma Clínica Ampliada. Essa limitação é observada de maneira explícita nos profissionais que não circulam no território, que exercem seu trabalho somente dentro das salas do CS-Ipê, percebi que os ACS conseguem adquirir percepções mais ampliadas a partir do exercício de suas atividades (que exigem uma exploração e envolvimento com o território para realizar sua função), isso gera diferentes entendimentos entre os ACS e os demais profissionais sobre a necessidade social dos usuários, o que pode acarretar divergências nas Equipes. O que aponta a necessidade de intervenções capazes de envolver todos igualmente dentro do conceito ampliado de território,

Na CENA 9 (abaixo) é descrita uma situação ocorrida com ACS, esse profissional está lidando de frente com o contexto e fragilidades do território, o que lhe proporciona um novo olhar sobre a subjetividade que opera na comunidade. O próprio ACS descreve que essas situações geram muitos conflitos dentro da Equipe, pois isso é interpretado pela equipe como uma sobrecarga no trabalho, porém tem que se analisar mais além, pois são questões que ocorrem com frequência e necessitam de um olhar sensível para o contexto e necessidade do usuário, então é algo que deveria ser debatido e entendido por todos da equipe. O estabelecimento dessa relação demonstra como a proposta da ESF vai sendo trazida para os profissionais, algo que tem que ultrapassar grandes barreiras para se fazer uma Equipe unificada e com propósito comum, além disso desconstruir uma lógica de postura inativa dos ACS, onde eles não se sentem inseridos e ouvidos dentro da equipe, dificultando assim uma assistência integrada e ampliada (FURLAN, 2008).

#### **CENA 9**

Durante a observação de uma Visita Domiciliar do ACS

Uma usuária pede para o ACS cadastrar um familiar (criança) que não reside em sua casa, porém que está necessitando de atendimento e no local onde mora o acesso a Unidade Básica de saúde é dificultado por diversas questões. ACS explica que não pode realizar o cadastramento de alguém que não mora, porém a usuária insiste, e ACS acaba cadastrando a criança.

Ao mesmo tempo em que nota-se uma dificuldade na apropriação do modelo da ESF entre os profissionais de saúde e coordenadores temos o impacto na estratégia sobre o olhar dos usuários da Unidade. Como observamos no discurso do usuário abaixo, ele se sente melhor quando é um profissional que já conhece, e que conseqüentemente já possui um vínculo, relações estreitas e firmadas, havendo confiança e fazendo com que sintam a vontade. Durante as observações na sala de espera, pode-se notar no discurso e posturas dos usuários o quanto eles se apropriaram e gostaram da possibilidade de ter uma equipe como referência, que eles possuem acesso livre para falar quando necessário.

Quando indagado sobre como ocorre o processo (atendimento, visita ou grupo) dentro do espaço que o usuário frequenta, e como ele se sente na frente do profissional o usuário disse:

*“Quando é assim, conhecido (porque mudou né!?) aí a gente se sente melhor, tem aquela coisa de conversar com a pessoa. Mas é bom, eu me sinto bem a vontade”*  
(Usuário, entrevista).

Então podemos notar que há dois lados nessa discussão, apesar de ocorrer diversos conflitos e questionamentos por parte dos profissionais sobre a ESF, os mesmos conseguem estabelecer vínculo, mesmo que de forma limitada, com os Usuários, fazendo com que esses se sintam bem por terem como equipe de referência. Afirmando assim que o discurso sobre a ESF se estabelece pelo impacto sobre a Organização do Trabalho, os novos contratos entre os próprios e a coordenação, mas a relação com o Usuário se tornou mais saudável. Ou seja, o caminho que deve trilhar é estabelecer espaços coletivos para esses profissionais e coordenador debaterem sobre a ESF, e quais são seus pontos positivos e negativos, e quais são as formas possíveis para resolver divergências, tornando esse espaço como lugar de troca, resolução de problemas, compartilhamento de conhecimento e construção mútua de uma clínica ampliada.



## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi exposto nos Resultados e Discussão tópicos para a exibição e análise dos dados, porém isso só serve para tornar mais dinâmica as reflexões sobre os objetos e sujeitos em análise, pois tudo está interligado como parte da mesma teia, do mesmo arranjo, não são capazes de acontecerem de maneira isolada. Sendo assim, pretendo aqui trazer um panorama final costurando todos esses fatos de acordo com a questão de pesquisa inicial, objetivos e descobertas com a produção de dados.

A questão de pesquisa desse estudo teve como objetivo verificar se o processo de Apoio dentro do serviço pode favorecer o exercício de uma Clínica Ampliada (CA). Porém, como vimos o processo de Apoio Institucional no CS-Ipê tem grandes dificuldades de ser reproduzido no cotidiano, o coordenador incorpora os conceitos de maneira satisfatória, porém há muitos impasses quanto a implementação de um movimento de cogestão na Unidade Básica. Concluindo então que os efeitos do Apoio no serviço estão em movimento (a partir de um novo olhar do Coordenador sobre o processo, algo que o iluminou sobre alguns fatos que envolvem um coletivo), porém ainda são incapazes de gerar grandes transformações no modelo de gestão e de clínica ali reproduzidos. E também evidencio aqui os grandes efeitos gerados pela implementação da Estratégia de Saúde da Família na modificação desses movimentos (de organização e prática clínica) na Unidade.

Como já foi dito o serviço faz parte do apoio a partir do envolvimento em Colegiados Ampliados que Coordenador faz parte, que se caracteriza como um espaço de construção mútua, ou seja, todos ali se tornam Apoiadores capazes de gerar movimentos de mudanças a partir da perspectiva de cogestão. Porém, observo que o impacto do Apoio é notado em alguns momentos, como a tentativa do coordenador em realizar um diálogo com a equipe, na reunião, ou a realização de um Colegiado na Unidade, porém são estratégias que possuem muita dificuldade em se estabelecerem. Os principais impasses apontados pelo coordenador para o não desenvolvimento de uma cogestão ou gestão participativa é a ausência de tempo para exercer o papel de apoiador devido a outras atribuições. E mesmo pontuando que os dois papéis (Apoiador e Coordenador) não se contradizem, em seu discurso vemos que ele os coloca como funções que precisam ser exercidas separadamente, e aponta como saída um Apoiador Institucionalizado dentro do serviço. Então podemos dizer que essa dissociação, mesmo que inconsciente, de papel de gestor e apoiador ter que serem exercidos de maneiras separadas é uma das principais causas para as dificuldades de

implantar um movimento de cogestão, a postura de apoiador, as assimilações e estratégias tem que ser incorporadas na atribuição de coordenador/gerente, é necessário entender que é um novo olhar de gestão, e não algo externo ou uma tarefa a mais.

O papel do coordenador da Unidade a partir da perspectiva do Apoio Institucional teria que extrapolar a postura de ordenador, de reproduzir regras e diretrizes e de fiscalizador, teria então que superar esse perfil tradicional de gerente (de autoridade), sendo um sujeito com uma racionalidade mais apurada e com capacidade de liderança, e agir de forma criativa e compartilhada no processo de gestão (CAMPOS, 2013). É necessário que seja capaz de interpretar as evidências para a superação do modelo hegemônico, ser ativo nas tomadas de decisões para a transformação, e executar as estratégias para mudança. Notamos então que no CS-Ipê houve uma interpretação dos fatos e questões que discorrem o exercício de uma cogestão (no ato do processo de Apoio Institucional) por parte do dirigente, mas as práticas para a transformação não foram suficientes.

Então as estratégias principais para reprodução desse processo no Cotidiano da Unidade Básica CS-Ipê seria a construção de uma Rede de Poder no serviço, mobilizando assim vários espaços de poder compartilhado, como colegiados de gestão (lugar protegido e permanente para gestão interna, onde todos os sujeitos são representados e tem abertura para pensar, compartilhar, reformular, organizar novos caminhos para o serviço) e os dispositivos de participação (que seria encontros de caráter episódico, com o intuito de reunir os agentes de produção para intervenções pontuais, como discussão de caso, assembleias entre profissionais e usuários, entre outros) (CAMPOS, 2013). Esses espaços coletivos de análise, tomada de decisão e implementação de tarefas do cotidiano (como as diretrizes da ESF, papel do NASF no serviço), facilitaria a produção do exercício de uma cogestão no cotidiano da Unidade, e serviria como ponte para o coordenador trazer as discussões e deliberações dos Colegiados Ampliados do processo de Apoio Institucional, iria proporcionar a produção do Fator Paideia nos sujeitos ali inseridos.

Notei que as intervenções, para Implementação da ESF, para inserir os sujeitos nos processos de forma mais democrática são insuficientes (as oficinas de planejamento, cursos de treinamento, círculos de controle de qualidade, entre outros), são métodos episódicos com seu valor como estratégia de gestão, porém são lógicas que não promovem uma superação da racionalidade gerencial tradicional (CAMPOS, 2014). Então por isso reitero

aqui a necessidade de se formar novos arranjos organizacionais que sejam capazes de agir sobre as coisas e as pessoas, admitindo que o serviço também tenha um papel na subjetividade e produzindo valor de uso realmente capazes de atingir as necessidades sociais, desconstruindo posturas prescritivas e mecânicas na prática da clínica, ampliando os horizontes de atuação. A produção de uma gestão participativa iria facilitar o processo de Implementação da ESF, formulando de maneira verdadeira um envolvimento dos sujeitos, que iria se apropriar dos conceitos, questioná-los, discuti-los e assim executá-los com maior conhecimento sobre sua importância e necessidade. Pois ainda de acordo com Campos (2013), a chance de participação real depende tanto das modificações no organograma formal, quando nas mudanças concretas e cotidianas, como colocar em prática novos arranjos, e agir nas inter-relações pessoais que existem dentro dessa Unidade.

Quando falo de CA na Unidade analisada pude observar que o exercício da prática clínica não se relaciona com o processo de apoio, esse movimento ainda se dá de maneira muito relacionada com a postura e formação individuais de cada profissional. As observações e entrevistas não nos autorizam a afirmar se a Unidade como um todo exerce ou não tão dispositivo descrito na PNH, notamos que há evidências de posturas ampliadas, como também ocorre o modelo da clínica tradicional.

A CA perpassa diversas questões, como a prática profissional, a postura do usuário, a estrutura física da Unidade e modo de gestão que o serviço opera, como vimos que se evidenciou no CS-Ipê. Notei também que há um grande impacto da implantação ESF para a ampliação desse processo, trazendo elementos que favoreceriam a superação da gestão e clínica tradicional, porém os impasses fazem com que esse processo não ocorra de maneira completa para ampliar a eficiência do serviço sobre os usuários e profissionais. Ou seja, as diretrizes que precisam ser implementadas ao invés de transformarem de maneira positiva, tem gerado muito desafios e conflitos, voltados para a grande dificuldade em se desprender de uma clínica tradicional e reducionista, por parte dos profissionais e dos próprios usuários, pois historicamente se construíram ideias voltadas para as Tecnologias Duras como as principais saídas para a resolutividade em saúde, ou seja, estratégias protocoladas, prescritivas, tendo como principais recursos exames e medicamentos (MERHY, 2003). Para essa assimilação seria necessária a discussão dos dispositivos e das novas estratégias de modificação da clínica tradicional, através dos próprios espaços coletivos, pois tudo está interligado, o planejar e praticar são fatos inseparáveis e dependentes, e deveriam trabalhados dessa forma.

O exercício de uma CA é essencial na Atenção Básica, pois é um serviço que está próximo das pessoas, de caráter longitudinal e dentro da comunidade, assim “o sujeito tem espaço para exercer sua autonomia, a vida tem espaço para exercer influencia” (CUNHA, 2010, p.29) sobre o processo saúde, diferente de um ambiente protegido como o Hospital, onde os profissionais tendem a exercer maior controle sobre os fatos que envolvem a saúde do usuário. Então a AB exige um olhar mais ampliado, que não contemple apenas aspectos biológicos, mas olhe para todas as dimensões do sujeito. Dessa forma as relações entre profissionais e usuários necessitam ser estabelecidas de maneiras diferentes, mais direcionados na construção de vínculo, no respeito mútuo dos saberes dos sujeitos que fazem parte dessa dinâmica, ou seja, na formação de uma relação estreita, o que facilitaria na resolutividade das intervenções. O que depende também da construção de espaços coletivos e do exercício de uma Gestão Participativa, que aproximaria os sujeitos, e lhes dariam voz ativa dentro dos processos, o que o torna correponsável tanto dos movimentos relacionados ao processo e dinâmica do serviço, quando da prática clínica.

Cunha (2010) traz a ideia de utilizar algumas estratégias em direção a uma Clínica dos Sujeitos, que poderiam ser tomadas como caminho para o CS-Ipê, o movimento proposto por ele tem como objetivo implementar o exercício de uma cogestão e um processo capaz de direcionar as práticas para uma Clínica Ampliada. O autor evidencia as limitações dos protocolos tradicionais, como, o olhar excessivamente biomédico e hospitalar, padronização fora da realidade e a produção de certa desresponsabilização dos trabalhadores, pois tira a tomada de decisão a partir de um reflexo do profissional sobre cada caso singular, pois ele se apega aos limites e evidências prescritas. Essa estratégia é um método de trabalho para equipes da Atenção Básica, com clientela adstrita, e é composto por três processos: o *diagnóstico/indicadores*, que é a análise da situação e da construção-sugestão de indicadores para os profissionais poderem avaliar os resultados, e analisar e verificar vieses no seu processo de trabalho; *os recursos possíveis*, que é colocar quais são todas as atividades (atendimento, visita domiciliar, grupos, construção de vínculo, entre outras) que a equipe utiliza para atuar juntos com os usuários, desde ofertas mais relacionadas a exames, medicações, até elementos mais ampliados, relacionados a tecnologias leves; e por fim, as *diretrizes para a Clínica Ampliada*, que tem como objetivo colocar para os profissionais recursos teóricos e práticas para ampliar a capacidade de análise e intervenção, direcionando como atuar de maneira mais acolhedora, empática e considerando o sujeito em vários aspectos. É uma estratégia complexa de ser reproduzida

no cotidiano, mas que poderia ser um rumo para a transformação do CS-Ipê, que possui todos os potenciais para colocá-la em prática, já que participa do processo de apoio e está em um processo de transformação da prática clínica com a ESF.

Quero deixar claro que nesse trabalho tentei a todo o momento, além de analisar e criticar os processos do CS-Ipê, apontar "saídas" para cada questão que acredito que exija transformação, principalmente para produzir um serviço de saúde mais eficiente para os usuários, de maneira a incluí-los nos processos, mas também para colocar os trabalhadores em um ambiente de trabalho prazeroso e que o reconheça como agente de transformação. Sendo assim, pudemos observar como a Atenção Básica se caracteriza como um serviço complexo, que tem que ser capaz de lidar com todos os sujeitos envolvidos em suas práticas, pois é um espaço de construção de sujeitos, tanto profissionais e usuários, tendo a necessidade de agir sobre esses dois membros, pois um se reflete no outro. Nesse estudo se propôs a discussão de gestão e clínica como fatos que andam lado a lado e que o exercício de um método de cogestão seja um dos principais caminhos para o exercício de uma Clínica Ampliada, que assim age sobre todos os sujeitos que vivem, se encontram e se constroem nesse espaço que tem um papel fundamental na constituição de cada sujeito.

## 8. REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H. C e BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. . In: CAMPOS, G. W. S. et. al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz e Hucitec, 2008.v.2 p. 783-836.

BAREMBLITT, Gregorio F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5<sup>a</sup>.ed. . Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari, 2002.

BARROS, D.D. et al. Terapia Ocupacional Social. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 95-103, set./dez. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS - material de apoio** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma estratégia para reorientação do Modelo Assistencial**. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. – Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. 3<sup>o</sup> edição. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para a análise e co-gestão de coletivos**. 4<sup>o</sup> edição. São Paulo: Hucitec, 2013.

CODEPLAN. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Gama – PDAD .**Companhia de Planejamento do Distrito Federal**. Distrito Federal, abril de 2013.

CRESWELL, JOHN W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto; tradução Magda Lopes**. 3<sup>o</sup> edição. Porto alegre: Artmed, 2010.

COELHO, Ivan Batista. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. e GUERRERO, André Vinicius Pires (Org.). **Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2008.

CUNHA, Gustavo Tenório e DANTAS Deivisson Vianna. Uma contribuição para a co-gestão da clínica: GRUPOS BALINT PAIDEIA. In: CAMPOS, G. W. S. e GUERRERO, André Vinicius Pires (Org.). **Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2008.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. 3<sup>o</sup> edição. São Paulo: Hucitec, 2010.

DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna. **Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa**. In: \_\_\_\_\_. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Artmed. p. 15.- 41, 2006.

DISTRITO FEDERAL. Plano Distrital de Saúde 2012 a 2015. **Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal**. Brasília, junho de 2012.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde. Regional de Saúde do Gama. Portal do Governo do Distrito Federal, Distrito Federal, 2014a. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br>>. Acesso em: 23 de março 2014.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde. Estratégia Saúde da Família melhora a assistência na atenção básica do Gama. Portal do Governo do Distrito Federal, Distrito Federal, 14 de maio 2013. Disponível em: < <http://www.saude.df.gov.br> >. Acesso em: 23 de março 2014.

DISTRITO FEDERAL. Secretária de Saúde. **Saúde para Todos**. Revista Saúde para Todos. Distrito Federal, 2014b.

FURLAN, Paula Giovana. **VEREDAS NO TERRITÓRIO: Análise da prática de Agentes Comunitários de Saúde**. Dissertação (Mestrado). UNICAMP, Campinas, 2008.

FRANCO, Túlio Batista. O Uso do Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao Planejamento: O Caso de Luz – MG. In: MERHY, E.W.; FRANCO, T. B. et al. **O Trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no Cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

GUATTARI, F. e ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1996.

GÖTTEMS, Leila Bernardo Donato et al. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(6):1409-1419, jun, 2009.

KOSHAKA, Márcio. **Documento do Projeto Aplicativo** – Do curso de especialização de Gestão da Clínica das regiões de saúde, promovido pelo instituto de ensino Sírio Libanês em parceria com SES/DF, 2014.

HAYACIBARA, Mitsue Fujimaki et al. Experiência de clínica ampliada em odontologia na Universidade Estadual de Maringá. **Rev. bras. educ. med.**, Paraná, v.36, n.1, p. 178-183, 2012.

MALFITANO, A. P. S. Campos e núcleos de intervenção na terapia ocupacional social. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v. 16, n. 1, p. 1-8, jan./abr., 2005.

MERHY, E.E. e FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set/dez. 2003.

MOURA, AH. **A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes**. SP: Hucitec, 2003.

MAFFIOLETTI, Virgínia Lúcia Reis; LOYOLA, Cristina Maria Douat e NIGRI, Fortunée. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, pp. 1085-1092, outubro-dezembro, 2006.

OLIVEIRA, G.N. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. Tese (doutorado). UNICAMP, FCM. Campinas, 2011.



SANTOS, Ilma Maria Souza et al.. Trajetória da Reorganização do Processo de Trabalho na APS Gama/DF, 2014.

Disponível: <<http://atencaobasica.org.br/relato/6401>> Acesso em: 05 de outubro de 2014.

SELLTIZ, Claire et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo, Editora Herder e Editora da Universidade de São Paulo, 1967.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. **Construção de Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, p. 89-111, 2003.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. 2ª edição. São Paulo- Sobral: Hucitec.2001.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos** / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi - 2.ed. -Porto Alegre : Bookman, 2001.

ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.33, n.2, p. 195-204, 2009.

## APÊNDICES

### Apêndice A- ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

**Data:** / /

O que está sendo observado (reunião de equipe, atendimento com profissional, entre outros)?

---

---

#### • RELACIONADO À GESTÃO

- Como o gestor organiza o trabalho? Quais são as suas principais atribuições?
- Como as equipes de saúde da família se organizam? Quem faz o que? O que se faz corresponde a suas reais atribuições? Quais são as diferenças entre a Tarefa (trabalho prescrito) e a Atividade (trabalho real)?
- Como é a relação do Coordenador com os profissionais? Eles possuem espaço de diálogo?
- Como é a divisão de tarefas dentro das Equipes, como é sua dinâmica de trabalho?
- O trabalho dos profissionais é avaliado/supervisionado? De que forma?
- Há autonomia dos profissionais no âmbito da gestão de suas atividades? Como isso acontece?
- Como se relacionam a questão da Autonomia e Controle?

#### • RELACIONADO AOS PROFISSIONAIS

- E como é a relação entre cada equipe?
- Como o profissional faz o acolhimento do usuário na sala de espera?
- Como é o diálogo entre o usuário e profissional? Como o usuário é abordado pelo profissional?
- Como o profissional lida/recebe com as queixas do usuário?
- Que valores de uso estão sendo produzidos dentro da instituição? E até onde essa produção consegue resolver/suprir as Necessidades Sociais da população?
- Como os profissionais se relacionam entre si?
- Como é feita a resolução de problemas dentro da Equipe? Como os profissionais lidam com os fatos inesperados no decorrer do trabalho?
- Os profissionais compartilham objetivos comuns?

#### • RELACIONADA AO USUÁRIO

- Os usuários sabem como funciona a Unidade? Tem o conhecimento sobre a dinâmica da Equipe de Saúde da Família? Sabem o que a Unidade oferece, quais são os espaços dentro da Unidade?
- Qual o fluxo de entrada de usuários ao serviço?
- Como é acolhido pela equipe?
- Como se desenrola no atendimento? Qual sua postura em frente ao profissional?
- Como se dirigem a equipe?
- Como é sua relação com sua equipe de referência? Como é sua relação com os outros profissionais da Unidade?
- De que forma descrevem suas queixas?
- O usuário faz escolhas junto com o profissional de saúde, a respeito do seu caso? Como é construído o Plano Terapêutico Singular com esse sujeito?

## **Apêndice B - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM COORDENADOR (A) DA UNIDADE**

**Data:**   /   /

- Quanto tempo Sr./ Sra. trabalha na Atenção Básica à Saúde  
\_\_\_\_\_
- Tempo que é coordenador dessa Unidade \_\_\_\_\_
- O Sr./ Sra. poderia me falar um pouco sobre a Atenção Básica? O que é esse serviço para o Sr./ Sra. ?
- Sendo Sr./ Sra. o Gestor/a: O que é uma boa gestão para você?
- Aqui tem algum espaço de encontro entre você e os profissionais de saúde ou usuários? Se sim, como acontece? Descreva por favor.
- Como o Sr./ Sra caracteriza sua relação com os profissionais da Unidade? De um exemplo que retrate isso.
- Quem participa da organização do trabalho? (Quais são os sujeitos que possuem influência para agir sobre a dinâmica da Unidade?).
- Os usuários participam de que forma da dinâmica da Unidade?
- Qual sua relação com os Usuários da Unidade?
- O que o Sr./ Sra. compreende como Clínica Ampliada?
- O Sr./ Sra poderia me falar sobre Apoio Institucional? Qual o papel que o Apoio pode exercer dentro de uma Unidade Básica?
- Considerando que sua unidade recebe Apoio Institucional, como o Sr./ Sra avalia esse processo no serviço? Conte como foi o início do trabalho. Como é receber essa espécie de Apoio?
- Quais mudanças no trabalho o Sr./ Sra identifica com o início do trabalho do apoio?

## Apêndice C - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE

**Data:** / /

Profissão: \_\_\_\_\_

- Há quanto tempo trabalha na Atenção Básica à Saúde?
- Há quanto tempo trabalha nessa Unidade Básica de Saúde?
- Como caracteriza sua relação com os profissionais de sua equipe? E com os demais colegas de trabalho? Conte-me uma situação que exemplifica essa relação.
- Como o Sr./ Sra descreve sua relação com o Coordenador da Unidade? Como é o trabalho com ele?
- Como é sua relação com os usuários da sua equipe?
- Como o Sr./ Sra descreve seu papel no âmbito da gestão da Unidade? Seu trabalho interfere de alguma forma a organização da Unidade?
- Para o Sr./ Sra, o que é o exercício de uma boa clínica?
- O que o Sr./ Sra acha importante para seu atendimento ser eficaz?
- Suas sugestões e opiniões são ouvidas dentro da instituição? Sr./ Sra acredita ter espaços para expressar suas questões relacionadas a dinâmica ou organização do serviço?
- Sr./ Sra sabe o que é Apoio Institucional?
- Sr./ Sra tem conhecimento sobre o processo de Apoio Institucional que essa Unidade recebe? Se sim, notou impactos desse apoio no processo de trabalho?

## Apêndice D - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM O USUÁRIO

**Data:**   /   /

- O Sr./ Sra sabe como funciona a Unidade Básica de Saúde? Tem o conhecimento sobre a dinâmica da Equipe? Sabem o que a Unidade oferece, quais são os espaços dentro da Unidade?
- Quantas vezes o Sr./ Sra frequenta essa Unidade de Saúde, desde quando e por quais motivos?
- O que espera encontrar dentro da Unidade de Saúde para suprir suas necessidades?
- Quais são os espaços que o Sr./ Sra frequenta dentro da Unidade?
- Como o Sr./ Sra marca seus atendimentos na unidade, como é esse acordo?
- Como o Sr./ Sra é recebido pelos profissionais na Unidade?
- Como é o espaço da sala de espera, o Sr./ Sra se sente bem?
- Como ocorre o processo (atendimento, visita ou grupo) dentro do espaço que o Sr./ Sra frequenta? Como Sr./ Sra se sente nesse espaço, na frente do profissional?
- O que é um bom atendimento em saúde para o Sr./ Sra.?
- O Sr./ Sra considera que recebe um bom atendimento?
- Como o Sr./ Sra coloca suas queixas para o profissional?
- Como é sua relação com sua Equipe de Referência e com os demais profissionais?
- Quando o Sr./ Sra tem algum problema, fala com quem aqui na Unidade?
- O Sr./ Sra faz elogios, reclamações ou sugestões para melhorar o serviço? De que forma?