

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**SIGNIFICADO E IMPACTO DA FUNÇÃO APOIO EM
ATENÇÃO BÁSICA: UMA ANÁLISE EM SITUAÇÃO DE
DESASTRE**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Daniela Aline Kaufmann Seady

Santa Maria, RS, Brasil

2014

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em
Sistema Público de Saúde

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

SIGNIFICADO E IMPACTO DA FUNÇÃO APOIO EM ATENÇÃO BÁSICA: UMA
ANÁLISE EM SITUAÇÃO DE DESASTRE

Elaborado por

Daniela Aline Kaufmann Seady

Orientado por

Prof^a. Dr^a. Vânia Maria Fighera Olivo

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão e Atenção de Sistema Público de Saúde, ênfase
Estratégia de Saúde da Família/Atenção Básica

Comissão Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Teresinha
Heck Weiller
(UFSM)-Presidente

RP Esp. Carine Bianca
Ferreira Nied
(Ministério da Saúde)

Méd. Me. Gilson
Mafacioli da Silva (SMS)

Santa Maria, 17 de março de 2014.

SIGNIFICADO E IMPACTO DA FUNÇÃO APOIO EM ATENÇÃO BÁSICA: UMA ANÁLISE EM SITUAÇÃO DE DESASTRE

Daniela Aline Kaufmann Seady¹

Manoela Fonseca Lüdtke²

Vânia Maria Fighera Olivo³

¹Fisioterapeuta e Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde com ênfase em Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Maria e Mestranda em Ciências da Saúde (UFSM).

²Psicóloga e Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

³Enfermeira e Doutora em Administração (UFRGS) e docente da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Resumo

A Função Apoio é um dos principais dispositivos da Política Nacional de Humanização. Em situações de desastre torna-se ainda mais relevante. Isso ficou evidente no ocorrido em Santa Maria/RS, onde um incêndio em uma casa noturna vitimou cerca de 240 pessoas. Logo após o desastre, organizou-se o Grupo de Trabalho Atenção Básica e Redes (GT ABR), o qual realizou apoio às equipes de Atenção Básica. Este artigo objetiva analisar o significado e o impacto da Função Apoio nas equipes da Atenção Básica enquanto estratégia de enfrentamento em situações de desastre. Foram entrevistados profissionais da saúde que atuam na Atenção Básica de Santa Maria e que receberam o apoio do GT ABR. Os dados foram analisados através da Análise de Conteúdo, resultando na produção de cinco unidades de significado: Compreensão da Função Apoio; Qualificação do Cuidado: a Clínica Ampliada e Compartilhada; Reflexão sobre os processos de trabalho; Transformações nos modos de atuação profissional; Tecendo redes: conexões necessárias. Concluiu-se que a Função Apoio, através do GT ABR, mostrou-se capaz de ser compreendida, promover a clínica ampliada e compartilhada, gerar reflexões no processo de trabalho, transformações nos modos de atuação profissional e articulação da rede de serviços de saúde, produzindo significativos impactos para o sistema de saúde.

Palavras-chave: Função Apoio, Atenção Básica, Desastre, Santa Maria/ RS, Política Nacional de Humanização.

Abstract

The Support Function is one of the main devices of the National Humanization Policy. In disaster situations, it becomes even more relevant. This was evident in occurred in Santa Maria / RS, where a fire in a nightclub killed about 240 people. Soon after the disaster, it were organized the Primary Care Networks Working Group, which held teams to support primary care. This article aims to analyze the meaning and the impact of the support function for primary care teams as a coping strategy in disaster situations. The health professionals working in primary care in Santa Maria, who received support from Primary Care Networks Working Group, were interviewed. The data were analyzed using content analysis, resulting in the production of five units: Understanding the Support Function; Qualification Caution: Extended and Shared Clinical; Reflection on work processes; transformations in modes of professional practice, and Interlacing networks: connections required. It was concluded that the function support through the Primary Care Networks Working Group was capable of being understood , promote expanded and shared clinical, generate reflections in the work process , transformations in modes of professional performance and articulation of the health service network , producing significant impacts on the health system .

Key words: Support Function, Primary Care, Disaster, Santa Maria / RS, National Humanization Policy.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) surgiu sob os efeitos da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000. Sinalizava a necessidade de orientação e respaldo metodológico que indicassem modos de como tornar realidade os princípios e diretrizes do SUS, prescritos na sua base jurídico-legal. Um dos principais dispositivos da PNH é a Função Apoio por ser essencial para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações¹. Esse dispositivo busca ampliar a capacidade de reflexão, de entendimento e de análise de coletivos, no sentido de qualificar sua própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde².

Segundo Campos e Domitti³, o termo “apoio” sugere uma maneira de exercer uma relação horizontal mediante à construção de várias linhas de transversalidade, ou seja, sugere uma metodologia para ordenar a relação entre equipe de referência e especialista, não mais com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos. O apoiador procura construir, de maneira compartilhada com os outros interlocutores, projetos de intervenção, valendo-se de ofertas originárias de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo, bem como incorporando demandas trazidas pelo outro, também em função de seu conhecimento, desejo, interesses e visão de mundo.

A Função Apoio torna-se ainda mais relevante em situações de desastres as quais exigem intervenções coletivas que transcendam os modos de atuação convencional dos serviços de saúde. Desastres, acidentes, catástrofes, tragédias são termos que têm significados distintos, mas que são usualmente utilizados como sinônimos. Nesse sentido, convém referenciar melhor o termo “desastre”, pois é considerado o que mais se adéqua ao objeto deste estudo. Um desastre é considerado uma séria interrupção no funcionamento de uma comunidade ou sociedade, ocasionando uma grande quantidade de mortes e perdas materiais, econômicas e ambientais que excedem a capacidade da comunidade ou sociedade afetada para fazer frente à situação mediante o

uso de seus próprios recursos⁴. Assim, o desastre deve ser entendido como um processo que mede a capacidade de um núcleo social para enfrentar com êxito suas emergências, em que, sobre passam a capacidade da comunidade e a obrigam a solicitar assistência dos níveis superiores⁵.

Essas situações desestruturam a vida de uma coletividade, de forma violenta e traumatizante, temporária e/ou definitivamente. Exigem ações e respostas humanas organizadas de modo a refletir a consciência alcançada pelos profissionais de saúde e pelas autoridades em geral sobre a complexidade específica da situação e sobre a necessidade de abordá-la na maior quantidade de aspectos possíveis das áreas do conhecimento humano⁶.

O desastre ocorrido em janeiro de 2013, em uma casa noturna na cidade Santa Maria/RS, em que um incêndio vitimou, de forma fatal, cerca de 240 pessoas, sendo a maioria jovens universitários, apresentou-se de forma distinta da natureza de outros e pode ser classificado como humano ou antropogênico, ou seja, provocado por ações ou omissões humanas⁷. Segundo o Relatório Final da Polícia Civil de Santa Maria, a causa das mortes, em sua totalidade, ocorreu por asfixia, em decorrência da fumaça tóxica produzida pelo incêndio. Além dos mortos, centenas de indivíduos sofreram lesões corporais e tiveram a necessidade de assistência hospitalar e reabilitação de longa duração, devido à gravidade das lesões e à toxicidade da fumaça que inalaram⁸.

Diante do lamentável ocorrido, os serviços de saúde da Atenção Básica (AB) assumem uma função importante na coordenação do cuidado à população afetada através do acompanhamento longitudinal dos casos (sobreviventes, familiares e comunidade em geral), compartilhamento do cuidado e ordenação de redes de atenção à saúde, entre outros⁹.

A autora Santos¹⁰ afirma que, na maioria dos desastres, as ações são realizadas no imprevisto, unindo forças de voluntariados. Tal situação foi também vivenciada no cenário deste estudo. Entretanto, a PNH e outras frentes como a Força Nacional do SUS e os Médicos Sem Fronteiras, se propuseram a assessorar, através de consultores e apoiadores, a organização emergencial das instituições e serviços envolvidos, propondo a organização de grupos de trabalho

para enfrentamento da crise². No caso deste estudo, estruturou-se, entre outras frentes emergenciais, o Grupo de Trabalho Atenção Básica e Redes (GT ABR), a partir do método do apoio institucional, proposto por Campos¹¹. Convém esclarecer que são muitas as terminologias utilizadas para descrever os tipos metodológicos do Apoio: Apoio Matricial, Apoio Institucional e Apoio à Gestão. É importante ressaltar que, nas intervenções deste estudo, utilizou-se o termo Função Apoio para descrever o Apoio prestado à Atenção Básica após o desastre.

O GT ABR foi instituído imediatamente após o desastre, sendo composto por Apoiadores: Residentes do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) nas áreas da Saúde Mental e Atenção Básica, trabalhadores da Secretaria da Assistência Social e da Secretaria da Saúde de Santa Maria, consultores e apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH), trabalhadores de Blumenau/ SC e de São Lourenço do Sul/ RS (profissionais com experiência em enfrentamento de situação de desastre) e voluntários. Destaca-se ainda que este GT realizou visitas/ encontros com todas as Unidades Básicas de Saúde de Santa Maria, totalizando 27 (Unidade Básica de Saúde/ Estratégia Saúde da Família), sendo efetivado, no mínimo, três encontros com cada Unidade.

A proposta deste GT foi de fortalecer as equipes nos seus respectivos territórios da rede básica, para garantir a continuidade do cuidado longitudinal às vítimas envolvidas diretas ou indiretamente com o desastre. Entretanto, questiona-se: como a Função Apoio auxiliou essa modalidade de estruturação e quais as respostas da AB? A Função Apoio fomentou o compartilhamento do cuidado, mudanças nos processos de trabalho? Foi possível construir redes de atenção?

Levando esses questionamentos em conta, os desastres, apesar de serem vistos como momentos de ruptura da “normalidade”, também devem ser vistos como momentos de reflexão, de estudos que contribuam para o avanço da sociedade. Para tanto, a análise científica do processo vivido a partir de tais ações torna-se essencial, pois permite o aprimoramento e a produção de

conhecimentos para qualificar o sistema público de saúde. Nesse sentido, há poucas descrições e produções científicas sobre a temática estudada, o que justifica o valor deste estudo. Além disso, este trabalho torna-se ainda mais relevante pelo fato de que as autoras deste trabalho são integrantes de um programa de Residência Multiprofissional na área de AB e de Saúde Mental. Ressalta-se, ainda, que as pesquisadoras vivenciaram todo o processo do Apoio prestado a AB, integrando o GT ABR desde sua gênese, o que justifica a relevância de uma análise e compreensão científica do vivido em termos de qualificação do processo profissional e construção de conhecimentos úteis à sociedade.

Considerando o exposto acima, este estudo tem como objetivo analisar o significado e o impacto da Função Apoio nas equipes da Atenção Básica enquanto estratégia de enfrentamento em situações de desastre. Destaca-se ainda que esta pesquisa faz parte de um Projeto guarda-chuva intitulado como “A análise da estruturação de grupos de apoio às equipes da rede básica de saúde em situações de desastre: o caso de Santa Maria/RS”.

MÉTODOS

O estudo realizado teve um caráter exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, na perspectiva de analisar o significado e o impacto da Função Apoio nas equipes de Atenção Básica. Para Marconi e Lakatos¹², o estudo exploratório permite ao investigador um planejamento cuidadoso do método a ser utilizado, formulando o problema, as hipóteses e o registro sistemático dos dados coletados, o que possibilita a análise e a interpretação dos fenômenos com a maior exatidão possível.

Os participantes deste estudo foram profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde/Estratégia de Saúde da Família, e o critério de inclusão desse grupo foi selecionar um profissional por região administrativa do município, totalizando oito profissionais, lotados em

UBS/ESF da região que apresentou maior número de óbitos em seu território (em decorrência do desastre), que receberam o Apoio do GT ABR. As classes profissionais entrevistadas foram: Enfermagem, Técnico de Enfermagem, Medicina e Agente Comunitário de Saúde. Os profissionais foram tratados como letras e números, respectivamente, para manter o sigilo da identidade dos mesmos. A utilização das informações para fins de pesquisa estão em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que institui os direitos humanos dos indivíduos em experiências na área de saúde, garantindo a privacidade dos dados e o anonimato dos participantes¹³.

A coleta dos dados foi realizada no período de outubro a novembro de 2013, ou seja, transcorrido nove a dez meses o desastre. Utilizou como instrumento um roteiro de entrevista semiestruturado. Após a coleta, realizou-se uma análise temática do conteúdo dos relatos, que segundo Lavee e Dionne¹⁴, consiste no desmembramento das estruturas e elementos dos conteúdos, na tentativa de esclarecer as diferentes características e descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação. As categorias foram interpretadas e confrontadas com a literatura¹⁵.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (em 25/07/2013, registro o Nº 347.241).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através deste estudo, foi possível identificar e classificar as unidades de análise em cinco categorias, nomeadas segundo o conteúdo que revelaram: Compreensão da Função Apoio; Qualificação do Cuidado: a Clínica Ampliada e Compartilhada; Reflexão sobre os processos de trabalho; Transformações nos modos de atuação profissional; e Tecendo redes: conexões necessárias.

Compreensão da Função Apoio

Campos¹⁶ afirma que a constituição da Função Apoio (Paidéia) fundamenta-se “em teorias e práticas que procuram articular o campo da política e da gestão com saberes e experiências originários da psicanálise, da pedagogia e da análise institucional” (CAMPOS, 2005, p.185).

Segundo este autor¹⁶, o Apoio sugere que tanto na gestão do trabalho em equipe quanto na clínica, na saúde pública ou nos processos pedagógicos, a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos pode ocorrer de maneira dialógica. Além disso, o Apoio oferece retaguarda assistencial especializada e suporte técnico-pedagógico para equipes e profissionais encarregados da atenção aos problemas de saúde^{3,17}.

Corroborando esta idéia, o objetivo da Função Apoio logo após o desastre foi o de aproximar-se da AB, colocando o apoiador ao lado da equipe, para juntos compartilhar os casos, através da co-responsabilização e construção/ integração da rede de serviços de saúde.

Como esse dispositivo não era utilizado na rede de serviços do Município de forma sistematizada, pode-se inferir que a Função Apoio foi uma experiência inovadora, instituída em decorrência do desastre. O significado desse Apoio é apreendido através dos fragmentos abaixo.

“Eu entendi que eles (Apoio) vieram auxiliar a gente como acolher os familiares, como encaminhar e também ver se a gente precisava de ajuda. Nós tivemos vários casos que procuraram ajuda na Unidade, pacientes e familiares (...) Eles (Apoio) vieram para isto, para ajudar a gente a entender a como receber este pessoal. O que podíamos fazer, se oferecer para ir visitá-los se os familiares procurassem ajuda, e para onde a gente iria encaminhar.” E4

É interessante perceber que o Apoio prestado a AB teve a compreensão dos objetivos propostos, além de ser catalisador de reflexões e estratégias sobre o significado e os modos de acolhimento e cuidado às vítimas. Segundo Fernandes¹⁸, o Apoio se produz nas relações horizontais, com o intuito de ampliar a potência de pensar, de agir e de conhecer das pessoas envolvidas nesse processo.

Feitas essas considerações, percebe-se que houve entendimento dos objetivos e da finalidade da Função Apoio prestada às Unidades de Saúde. O Apoio foi visto como um auxílio para as equipes pensarem e organizarem o cuidado que seria prestado às vítimas, aos familiares e à comunidade em geral atingida pelo desastre. O referido cuidado pode ser analisado no item a seguir.

Qualificação do cuidado: a clínica ampliada e compartilhada

A estratégia de Apoio é uma ferramenta de qualificação do cuidado que incentiva a prática da clínica ampliada e compartilhada. O Apoio se efetiva com o acompanhamento da construção dos percursos, uma vez que apoiar não é fazer pelo outro, mas, sim, colocar-se ao lado e firmar a potência criadora do humano¹⁹.

O momento fulcral no processo de reflexividade social, face aos desastres, é a fase de reconstrução. Após situações de desastres, a AB torna-se um nível de saúde de suma relevância para o cuidado à saúde dos envolvidos. A Função Apoio pode ser um auxílio especializado no enfrentamento de dificuldades que permeiam o cotidiano dos serviços de saúde, além de desenvolver possibilidades da clínica ampliada.

A proposta da clínica ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques (o biomédico, o social e o psicológico), ou seja, traduz-se numa ampliação do objeto de trabalho e na busca de resultados eficientes, com inclusão de novos instrumentos²⁰. Nesta perspectiva, para prestar um cuidado integral às vítimas do desastre, foi necessário agregar conhecimentos interdisciplinares como pode ser visto no recorte abaixo:

“Quando iam discutir um caso, todo mundo escutava a opinião de todo mundo, eu vi caso a caso e que a minha opinião podia trazer algum proveito para aquela pessoa. Se somou todo aquele conhecimento com o objetivo comum de beneficiar aquela pessoa, não houve disputa de conhecimentos, e sim soma. O que a gente observava antes era a disputa do conhecimento.” E1

Somando-se a isso, outro aspecto relevante na qualificação do cuidado diz respeito à clínica compartilhada. A tecnologia proposta pela PNH admite que a complexidade da clínica, especialmente em situações de desastre, deve significar o reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de soluções, pois se aposta em que aprender a fazer algo de forma compartilhada é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual e individual²⁰.

Para haver compartilhamento do cuidado, percebeu-se que os apoiadores necessitavam conhecer os casos, o contexto no território. Para isso, o GT ABR utilizava uma estratégia interessante: antes de realizar os encontros junto às equipes da AB, buscavam informações nos prontuários e discutiam os casos com outros profissionais do Serviço de Atenção Psicossocial, no caso, em especial o “Acolhimento 24 horas” às vítimas, serviço instituído imediatamente após o desastre. Essa dinâmica tinha a finalidade de identificar os casos dos territórios a serem visitados e reconhecer os que exigiam maior atenção e intervenção. As informações eram levadas e discutidas com as equipes de saúde da AB, tendo em vista a qualificação, o compartilhamento do cuidado, bem como o desencadeamento do processo de integração com a rede de serviços do território onde residia o usuário. Com base nisso, os apoiadores contribuíam na elaboração de Projeto Terapêutico Singular, pautados em tecnologias de clínica ampliada e compartilhada, acolhimento, encaminhamentos, escuta qualificada, vínculos e afetos, além de outros²⁰.

“O Apoio me serviu no sentido de me localizar no território de atuação e de conhecer a contextualização dessas famílias que a gente não conhecia. A gente não faz visita, não tem informação sobre a realidade, o contexto que essas pessoas vivem. Com o que o grupo (Apoio) me possibilitou, ficou muito mais fácil de conseguir acompanhar essas famílias, já sabia um pouco da história, nesse sentido para mim foi o diferencial.” E7

Através desta fala, percebe-se que a Função Apoio incentivou o desenvolvimento da clínica ampliada e compartilhada. Outro aspecto da Função Apoio na qualificação do cuidado no sentido da

clínica está na construção do vínculo da equipe com o usuário, sendo tal conexão primordial para a prestação de um atendimento pautado na integralidade da atenção à saúde. Segundo Merhy²¹, a noção de vínculo faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso. Afirma o autor:

criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal. (Merhy, 1994, p.138)

O vínculo torna-se ainda mais relevante após situações de desastres, pois o universo material, físico e emocional da população requer atenção, durante um período prolongado, às pessoas mais afetadas, que precisam reconstruir suas vidas. Os profissionais de saúde devem intervir na saúde desses sujeitos, visando ao restabelecimento da integridade psicológica e do equilíbrio das redes sociais, sob risco de o sofrimento psíquico tornar-se crônico e retardar o processo de recuperação das perdas emocionais causadas pelo desastre⁹. Pode-se perceber, no fragmento a seguir, o impacto da Função Apoio com a efetivação do vínculo.

“A gente marcava o horário aqui (na Unidade) e eles vinham (usuários). E depois deste primeiro contato, eles vinham, praticamente que toda semana. Foi criado um vínculo e eles vinham toda semana. Então a gente entendeu como uma criação de vínculo mesmo, porque senão eles teriam vindo uma vez e não teriam voltado mais.” E7

A partir deste recorte é possível entender que a Função Apoio fomentou a construção do vínculo, que, segundo Machado²², envolve afetividade, ajuda e respeito, estimula a autonomia e a cidadania. Além disso, a análise dos fragmentos evidencia que a Função Apoio desenvolvida neste contexto pós-desastre desencadeou impactos sobre o processo de trabalho das equipes, conforme analisado na próxima unidade de significado.

Reflexão sobre os processos de trabalho

Processos de trabalho são processos de produção/constituição de sujeitos. Esses processos podem ser efetivados pela PNH a fim de ajudar a disparar movimentos e assumir suas consequências através do Apoio^{11,23} no sentido de intervenção-oferta para ajudar a redefinir a compreensão do serviço e de suas bases de organização²⁴. Para tanto, faz-se necessário ampliar a capacidade de reflexão crítica, contudo o grau de dificuldade desta reflexão aumenta com a complexidade e com a indeterminação dos processos de trabalho²⁵. Num contexto de desastre em que as equipes necessitam dar respostas às novas demandas não convencionais, torna-se imprescindível olhar o processo de trabalho e analisar o mesmo.

“Eu disse ‘olha gente, acho que vocês estão querendo demais da gente’, ‘vocês querem que a gente vá dar apoio se a gente aqui está totalmente desestruturado? (...) Vamos ter que sair da Unidade para dar apoio sendo que a gente não está se sentindo capaz de fazer isso e não tem nem estrutura pra ti poder sair do posto de saúde porque a cada pouco chega um, dois pacientes passando mal. Como é que tu vai dizer ‘agora vou fazer umas visitas, vou dar apoio pro pessoal?’”

E5

No recorte da fala supracitada, percebem-se as fragilidades dos processos de trabalho. Segundo Santos Filho et al²⁴, a fragmentação do trabalho dá-se em meio a uma contradição que se expressa no embate entre novos modelos de atenção-gestão, que implicam processos de trabalho pautados no diálogo, porém há uma cultura da comunicação vertical e estilo de gestão que não fomenta momentos para comunicação-análise do fazer, dificultando uma inovação no âmbito da atenção ao usuário, principalmente frente a demandas emergenciais, pois é o momento em que as limitações e incoerências de um sistema complexo vêm à tona¹⁰.

Nesse contexto, o Apoio foi uma estratégia metodológica, pois apostou na realização de encontros através de rodas de conversa, na escuta das necessidades, de forma coletiva, na

identificação de alternativas e possibilidades de atuação frente à situação daquele momento específico.

A Função Apoio instigou a ampliação da capacidade de análise da AB frente às dificuldades, além de potencializar e implicar os mesmos para que, mesmo diante das fragilidades, fossem pactuadas novas práticas e modos de agir necessários em função da situação instalada a partir do desastre. Contudo, deve-se ressaltar que há obstáculos na própria maneira como a AB vem se estruturando, os quais conspiram contra o modo interdisciplinar e dialógico de se operar. De um modo geral, a lógica que ainda orienta a atual produção de saúde na AB é devedora do modelo hegemônico com enfoque biomédico. O grande desafio é a organização do trabalho em saúde que busque romper com a dinâmica médico-centrada, do modelo hegemônico de organização e forma de trabalho da equipe²⁶.

Analisando mais profundamente as limitações do processo de trabalho, a partir de sua interface com a Função Apoio, percebe-se a dificuldade na comunicação da equipe. Em algumas Unidades entrevistadas, foi relatado que realizar reuniões de equipe não é uma prática do serviço. Essa falta de reunião torna quase impossível a integração comunicativa das abordagens diagnósticas e terapêuticas, compromete a clínica ampliada, bem como o trabalho interdisciplinar e a melhoria no processo de trabalho.

“A gente na UBS tem que ser muito criativo para dar conta e atender bem nossos usuários (...) a gente não sabe quem são os nossos usuários, não tem indicadores. (...) Na verdade a gente não tem nem reunião de equipe. Para ter uma ideia, reunião de equipe, teve há cinco anos a última.” E7

Assim, percebe-se que a circulação de informações, os contatos interprofissionais e a preocupação com o sujeito como um todo, ainda são entraves no modelo tradicional de estruturação do poder em organizações de saúde. Há agrupamentos de profissionais em vez de equipe multi e interdisciplinar. A partir dos encontros com os Apoiadores, as equipes foram convidadas a repensar

algumas questões de sua prática e de seus mecanismos de gestão (enfrentamento dos problemas de gestão), com vistas a dar conta daquilo a que o Apoio se propôs. Nesse panorama, o GT ABR construiu um espaço de reflexão, tornando possível pensar novos modos de produção de cuidado, inovar as práticas, incentivar e impulsionar a autonomia dos profissionais a partir da compreensão do seu próprio processo de trabalho. O Apoio fomentou a reflexão sobre a qualidade e a existência de espaços coletivos, do estabelecimento de algum grau de cogestão ou de democracia institucional, destacando que estes são elementos essenciais para o êxito do desenvolvimento desse método de Apoio a um serviço³.

Transformações nos modos de atuação profissional

Apesar da complexidade que envolve mudanças no processo de trabalho, estas não ocorrerão se não houver a transformação do profissional. Colocar os processos de trabalho em análise não se dissocia de uma perspectiva de intervenção, já que fomenta e potencializa movimentos, desvios e rupturas, que sugerem transformar os modos de trabalhar e de ser no trabalho²⁴.

Para Campos^{23,27} a intervenção da Função Apoio produz transformações na prática profissional e nos modos de produção de saúde, afirmando a clínica e a gestão como campo de saberes e práticas indissociáveis, como pode ser visto na fala abaixo.

“Depois que vieram aqui (o Apoio), abriu setenta por cento meu entendimento, me senti com mais firmeza de chegar nas casas, de trabalhar, não só nos casos das vítimas, nas outras casas que tem outros problemas.” E6

“Olha, o que mais me surtiu efeito, é que quando acontece uma tragédia existe a necessidade de ter iniciativas em relação àquilo que está acontecendo (...) eu dei importância porque alguém se mobilizou (...), penso que é por aí o caminho. É fazer visita, é prestar acolhimento, prestar a escuta. A gente faz isso no dia-a-dia, mas numa tragédia às vezes as pessoas se fecham e daí tu tem que ir a busca dessas pessoas pra que elas venham até você.” E5

Através destas falas são notórias as contribuições da Função Apoio na percepção sobre o modo de atuação profissional. O Apoio mobiliza os trabalhadores para a utilização de ferramentas de uma atenção mais humanizada preconizada pela PNH²⁴. Isso se torna mais relevante em situações de calamidade pública, pois exigem respostas às novas demandas, como visto no fragmento a seguir:

“(...) a questão assim de como a gente ia se dirigir para estas pessoas, neste momento foi muito complicado porque a gente não tem formação para trabalhar em situações de calamidade pública, em situação de desastre. Não tinha uma leitura, não tinha experiência, nem vivência. (Na recepção) cada vez que chegava para nós era um impacto e ao mesmo tempo gerava muita ansiedade de quem prestava o Apoio.” E7

A partir deste recorte é possível perceber que apoiar estas equipes não se focava apenas na construção de percursos de enfrentamento frente à situação do desastre. Era também, uma estratégia utilizada para viabilizar mobilização interna das equipes, possibilitando autorreflexão sobre os modos de agir. Percebe-se que o enfrentamento da situação do desastre, a partir do auxílio do Apoio, deixou um legado imaterial aos profissionais de saúde, conhecimentos intelectuais e ricas experiências profissionais produzidas em momentos de forte tensão.

“Contabilizo assim, uns 10 anos de amadurecimento profissional (...)” E1

Tecendo redes: conexões necessárias

Outro desafio da Função Apoio foi fomentar a construção de um trabalho em rede integrada de saúde, pois se sabe que o trabalho articulado em rede é fundamental para garantir acesso universal dos usuários aos serviços e às ações de saúde e oferecer atenção integral, não somente aos usuários com relação direta ou indireta com o desastre, mas, sim, a todos os usuários²⁸.

Segundo o mesmo autor²⁸, desde o início da construção do SUS, está colocado o desafio de trabalhar redes integradas de saúde. Redes, em essência, correspondem à articulação entre serviços

e sistemas de saúde e às relações entre atores que aí atuam, mediante relações de interdependência entre os pontos da rede.

Segundo Righi²⁹, um novo desenho do SUS, com vistas à constituição de uma rede de atenção, está relacionado à possibilidade de formação de pessoas com capacidade para articular diferentes espaços de governo, respeitando a autonomia e a legitimidade local e, ao mesmo tempo, inserindo-se na disputa pela conformação dos modelos de atenção e das próprias características das redes de atenção locais.

Um aspecto marcante que se pôde perceber no impacto da Função Apoio foi a formação de redes de atenção à saúde, pois um dos seus objetivos foi desencadear processos de construção de redes através da interlocução dos diferentes pontos e níveis de atenção: Serviço de Atenção Psicossocial – Acolhimento 24 horas e outros, AB, Sistema Único de Assistência Social (SUAS), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), hospitais, bem como outras redes intersetoriais. Através do fragmento abaixo, percebe-se que a Função Apoio possibilitou maior integração com outros serviços da rede.

“Sim, nossa! A rede nunca funcionou tão bem! Foi um momento que a burocracia foi colocada de lado e fizemos funcionar e funcionou! Foi um momento em que as unidades estavam todas interligadas, a gente referenciando pacientes para outras Unidades, as outras unidades referenciando para nós” E1

“Acredito que através do Apoio a gente teve um maior conhecimento de como funcionava o serviço de saúde mental, entender qual era o fluxograma, como e para onde eu encaminhava estes pacientes e como é que eles vão ser atendidos. Eu acho que teve ampla divulgação neste sentido. E realmente tudo foi muito bem viabilizado, todos os encaminhamentos que a gente fazia, não havia entraves nenhum (...) foi isto que o Apoio nos trouxe, de mostrar qual era o fluxo, os atendimentos, para que servia cada serviço.” E7

Tendo em vista estas abordagens, percebe-se que a proposta da Função Apoio proporcionou a possibilidade de conexões necessárias para tecer redes de saúde. O Apoio realizado através de encontros presenciais possibilitou um contato mais próximo com os profissionais de saúde, pois se acredita que uma rede afetiva se torne efetiva. Essa prática está em consonância com o Ministério da Saúde³⁰, o qual afirma que a organização das políticas públicas em rede é um requisito para a produção de saúde e que depende da organização do sistema de saúde e da integração das ações intersetoriais de um território.

Os entrevistados foram unânimes sobre a necessidade de continuidade do Apoio. Pode-se concluir que este se constitui como uma importante ferramenta tecnológica disparadora de mudanças na atenção, gestão, processos de trabalho das equipes e construção/fortalecimento de redes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluindo este estudo, verifica-se que foi possível analisar o significado, o impacto e a operacionalização da Função Apoio nas equipes da AB enquanto estratégia de enfrentamento em situações de desastre. A Função Apoio mostrou-se capaz de ser compreendida, promover a clínica ampliada e compartilhada, gerar transformações nos modos de atuação profissional, reflexões nos processos de trabalho e articulação da rede de serviços de saúde. Além disso, potencializou a capacidade de reflexão, de entendimento e de análise de coletivos, que assim podem qualificar sua própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde.

Compreende-se que o Apoio prestado à AB logo após uma situação de desastre, apesar de incipiente, esteve em consonância com os objetivos descritos na literatura do Ministério da Saúde, pois procurou criar espaços protegidos que permitiram a interação de diferenças, construindo uma

análise e uma interpretação sintética e acordando linhas de intervenção e distribuição de tarefas entre os vários sujeitos envolvidos no processo.

A partir deste estudo, é possível perceber que a Função Apoio se dá no sentido de encontro e compartilhamento de saberes, de construção de novos olhares, dispositivos e processos de trabalho, para que, a partir daí, seja possível vislumbrar equipes (apoiadas e de apoiadores) capazes de refletir, entender e analisar coletivos para qualificar suas intervenções. Com isto, espera-se que gestores de saúde apostem na continuidade do Apoio e invistam cada vez mais neste dispositivo capaz de instaurar processos de mudanças.

Ressalta-se, ainda, a relevância deste estudo na formação profissional da pesquisadora, por esta ser integrante da Residência Multiprofissional Integrada, pois, através da análise da experiência vivida no GT ABR, houve a incorporação de novos conhecimentos, habilidades e práticas, viabilizando a relação entre atitudes críticas e reflexivas com práticas interdisciplinares na saúde, contribuindo, assim, com o surgimento de experiências alternativas de formação. Destaca-se, ainda, o legado de conhecimentos deixados pelos Apoiadores, profissionais eticamente comprometidos com a situação de calamidade pública instalada, pessoas que estavam solidárias, moral, intelectual e socialmente envolvidas, comprometidas como o momento histórico vivido e que se doaram, sem medida, para fortalecer ações intersetoriais e parcerias, preocupadas em resguardar e reconstruir vidas.

Assim, é notória a importância social deste estudo, pois se entende que ele poderá oferecer subsídios para se pensar as ações das Políticas Públicas de atenção e de formação profissional. Servirá para subsidiar respostas a situações emergenciais e para evidenciar o quanto as equipes precisam parar para refletir seu processo de trabalho em situações cotidianas e não apenas em momentos nos quais estão pressionados por contextos catastróficos.

Concluindo, propõem-se novos estudos sobre a situação vivenciada, pois, além de trazer à memória o histórico de ações conjuntas da saúde e as políticas públicas voltadas à problemática dos

desastres, representa a possibilidade de reviver reflexivamente a situação de emergência e seus impactos, embora se espere que jamais haja outra situação de calamidade pública semelhante.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na Atenção à saúde, com controle social: relatório final**. Brasília: Ministério da saúde, 2001.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 4. ed., 2008.
3. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad Saúde Publica**, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.
4. López TE, Santana NP. El terremoto de 2010 en Chile: respuesta del sistema de salud y de la cooperación internacional. In: **Rev Panam Salud Publica**, 30(2)160–6, 2011.
5. Maturana, A.. Situaciones Catastróficas. In: **Revista Chile Salud Pública**; Vol. 14. 2010.

6. Paladino E, Thomé JT. Psicologia em tempos de tragédia. In: **Revista Mente e Cérebro**, junho de 2011.
7. Ministério da Integração. Secretaria Nacional de Defesa Civil. **Glossário de Defesa Civil**: estudo de riscos e medicina de desastres (5ªEd.). Coordenação Antônio Luiz Coimbra de Castro. Brasília, 2008. 191p.[periódico na Internet]. [Acessado em 2014 fev 04]. Disponível em: <http://www.defesacivil.gov.br>>.
8. Rio Grande do Sul. SSP – Polícia Civil, Departamento de Polícia do Interior, 1ª Delegacia de Polícia de Santa Maria - RS. **Relatório Final ao Meritíssimo Juiz de Direito (1ª Vara Criminal do Fórum de Santa Maria-RS), sob o nº. 94/2013/15050**. Disponível em: <http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/tragedia-incendio-boate-santa-maria/platb/>, 2013.
9. Puel E, Thomé JT, Feuser Z. (Orgs.). 2008. **Depois das chuvas...O olhar do cuidado sobre o Vale do Itajaí**: coletânea de artigos sobre vivências de profissionais que atuaram no trabalho de reconstrução. Secretaria de Estado da Saúde- Florianópolis: Gerência de Coordenação da Atenção Básica, 2012.
10. Santos R. **Gestão de desastres e política de assistência social: estudo de caso de Blumenau/SC**. (Tese) Florianópolis: Doutorado em Sociologia Política- Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.
11. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Cien Saude Colet**. [online]. 1999, v. 4, n. 2, p. 393-403, 2006.

12. Marconi MA, Lakatos EM. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999, 260p.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466/12, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59

14. Laville C, Dionne J. **A Construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda.; Belo Horizonte: Editora UFMG; 1999, 262p.

15. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999, 269p.

16. Campos GWS. **Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos:** a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 2. ed. São Paulo: Hucitec. 2005.

17. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Cien Saude Colet**, 4(2), p. 393-403, 1999.

18. Fernandes, FD. **(In)ventando multiplicidades: a função apoio enquanto dispositivo de produção de saúde no SUS.** (Monografia) São Paulo: Programa de Aprimoramento

Multiprofissional e Especialização em Saúde Coletiva – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2012.

19. Guedes CR, Roza MMR, Barros MEB. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. In: **Cad Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 (1): 93-101, 2012.

20. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília : Ministério da saúde, 2009.

21. MERHY, E.E. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde)**. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) *Inventando a mudança em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

22. Machado MFAS. **Compreensão das mudanças comportamentais do usuário do PPS por meio da participação habilitadora [tese]**. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2007.

23. CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2005

24. Santos filho SB, Barros MEB, Gomes RS. The National Humanization Policy as a policy produced within the healthcare labor process. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.603-13, 2009.
25. De faria HP et al. **Processo de trabalho em saúde**. - 2a ed. -Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009.
26. Abrahão AL. Atenção Básica e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**. V.03, n. 1, p 01-03, 2007.
27. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Abr. 2007.
28. Brasil. Ministério da Saúde. **CONASEMS: Rede de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
29. Righi LB. **Poder local e inovação no SUS: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul**. (Tese) Campinas: Doutorado em Saúde Coletiva- UNICAMP. Campinas, SP: [s.n.], 2003.
30. Mori ME, Oliveira OVM. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.627-40, 2009.

Colaboradores:

Seady, DAK participou em todas as etapas de elaboração do artigo, Ludtke, MF participou da execução da pesquisa e Olivo, VM participou na orientação do trabalho.