

ARTIGO

Função Apoio: agenciando produção do cuidado ampliado e compartilhado em um serviço especializado de saúde

Support Function: Managing the Production of Expanded and Shared Care in a Specialized Health Service

Bruno Wesley Rodrigues^I, Aline Roucourt Presotto^{II}, Carlos Alberto Pegolo da Gama^{III}

Resumo

A função apoio institucional na Política de Humanização foi uma proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) que visa inovar os modos de intervir, superando os principais desafios do processo de trabalho dos profissionais que impactam na produção do cuidado ao usuário. Um desses desafios está relacionado às práticas assistenciais focadas no modelo biomédico, centrado em consultas médicas, queixa-conduta principalmente nos serviços especializados de saúde. Este estudo foi realizado como pesquisa intervenção qualitativa com utilização de observação participante, tendo o objetivo de compreender como a função apoio pode contribuir com a mudança de modelo de gestão e atenção em uma equipe de um serviço especializado de saúde do município de Bauru (SP), com uso do Projeto Terapêutico Singular (PTS), colocando em análise as relações de saber e de poder entre os profissionais e destes com os usuários. Os principais resultados alcançados estão relacionados ao fortalecimento de vínculos entre profissionais e equipes e destas com os usuários, corresponsabilização, melhoria nas relações e mudanças nos modos de operar o cuidado. Conclui-se que este estudo produziu vários efeitos nos usuários, nos profissionais, nas equipes e nos territórios participantes, por meio da função apoio com uso do PTS.

Palavras-chave: Análise institucional. Humanização da assistência. Saúde coletiva.

Abstract

The institutional support function in the Humanization Policy was a proposal from the Unified Health System that aims to innovate ways of intervening, overcoming the main challenges in the work process of professionals that impact the production of care for users. One of these challenges is related to care practices focused on the biomedical model, centered on medical consultations, complaints and conduct mainly in specialized health services. This study was carried out as qualitative intervention research using participant observation, with the objective of understanding how the support function can contribute to changing the management and care model in a team of a specialized health service in the city of Bauru, using of the Singular Therapeutic Project (PTS), analyzing the relationships of knowledge and power between professionals and between professionals and users. The main results achieved are related to the strengthening of bonds between professionals and

^I Bruno Wesley Rodrigues (brunowesley.rodrigues@gmail.com) é enfermeiro, mestrando do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e articulador de humanização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP).

^{II} Aline Roucourt Presotto (alineroucourt@yahoo.com.br) é médica, gerente médica do Ambulatório Médico de Especialidades de Bauru.

^{III} Carlos Alberto Pegolo da Gama (carlosgama@terra.com.br) é psicólogo, com mestrado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). É professor adjunto da Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ).

teams and between them and users, co-responsibility, improvement in relationships and changes in the ways of operating care. It is concluded that this study produced several effects on users, professionals, teams and participating territories, through the support function using the PTS.

Keywords: Institutional analysis. Humanization of assistance. Public health.

Introdução

Vários estudos identificam a predominância do paradigma biomédico no Sistema Único de Saúde (SUS) e apontam diversas dificuldades para desconstruí-lo na lógica de um cuidado mais humanizado, descentralizando o foco na doença e passando a incluir aspectos subjetivos de cada pessoa no tratamento.

Nesse sentido, os serviços de saúde, principalmente os especializados tendem a centrar o cuidado de forma estritamente biologicista, médico-centrado, hospitalocêntrico, direcionados a intervenções terapêuticas intensivas, baseadas em exames, queixas e condutas, reforçando a fragmentação dos processos de trabalho, embasados em conceitos reducionistas do que é saúde e doença, desconsiderando as diferenças singulares de cada pessoa no enfrentamento de determinado problema. Ou seja, embora as pessoas possam ter o mesmo diagnóstico clínico, cada uma pode apresentar diversas maneiras de viver e de lidar com o processo saúde-adoecimento.

Uma das iniciativas propostas pelo SUS no sentido de promover mudanças a este modelo hegemônico, enraizado nas práticas dos serviços de saúde, foi a criação, em 2003, da Política Nacional de Humanização pelo Ministério da Saúde, colocando em questão a qualidade e dignidade no cuidado prestado às pessoas, propondo reestruturações na organização dos processos de trabalho que produzem reflexos, na produção de saúde e vida dos usuários e trabalhadores.¹

Esta Política investiu na formação de apoiadores institucionais que mobilizaram processos de apoio intensivos aos serviços de saúde envolvendo equipes da atenção básica, hospitais, dentre outros, visando a qualificação da produção do cuidado em redes.

A função apoio pode ser definida como uma ação de sujeitos que provocam atravessamento no trabalho, sempre no coletivo, ampliando a potencialidade da grupalidade, colocando em análise permanente os processos de trabalho e os modos de produzir o cuidado, entendendo que este deve ser mais integral e equânime. Podemos afirmar que o apoio institucional, seguindo os princípios, diretrizes e dispositivos da PNH, se norteia pela ativação de outras formas de operar o cuidado, buscando, ali onde nada mais parece ser possível, na potência daqueles que por ali transitam, outro modo de fazer e produzir saúde.

No Estado de São Paulo, desde 2012, houve a contratação de profissionais para atuarem como articuladores de humanização pelo Núcleo Técnico de Humanização da Secretaria de Estado de Saúde, objetivando o exercício do apoio institucional. Esse profissional é designado para cada departamento regional de saúde, tendo, como atribuição, contribuir com as regionais de saúde, serviços de saúde estaduais e municipais, privilegiando espaços coletivos que coloquem em análise permanente os processos de trabalho em relação à produção do cuidado em redes que produzem vidas, considerando aspectos relacionados às subjetividades e às singularidades.

O presente estudo tem o objetivo de analisar como a função apoio contribui para uma mudança de modelo de gestão e atenção no cuidado envolvendo usuários do ambulatório da linha de cuidados de diabetes tipos 1 e 2, equipe interdisciplinar do Ambulatório Médico de Especialidades com integração de equipes de estratégia Saúde da Família do município de Bauru.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de uma pesquisa intervenção, qualitativa com observação participante em grupo, iniciada após autorização do Núcleo de Ensino e Pesquisa da Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar (Famesp), Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru e Comitê de Ética da Unicamp, conforme parecer da Plataforma Brasil, sob o número 5.287.076 e CAAE: 54052421.5.0000.5404.

O cenário escolhido foi um serviço especializado do SUS, Ambulatório Médico de Especialidades (AME), com convite a duas unidades de Estratégia Saúde da Família (eSF) e dois usuários do sexo masculino (M1 e M2) do município de Bauru (caracterizado como sendo município de grande porte na região centro-oeste paulista) que estavam sendo acompanhados no ambulatório da linha de cuidados do diabetes, tendo como ênfase a contribuição da função apoio em relação à ampliação da clínica e produção do cuidado de forma compartilhada, fomentando a tríplice inclusão (gestores, trabalhadores e usuários), como apresentando na tabela abaixo:

Tabela 1 - Participantes da pesquisa

Gestão (AME)	02
Gestão (eSF)	02
Equipe assistencial e apoio matricial* (AME Bauru); *1 médica e 1 enfermeira	08
Equipe assistencial eSF (eSF1 e eSF 2)	08
Usuários (M1 e M2)	02
Rede social-afetiva-familiar do usuário (apenas M1)	01
Total de pessoas (Gestores, Profissionais, Usuários e Rede Familiar): 23 pessoas.	

Para a construção da pesquisa em campo, alguns passos foram seguidos divididos em três etapas: A preparação, a discussão de casos e construção do PTS e a construção do produto técnico.

A preparação foi realizada em três momentos (apresentação da proposta do projeto da pesquisa para as equipes do AME e gestão municipal; estudo do texto de Gama et al. (2021) *Estratégia Saúde da Família e adesão ao tratamento de diabetes: Fatores facilitadores* e aplicação do mapa de conversações para escolha dos usuários)². A discussão de casos e construção coletiva do PTS em quatorze momentos, sendo oito envolvendo apenas os profissionais e equipes, e os demais seis encontros com participação dos usuários e, finalmente, a construção do produto técnico-realizado em três encontros para construção do documento norteador referente ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) em um serviço especializado de saúde.

No decorrer do acompanhamento, foram incluídos profissionais da rede intersetorial – Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Casa de Passagem, devido à complexidade do caso M2.

Como instrumentos para a pesquisa, foram utilizadas referências bibliográficas, diário de campo para registros das informações e impressões do pesquisador e co-pesquisadora, entrevista em roda de conversa com perguntas abertas direcionadas aos profissionais e gestão, mapa de conversações, PTS, genograma e ecomapa.

A análise de dados foi produzida com uso da hermenêutica, entendida como a arte e ciência da interpretação. Esse método possibilita o entendimento do homem e de seu mundo, sua história e seu próprio existir, com suas tradições, seus preconceitos, pré-julgamentos, questões e suposições, objetivando estabelecer

busca por elementos de familiaridade e estranheza no processo de compreensão da comunicação que foi estabelecida.

Para isso, foi necessário: analisar os registros descritos em diário de campo, organizando o material por meio de releituras e sistematização dos relatos, com as observações e intervenções feitas pelo apoiador; transcrição dos registros do diário de campo, incluindo os recortes de algumas narrativas tanto dos profissionais, como dos usuários; agrupamento e estruturação dos registros com similaridades e/ou divergências em relação ao tema e compreensão dos dados agrupados, ampliando o entendimento dos fenômenos que foram observados e registrados.

Dessa forma, foi possível delinear quatro categorias relacionadas às percepções e intervenções do apoiador: Assimetrias nas relações de saber-poder; Concepção ampliada de saúde-doença e mudança do modelo biomédico; Produção do cuidado, produção de redes e produção de vidas e Falando com as experiências – usuário como agente produtor de cuidado.

Resultados e discussão

Percepções e intervenções do apoiador

1- Assimetrias nas relações de poder

As assimetrias na relação de saber-poder se fazem presentes no cotidiano do trabalho das equipes de saúde, tanto entre os próprios profissionais, como destes para com os usuários.

O usuário M1, por exemplo, não fazia auto-administração da insulina corretamente e, quando começava a melhorar, alterava a forma prescrita; ele concordava com as propostas da equipe, mas, quando chegava em casa, não seguia as orientações. M2 também não seguia as recomendações dos profissionais, por não considerar prioridade pela sua condição de vida.

Os profissionais, pautados no modelo biomédico prescritivo, na lógica tradicional de queixa-conduta e ordem-obediência, sentem-se desconfortáveis quando os usuários como M1 e M2, enquanto sujeitos agentes, criam resistências e/ou não seguem suas orientações, como podemos observar pela pergunta da médica do AME: nesta situação em que se percebe que há todo um envolvimento da equipe, de que o usuário está esclarecido sobre a doença e suas complicações, o que fazer quando ele não adere?

Fundamentado em Campos (2000), o apoiador-pesquisador se utiliza da questão e dos casos para ampliar a capacidade de reflexão, de entendimento e de análise do coletivo, não apenas qualificando sua intervenção, mas aumentando a capacidade de produzir saúde (BRASIL, 2008)3.

Para esse autor, a função apoio é um método de intervenção que pode afetar as relações de poder e de saber visando uma produção de análises críticas sobre essas relações, assumindo compromissos em conjunto.

O apoiador-pesquisador diz que, na prática, muitas vezes o usuário é colocado numa posição de submissão, só sendo informado sobre sua condição de saúde-doença, sem abertura para negociar o tratamento, fazendo com que não se sinta acolhido, incluído e respeitado no processo de construção do próprio plano de cuidado, refletindo na não-adesão ao tratamento.

2- Concepção ampliada de saúde-doença e mudança do modelo biomédico

Os profissionais de saúde, muitas vezes, têm dificuldade em reconhecer que, apesar da doença, a pessoa pode apresentar potencialidades de vida que colaboram com a produção de saúde.

M1 considera, como potencial para viver, o cuidado com sua mãe; quer ver os filhos formados e quer ter netos.

Ou seja, para sair da doença, é importante reconhecer qual a parte “sadia” da vida dessas pessoas, seus desejos, interesses, dificuldades e potenciais, pois isso pode favorecer o fortalecimento das propostas de cuidado a serem negociadas na construção do PTS, buscando por questões que fazem sentido para elas, que as movem e dão significados para continuar a viver, incluindo a condição da espiritualidade, como compartilhado por M1, ao dizer que Deus colocou uma equipe capacitada para ajudá-lo, então é preciso querer ser ajudado; Deus faz a parte dele, e a pessoa precisa fazer a parte dela.

De acordo com Hudak e Galio (2009, p.45)⁴, o termo “espiritualidade” deriva da palavra espírito, que é traduzido do latim como “respiração”, sendo compreendido como sopro da vida, algo maior que nos leva a manter a vida e a lutar pela manutenção com coragem, fé e esperança⁴.

A integração entre espiritualidade, fé e religiosidade no processo de melhora e cura da doença, permite que se encontre na fé uma saída para alívio da dor, conforme enfatizado por Peres et. al (2007)⁵.

Portanto, o modelo biomédico, embora necessário, é insuficiente para dar conta da complexidade das vidas das pessoas, sendo fundamental a composição com outras áreas do conhecimento, como as ciências sociais e humanas, que incorporam práticas de abordagem que ultrapassam os limites da doença, passando para um cuidado mais integral da pessoa doente.

Apesar de M1 e M2 possuírem o mesmo diagnóstico clínico (diabetes), as formas de lidar com a doença são diferentes, justamente por terem um contexto de história de vida distinto, como apresentado nos recortes a seguir – um tem uma rede de apoio familiar mais fortalecida (M1), enquanto o outro tem uma rede de apoio familiar com vínculos mais fragilizados, associados a conflitos, rupturas e perdas (M2); um tem uma condição emocional estável (M1); enquanto o outro tem uma condição emocional instável, piorada por recaídas em relação ao uso de substâncias psicoativas (M2).

Nesse aspecto, a função apoio pode contribuir com essas mudanças pragmáticas, ampliando a visão dos profissionais, da doença, para outras questões que constituem a vida, como observado no relato da médica do AME: *“diz que se formos analisar a condição de vida dos usuários atendidos na linha de cuidados do diabetes que são inseridos no PTS, o menor problema está relacionado à doença em si, ou seja, o diabetes é apenas a ponta do iceberg que está visível”*.

3- Produção do cuidado, produção de redes e produção de vidas

O apoiador-pesquisador, no exercício da função apoio, procurou por meio do PTS disparar movimentos de produção de redes de cuidado, com base nas vidas que circulam nos territórios existenciais, aproximando as duas equipes de eSFs, AME e rede intersetorial (CREAS/Casa de Passagem) para pensar coletivamente em propostas de cuidado, superando essas fragilidades e distanciamentos existentes, utilizando os casos M1 e M2 como usuários-fontes com acompanhamento pelas redes de forma mais integral.

A médica da eSF1 refere que a função apoio, por meio do projeto de pesquisa, oportunizou a aproximação com o AME, pois antes se sentiam sozinhos; a gestão do AME permitiu o deslocamento de alguns profissionais do serviço para o território, nos encontros que ocorreram nas unidades de referência dos casos em discussão.

Nesse sentido, é perceptível que por meio das interferências feitas pelo apoiador-pesquisador com os sujeitos, em relação aos modos de operar o cuidado e a gestão, foi possível a construção de redes que potencializaram movimentos de mudanças, problematizados no coletivo, dos modos cristalizados de cuidar e de gerir, que produziram efeitos nos usuários, nos profissionais, nas equipes e no território.

Essa aproximação entre os serviços, com a presença e atuação do apoiador-pesquisador e inclusão do usuário e sua equipe de referência de eSF, foi fundamental para as melhorias constatadas no caso M1 e M2, que vão desde as questões relacionadas à patologia, como os modos de viver.

Por esse motivo, reforçar o vínculo entre o usuário, rede social-afetiva-familiar, com a equipe de Atenção Primária à Saúde, é fundamental para a continuidade do cuidado, entendendo que, no processo, o serviço ambulatorial está no meio do caminho, pois os profissionais das eSFs referenciam o caso para o AME, que faz o diagnóstico e inicia o tratamento e contra-referência para a continuidade do cuidado no ambulatório médico tradicional ou para a Atenção Primária à Saúde.

A função apoio funcionou como um dispositivo, disparando movimentos no próprio movimento, por meio do trabalho em “ato”, fazendo “com” em meio ao próprio campo, com interferências mútuas (PASSOS; NEVES; BENEVIDES, 2006)⁶.

Dessa forma, a função apoio é um método da PNH que visa incluir novos parceiros, multiplicando os agentes de contágio da política pública de saúde, acompanhando a invenção de caminhos, incluindo as vozes, pensamentos e desejos que podem acionar mudanças pelo contágio em campos de experimentação (PASCHÉ; PASSOS; 2010, p.429)⁷.

O caso M2 é um exemplo, pois poderia ter ficado perdido entre as unidades que “lavariam as mãos”. O apoio abriu brechas para a produção do cuidado compartilhado, ampliando o olhar para enxergar a pessoa na sua integralidade, superando o modelo hegemônico.

4- Falando com as experiências – usuário como agente produtor de cuidado

Quando se pensa em cuidado, é importante ressaltar que o “cuidar” está sempre presente em nosso dia-a-dia, pois constantemente estamos cuidando de nós mesmos, de outras pessoas, animais e de muitas outras coisas que são importantes para nós.

A equipe da eSF1 convida M1 a ajudá-los na condução de um trabalho em grupo com outros usuários considerados de maior complexidade, que têm dificuldade de fazer a auto-aplicação de insulina, pois, apesar dos desafios, ele conseguiu vencer várias barreiras. Assim como M2, que a partir da sua vivência com a doença hoje faz orientações a outras pessoas quanto ao cuidado, reforçando “*tenho experiência de vida*”.

Ferreira et al. (2016) contribui com o contexto apresentado no parágrafo anterior, quando diz que, além do corpo biológico, o sujeito apresenta um corpo vivido, marcado por afetos, experiências, aprendizados que interferem nos seus modos de ser e de existir no mundo⁸.

Dessa forma, o usuário pode contribuir com o cuidado de outras pessoas que vivenciam a mesma condição de saúde e de vida, deixando de ser “paciente”, no sentido passivo, passando a ser um sujeito agente produtor de cuidado, pois o conhecimento de quem vive com a condição da doença pode ser diferente do que encontramos em referenciais teóricos, pautados puramente no modelo biomédico alicerçado na fisiopatologia da doença e tratamento.

O apoiador-pesquisador reforça a importância, caso os mesmos tenham o desejo em compartilhar suas histórias de vida, em relação ao processo de adoecimento, pois a doença não os impediu de viver outras situações da vida. Apesar da doença, eles continuaram a viver, a existir e a perseverar em sua existência.

Considerações finais

O SUS ao longo desses anos acumulou experiências inovadoras, que se refletem nas práticas de cuidado à população. Uma dessas experiências foi a criação da Política Nacional de Humanização, com a incorporação do

apoio institucional, que tem como objetivo provocar reflexões e interferências no mundo do trabalho, promovendo construção de redes de relações mais solidárias entre trabalhadores e usuários que se coproduzem como sujeitos.

Para isso, é necessário a inclusão de pessoas (gestores, trabalhadores e usuários) e seus analisadores sociais e coletivos. Mobilizar esse processo não é nada fácil, pois exige um novo formato de funcionamento dos coletivos e das organizações de saúde, que reposicionam os sujeitos, criando outros modos de sentir e experienciar encontros que produzam diferentes práticas de saúde.

Para superar esses desafios em relação à mudança dos modelos de atenção e de gestão, a função apoio foi pensada como um recurso, um método, um dispositivo, que coloca em análise permanentemente o grau de implicação dos diferentes sujeitos às demandas que surgem, aos efeitos e repercussões daquilo que se produz, por meio das experimentações e do fazer conjunto.

É nesse campo de atuação que o apoiador se coloca como um importante dispositivo, por seu potencial de ampliar as questões que surgem, mediando as relações de forças e poderes que se manifestam por diferentes interesses, projetos, valores, concepções e formações.

Essa situação ficou muito clara quando se realizou o PTS com dois casos (M1 e M2), com mesmo diagnóstico clínico (diabetes mellitus), porém, com histórias de vida e redes de apoio bem distintas.

Nesse sentido, percebe-se que cada pessoa é singular e, dependendo do seu contexto de vida e da forma como é acolhida, pode se abrir para aceitar as proposições da equipe em relação ao plano de cuidado ou se fechar, criando resistências quando não se sentem incluídas e respeitadas em suas decisões.

Sendo assim, o objetivo dos gestores, trabalhadores e serviços deveria ser mais que atingir metas quantitativas, incluindo em suas pautas ações individuais e coletivas, tendo como direcionamento a centralidade do usuário na produção do cuidado, pois toda vida vale a pena ser vivida.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília (DF); 2008.
2. Gama CAP, et al. Estratégia de Saúde da Família e adesão ao tratamento do diabetes: fatores facilitadores. Bahia: Rev. Baiana de Saúde Pública. 2021;45(1):11-35.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília (DF); 2008.
4. Hudak CM, Galio BM. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
5. Peres MFP, et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. Rev Psiq Clín. 2007; 34 (Supl. 1): 82-87.
6. Passos E, Neves CAB, Benevides RB. Apoio institucional. [S.l.]: [s.n.]; 2006.
7. Pasche DF, Passos E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde: aposta da Política de Humanização da Saúde. Saude debate. 2010; 34(86):423-32.
8. Ferreira TPS, et al. O reconhecimento do saber do outro como válido: as apostas que os usuários fazem sobre sua vida x a decisão dos trabalhadores de saúde sobre a vida do outro. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Junior H, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. v. 1, p. 96-99.

