

A construção do projeto “Apoio de Rede” como estratégia institucional

Lara Paixão^(a)Maria de Fátima Lobato Tavares^(b)

Paixão L, Tavares MFL. The development of the project “Networking Support” as an institutional strategy. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18 Supl 1:845-58.

This paper reports an analysis of the Health Support work developed as a strategic project in a city located in São Paulo’s metropolitan area, Brazil. It is a case study with an ethnographic perspective that aims to identify the understanding and expectations of managers and supporters about their possibilities of action. The theoretical basis was constructed considering the historical context of reorganization of the management and care practices in the Brazilian Health System. The main point of the analyzed project regards the supporter’s role, which is related to constructing and qualifying the healthcare network, strengthening the relationship among the health sector employees.

Keywords: Institutional support. Matrix support. Democratic management.

Este artigo traz uma análise do trabalho de Apoio em Saúde desenvolvido como projeto estratégico em um município da região metropolitana de São Paulo, Brasil. Trata-se de um estudo de caso com perspectiva etnográfica, que busca identificar as expectativas e o entendimento dos gestores e dos próprios apoiadores sobre suas possibilidades de atuação. A base teórica para avaliar o estudo foi sistematizada a partir do contexto histórico de reorientação das práticas de gestão e cuidado nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). O ponto principal do projeto no município diz respeito à atribuição do apoiador em constituir e qualificar as redes de cuidado, fortalecendo o diálogo entre os trabalhadores dos diversos serviços.

Palavras-chave: Apoio institucional. Apoio matricial. Gestão colegiada.

^(a) Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde. Av. 9 de Julho, 611, Bela Vista, Centro. São Paulo, SP, Brasil. 01313-001. larapaixao@gmail.com

^(b) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. fafalobotavares@gmail.com

Introdução

O Apoio em Saúde, enquanto arranjo organizacional, vem sendo descrito, por alguns autores¹⁻⁵, como um dispositivo de reorientação de modelo de atenção e gestão. O apoiador, neste contexto, vale-se da problematização do cotidiano de trabalho para avaliar as práticas tanto de gestores como de trabalhadores, alinhando-se com a política de Educação Permanente⁵ e de Humanização².

Os arranjos organizacionais, de que se vale a proposta de Apoio Institucional, apresentam a potencial possibilidade de construção de redes de conversação entre os profissionais de um serviço e, ainda, entre os diversos serviços de uma rede³. O processo de trabalho em saúde, objeto da intervenção-oferta do apoiador, quando posto em análise por este, deve dar voz ao trabalhador, o que pode permitir a construção conjunta de alternativas para a mudança das práticas. É por meio da problematização do próprio cotidiano de trabalho, com a oferta de conhecimento e/ou de ferramentas de planejamento e intervenção clínica, que o Apoiador acolhe e facilita os processos de desconstrução e reconstrução de modos e práticas nos serviços.

Mas de qual reorientação de prática estamos falando? As definições que Paim⁶ e Coelho⁷ trazem, sobre modelos de atenção à saúde, aproximam-se no entendimento de que sua concepção está além do sentido administrativo ou organizacional, alinhando-se com a ideia de racionalidade, de paradigma, de como é concebido o processo saúde-doença. No Brasil, essas formas são conflitantes em alguns pontos e, nesse sentido, Paim⁶ destaca o modelo médico assistencial privatista convivendo com as concepções, propostas e estratégias ligadas a um modelo que responda às necessidades sociais de saúde, assegurando a integralidade da atenção. Coelho⁷ destaca, ainda, outros modelos que vão ao encontro das ações integrais em saúde, apontando alguns temas que são discutidos em diversos campos do saber; como a Promoção da Saúde, a Humanização e a Integralidade em Saúde.

A desconstrução de um modelo hegemônico de atenção e gestão do cuidado requer a implementação de mudanças do trabalho em saúde, contemplando ações que estão "no objeto de trabalho, nos meios de trabalho, no perfil dos sujeitos e, principalmente, nas relações estabelecidas entre eles e a população de usuários dos serviços"⁸ (p. 27). Para dar conta de um novo papel do profissional de saúde, impõe-se uma revisão da dinâmica de trabalho que demanda um novo sujeito do conhecimento, com mais autonomia e em constante processo de aprendizagem⁹.

Podemos entender que direcionar o olhar para uma nova forma de trabalho centralizada nos usuários dos serviços de saúde, em muitos casos, significa reconstruir o cotidiano, à medida que se exige uma adesão dos profissionais na mudança da rotina de atendimento, no espaço onde se produz o encontro com os usuários e no tipo de relação que o profissional de saúde estabelece com os usuários. Estas mudanças implicam não apenas dimensões técnicas (de conhecimento e capacitação para novas formas de trabalho), mas, também, em ética, política e cultural¹⁰.

Com base na construção teórica e prática da mudança em saúde, Cecílio¹¹ chama a atenção para o fato de que gestores, intelectuais e militantes, muitas vezes, assumem um lugar confortável de produção de políticas justas e necessárias, ignorando, eventualmente, a autonomia do trabalhador em aderir ou não a tais elaborações. Logo, em nome dos projetos coletivos, os dispositivos democráticos e participativos, ao invés de permitirem uma participação ativa dos trabalhadores, acabam por limitá-los. Com relação a esse pensamento, o autor destaca o conceito do trabalhador moral:

O trabalhador moral seria [...] uma folha em branco onde os gestores ou gerentes escreveriam o seu texto [...] poderia ser caracterizado como um ator desistorizado, desterritorializado e pronto a orientar, de forma automática, sua prática pelas diretrizes definidas pelos dirigentes das organizações. Utilizo o conceito de trabalhador moral não como antônimo de trabalhador amoral ou imoral, mas no sentido de pensar trabalhadores que estariam "moralmente comprometidos" com determinados projetos, na medida em que justos e necessários na avaliação de quem os formula.¹¹ (p. 346)

Acerca desta questão, Cecílio¹¹ propõe uma prática de gestão pelo método interrogativo, pontuando a necessidade de se adotar uma postura de alteridade, na qual, de forma dialógica, considere os vários

olhares/saberes na construção de conceitos e elaboração de ações. Portanto, podemos entender que a discussão sobre a reorientação das práticas de trabalho deve alinhar-se com a discussão sobre os modelos de gestão destes mesmos processos. Nessa perspectiva, Campos^{12,13} propõe a construção de uma racionalidade gerencial pautada em modelos democráticos, nos quais se tornam imperativas a autonomia e a participação dos trabalhadores nos processos de planejamento e decisão em saúde.

Em se tratando de gestão compartilhada, Cecílio¹ descreve os colegiados de gestão como espaços democráticos nos quais as equipes de trabalho devem, de forma conjunta, planejar, formular e avaliar seus serviços. Esta proposta oferece uma alternativa ao paradigma clássico da administração pública, no qual não é privilegiada a comunicação, sendo caracterizado pelo autoritarismo e alienação do trabalhador, que permanece à margem dos processos decisórios.

Cecílio¹, embasado em um estudo sobre os colegiados de gestão, conclui que, na formulação teórica sobre gestão compartilhada, algumas dimensões de poder não são adequadamente valorizadas. O autor identifica, por exemplo, que as funções de deliberação dos espaços, frequentemente, são centralizadas em figuras posicionadas hierarquicamente, como coordenadores e gestores. Além disso, há a coalização de poder, ou seja, os espaços controlados por grupos em conflito de interesses, o que pode vir a comprometer a participação de outros grupos nos processos decisórios.

Para operar a gestão colegiada, a fim de que esses espaços sejam efetivamente constituídos de forma democrática, Cecílio¹¹ salienta a importância da constituição de processos pedagógicos na linha da educação permanente e do apoio/análise institucional, para que as tensões supracitadas sejam não apenas reconhecidas, como, também, trabalhadas para formular novas lógicas de atuação. O autor defende a ideia do método interrogativo em sua interface com a educação permanente, no qual os trabalhadores são assumidos como sujeitos históricos, portadores de visão de mundo e saberes próprios para a condução, a reavaliação de seu trabalho e a composição de novos consensos.

Situando o apoiador dentro de um modelo participativo de atenção à saúde

As propostas de apoio matricial e apoio institucional são exemplos de arranjos organizacionais que se constituem como um método de trabalho alinhado com a reorientação do modelo de atenção à saúde, tendo como objetivo melhorar a capacidade de resposta assistencial e gerencial dos serviços. Dentro da discussão sobre o processo de trabalho, várias leituras são possíveis no que diz respeito ao apoio matricial e institucional. Para ilustrar a questão, trazemos à tona a concepção de Campos et al.⁴ e Campos^{12,14}, sobre o apoio matricial na Saúde. Sob esse ponto de vista, a proposta de apoio pode se dar tanto por um único profissional quanto por uma equipe multiprofissional, cujo objetivo é assegurar a retaguarda especializada a uma equipe de referência – que tem o papel de conduzir um caso individual, familiar ou comunitário ao longo do tempo. Essa proposta de trabalho foi aplicada em serviços de saúde mental, hospitalares e de atenção básica⁴.

Por outro lado, a proposta de apoio institucional refere-se a um método de gestão em contraponto ao modo tradicional de administração de recursos humanos. O apoiador institucional, ou a equipe de apoio, tem como atribuição acompanhar, conduzir e avaliar ações em saúde de forma compartilhada com toda a equipe¹². Num esforço de conceituação, partindo das atribuições descritas, pode-se entender a proposta de apoio matricial como uma estratégia para reorientação das práticas de cuidado mediante as ofertas de conhecimento dos diversos núcleos profissionais. Neste contexto é que se opera a passagem de um modelo pautado na atenção fragmentada, comum à racionalidade biomédica, para um modelo que reconheça, de forma interdisciplinar, as necessidades de saúde e seus condicionantes sociais e biológicos.

O apoio institucional, por sua vez, pode ser entendido como uma proposta de reorientação das práticas verticalizadas de gestão dos serviços de saúde, a qual prevê um distanciamento entre gestores e trabalhadores, valendo-se do diálogo horizontal e pautado pela corresponsabilização da criação e da gestão das propostas para o trabalho em saúde.

Considerando a indissociabilidade entre atenção e gestão, propomos, abaixo, uma reflexão sobre as convergências das propostas de apoio matricial e institucional, desenvolvendo uma discussão sobre o processo de trabalho do profissional apoiador. A partir de uma revisão narrativa, com textos que

refletem sobre a gestão colegiada, a educação permanente e a subjetividade, observamos que as propostas descritas guardam estratégias metodológicas comuns de trabalho, inerentes a uma postura democrática e dialógica.

Subjetividade, cultura e ação comunicativa: os caminhos da gestão compartilhada

Para Sá et al.¹⁵, o acesso aos aspectos subjetivos que permeiam o trabalho em saúde, com a ampliação da visão sobre o universo na qual os trabalhadores estão envolvidos, é condição fundamental para melhor exercer o trabalho gerencial. As autoras falam sobre o desafio do desenvolvimento da cooperação, da solidariedade e do cuidado, aspectos que dependem da disposição do sujeito em se abrir para o outro, para um novo saber e para a mudança. Assim, uma proposta gerencial que almeje a produção de acordos e projetos coletivos de trabalho deve lançar mão de ferramentas que complementem os argumentos racionais, já que estes não dão conta da dimensão imaginária e simbólica presente nas interações construídas nas organizações.

Para o entendimento dessa dimensão imaginária e simbólica, é necessário levar em consideração os aspectos culturais nos quais os sujeitos estão envolvidos. Artman et al.¹⁶ expõem uma concepção de cultura como um processo paradoxal, no qual convivem, de forma dialética, aspectos da tradição, construídos ao longo do tempo, junto de novas visões de mundo. Os autores exemplificam esse processo no próprio cenário da saúde coletiva, no qual estão presentes aspectos tradicionais de gestão, como administração vertical junto de novos discursos, como a humanização. A mudança dos traços culturais pode se suceder por meio de uma ação comunicativa voltada para a produção de consensos, mas, para tanto, é necessário investimento em espaços coletivos de debate e de aprendizagem. Campos¹³ caracteriza estes espaços como espaços de gestão compartilhada, nos quais a própria fala dos trabalhadores, sobre suas dificuldades da prática, pode conduzir à abertura dos sujeitos em buscar outros saberes, valores e possibilidades. O autor delinea o apoio enquanto método para qualificar a reflexão da prática, de forma que os espaços de gestão compartilhada efetivem-se democraticamente.

Diferenciando-se da oferta do supervisor ou do consultor, figuras reconhecidas na prática da administração tradicional, o apoiador vale-se da ação comunicativa para estabelecer uma relação de mediação com as equipes/ serviços apoiados, ajudando na gestão e na organização dos processos de trabalho de forma compartilhada. Em outras palavras, não se trata de uma ação à revelia dos profissionais dos serviços, atitude comum aos supervisores, e também não é passividade omissa, comum aos consultores¹².

Na lógica do apoio, mesmo sendo o apoiador uma figura de ligação entre os trabalhadores e a gestão central, é primeiramente com as equipes e serviços apoiados que este profissional divulga suas percepções e recria suas análises em uma postura mediadora¹². Tal postura privilegia o fortalecimento dos laços sociais e da grupalidade, a exploração da governabilidade e o fortalecimento da autonomia das equipes na construção de novos sentidos para o trabalho¹⁵. Trata-se de reconhecer a autonomia dos trabalhadores ao mesmo tempo em que ela é relativizada, considerando a perspectiva das necessidades dos usuários e dos diversos saberes estruturados em saúde.

O desenvolvimento do trabalho do apoiador pode supor desenhos variados, por isso, aprofundamos a discussão sobre esse modo de trabalho em um estudo de caso com perspectiva etnográfica. Desenvolvido num município da região metropolitana de São Paulo, os objetivos do presente estudo pautaram-se na identificação do entendimento/percepção de gestores e coordenadores sobre a construção e a execução da proposta do Apoio em Saúde; ao mesmo tempo em que foi caracterizado o processo de trabalho dos apoiadores, analisando o entendimento/percepção dos mesmos sobre seu próprio processo de trabalho.

Os caminhos metodológicos da pesquisa

Optamos pelo caminho do estudo de caso, definido por Yin¹⁷ como uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto. Fundamentando-se em diversas fontes de

informação, o estudo parte de uma abordagem etnográfica, que se caracteriza: pela presença do pesquisador em campo, em contato direto com a situação em estudo, pela (re)descoberta dos problemas no próprio trabalho de campo, e pela combinação de vários métodos de coleta, dos quais os principais são a observação participante e a entrevista com informantes¹⁸. O esforço intelectual que a abordagem etnográfica representa repousa na descrição densa do fenômeno observado¹⁹.

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, os autores do presente estudo apresentaram diferentes inserções e responsabilidades em relação à pesquisa. A autora principal foi responsável pela coleta e análise dos dados, e, nesse período, ocupou um cargo na Secretaria de Saúde do município em questão. A coautora, por sua vez, apresentava grande distanciamento do objeto, e sua função na pesquisa era de análise dos dados coletados, apontando as necessidades de redirecionamento do caminho do pesquisador no campo.

Cumprir notar que o primeiro contato com o município estudado foi feito através de uma pesquisa exploratória ocorrida oito meses antes do início da coleta de dados. Com base nesse primeiro contato, levantou-se o desenho estrutural da proposta de apoio em saúde. Nesse momento, foi identificada uma preocupação do município em constituir equipes de apoio que não se tornassem equipes ambulatoriais para atendimento clínico. O projeto apresentado ao município teve o seu desenvolvimento, condicionando a entrada no campo à apresentação do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino envolvida.

As técnicas utilizadas para coleta de dados foram: observação participante, entrevista e grupo focal. Na primeira, o trabalho de campo orientou o caminho da pesquisa, permitindo a construção e a desconstrução de hipóteses e a elaboração de novos questionamentos discutidos e analisados mensalmente pelos autores e pesquisadores em seminários de pesquisa.

Os espaços observados nessa pesquisa incluíram: o colegiado de gestão do projeto de apoiadores, as reuniões de equipe e os encontros de educação permanente. Os grupos focais foram feitos com três equipes de apoiadores que se voluntariaram para a pesquisa, e as entrevistas foram feitas com três gestores idealizadores e coordenadores da proposta do apoio no município. Vale dizer que também foram feitas entrevistas individuais com apoiadores.

Além dos dados acima referidos, foram submetidos à discussão os seguintes documentos institucionais: o edital de seleção dos apoiadores, o relatório sobre a Saúde Mental na Atenção Básica (documento construído pelos apoiadores), os modelos das cartas-compromisso (material produzido no processo de territorialização do município), o plano de governo e o plano municipal de Saúde. Finalmente, foi encaminhado a todos os apoiadores do período um questionário sobre as experiências anteriores ao trabalho de apoiador no município.

Utilizamos, nessa pesquisa, os conceitos de “categoria operacional” e “categoria empírica”, embasados em Minayo²⁰. Para guiar a construção dos instrumentos de coleta (roteiro semiestruturado e roteiro de observação), foram levantadas as seguintes categorias operacionais: apoio matricial, apoio institucional, trabalho em equipe, promoção da saúde, modelos de atenção e gestão compartilhada (cogestão). Essas categorias foram respaldadas na literatura pesquisada sobre o tema do apoio institucional e do apoio matricial e na pesquisa exploratória. Esta assinalou a existência de vertentes de trabalho do apoio que transitavam pelas ações de promoção da saúde nos territórios, ao desenvolver articulações intersetoriais, territorialização e vigilância em saúde. Além do mais, outros apontamentos demonstraram ações de articulação entre gestores, trabalhadores dos serviços e apoiadores na constituição compartilhada de redes de atenção.

Na operacionalização da análise dos dados, trabalhamos com as categorias descritas acima e com as categorias empíricas: processo de trabalho e apoio de rede. As categorias empíricas foram embasadas nas entrevistas que trouxeram, de forma recorrente, a discussão sobre o processo de trabalho em saúde na perspectiva das relações entre gestores, trabalhadores e apoiadores. O termo apoio de rede na perspectiva da constituição de redes de cuidado, como objeto de trabalho do apoiador, também foi frequentemente citado como algo inovador e que ultrapassaria as questões debatidas sobre o apoio institucional ou matricial presentes na literatura.

O cenário percorrido

A rede de saúde do município em estudo utiliza a divisão em territórios de cuidado, os quais servem como base para construção dos fluxos de referência e contrarreferência dos serviços de Urgência e Emergência (UE) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), acompanhando a lógica de ordenação do cuidado a partir dos serviços de atenção básica. Um aspecto contextual importante é que o projeto de apoio em estudo insere-se num cenário de concentrada expansão, com a implantação de equipamentos de urgência e de emergência, de atenção psicossocial e da ampliação da estratégia de saúde da família nas UBS.

A proposta do Apoio em Saúde no município em questão deu início às suas atividades práticas com a contratação de cinquenta profissionais para atuarem como equipes multiprofissionais nos agrupamentos territoriais de gestão do cuidado. O estudo aqui relatado foi realizado na fase de implantação deste projeto. As equipes de trabalho foram constituídas por diversos profissionais, oriundos de categorias variadas da área da saúde ou correlatas. Abaixo, segue a tabela que apresenta o número de apoiadores e as profissões que constituíram as equipes de trabalho no período final da pesquisa:

Tabela 1. Número de apoiadores por categoria profissional e por equipe no período final da pesquisa.

		Equipes de Apoio									
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Número de Apoiadores por equipe e formação profissional	Ciências Sociais	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
	Educação Física	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-
	Enfermagem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Farmácia	-	1	1	-	1	-	1	-	-	-
	Fisioterapia	1	1	1	2	1	1	1	-	1	1
	Fonoaudiologia	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1
	Nutrição	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1
	Psicologia	-	2	1	1	2	-	2	1	2	1
	Serviço Social	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-
	Terapia Ocupacional	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1
	Total	2	5	4	4	5	5	5	4	5	5

A idade da maioria dos apoiadores girava em torno de 26 a 36 anos (uma média de 29,8 anos) e todos possuíam experiência anterior, conforme descrito na Figura 1.

O contexto do município foi marcado por um intenso processo de reorientação do modelo de atenção. Mudanças estruturais, como a ampliação do número de serviços de saúde e a integração entre os serviços e as ações de reorientação dos processos de trabalho, deixaram um campo fértil para o desenvolvimento do trabalho de Apoio. Dentre as ações desencadeadas para a reestruturação da rede, destacamos: o processo de territorialização, a integração e a descentralização das ações da vigilância para Atenção Básica, a descentralização da Saúde Mental (com formação de equipes de referência dentro das Unidades Básicas de Saúde - UBS), e a construção de planilhas de fluxos entre (as) UBS e Unidades de Pronto Atendimento; além do mais, vale citar a ampliação do programa de agentes comunitários de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família para dentro das UBS tradicionais.

O projeto de apoio insere-se nesse contexto a partir de uma proposta que sinaliza para o investimento estratégico elaborado pelo município. O grupo gestor do projeto é coordenado pelo espaço central de gestão da Secretaria de Saúde e é composto pelos diretores, assessores e técnicos dos setores que compõem o organograma da Secretaria. O espaço tem, entre suas funções, discutir: o processo de trabalho dos apoiadores, os rumos do projeto em sua articulação com as demais estratégias do município, e o planejamento dos encontros mensais de educação permanente dos apoiadores (com

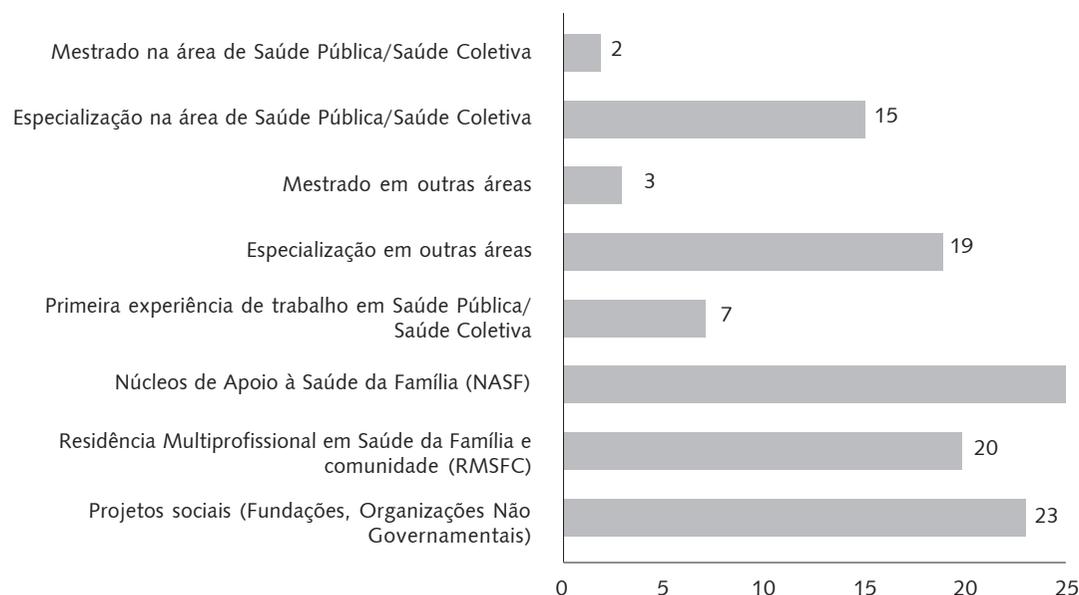


Figura 1. Experiência prévia relatada pelos apoiadores (questionário respondido por 44 apoiadores, uma ou mais experiências relatadas pelo apoiador).

discussão e delimitação das principais pautas a serem levadas a estes encontros). A comunicação do grupo gestor com os apoiadores era feita por meio de técnicos, que são referência para as diversas equipes de apoio.

Dentre os achados das entrevistas e dos grupos focais realizados com os apoiadores, notamos a recorrência de falas que sugerem o grupo gestor como uma instância de poder distante da realidade das práticas de trabalho, apresentando uma frágil relação entre as equipes de apoio e suas referências técnicas, bem como uma frágil relação das referências com o próprio grupo gestor. Este cenário refletiu-se em decisões consideradas, pelos apoiadores, centralizadoras e deflagradoras de uma subutilização do potencial do projeto na constituição de rede.

Outro incômodo apontado se refere à ausência de representantes apoiadores no colegiado de gestão do projeto. Dessa forma, o grupo gestor trazia o viés de uma instância central de poder, já que não contemplava a presença do próprio apoiador na discussão e deliberação sobre seu processo de trabalho. A opção por estabelecer um grupo gestor sem a presença dos principais atores desse processo nos remete à racionalidade gerencial hegemônica trazida por Campos¹³, na qual a existência de espaços de controle e de planejamento, afastados do lugar onde se realiza o trabalho, "persegue a utopia de reduzir o sujeito do trabalho a um objeto, a um recurso maleável conforme o planejamento e programas definidos pela direção [...]"¹³ (p. 2338). Esta relação com a gestão central, que os apoiadores apontaram como verticalizada, era acompanhada, contudo, de certo grau de autonomia das equipes de apoio na construção de suas agendas e na priorização das atividades. Observamos que algumas equipes construía essa agenda em parceria com os técnicos de referência, outras, a partir da discussão dentro da própria equipe.

Os diversos olhares sobre o projeto do apoio

Nas entrevistas realizadas com gestores, constatamos que o projeto de Apoio em Saúde tem como característica central a construção de redes cuidadoras. Tais redes podem ser entendidas em um sentido

estrutural (protocolos, políticas, fluxos) e, ainda, num sentido subjetivo, de constituição das relações entre trabalhadores e gestores dentro dos serviços ou entre serviços. Na fala dos gestores, foi constatado que a expectativa em relação à forma como esse trabalhador constituirá tais redes, bem como as ofertas que esse profissional fará aos serviços, é variada.

Os gestores do projeto sustentam que a proposta do apoio nasce como uma das estratégias de ação, diante de um contexto de fragmentação acentuada entre os serviços do município. Em comparação com as outras estratégias pensadas para integração da rede no município, os gestores entendem que o apoio está inserido no sentido de fortalecer as relações entre os profissionais por meio de tecnologias leves. O objeto de trabalho dos apoiadores poderia, então, ser a própria rede ou, mais especificamente, o profissional da rede; e o desenvolvimento de seu trabalho repousaria na conexão entre os trabalhadores, para a produção de ações integradas entre os serviços a partir da discussão do cuidado. Nesse sentido são apontadas como atribuições dos apoiadores: a oferta de diversos mecanismos para constituição e análise da rede, como a discussão de casos sentinela, projetos terapêuticos e, também, discussão de indicadores epidemiológicos.

Identificamos, ainda, na fala dos gestores, três caminhos de trabalho para os apoiadores: um ligado ao matriciamento das equipes para qualificação do cuidado, seja por meio do núcleo profissional, seja por meio de ações de promoção e vigilância; outro caminho ligado à articulação de rede por meio das necessidades levantadas pela população ou pelas equipes nos territórios, e, por fim, outro com base nas necessidades da gestão, para implantação/implementação de políticas.

Entendemos que todos esses caminhos convergem, contudo, podemos estar diante de um conflito inerente à atividade do apoio. Ao mesmo tempo em que esse profissional está próximo das equipes de trabalho, identificando suas dificuldades, inclusive em relação à gestão central da Secretaria, ele tem, também, o papel de levar as necessidades da gestão para o desenvolvimento do trabalho dessas equipes. Estas situações, muitas vezes, colocam esse profissional num lugar, denominado pelos próprios apoiadores, de mola amortecedora.

O lugar do apoio na perspectiva do apoiador

Territorializar-se significa também, hoje, construir e/ou controlar fluxos/redes e criar referenciais simbólicos num espaço em movimento, no e pelo movimento.²¹ (p. 280)

Podemos pensar o lugar do apoio partindo de diferentes ângulos: lugar onde o apoiador desenvolve suas ações, o objeto central de trabalho desse apoiador, a finalidade de seu trabalho, a forma de desenvolvimento do mesmo.

A partir das entrevistas realizadas com os apoiadores, destacamos os aspectos expostos por estes em relação ao entendimento da proposta de Apoio de Rede, e ao desenvolvimento de ações de reorientação de modelo de atenção. Esses temas pontuam o entendimento que os apoiadores têm sobre o projeto, a sua prática de trabalho e as distâncias e proximidades entre as propostas do projeto trazidas pelos gestores e a execução do mesmo.

O "apoio de rede" no cotidiano do trabalho

O entendimento dos apoiadores sobre articulação em rede é tão diverso quanto o próprio conceito de rede debatido na literatura da saúde coletiva.

Ao longo da pesquisa pudemos identificar distintos olhares sobre o trabalho em rede relacionado às diversas maneiras de as equipes entenderem o projeto: discussão de fluxos entre os serviços (fundamentados em protocolos, instrumentos e casos coletivos); desenvolvimento de ações nos territórios, embasado na articulação com os departamentos e a articulação mediante discussão de casos individuais. No Quadro 1, descrevemos as atividades desenvolvidas e relatadas pelos apoiadores, entendidas por estes como de articulação de rede.

Quadro 1. Atividades que os apoiadores desenvolvem e entendem como sendo de articulação em rede.

Fluxos entre serviços	Ações nos Territórios	Discussão de casos individuais
<ul style="list-style-type: none"> - Reuniões de fluxo entre os serviços de Urgência e Emergência e UBS (Nesse espaço é discutida a planilha de fluxo existente entre esses serviços, ações são elaboradas com base na planilha); - Grupo de Trabalho sobre saúde Funcional (constituído para debater o tema de forma ampla, incluindo os fluxos entre atenção básica e serviços ambulatoriais especializados); - Grupo de trabalho sobre Saúde Mental (constituído para debater o atendimento e os fluxos da saúde mental na atenção básica e na rede). 	<ul style="list-style-type: none"> - Articulação para o desenvolvimento de ações de vigilância (exemplo: capacitação de Agentes Comunitários de Saúde pelo centro de Zoonoses); - Articulação com a Assistência Farmacêutica para capacitação das equipes sobre uso de psicotrópicos e fitoterápicos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Os apoiadores acionam os profissionais dos diversos serviços da rede de saúde ou de outros serviços da prefeitura para conversarem sobre um caso complexo cuja discussão é demandada pela equipe, pela gestão central da secretaria ou por coordenador de UBS. - Os apoiadores levam casos complexos demandados por equipes ou coordenadores de UBS para espaços estruturados de discussão (reuniões de matriciamento entre UBS e CAPS, reunião de linha de cuidado entre UBS e serviços de urgência e emergência).

Para o desenvolvimento e fortalecimento do trabalho de articulação de redes, os apoiadores apontam alguns nós críticos, como falta de clareza sobre as atribuições esperadas, o que dificulta o planejamento do trabalho. Outro ponto a ser enfatizado refere-se ao distanciamento da Gestão Central da Secretaria de Saúde, refletindo em um inconsistente envolvimento dos departamentos no trabalho desses profissionais. Alguns apoiadores apontam para a falta de espaços estruturados, pela Secretaria de Saúde, para articulação em rede como um complicador dessa relação apoio/gestão central. Esses espaços seriam o próprio colegiado de gestão do apoio, no qual os apoiadores não participavam, ou demais espaços de reunião de matriciamento ou colegiados de gestão entre os serviços de saúde.

As possibilidades de construção de rede apresentadas também apontam para a diversidade do desenvolvimento do trabalho do apoiador. Apesar de essas atividades serem presenças constantes no processo de trabalho dos apoiadores entrevistados, as ações focadas no processo de trabalho interno das equipes de atenção básica também representam uma agenda bastante corrente.

A reorientação de modelo de atenção na Atenção Básica

No período de pesquisa, os apoiadores desenvolviam a maior parte de suas ações junto às Unidades Básicas de Saúde (UBS), em atividades que compreendiam ser de reestruturação dos serviços da Atenção Básica.

Nas Unidades Básicas tradicionais em transição para a Estratégia Saúde da Família, as atividades, em muitos casos, eram de apoio direto à coordenação dos serviços e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Nos serviços nos quais a Estratégia de Saúde da Família já se encontrava implantada, houve uma maior aproximação dos apoiadores com as equipes de saúde para a discussão de casos dos usuários dos serviços.

Aqui, o trabalho do Apoiador para a qualificação do cuidado aparece tanto como oferta de ações organizacionais (reestruturação de agenda, de fluxos, processos de territorialização) quanto como oferta de qualificação da clínica. As ofertas de trabalho referentes às ações organizacionais são entendidas, pelos apoiadores, como ações de apoio institucional. A qualificação da clínica vem associada à ideia de apoio matricial, que pode se dar pela oferta de conhecimento relacionado ao núcleo profissional de formação ou aos diversos saberes aos quais o apoiador recorre para desenvolver sua prática e oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência⁴.

Alguns apoiadores mencionaram que os espaços coletivos de debate e gestão do processo de trabalho se apresentavam, em sua maioria, fragilizados. Essa questão trouxe, ao apoiador, grande dificuldade de trabalhar com a proposta de qualificação da clínica por meio de discussões de caso. Diante desse cenário, grande parte do tempo dos apoiadores era dedicado à construção e a qualificação dos espaços coletivos, fato esse reconhecido como uma das ações centrais esperadas dos apoiadores institucionais¹⁴.

O apoio na relação com as equipes de saúde e com a gestão central

Nos primeiros meses da pesquisa, podemos perceber, em diversos espaços, a preocupação em debater a diferença entre apoio institucional e matricial. Daí decorre o fato de que a proposta do "Apoio em Saúde" trazida pelo município pretendia incorporar as duas ideias, considerando que o desenvolvimento do trabalho dos apoiadores ocorreria pela qualificação do cuidado, sem dissociar a clínica da gestão.

Partindo das concepções apontadas por Campos e Dominitti⁴, a proposta de matriciamento refere-se a uma metodologia de trabalho para a integração de saberes de forma horizontalizada. O conceito, entretanto, pode se relacionar tanto à oferta de saberes estruturados em núcleos profissionais, como aos saberes que não são necessariamente estruturados para uma profissão, mas que podem ser importantes na discussão de um caso clínico, individual ou coletivo. Da mesma forma, Campos¹² utiliza o termo apoio institucional para designar formas horizontalizadas de se construir contratos de gestão e análise de coletivos, aproximando gestores e trabalhadores para o diálogo na criação e gestão de propostas para o trabalho em saúde. Bertussi²² aponta uma concepção de apoio matricial rizomático, que:

[...] se constitui na micropolítica do encontro entre apoiador e as equipes de saúde, mobilizando distintas ofertas, relacionadas à organização do processo de trabalho e à produção do cuidado, de acordo com as necessidades das equipes, reconhecendo a mútua constitutividade entre a produção e gestão do cuidado.²² (p. 107)

Assim, no campo teórico, diferenciar apoio institucional e apoio matricial, quando se fala de produção de cuidado, pode suscitar uma falsa questão. Porém, na realidade estudada, os apoiadores apontam para uma crise presente no campo da prática à medida que diferenciam as ações de apoio matricial e apoio institucional. As primeiras seriam ações que se esgotam em si a partir de ofertas que estão dentro do núcleo profissional do próprio apoiador; em contrapartida, as ações de apoio institucional seriam aquelas que requerem uma articulação constante e direta com a gestão central, para o debate de necessidades que emergem dos serviços de saúde. Esses profissionais apontam a dificuldade de estabelecimento de vínculo com as equipes apoiadas quando a oferta do trabalho fica no campo do que classificam como apoio institucional. Essas dificuldades podem repousar na frágil relação entre a gestão central (entendida como os diversos setores do organograma da Secretaria) e os apoiadores.

Se, por um lado, os gestores apontam os apoiadores como profissionais que fazem o "diagnóstico da rede", trazendo importantes elementos para a gestão central, por outro, os apoiadores sentem-se com poucas possibilidades de articulação com a gestão. Articulação essa expressa na expectativa de um maior protagonismo na discussão e planejamento das ações de saúde geradas pelas necessidades identificadas nos territórios.

A expectativa apresentada pelos apoiadores parece repousar na defesa da ampliação da gestão dos processos de trabalho com a problematização da relação entre "atividade de gestão e gestão da atividade", conforme descrito por Barros²³. A autora mostra ser necessária "a publicização" das relações entre os saberes ligados ao trabalho, aos interesses, às necessidades e aos desejos dos sujeitos envolvidos nesse trabalho, e dos poderes presentes no modo de relacionar os sujeitos com esses saberes. Nesse sentido, a sustentação da indissociabilidade entre a gestão e a atenção é vista, pela autora, como substancial, e deve ser estabelecida mediante dispositivos que aumentem o grau de autonomia dos trabalhadores, permitindo a circulação de palavras e a corresponsabilidade, com aumento do "grau de abertura aos processos de criação"²³ (p. 357). Assim, o apoiador chama a atenção para uma

baixa circulação de sua fala e se entende imerso nas relações de poder que ele mesmo teria por função problematizar dentro das equipes que apoia.

O profissional em questão, em uma postura dialógica, deve se colocar em constante reavaliação, para construção de espaços de cogestão, atentando-se para não reproduzir, no cotidiano, as formas verticalizadas para a implantação de políticas, formas essas que colocam o trabalhador no lugar do trabalhador moral, tal como descrito por Cecílio¹¹. Entretanto, os apoiadores entrevistados relatam que estes espaços dialógicos de cogestão não são construídos na relação apoio-gestão central, tanto no âmbito da formulação de ações e de políticas, como no espaço de discussão de seu próprio processo de trabalho.

Quando questionados sobre o espaço de educação permanente, entendido como espaço de gestão compartilhada, os Apoiadores sentem-se pouco respaldados para colocarem seus problemas de trabalho em análise, pois demonstram preocupação em anunciar problemas vivenciados na prática, que podem produzir leituras equivocadas, e, por conseguinte, ações deturpadas que ameaçam a relação desses profissionais com os trabalhadores e os próprios departamentos. Entendemos que essa contradição entre o pedido de espaço para debate e a dificuldade de levar os problemas para o espaço formal de educação permanente repousa na complexidade da relação apoio-gestão central, permeada por dimensões de poder. Tal como descrito por Cecílio¹, na constituição de espaços colegiados, as figuras posicionadas hierarquicamente como coordenadores e gestores e as "coalizões de poder", estabelecidas por grupos em disputa, devem ser colocadas em análise a partir da constituição de processos pedagógicos e de análise institucional, para identificação e explicitação das tensões, para que novas relações possam ser trabalhadas.

O que frisamos aqui é que essas relações de poder perpassam por espaços distintos, dependendo do lugar no qual o apoiador é colocado para o desenvolvimento de suas ações. Quando se fala do apoiador, numa perspectiva de apoio matricial, referindo-se não ao formato de trabalho, mas ao lugar onde este ocupa na estrutura de poder das unidades de saúde, ficamos diante de um processo de trabalho pautado nas ações entre os trabalhadores. Nessa relação haveria a qualificação da clínica e a construção de uma rede mediante a articulação entre os profissionais dos diversos serviços de saúde. No entanto, quando colocamos o projeto de Apoio num desenho de articulação, também, com a gestão central, a partir da execução de políticas e com espaços de troca coordenados por essa gestão, abrimos outro lugar para esse apoiador, permeado por outras relações de poder. Na visão dos apoiadores entrevistados, os espaços constituídos para estabelecer a relação apoio-gestão central não têm possibilitado o diálogo para a construção conjunta de ações, o que tem gerado tensões e fragilizado as relações.

Os limites dessa pesquisa não permitem responder definitivamente qual o lugar do apoio colocado pelo projeto, e se esse lugar tem como intuito garantir a entrada nas equipes de saúde; a conversa com os trabalhadores da rede na gestão do cuidado e a participação desses profissionais na formulação e construção conjunta das diretrizes e ações fundamentadas nos problemas que estes profissionais levantam partindo do cotidiano de trabalho. Existindo esse lugar, estaríamos diante de uma estratégia que exige grande maturidade da gestão para aproximar as decisões de níveis superiores de poder aos processos de trabalho desencadeados no cotidiano. Avançamos, ainda, no questionamento: se esse lugar for possível, ele não seria o lugar de todo trabalhador da rede de saúde?

Considerações finais

Entendemos, nessa pesquisa, que o profissional apoiador poderia estar ancorado em um paradigma de reorientação de modelo que questionasse as formas médico-centradas da clínica e, também, as hegemônicas de administração, as quais, muitas vezes, atribulam o protagonismo criativo do sujeito histórico no desenvolvimento do trabalho. Ao mesmo tempo, entendemos que esse paradigma seria embasado em uma ética do cuidado, na qual as relações de controle seriam diluídas em espaços democráticos e, cada vez mais, locais de construção de políticas e de compartilhamento de saberes. De fato, embasados na observação participante e nas entrevistas, podemos concluir que a figura do apoiador em saúde, no município estudado, representa grande potencial de transformação dos espaços.

Todavia, entendemos que essa pesquisa debruçou-se em uma proposta de Apoio que procura novas estratégias para essa transformação. Essas estratégias repousariam na articulação em rede, de certa forma institucionalizada pela proximidade entre apoiadores e gestores centrais da secretaria. Dizemos institucionalizada, pois independente do projeto, a construção de redes pelos profissionais de saúde é inerente ao seu trabalho, tendo em vista a interdisciplinaridade e a intersetorialidade necessárias para resolução dos problemas de saúde. No estudo aqui relatado, essa institucionalização se dá por um olhar estratégico da gestão central sobre o projeto de apoio, potencializando suas ações no estabelecimento de propostas compartilhadas de intervenção na prática.

Considerando o desenho estabelecido para a gestão do trabalho dos apoiadores, vemos a proposta em estudo como uma estratégia no sentido de fortalecimento das "Redes", ora por meio de mecanismos estruturais, ora por meio do estabelecimento de relações diretas entre os profissionais da rede e gestores. Na caracterização do trabalho dos apoiadores, porém, os resultados da pesquisa mostraram que essa estratégia está enfraquecida, dada a pouca valorização dos espaços de gestão compartilhada, nos quais os trabalhadores se poriam de maneira interrogativa, dialógica, ao darem sentido para suas práticas.

Vale ressaltar que a proposta de "Apoio em Saúde", trazida pelo município, é apenas uma, dentre algumas estratégias para reorientação de modelo de atenção com qualificação do cuidado, estando em processo de implementação. É importante trazer, também, que o contexto municipal estudado é de grande desafio para o desenvolvimento do projeto em questão, visto que a rapidez das mudanças estruturais não pode ser acompanhada, na mesma velocidade, por mudanças subjetivas no processo de trabalho em saúde, sejam estas mudanças dentro dos serviços, sejam dentro dos espaços de gestão da secretaria de saúde.

Compreendemos que o corte temporal no desenvolvimento dessa pesquisa trouxe uma caracterização pontual do projeto em estudo. Ao final da pesquisa, o município inicia a constituição de instâncias colegiadas em cada um dos territórios de cuidado, o que abre novos espaços para o fortalecimento do projeto de apoio na constituição das Redes.

Compreendemos, então, que, para uma caracterização mais aprofundada do trabalho de apoio na saúde, quer na proposta trazida pelo município, quer em uma discussão ampliada sobre o processo de trabalho esperado para essa figura-dispositivo de gestão, são necessários aprofundamentos investigativos que iluminem a visão dos outros atores envolvidos com o trabalho do apoiador, como coordenadores de unidades de saúde, profissionais das equipes e conselheiros locais. Outras vertentes de pesquisa podem trazer essa caracterização no âmbito da micropolítica, da análise institucional ou da antropologia.

Outros pontos válidos de investigação referem-se ao papel do apoiador na constituição de redes mediante projetos terapêuticos e casos traçadores, e no fortalecimento dos territórios por meio da vigilância da saúde, da promoção da saúde e da participação popular.

Colaboradores

Lara Paixão e Maria de Fátima Lobato Tavares participaram igualmente da elaboração do artigo, de sua discussão, da redação e da revisão do texto. Lara Paixão participou, ainda, da revisão bibliográfica.

Referências

1. Cecilio LCO. Colegiados de gestão nos serviços de saúde: um estudo empírico. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(3):557-66.
2. Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(11):603-13.
3. Vasconcelos MFF, Morschel A. O apoio institucional e a produção de redes: o desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(1):729-38.
4. Campos GWS, Dominitti, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(2):399-407.
5. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*. 2005; 16(9):161-77.
6. Paim JS. Vigilância da Saúde: dos modelos assistências para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 165-81.
7. Coelho IB. Formas de pensar e organizar o Sistema de Saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: Campos GWS, Gerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 96-131.
8. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: Teixeira CF, Solla JP, organizadores. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba; 2006. p. 19-58.
9. O'Dwyer G, Tavares MFL, De Seta MH. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(23):467-84.
10. Teixeira CF. Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção a saúde no SUS. In: Teixeira CF, Solla JP, organizadores. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba; 2006. p. 59-83.
11. Cecílio LCO. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(22):345-54.
12. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.
13. Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(5):2337-44.
14. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado: um ensaio sobre a organização do trabalho em saúde. *Cienc Saude Colet*. 1999; 4(2):393-403.
15. Sá MC, Azevedo CS. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial em saúde. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(5):2345-54.
16. Artmann E, Rivera FJU. Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 205-31.
17. Yin Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2005.

18. Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.
19. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 2008.
20. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
21. Costa RH. O mito da desterritorialização: do "fim dos territórios" à multiterritorialidade. 5a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.
22. Bertussi DC. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010.
23. Barros MEB. Trabalhar: usar de si - sair de si. Interface (Botucatu). 2007; 11(22):345-63.

Paixão L, Tavares MFL. La construcción del proyecto "Apoyo a las Redes" como estrategia institucional . Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:845-58.

En este artículo se presenta un análisis del trabajo de Apoyo en Salud como proyecto estratégico en un municipio de la región metropolitana de São Paulo, Brasil. Es un estudio de caso con perspectiva etnográfica que trató de identificar y comprender las expectativas de los directivos y trabajadores del proyecto sobre las posibilidades de trabajo. La base conceptual para el análisis del estudio se construyó dentro del contexto histórico de reorientación de prácticas de gestión y cuidado de los servicios de atención del sistema de salud brasileño. El punto estratégico del proyecto analizado es la función del trabajador del apoyo de constituir y calificar las redes de atención, fortaleciendo el diálogo entre los trabajadores de los diversos servicios.

Palabras clave: Apoyo institucional. Matriz de apoyo. Gestión democrática.

Recebido em 25/10/13. Aprovado em 07/01/14.