

**CRISTIANE PEREIRA DE CASTRO**

**AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO MÉTODO DE APOIO  
PAIDÉIA PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE:  
clínica ampliada e co-gestão**

**CAMPINAS**

**Unicamp**

**2011**

**CRISTIANE PEREIRA DE CASTRO**

**AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO MÉTODO DE APOIO  
PAIDÉIA PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE:  
clínica ampliada e co-gestão**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

**ORIENTADOR: PROF. DRº GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS**

**CAMPINAS**

**Unicamp**

**2011**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecária: Rosana Evangelista Poderoso – CRB-8ª / 6652

C279a Castro, Cristiane Pereira de  
Avaliação da utilização do método de apoio Paidéia para a formação em saúde: clínica ampliada e co-gestão. / Cristiane Pereira de Castro. -- Campinas, SP : [s.n.], 2011.

Orientador : Gastão Wagner de Sousa Campos  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde Pública. 2. Gestão em saúde. 3. Reflexão. 4. Paidéia. I. Campos, Gastão Wagner de Sousa. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês: Evaluation of the use of the method of support Paidéia for the health education: extended clinic and co-governance**

**Keywords:** • Public Health  
• Health management  
• Reflexion  
• Paidéia

**Titulação: Mestre em Saúde Coletiva**

**Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde**

**Banca examinadora:**

**Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos**

**Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado**

**Prof. Dr. Sérgio Resende Carvalho**

**Data da defesa: 24-02-2011**

---

## Banca examinadora de Dissertação de Mestrado

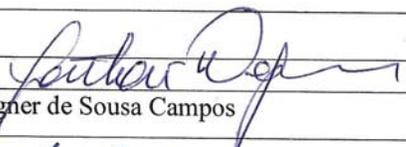
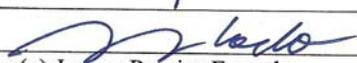
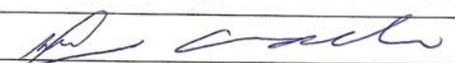
---

**Cristiane Pereira de Castro**

---

**Orientador(a):** Gastão Wagner de Sousa Campos

---

<b>Membros:</b>
 Professor (a) Doutor (a) Gastão Wagner de Sousa Campos
 Professor (a) Doutor (a) Juárez Pereira Furtado
 Professor (a) Doutor (a) Sérgio Resende Carvalho

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

---

**Data:** 24/02/2011

---

***DEDICATÓRIA***

*Aos meus pais, Sueli e José Carlos;*

*Aos meus irmãos, Cesar e Claudio;*

*Ao meu amor, Guilherme;*

*E aos que fazem da militância pelo  
SUS um movimento ético-político para produção  
de uma saúde melhor para toda a sociedade.*

## AGRADECIMENTOS

---

Primeiramente, ao Guilherme, minha paixão... Sempre ao meu lado em todos os momentos desta pesquisa, suportando minha ansiedade e compartilhando cada nova descoberta vivenciada durante este trajeto.

Á minha mãe e ao meu pai, por valorizarem as escolhas que faço e as decisões diferentes que tomo. Porque sempre querem saber da minha vida.

Á minha avó Tereza e tia Lúcia exemplos durante toda a minha vida. Pelo aprendizado que tenho com elas.

Aos meus irmãos, Cesar e Claudio, cada um ao seu jeito, sempre companheiros, nos bons e maus momentos.

A todos os companheiros e companheiras de militância do movimento estudantil, do Centro Acadêmico de Enfermagem (CAE) e Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem (ENEEnf), que me ensinaram que é possível mudar o mundo começando por nós mesmos e pelo que está ao nosso alcance.

Aos professores e funcionários do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, que fizeram desse departamento uma escola de formação “Em defesa da vida”.

Aos profissionais que participaram do Curso de Co-gestão da Clínica Ampliada e Compartilhada e compõem as equipes do Centro de Saúde Jardim Aeroporto, Centro de Apoio Psicossocial David Capistrano e apoiadores do Distrito Sudoeste.

Á Mariana, Fernando, Rubens, Adriana, Roberta e Márcia, porque se desdoblaram para pensar comigo a composição dos grupos focais, e deles participaram empenhados na concretização de tantos desafios que envolvem o processo de formação para equipes de saúde.

As professoras Márcia Nozawa e Felicia Knobloch, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

Á turma do mestrado, pois, acompanhadas, era mais fácil seguir.

Ao nosso grupo de pesquisa. Processando questões envolvendo o Apoio Paidéia sempre com bom humor.

Ao Nilton, pela parceria no processo de apoio e infinitas conversas. Grande companheiro, com quem aprendi muito durante a experiência no Aeroporto.

Á minha querida amiga Larissa, que me ajudou a fazer o abstract.

Aos companheiros de Sumaré: Wanice, Luciana, Priscila, Gilberto, Fernanda e tantos outros que me ensinaram sobre a saúde pública e sobre a vida.

Á Isabela e Daniela, pelas confidências e as múltiplas e potentes conversas sobre o desafio de ser mulher adulta e enfermeira. Pelas horas e horas que tentamos entender o SUS e seus paradoxos. Pela amizade que fortalecemos.

Á Cacau, que com sua amizade e jeito autêntico, me ajudou a suportar momentos de incerteza e possibilitou vazão das minhas dúvidas eternas. Pelo caminho percorrido, pelas descobertas mutuas e principalmente pelo aprendizado afetivo.

Finalmente, agradeço ao Gastão, que me recebeu para o mestrado. Mestre, orientador e apoiador. Exemplo de dedicação ao SUS, em qualquer que seja o cenário, na sala de aula, no gabinete ou num centro de saúde.

*Os filósofos têm apenas interpretado o mundo  
de maneiras diferentes; a questão,  
porém, é transformá-lo.*

**Karl Marx – Teses sobre Feuerbach**

## **RESUMO**

Esta pesquisa pretende refletir sobre a formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde utilizando o método de apoio Paidéia, desenvolvido por Campos (2007). Por “formação” entende-se a co-produção de sujeitos, de sociabilidade e de instituições e a referida metodologia de apoio objetiva, por meio de uma reflexão sobre a própria prática, contribuição para que os profissionais possam desenvolver maior capacidade reflexiva e, em consequência, maior capacidade de interferir sobre fatores estruturados que os condicionam. Pretendeu-se, nesta investigação, avaliar os efeitos do curso de “Co-gestão da clínica ampliada e compartilhada”, especialmente no que se refere às mudanças na compreensão do processo saúde-doença e na incorporação de saberes que auxiliem os profissionais a desenvolverem capacidade de trabalhar em rede, em equipe e com co-gestão do trabalho em saúde. O curso foi proposto pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Campinas (SP), foi ministrado no Centro de Saúde Jardim Aeroporto e oferecido aos profissionais que compõem a equipe do Centro de Saúde Aeroporto, Centro de Atenção Psicossocial David Capistrano e apoiadores institucionais do Distrito Sudoeste; compo-se, duas turmas com vinte pessoas. Configurou-se em um curso de extensão, com duração de um ano e meio (iniciado em junho de 2009 e com encerramento em dezembro de 2010) e foi coordenado por dois apoiadores horizontais, sendo um deles a pesquisadora. A análise das contribuições do método de Apoio Paidéia enquanto estratégia de formação foi investigada, através de pesquisa-intervenção modificada, denominada pesquisa-intervenção do “tipo apoio”. Para coleta de dados utilizou-se duas técnicas: observacional, utilizando o diário de campo para registro sistemático das observações, e realização de grupos focais de avaliação com os profissionais que participaram do curso. Os resultados foram analisados por meio de triangulação de métodos. Observaram-se mudanças nas práticas clínicas e de co-gestão do trabalho em saúde, nas questões que envolvem a relação com o usuário e na “gestão de si mesmo”. Conclui-se que a metodologia do apoio Paidéia traz uma proposta interessante e inovadora, possível de ser adotada dentro dos currículos regulares de formação e estratégias de educação em serviço para profissionais da área da saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Formação em saúde, Clínica ampliada, Método de apoio Paidéia

**ABSTRACT**

This research intends to discuss the training of professionals for the National Health System using the Paidéia method of support, developed by Campos (2007). By "training" we understand the co-production of subjects, of sociability and institutions and the referred methodology of support objective, through a reflection on the practical, a contribution to the professionals to develop greater capacity for reflection, and consequently, greater ability to interfere in the structural factors that condition them. It was intended, in this investigation, to evaluate the effects of the course "Co-management of amplified and shared clinic," especially as a regard to changes, in the comprehension of health-disease process and the incorporation of knowledge that helps professionals to develop capacity for networking, teamwork and co-management of health work. The course was proposed by the Department of Social and Preventive Medicine, Faculty of Medical Sciences, State University of Campinas in partnership with the Municipal Secretariat of Health of Campinas (SP), it was administered at the Health Centre Garden Airport and offered to professional comprise the team of the Health Centre Airport, Center for Psychosocial David Capistrano and institutional supporters of the Southwest District; breaking down, two groups of twenty people. It was configured in an extension course, lasting one and half year (started in June 2009 and ending in December 2010) and was coordinated by two horizontal supporters, one being the researcher. Analysis of the contributions of the Paidéia method of support as a strategy of training was investigated by modified intervention research, and intervention research called "type support." To collect data we used two techniques: observation, using a field diary to record systematic observations, and conducting focus groups for evaluation with the professionals who attended the course. The results were analyzed using triangulation methods. It was observed changes in clinical practices and co-management work in health, in issues involving the relationship with the user and the "management of themselves." It was concluded that the methodology of Paidéia support brings an interesting and innovative proposal, which can be adopted in the curriculum of regular training and education strategies in service for healthcare professionals.

**KEY WORDS:** Health Education, Extended Clinic, Paidéia Support Method.

## LISTA DE QUADROS

---

	<b>PÁG.</b>
<b>Quadro 1-</b> O sentido das mudanças na implementação da reforma da atenção primária à saúde.....	46
<b>Quadro 2-</b> Cobertura de PSF e PACS no Brasil.....	50
<b>Quadro 3-</b> Número de profissionais participantes, local de trabalho e categoria profissional.....	72
<b>Quadro 4-</b> Distribuição dos profissionais por Turma e categoria.....	114
<b>Quadro 5-</b> Grade de temas Turma A.....	117
<b>Quadro 6-</b> Grade de temas Turma B.....	118

## LISTA DE ANEXOS

---

	<b>PÁG.</b>
<b>Anexo 1-</b> Curso de co-gestão da clínica ampliada e compartilhada.....	209
<b>Anexo 2-</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	213
<b>Anexo 3-</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Grupos Focais.....	215
<b>Anexo 4-</b> Roteiro – Grupo Focal de avaliação do Curso de Co-Gestão da Clínica Ampliada e Compartilhada.....	217
<b>Anexo 5-</b> Narrativa 1 - Turma A.....	219
<b>Anexo 6-</b> Narrativa 1 - Turma B.....	227
<b>Anexo 7-</b> Narrativa 2 - Turma A.....	233
<b>Anexo 8-</b> Narrativa 2 - Turma B.....	241

	<b>PÁG.</b>
<b>RESUMO</b> .....	<i>xv</i>
<b>ABSTRACT</b> .....	<i>xix</i>
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	33
<b>CAPÍTULO 1- Atenção Básica a Saúde: Questões e reflexões para um possível resgate</b> .....	41
<b>1.1- A importância e características fundamentais da atenção básica</b> .....	45
<b>CAPÍTULO 2- Referencial Teórico</b> .....	55
<b>2.1- A concepção de co-gestão</b> .....	58
<b>2.2- Sobre o apoio institucional</b> .....	60
<b>CAPÍTULO 3- Aspectos Metodológicos da Investigação</b> .....	65
<b>3.1- Justificativa</b> .....	67
<b>3.2- Objetivos</b> .....	67
a) Objetivo geral.....	67
b) Objetivos específicos.....	68
<b>3.3- Método</b> .....	68
a) Objeto a ser investigado.....	68
b) Descrição do curso-intervenção.....	70
c) Pesquisa-intervenção do tipo “apoio”.....	74
d) O trabalho de campo, coleta do material e seus respectivos instrumentos.....	77
e) Tratamento e interpretação do material produzido em campo.....	81
<b>3.4- Aspectos éticos</b> .....	83

<b>CAPÍTULO 4- Desvendando o Percurso: Dos grupos focais às narrativas passando pelo momento reflexivo.....</b>	<b>85</b>
<b>4.1- Grupos focais.....</b>	<b>87</b>
<b>4.2- O pulo do gato- A construção das narrativas e o momento reflexivo.</b>	<b>89</b>
<b>4.3- Protegendo a cabeça.....</b>	<b>92</b>
<b>4.4- Torcendo o rabo.....</b>	<b>93</b>
a) Construção do roteiro para condução dos grupos focais.....	93
b) Importância do papel do moderador.....	95
<b>4.5- Posicionar as patas.....</b>	<b>97</b>
<b>4.6- Alinhar o corpo.....</b>	<b>100</b>
<b>4.7- Arqueia a coluna.....</b>	<b>104</b>
<b>4.8- Tocar o solo e se soltar por inteiro.....</b>	<b>107</b>
<b>4.9- Rolar somente uma só vez e ainda protegendo a cabeça.....</b>	<b>109</b>
<b>CAPÍTULO 5- As Descobertas: Análise preliminar do material.....</b>	<b>111</b>
<b>5.1- Caracterização das turmas.....</b>	<b>114</b>
<b>CAPÍTULO 6- As Narrativas: Diferentes olhares sobre a teoria Paidéia aplicada enquanto estratégia de formação.....</b>	<b>121</b>
<b>6.1- O que foi dito sobre o curso.....</b>	<b>123</b>
<b>6.2- O que foi dito sobre a metodologia e organização do curso.....</b>	<b>125</b>
<b>6.3- Possíveis mudanças envolvendo as redes e trabalho em equipe.....</b>	<b>129</b>
<b>6.4- Mudanças nas práticas clínicas e na “gestão de si mesmo”.....</b>	<b>133</b>
<b>6.5- Mudanças na relação com a gestão.....</b>	<b>136</b>
<b>6.6- O que o curso deixou a desejar e algumas sugestões.....</b>	<b>138</b>

<b>CAPÍTULO 7- Triangulação de Métodos: Narrativas, observação do pesquisador e reflexão teórica: Considerações interpretativas.....</b>	<b>141</b>
<b>7.1- O contexto institucional.....</b>	<b>143</b>
<b>7.2- As turmas e seus percursos.....</b>	<b>143</b>
<b>7.3- Possibilidades de uma formação singular.....</b>	<b>158</b>
<b>7.4- Os desdobramentos do “ser” pesquisadora-apoiadora.....</b>	<b>165</b>
a) Considerações sobre o tema da formação.....	165
b) Questões que permeiam a função pesquisadora-apoiadora.....	168
<b>7.5- Algumas percepções.....</b>	<b>180</b>
a) Alguns temas.....	180
b) Algumas questões metodológicas.....	184
<b>7.6- A necessidade de compor novos compromissos.....</b>	<b>187</b>
<b>CAPÍTULO 8- Considerações Finais.....</b>	<b>191</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>197</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>207</b>

**APRESENTAÇÃO**

Início este movimento descrevendo minha relação com a referida pesquisa entendendo-a como uma experiência que foi co-produzida e desenhada por vários fatores, como, por exemplo, o contexto institucional do SUS Campinas e as redes de poder que permeiam trabalho em saúde; por vários sujeitos, como, por exemplo, os profissionais do Centro Saúde Jardim Aeroporto, Centro de Atenção Psicossocial David Capistrano e Distrito Sudoeste que participaram do curso-intervenção; e, por fim, pela minha reflexão sobre a implicação da pesquisadora diretamente ligada e/ou seu envolvimento com e na pesquisa.

A minha implicação com o presente trabalho pode ser analisada a partir das considerações apresentadas por Merhy (1), com relação à inserção do pesquisador com o trabalho e com a pesquisa, que promove a construção do sujeito implicado, para além de sujeito interessado, descrito como: “Você é o pesquisador e o pesquisado. E, assim, o analisador e o analisado” (1).

Desta forma, considero relevante destacar pelo menos três pontos: minha militância pela mudança na formação dos profissionais de saúde e nas práticas de saúde; minha inserção institucional no DMPS/FCM/UNICAMP; e a forma pela qual se desenharam as atividades que realizei durante a pesquisa.

Tomei contato com o movimento de transformação da formação dos profissionais de saúde a partir da minha própria formação como enfermeira e também através do movimento estudantil. Ingressei no curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) em 2001. Já no primeiro semestre organizamos um grupo de estudantes que estava insatisfeito com a maneira como estava sendo ministrada uma disciplina do Departamento de Enfermagem que era ligado à Saúde Coletiva. Assim, nos articulamos e organizamos um abaixo-assinado solicitando a redução da carga horária da disciplina e o entregamos à Comissão de Graduação em Enfermagem e à Diretoria Acadêmica da Universidade.

Embora, nossa proposta para a disciplina tenha sido arquivada, a questão da formação, não somente na enfermagem, mas também em todas as áreas da saúde, tornou-se algo primordial, estimulando questões como: Qual é meu papel neste tema da formação? Que profissional de saúde pretendo ser?

Buscando responder essas perguntas, comecei a participar do Centro Acadêmico de Enfermagem (CAE) e, logo em seguida, me aproximei da Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem (ENEEnf). Fui uma das coordenadoras do I Seminário de Educação em Enfermagem, realizado em Curitiba, em julho de 2003. O tema do congresso era “Os estudantes de Enfermagem na rede”, em alusão à necessidade de construção de mudanças no modelo de ensino hospitalocêntrico, buscando priorizar cenários da Atenção Básica em Saúde (ABS) na formação da enfermagem.

Naquele momento, vivíamos a construção, nas cidades de Campinas (SP) e Niterói (RJ), do projeto-piloto do VER-SUS/Brasil (Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS), uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Movimento Estudantil que tinha (e ainda tem) como objetivo proporcionar aos estudantes a vivência e a experimentação da realidade do SUS. Foi por meio do movimento estudantil que tive a oportunidade de vivenciar as conquistas e desafios inerentes a uma Política Pública tão ampla e generosa como o SUS, além de também aprofundar meu entendimento em relação ao trabalho em equipe, a gestão e a educação no sistema. Aproximei-me da área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde do campo da Saúde Coletiva, em especial do DMPS/FCM/UNICAMP, pois o professor Gastão Wagner estava compondo o Ministério da Saúde e era um dos idealizadores do Projeto VER-SUS/Brasil.

Depois da graduação almejei a possibilidade de participação em um programa de aprimoramento numa área que combinasse prática clínica com saúde coletiva e optei por fazer o Aprimoramento em Planejamento e Administração de Serviços de Saúde, ministrado pelo DMPS/FCM/UNICAMP e coordenado pela professora Hosana Onocko Campos. Foi uma experiência singular porque desenvolvi minhas atividades na Ouvidoria do Hospital das Clínicas da UNICAMP, uma importante ferramenta na gestão do cuidado à saúde, com supervisão de duas notáveis profissionais a enfermeira Flora e a assistente social Mirian.

Logo que terminei o Aprimoramento sentia a necessidade de trabalhar no SUS e vivenciar, enquanto profissional, as descobertas e entraves do trabalhador que está “na ponta” do sistema. Ingressei, então, em 2006 na Secretaria Municipal de Saúde de Sumaré e, após seis meses desenvolvendo minhas atividades como enfermeira assistencial, fui

convidada pelo Secretário Municipal de Saúde de Sumaré, Doutor Roberto Mardem, para compor a equipe de gestão do Município e me tornei gerente da Unidade de Saúde Família Santa Clara.

Participar da gestão de um serviço vinculado á atenção básica foi um dos momentos mais instigantes da minha vida, de grande crescimento pessoal e profissional, em que conheci várias perspectivas de pensamento sobre o modo de produção das práticas de saúde e de organização dos serviços e do Sistema de Saúde.

Surgiu, então, em 2008 a oportunidade de participar do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, ministrado pelo DMPS/FCM/UNICAMP. Durante a especialização desenvolvi um Projeto de Intervenção na Unidade Santa Clara e esta experiência possibilitou vivenciar a construção do trabalho coletivo, a articulação entre teoria e prática e apontou novas possibilidades de produção de conhecimento que se relacionam com o desenvolvimento desta dissertação. Além disso, me impulsionou para tentar o desafio de realizar o Mestrado em Saúde Coletiva no DMPS/FCM/UNICAMP.

Tentei e passei. Em março de 2009 foram iniciadas as disciplinas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e optei por continuar trabalhando na Secretaria Municipal de Saúde de Sumaré porque acredito que estando “na ponta” consigo ampliar meu olhar e assim complementá-lo com as atividades acadêmicas.

Ainda em março de 2009, comecei a fazer parte do grupo de pesquisa Coletivo de Estudos e Apoio Paidéia, coordenado pelo professor Gastão Wagner. Neste espaço, foi articulada a proposta do curso de extensão em Co-Gestão da Clínica Ampliada e Compartilhada, que teve como base o método Paidéia. Tal curso seria ministrado nos serviços da rede municipal de saúde de Campinas (SP): Centro de Saúde São Marcos, Centro de Saúde Jardim Aeroporto e Centro de Reabilitação em Sousas.

Por toda minha vivência na coordenação de um serviço da atenção básica, optei por acompanhar o curso, como apoiadora, no Centro de Saúde Jardim Aeroporto, sendo este o local no qual desenvolvi as atividades de campo desta dissertação.

É importante destacar, do ponto de vista da construção da abordagem metodológica, que se trata de projeto de pesquisa intimamente relacionado com a produção de intervenção voltada para formação de profissionais para o SUS, em que se utiliza o método do apoio como referência, sendo o pesquisador um ator em situação de intervenção que não só observa, mas também participa de sua produção.

Como pesquisadora, vivi situações de precariedade de estrutura física e material, fragilidade política e institucional e outras situações que permeiam o SUS, tanto em Campinas como em todo o Brasil. Por outro lado, também atuei a partir da aplicação de determinada abordagem metodológica, referenciada em conceitos teóricos e conceituais dos quais o orientador deste trabalho é uma das principais referências.

Ressalto, portanto, dois aspectos. Primeiro a minha implicação com a produção dessa investigação. Depois, o cuidado que eu e meu orientador tivemos durante todas as fases da investigação, buscando mecanismos objetivos que atenuassem os fatores subjetivos relatados.

### **Por fim, a Dissertação.**

E enfim, temos uma Dissertação. Dividi o material em oito capítulos.

O capítulo 1 se propõe a refletir a respeito das dificuldades na legitimação social da Atenção Básica à Saúde no Brasil, estabelecendo como hipótese a possível ausência de consenso a respeito da importância e características fundamentais da Atenção Básica. Considero tal análise primordial por dois motivos. Primeiramente destaca-se que a maioria dos profissionais matriculados no curso- intervenção (sujeitos desta pesquisa) compõe equipes da Atenção Básica de Campinas (SP). Em segundo lugar, porque a intervenção foi organizada tendo como eixo um serviço de atenção básica e sua rede dentro do território; ou seja, os demais profissionais matriculados no curso-intervenção desenvolvem atividades diretamente ligadas à Atenção Básica.

No capítulo 2 são apresentados a hipótese, os pressupostos e dois conceitos teóricos – a concepção de co-gestão e sobre o apoio institucional – que desenharam e pautaram todo o desenvolvimento da pesquisa.

No capítulo 3, discuto a metodologia da pesquisa. Início com os objetivos, a descrição dos métodos utilizados, incluindo o objeto a ser investigado, a proposta do curso-intervenção e a concepção de pesquisa intervenção do tipo “apoio”. Por fim, descrevo o trabalho de campo, a coleta do material e seus respectivos instrumentos.

No capítulo 4, apresento O Pulo do Gato, onde são delineados dois impasses vivenciados durante a pesquisa. O primeiro referindo-se ao processo de construção da narrativa, a partir de dados primários obtidos pela transcrição dos grupos focais. O segundo que resultou da intenção de compartilhar as narrativas construídas nos espaços específicos denominados “Momentos Reflexivos”. Pretendeu-se com esta reflexão teórico-metodológica apontar caminhos para a construção das narrativas e seu uso nos momentos reflexivos.

No capítulo 5, inicio a discussão e análise dos resultados obtidos, ao passo que também caracterizo as duas turmas (A e B) e suas vivências.

No capítulo 6, apresento a discussão e análise das narrativas construídas utilizando alguns eixos centrais delimitados pelo roteiro do grupo focal de avaliação.

No capítulo 7, através da triangulação de métodos, apresento algumas considerações interpretativas e finalizo a discussão e análise dos dados coletados durante a pesquisa.

Finalmente, no capítulo 8 são feitas algumas considerações finais sobre a análise produzida e o processo de pesquisar.

**CAPÍTULO 1**  
**Atenção Básica a Saúde: Questões e reflexões**  
**para um possível resgate**

O conceito de atenção primária em saúde (APS) nasceu juntamente com a constituição dos sistemas nacionais de saúde. O Informe Dawson, de 1920, tem sido considerado o primeiro documento que esboçou as diretrizes dos denominados sistemas nacionais de saúde, dos quais o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é herdeiro. Naquele informe descrevia-se com detalhes o modelo de atendimento a ser realizados nos Centros de Saúde Primários, constituindo-se em porta de entrada da rede integral de atenção à saúde (2). O termo “atenção primária em saúde” (APS) é utilizado em outros países no lugar de “atenção básica em saúde” (ABS) como denominamos no Brasil ao mesmo conceito. Porém, mais importante do que definir a terminologia, é o fato de haver, segundo vários autores, “inúmeras concepções” quanto ao sentido de ambos os termos utilizados. Seja atenção básica ou primária, o fato é que, às vezes, ambas são entendidas como algo elementar, mínimo (3), ou mesmo como um arranjo simples e primitivo (4).

A compreensão do papel e do modo de organizar a atenção primária ou básica em saúde não é um tema de ordem exclusivamente técnica, pois compreende vários componentes ideológicos e políticos. Isto porque a atenção básica tem se associado tanto aos sistemas socializados de saúde, que eliminam ou restringem as práticas de mercado, como também porque a atenção básica tem se constituído como espaço de crítica ao paradigma médico tradicional, que privilegia os determinantes biológicos da doença, reduz o indivíduo a objeto do conhecimento e da prática, limitando a abordagem terapêutica a intervenção curativa (5). Há, portanto, uma disputa ideológica, pois o discurso simplificador sobre a APS, supostamente pautado no senso comum, esquece-se dos interesses e disputas que envolvem essa questão.

Há interesses externos, como o corporativismo médico e a defesa do sistema de mercado, que, de modo sistemático, têm empreendido esforços para manter a atenção básica associada à noção de menor complexidade: serviços que lidariam somente com problemas simples, que remetem à necessidade de tecnologias menos avançadas, bem como qualificação técnica simplificada; ou seja, à noção equivocada de que o trabalho na atenção básica é de baixa complexidade, que se constitui de tecnologias simples e baratas, resultando em uma atenção simplificada (3,6).

Porém, há também interesses internos que cogitam diferentes alternativas para o primeiro atendimento no sistema. Dentro de setores do SUS estimula-se a criação de uma rede de pronto atendimento, com distintas denominações, em substituição aos formatos tradicionais de atenção primária experimentados em Cuba, na Europa e em vários outros países. Essas divergências sobre o modo de se compreender a organização do processo de trabalho na ABS têm gerado confusão, tanto para os usuários, quanto para os trabalhadores (3).

Dessa forma, a controvérsia ideológica termina por gerar reflexos sobre conceitos técnicos - como o da territorialização, o da inscrição de famílias com equipes multiprofissionais que assegurem atendimento longitudinal, integral e com vínculo, entre outros - bem como sobre a prioridade da ABS na organização dos sistemas. Com sérias repercussões sobre financiamento e constituição de redes de serviços, em que hospitais são apenas um dos elementos e não o centro. Nesse sentido, caberia perguntar se o SUS seria, de fato, um sistema centrado na atenção primária, conforme conceituado pela Organização Mundial da Saúde (7).

Essa discussão deve ser destacada porque um serviço da atenção básica, quando abandonado à própria sorte, é uma casca vazia. São os trabalhadores de saúde e usuários (sujeitos) que operam esses serviços obviamente enquadrados pelos limites, regras e normas instituídas pelo jogo de interesses citado acima que contribuem para consolidação desse discurso da simplicidade.

Além disso, ouve-se com frequência, quase unânime, que é extremamente difícil trabalhar nesses serviços. Aqui, opera-se com a ideologia do complexo/difícil. Um paradoxo, pois por que motivo seria tão difícil trabalhar em uma rede que lida somente com problemas “simples”?

Vale ressaltar que o discurso sobre a dificuldade reconhece a variedade e quantidade de demandas que devem ser resolvidas nesses serviços. Considera-se que é na atenção básica que devem ser resolvidos cerca de 80% dos problemas de saúde da população e, desta porcentagem, espera-se que apenas 3 a 5% dos casos sejam encaminhados segundo a Organização Mundial da Saúde (8). Portanto para ser capaz de

responder às necessidades sociais e de saúde, a atenção básica deve não somente contar com infra-estrutura adequada, como desenvolver ações que dependem de um trabalho atento para a dimensão da subjetividade, das redes sociais e da cultura.

Assim, pretende-se considerar nesta reflexão o fato de não haver uma linha divisória clara entre “ideologia” e “realidade”; especialmente porque a ideologia está em tudo aquilo que é vivenciado como verdade. Portanto, para não nos anularmos, torna-se imprescindível manter aguçada a capacidade crítica visto que existem muitas “dificuldades” no cotidiano da atenção básica.

### **1.1- A importância e características fundamentais da atenção básica**

Historicamente, desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, temos como política central da Organização Mundial da Saúde (OMS) a atenção primária e a proposta de que a saúde seja concebida “como um direito humano fundamental”, sendo considerada “como meta social mundial”, cuja realização requer a ação de muitos setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Tal declaração salienta, ainda, que uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atingissem um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva (8). Porém, como relata Mendes (6), houve uma mudança de enfoque ao longo dos anos.

Dessa forma, na década de 1980 predominou o conceito de atenção primária seletiva, na qual o foco estava em ofertar serviços básicos às regiões e às pessoas pobres. Na década de 1990, com o estímulo do Banco Mundial, teve vigência uma orientação de oferta de cestas básicas constituídas por um pacote de serviços essenciais. Posteriormente, com o movimento de reforma do setor saúde, as políticas da atenção primária se orientaram por critérios que vão além da saúde, critérios como descentralização, reforma da administração pública e controle de gastos do Estado.

Com esse histórico, a OMS entra no século XXI - através do Relatório de 2008 “Atenção Primária em Saúde, mais necessária do que nunca” - comemorando 30 anos da Conferência de Alma-Ata que propôs mudanças na organização da atenção primária à saúde, conforme pode ser observado no quadro a seguir:

**Quadro 1-** O sentido das mudanças na implementação da reforma da atenção primária à saúde

<b>IMPLEMENTAÇÃO ANTERIOR DA REFORMA DA APS</b>	<b>IMPLEMENTAÇÃO ATUAL DA MUDANÇA DA APS</b>
Provisão de um pacote básico de intervenções sanitárias e de medicamentos essenciais focados Em populações rurais pobres	Transformação e regulação do sistema de atenção à saúde, buscando o acesso universal e a proteção social em saúde
Concentração em mães e crianças	Atenção à saúde para toda a comunidade
Foco em doenças selecionadas, especialmente condições agudas de natureza infecciosa	Resposta às necessidades e expectativas das pessoas em relação a um conjunto amplo de riscos e doenças
Melhoria do saneamento e da educação em saúde no nível local	Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e mitigação dos danos sociais e ambientais sobre a saúde
Uso de tecnologia simplificada por agentes comunitários de saúde, não profissionais	Equipes de saúde facilitando o acesso e o uso apropriado de tecnologias e medicamentos
Participação como mobilização de recursos locais e gestão dos centros de saúde por meio de comitês locais	Participação institucionalizada da sociedade civil no diálogo político e nos mecanismos de accountability
Financiamento governamental e prestação de serviços com gestão centralizada	Sistemas pluralísticos de atenção à saúde operando num contexto globalizado
Gestão da escassez	Crescimento dos recursos da saúde rumo à cobertura universal
Ajuda e cooperação técnica bilateral	Solidariedade global e aprendizagem conjunta
APS como antítese do hospital	APS como uma das coordenadoras de uma resposta ampla em todos os níveis de atenção
APS é barata e requer modestos investimentos	APS não é barata e requer investimentos consideráveis, mas gera maior valor para o dinheiro investido que todas as outras alternativas

Fonte: Organização Mundial da Saúde (9).

Percebe-se, então, segundo a análise feita por Mendes (6), que os sentidos de mudança da atenção primária à saúde estruturam-se em quatro grupos: reformas em busca da cobertura universal para atingir a equidade em saúde; reformas na prestação dos serviços de saúde para construir um sistema de atenção centrado nas pessoas; as reformas na liderança dos sistemas de atenção à saúde para tornar as autoridades mais confiáveis e as reformas nas políticas públicas para promover e proteger a saúde das comunidades.

Dessa forma, destaca-se que, na visão da OMS, os temas centrais envolvendo a APS são: acesso universal e proteção social; atenção primária organizada a partir das necessidades de saúde da população; superar a gestão centralizada e regulatória do Estado, construindo uma gestão participativa; integração da atenção primária e desenvolvimento de políticas públicas através de intervenções intersetoriais.

Olhando para a Organização Pan-Americana da Saúde — sobretudo através do documento de Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas —, e levando principalmente em consideração o posicionamento da OPAS de 2005, o que se nota é que a atenção primária à saúde deve ser uma parte integral dos sistemas de saúde e que o desenvolvimento de sistemas de atenção à saúde baseados na atenção primária é o melhor enfoque para produzir uma melhoria sustentável e equitativa na saúde dos povos das Américas (10).

Segundo Mendes (6), esse documento coloca alguns pontos primordiais para atenção básica numa perspectiva de futuro; a saber: complementar a implantação da atenção primária à saúde onde ela falhou; fortalecer a atenção primária à saúde para enfrentar novos desafios; colocar a atenção primária à saúde nas agendas mais amplas da equidade e do desenvolvimento humano.

Mendes (6) refere ainda que superar o modelo biomédico baseado no hospital, reorientar as ações de promoção e prevenção, vencer a frágil colaboração intersetorial e capacitar os trabalhadores tanto nas competências técnicas quanto nas humanísticas são, para o futuro, as questões relevantes.

Considera-se tal plano extremamente destoante da realidade das Américas, uma vez que ele não faz conexões com questões pertinentes que iriam impactar nas condições de saúde da população, como política de redistribuição de renda, reforma urbana, educação básica entre outras políticas públicas que, de fato, impactariam na atenção primária.

Dessa forma, especialmente se levada em consideração a súmula de documentos da OMS e OPAS, é relevante destacar a questão da ausência do consenso em relação à importância da atenção primária, já que tanto a OMS quanto a OPAS vêm como primordial a atenção primária, marcando posição quanto à necessidade dessas mudanças hoje e no futuro. Ademais, não há nenhuma colocação referente a investimentos significantes — as questões sobre recursos ainda são frágeis, pontuais e discretas —, nem a uma pactuação junto ao Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional que garanta o não pagamento dos juros da dívida (desde que esse dinheiro seja investido em atenção primária). Também está excluída a junção das pautas de discussão que envolvem atenção primária com outras políticas públicas sociais, não do ponto de vista intersetorial, e, sim, como direito à cidadania. A todas essas medidas não cabe o isolamento, já que se trata de um conjunto uno e que, naturalmente, deve ser coeso.

Após a leitura desses documentos, ainda visualiza-se que a atenção primária se “estagnou” no tempo da Alma-Ata, e permanece sendo feita prioritariamente através de pacotes básicos de maneira pouco resolutiva e que não fortalece o entendimento de saúde como valor de uso. O discurso que defende saúde como direito de cidadania e traz a atenção primária fortemente ligada a ele enquanto forma de diminuir as iniquidades, apesar de ser hegemônico nestes órgãos internacionais, parece cada vez mais distante da prática, ausente das ações reais, pois traz como desafios para o futuro questões pontuais e não estruturais como, por exemplo, determinação de um teto financeiro mínimo (porcentagem do PIB) que deve ser obrigatoriamente investido na atenção primária à saúde.

Fica, pois, uma questão para reflexão: Se os mais relevantes órgãos internacionais de saúde não têm pautado como eixo central da agenda de saúde a atenção primária e o financiamento, como a atenção primária e as políticas públicas vão vencer a crise que assola os sistemas nacionais de saúde?

Trazendo a discussão da atenção primária para nossa realidade, acredita-se que, para efetivarmos as finalidades principais de diminuir as iniquidades e garantir acesso universal, é necessário que ela seja entendida como principal estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde e não como uma cesta básica de programas voltada para as classes mais vulneráveis ou mais um nível de atenção à saúde (6). Ou seja, ela deve se tornar o fio condutor prioritário para qualificação e efetivação do Sistema Único de Saúde no Brasil e também de superação do modelo biomédico ainda hegemônico no cotidiano dos serviços de saúde. Deve, igualmente, ser compreendida e realizada de maneira ampla e integral (não como pacotes de ofertas, de forma programática), unindo prevenção, promoção e clínica, pois, dessa forma, avançamos nas questões que se referem ao seu caráter de política pública social.

No que se refere às principais características da atenção primária, Barbara Startifield (11), que em seu livro *Atenção Primária: Equilíbrio Entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologias*, uma publicação institucional do Ministério da Saúde em parceria com a OPAS, tem exercido larga influência entre os atores envolvidos com o SUS. Nele, a autora americana valoriza, entre outras, quatro características da atenção primária à saúde: o primeiro contato, atendimento longitudinal, integralidade e coordenação.

O primeiro contato implica a questão do acesso e o uso do serviço para cada novo problema para o qual se procura o cuidado; ou seja, a questão trazida por Campos (12), de que a cultura sanitária acumulada pela tradição dos sistemas públicos de saúde traz a atenção básica, constituindo-se em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde.

Dessa forma, a pauta denominada acessibilidade torna-se central para a Política Nacional da Atenção Básica. Porém, a cobertura nos últimos anos não tem sido trazida à tona para discussão, em detrimento de sua relevância.

Assim, torna-se relevante demonstrar, através do quadro abaixo, os dados de cobertura fornecidos pela Diretoria da Atenção Básica, acessíveis no site do Ministério da Saúde (restringindo neste momento o entendimento da atenção básica ligado a cobertura de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde).

## Quadro 2- Cobertura de PSF e PACS no Brasil

	<b>Programa de Saúde da Família</b>	<b>Programa de Agentes Comunitários de Saúde</b>
Equipes implantadas	27.324 mil	211.000 mil
Total de municípios	4.3 mil	5.3 mil
Cobertura Populacional	40.9% correspondem a cerca de 77 milhões de pessoas	56.8% correspondem a cerca de 107 milhões de pessoas

Fonte: DAB (13)

Portanto, destaca-se que uma média de 55% de brasileiros não estão vinculados aos principais programas de atenção básica implantados em nosso país. Dessa forma, da população total de brasileiros, 184 milhões, segundo dados do Censo 2008 realizado pelo IBGE, 75 milhões estão adscritos as equipes de PSF e 105 milhões estão vinculados as equipes de PACS.

Assim, a característica da acessibilidade, entendida como possibilidade de se constituir a atenção básica em importante porta de entrada do sistema, parece incompatível com nossa base populacional, sendo de primordial importância implementar ações que visem aumentar a cobertura de atenção básica no território nacional.

Apesar da questão do acesso estar na agenda de discussões atualmente, vale destacar dois itens ligados ao tema que de alguma forma estão “apagados”.

O primeiro ponto é baseado nas idéias do senso comum de que a cobertura atingida é suficiente para impactar na qualidade da saúde dos brasileiros sendo necessário agora investir no que já tem consolidado, ou seja, a decodificação da atenção básica como programa para regiões e para populações pobres que trazem uma cesta básica de ofertas, portanto uma atenção básica incapaz de trazer mudanças significativas nas questões de desigualdade extrema comum em nosso país.

O segundo, parece querer traduzir um ponto que “camufla” a questão do acesso, trazendo para a pauta a integralidade como forma de causar impacto na resolubilidade da atenção básica como se apenas com a qualificação das equipes, dos serviços e da gestão da atenção básica fosse possível, como num passe de mágica, que os milhões de brasileiros hoje excluídos da atenção básica passassem a ser atendidos porque os serviços seriam mais resolutivos e as filas andariam mais rapidamente.

Assim, essa característica da atenção básica ainda não é consenso em nosso país, havendo necessidade de que seja pautada e discutida com o maior número possível de atores sociais que transitam hoje no cenário nacional como o Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Saúde, universidades, entre outros.

Fica evidente agora outra característica, o atendimento longitudinal. Tal característica remete à necessidade de existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, usuário e família. Temos, então, um sinal peculiar que modula fortemente as possibilidades da prática clínica.

Assim, trazer essa característica remete a repensar algumas diretrizes do modelo organizacional que a atenção básica deveria assumir já apontadas por Campos (14).

O autor destaca que a responsabilidade sanitária por um território e a construção de vínculo entre equipes e usuários depende desta ligação longitudinal — horizontal ao longo do tempo — entre equipe e usuários. A responsabilidade sanitária deve ser definida claramente, recomendando-se que cada equipe de saúde da atenção básica, bem como outras com função de Apoio Matricial, tenham a seu encargo um conjunto de pessoas que vivem em um mesmo território. A equipe deve reconhecer os condicionantes de saúde dessa região, bem como identificar riscos e vulnerabilidade de grupos, famílias e pessoas, além de desenvolver projetos singulares de intervenção.

A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de ofertas que atendam as necessidades mais frequentes e comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros níveis de atenção e o reconhecimento

adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças; ou seja, a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população do território e o caminhar dos usuários para outros serviços de atenção à saúde conforme a necessidade.

Por último, temos a coordenação, que implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que demandam seguimento constante; dito de outra forma, capacidade de responsabilizar-se pelo usuário, mesmo quando partilha o cuidado com outros serviços do sistema de saúde como, por exemplo, hospitais ou ambulatórios de especialidades.

Analisando essas duas últimas características — e de forma conjunta, porque a integralidade é complementar à coordenação, visto que esta é um atributo de importância nas redes de saúde e sem ela a integralidade estaria, *a priori*, dificultada —, observa-se que será necessário, em muitos momentos, que atenção básica compartilhe sua forma de cuidar com outros serviços de saúde do sistema, exigindo que a maneira recomendada para dar conta disso seja coordenando projetos terapêuticos.

Porém, o que se observa atualmente não é a coordenação conjunta de projetos terapêuticos e sim os “encaminhamentos” dos usuários entre os serviços, ou seja, a transferência de responsabilidade e não o compartilhamento. Essa prática tem gerado confusão para os usuários que não conseguem transitar entre os três níveis do sistema e com isso a equipe de saúde se desresponsabiliza sistematicamente.

Para superar essa confusão concorda-se com Campos (12) no sentido de que seja necessário resgatar a definição ampliada da atenção básica e, para isso, fazem-se necessárias políticas públicas que fortaleçam ou reorientem as práticas da atenção básica na direção de suas finalidades como especialmente a de diminuir as iniquidades presentes na sociedade.

Visualiza-se como um caminho possível para esse resgate a reformulação e ampliação do saber clínico, como variável extremamente necessária na atenção básica, e que faz conexões/pontes com conceitos e instrumentos originários da saúde pública, ou seja, a promoção da saúde, saúde mental, ciências sociais ente outros. Trabalhar com esses instrumentos permitem aos trabalhadores realizar uma clínica ampliada e compartilhada,

que, segundo Cunha (15), é a clínica realizada na rede básica de saúde, possuidora de uma série de especificidades, que a torna diferente da realizada em grandes centros hospitalares ou ambulatórios de especialidades.

Incorporar então a complexidade do processo saúde-doença necessária para aumentar a resolubilidade das intervenções na rede básica. Entendendo como complexo o número de variáveis envolvidas no cotidiano da atenção básica, que mostra a necessidade de intervir na dimensão biológica de riscos ou doenças, mas também encarar os riscos subjetivos e sociais; sem, claro, se esquecer da necessidade da gestão do trabalho em equipe e construção de sistemas em rede.

Assim sendo, a presente dissertação se propõe a refletir sobre algumas questões que envolvem a formação de equipes no SUS, tendo como pano de fundo todo o contexto descrito por dois motivos. Primeiramente destaca-se que a maioria dos profissionais matriculados no Curso- Intervenção (sujeitos desta pesquisa) compõem equipes da Atenção Básica de Campinas (SP). Em segundo lugar porque o Curso-Intervenção foi organizado tendo como eixo um serviço de atenção básica e sua rede dentro do território, ou seja, os demais profissionais que compõem o curso desenvolvem atividades diretamente ligadas a Atenção Básica.

**CAPÍTULO 2**  
**Referencial Teórico**

A pesquisa partiu da hipótese de que os recursos metodológicos do Apoio Paidéia, desenvolvido por Campos (12), favorecem a ampliação das práticas realizadas pelos profissionais de saúde e a implementação de co-gestão do trabalho. Tal método tem como base a inclusão dos sujeitos nas mudanças dos processos de trabalho.

Além disso, o Apoio Paidéia aposta em um devir, num processo de mudança e no protagonismo combinado com autonomia dos sujeitos na mobilização de recursos (conhecimento, tecnologia, pessoas) para promover saúde (12,14,16,17). “Trata-se de uma metodologia que busca construir condições favoráveis para a reflexão sobre a atuação dos sujeitos no mundo, procurando sempre meios para que essa reflexão rebata sobre a imagem que os sujeitos têm de si mesmos.” (18) (p.20).

Parte-se dos pressupostos de que, em função das características do trabalho em saúde, não é possível visualizar um sistema pautado em redes com acesso qualificado e resolutivo sem algum grau de co-gestão entre os diversos níveis de atenção; tampouco é possível lidar com os complexos problemas de saúde contemporâneos e os aumentos progressivos dos custos com atenção à saúde sem avançar nas relações entre as distintas especialidades e profissões que atuam na área da saúde, bem como nas relações entre os profissionais de saúde, gestores e usuários.

Vale ressaltar que o compartilhamento de decisões, em consequência de formas de poder democrático, não foi construído historicamente nos serviços de saúde e, portanto, apesar de existirem gradientes possíveis de co-gestão no trabalho, isso não é, na maioria das vezes, observado no cotidiano das equipes. Na rotina visualiza-se justamente o contrário, tanto na gestão quanto nas práticas de saúde, caracterizadas intensamente por se sustentarem em relações de poder baseadas na hierarquia burocrática, no corporativismo, fortalecendo o desenvolvimento de ações normativas e prescritivas.

Destaca-se ainda que não existe possibilidade real de efetuar mudanças na gestão dos serviços sem investir no modo de organização das práticas de saúde. A aparente ruptura entre política, gestão e trabalho foi um artifício ideológico construído para estabelecer um determinado modo de relação social e distribuição de poderes na sociedade (16). Assim, quando surge uma proposta que possibilita a ampliação dos coeficientes de

co-gestão na relação entre serviços, na relação entre profissionais de saúde e na relação entre profissionais de saúde e usuários visa não apenas implementar um modo de gestão que se entende como mais racional para o funcionamento das organizações de saúde diante dos problemas contemporâneos. Busca-se também a perspectiva ética-política de radical democratização das relações na sociedade.

Portanto, a instituição de formas de co-gestão no espaço de trabalho se configura como uma estratégia para o método de apoio Paidéia, uma vez que vislumbra o trabalhador de saúde realizando a co-produção do seu ser e do seu fazer.

Assim, para discutir a hipótese e os pressupostos citados, realizou-se uma investigação avaliativa a partir de um estudo desenvolvido através da aplicação do Método Paidéia em equipes de saúde, com conceitos que conformam o marco teórico da pesquisa divididos em duas partes: a concepção de co-gestão e sobre o apoio institucional.

## **2.1- A concepção de co-gestão**

O método Paidéia compreende que a gestão é uma continuidade da política e, em consequência, envolve lidar com o poder. Partindo disso, busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão, criando um modelo de gestão que combine autonomia com responsabilidade sanitária e certo grau de controle social através da democratização da instituição.

Desta forma, segundo Campos (19), a co-gestão ou gestão participativa é um método que considera tanto o objetivo primário das instituições de saúde - produção de saúde - quanto, ao mesmo tempo, permite e estimula os trabalhadores a ampliar a sua capacidade de reflexão, de co-gestão (governar junto) e conseqüentemente produzir realização profissional.

Assim, não se trata de uma proposta que desconsidera as funções gerenciais, mas sim um modo complementar para realizar a coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipes, diminuindo o grau de afastamento entre os executores das funções de gestão e os operadores das tarefas.

Caso não haja investimento para superar essa tendência dominante de afastamento entre quem executa e quem operacionaliza a prática, a gestão é reduzida a um modelo que tem como preceito a atividade burocrática, repetitiva e desprovida de sentido. Desta forma, segundo Campos (16), o pensamento da Administração Científica e seus princípios gerais ainda não foram superados, pois a disciplina e o controle continuam sendo o eixo central dos métodos de gestão. O autor denomina esse eixo conformador do *taylorismo* de “Racionalidade Gerencial Hegemônica”.

Assim sendo, para o desempenho eficaz do seu papel transformador, a co-gestão deve investir permanentemente na construção de uma visão dinâmica dos processos organizacionais, deve compreender que existem fatos que não se enquadram nas regras e, portanto normas são insuficientes para direcionar as organizações visto que a imprevisibilidade faz parte do cotidiano do trabalho em saúde.

A co-gestão reconhece que toda gestão é o produto de uma interação entre pessoas e produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder dos trabalhadores e usuários das organizações, devendo então ser considerada como uma possibilidade de trilhar um percurso de construção coletiva entre trabalhadores e usuários.

Vem, então, a pergunta: Como podemos, respeitando o interesse da organização, adotar métodos de co-gestão?

Podemos avançar desde que se leve em consideração o tríplice objetivo ligado ao trabalho: 1º) a produção de valores de uso - produzir coisas úteis e atender os desejos/ necessidades de outras pessoas -; 2º) o trabalhador trabalha primeiramente para si; 3º) depois de trabalhar para si o trabalhador o faz para a organização. (17)

Portanto, a gestão deve sempre levar em conta essas três questões. Entretanto, os interesses das organizações, dos trabalhadores e dos usuários podem ser contraditórios, ou complementares, e, para lidar com essa tensão, sem o recurso da dominação, é necessário investir na co-gestão. Desta forma, a co-gestão possibilita a instituição de contratos e compromissos sem dominação; ou seja, através da co-gestão são visualizados prováveis meios de se construir um contrato que inclua interesses dos trabalhadores e da instituição, em parceria, e com benefícios mútuos.

Entretanto, para atingir tal compromisso é necessário democratizar o poder no interior das organizações em todas as suas dimensões, macropolíticas e micropolíticas, entre os saberes, entre sexos; ou seja, é necessário compartilhar o poder e apoiá-los neste processo, estimulando os sujeitos a lidarem com as redes de poder.

A co-gestão deve começar no cotidiano das equipes, no compartilhamento da clínica, nas deliberações coletivas em que fique claro o que vai ser feito, como e com quais responsabilidades, e na composição de unidades de produção multiprofissionais com gestão colegiada e equipes de referência com certo grau de autonomia e controle social.

Resumindo: através da adoção do método de apoio Paidéia para formação dos profissionais da saúde, estamos apostando na lógica da co-gestão e não do autoritarismo, buscando trazer esses valores e uma nova ética para o interior das organizações, ou seja, a potência está na capacidade de produção de contratos, na instituição de compromissos, na democratização do poder no interior das instituições e na possibilidade de todos expressarem seus desejos e interesses, compondo-os com a necessidade alheia.

## **2.2- Sobre o apoio institucional**

O apoio é um dos elementos contidos no método da Roda, ou método Paidéia, desenvolvido por Campos (17), na tese intitulada “*Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos – A Constituição do Sujeito, a Produção de Valor de Uso e a Democracia nas Instituições: O Método da Roda*”. A tese parte de uma crítica radical à tradição da racionalidade gerencial hegemônica, chamada *anti-Taylor*, e também de uma concepção ampliada de gestão, fundamentada na análise crítica da teoria política, da administração e planejamento, da análise institucional e da pedagogia.

A partir disso o autor propõe uma reforma do modelo de gestão cuja meta é desenvolver uma intervenção que resulte em alterações nas práticas de saúde, apostando no desenvolvimento de uma gestão democrática - co-gestão - incentivando a participação dos sujeitos para formarem coletivos organizados, voltados para a produção de bens ou serviços, bem como na gestão da instituição e de seus processos de trabalho (17).

A proposta de reformar o modelo de gestão está diretamente ligada à ampliação dos objetos e objetivos da gestão. Tradicionalmente, a gestão considera como objeto as questões que envolvem o planejamento e o orçamento de uma instituição, desconsiderando os aspectos políticos, pedagógicos e subjetivos que fazem parte da constituição dos processos de trabalho. Entretanto, a gestão envolve não apenas a produção de bens ou serviços, mas também a produção de sujeitos e coletivos organizados.

Assim, o grande diferencial está na gestão ampliada, onde a função de apoio é destacada enquanto método para diferentes possibilidades de formação dos sujeitos. Esse método reconhece que as pessoas são constituídas em situações singulares e situacionais onde ocorre co-produção, ou seja, o ser humano entendido enquanto produto e produtor de si mesmo, vivenciando um processo dialético e dinâmico (17).

Para alcançar tal objetivo, o método propõe um conjunto de arranjos e dispositivos que favoreçam a participação dos sujeitos na gestão de seus processos de trabalho e da própria organização. Dentre eles, há dois arranjos entendidos como básicos: a constituição de Espaços Coletivos e a instituição do Apoio. O Espaço Coletivo é todo arranjo formado por um conjunto de pessoas que estejam envolvidas com a produção de algum bem ou serviço que tenha valor de uso para a sociedade, e que estejam inseridas numa organização.

Já o Apoio se desenha enquanto um arranjo que visa à produção de mudanças, apostando na construção de espaços simultâneos de compreensão e reflexão com potência de produzir impacto nas práticas de saúde. Desta forma, o apoio é uma forma de fazer a co-gestão, e se configura uma tentativa de trabalhar os diferentes saberes, poderes e afetos, sem menosprezar o conhecimento acumulado pela Teoria da Administração Clássica, mas introduzindo modificações na forma tradicional para atingir maior resolubilidade (17).

Há então, segundo Campos (17), uma diferença de papel entre o apoiador e o supervisor proposto pela administração clássica. O supervisor lança mão de sua autoridade para fiscalizar as atividades realizadas pelos trabalhadores, concentrando seus esforços na disciplina, aliado ao controle das normas e à produção de resultados. O apoiador, por sua vez, parte do princípio de que a relação entre trabalhadores, gestores e usuários é dialógica,

devido às diferenças de poder. Assim, ele não se impõe de forma autoritária, mas coloca as diferenças em debate com o coletivo, nunca deixando de considerar as diretrizes e lugares institucionais (17).

Portanto, ao exercermos a função de apoiador, é necessário pensar em nós mesmos e nas implicações que temos com os outros. Vale destacar que a formação do apoiador ocorre mediante prática reflexiva e na discussão destas práticas em um espaço coletivo formal com outros apoiadores. Ou seja, a formação acontece no processo dinâmico de apoiar um coletivo organizado, assim é algo diferente do ensino prescritivo.

Contudo, não se deve idealizar o papel do apoio, tampouco o do apoiador. Segundo Foucault (20), as estruturas existem como algo para moldar as pessoas desta forma podemos considerar que somos produtos das estruturas dominantes e do que foi socialmente construído. A idéia do apoio é lidar com os micropoderes, combatendo a lógica do objeto/objetivação em detrimento da subjetivação. Ou seja, a lógica do apoio é combinar o método estrutural com os processos subjetivos, articulando essas questões e avançando na proposta de algo novo, com potencial transformador.

O apoiador é a figura que ajuda a equipe a refletir sobre suas práticas cotidianas, com o objetivo de aumentar a capacidade de intervenção sobre a realidade. Assim, ele funciona como um espelho capaz de reconhecer os valores e expressar propostas de mudança, por meio da composição de uma ética para si mesmo e para o outro (ou com o outro).

Esta ética se baseia no fato de que o ser humano, para sobreviver, cria sociabilidade, conquanto haja regras para tanto, leis que limitam os desejos e interesses individuais em favor dos interesses e desejos do outro. O apoiador se coloca neste processo para fazer um tipo de mediação/coordenação entre os interesses e desejos da equipe, usuários e gestores (17).

Por tudo que foi descrito acima está claro que a tarefa do apoiador não é simples e tampouco é passível de ser enquadrada em algum tipo de *Manual de Normas e Rotinas*.

Campos, no Método da Roda, sugere um caminho possível (que não é por si só uma receita) para se conceber o apoiador, apontando aspectos importantes que devem ser levados em consideração quando se está nessa função.

O primeiro ponto destacado pelo autor diz que a relação entre apoiador e equipe apoiada seja mediada por contratos, através dos quais se contemplem expectativas, objetivos, regras, métodos de trabalho, entre outras questões pertinentes (17).

Segundo o autor, a formação de contratos se baseia na tradição da psicanálise e da análise institucional e pressupõe a existência de sujeitos com graus de autonomia. Entretanto, apesar desse procedimento ser de vital relevância, ele não garante a implantação de uma dinâmica democrática, dado que não elimina as diferenças de poder na organização.

Outro ponto importante trazido por Campos (17) envolvendo o método de apoio está no fato de não trabalhar somente com ofertas e demandas e sim com propostas diferentes que articulem de modo simultâneo ofertas com demandas. Entende-se por ofertas as questões externas ao grupo, trazidas pelo apoiador: diretrizes institucionais, teorias, exemplos baseados na sua experiência, entre outros. As demandas, por sua vez, são temas apresentados pelo próprio grupo. Sugere-se que o apoiador estimule o grupo a apresentar as demandas, visto que esse movimento pode revelar os investimentos do grupo (17).

O terceiro ponto proposto por Campos sugere que o apoiador tenha seu foco no desenvolvimento da capacidade reflexiva do grupo buscando desta forma contribuir para que os profissionais instituem mudanças nas suas práticas. Assim, o Método Paidéia propõe que o apoiador e a equipe apoiada utilizem alguns núcleos temáticos de análise, entendidos como o objeto de reflexão de uma equipe ou coletivo (17), tais como:

- Objetos de trabalho: avaliação de compromisso, das responsabilidades e da organização do acesso por meio dos critérios de inclusão e exclusão.
- Equipe, práticas e meios de trabalho: análise do núcleo e campo dos profissionais bem como da organização dos processos de trabalho, dados a partir da combinação de práticas e de recursos.

- Resultados: análise dos produtos: bens ou serviços com valor de uso (eficácia), reprodução da organização: eficiência e legitimidade social e constituição de sujeitos: realização pessoal e obra.
- Objetivos: análise da produção de Valores de Uso e atendimento às necessidades sociais e constituição de Sujeitos e de Coletivos.
- Saberes: identificados a partir do referencial do modelo teórico conceitual.
- Diretrizes e Valores.
- Oferecimentos: análise das ofertas e elaboração de novas sínteses.
- Texto e capacidade de análise: avaliação dos interditos e ocultos, temas mais trabalhados, demandas, conflitos e contradições, resistências e tipo de escuta.
- Objetos de investimento e ideal de grupo.
- Espaços coletivos: análise das relações de poder, tomada de decisão, função administrativa, pedagógica, analítica e política e métodos de gestão.
- Capacidade de intervenção: análise da formação de compromisso e capacidade de construção de contratos, relação com o contexto e com outros Coletivos e Instituições, coeficiente de autonomia, capacidade de direção, de composição de interesses, elaboração e implementação de projetos/planos.

**CAPÍTULO 3**  
**Aspectos Metodológicos da Investigação**

### **3.1- Justificativa**

O enfoque primordialmente técnico e pouco vinculado aos princípios do SUS dos cursos de graduação ligados à área da saúde, assim como a insuficiência de instância de formação contínua nos serviços, não têm possibilitado e estimulado mudanças concretas nas práticas em saúde.

Assim sendo, uma contribuição significativa da ciência para efetivar mudanças nas formas de produção das práticas em saúde no SUS pode ser viável apostando em métodos e dispositivos que facilitem a incorporação dos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade nos diversos níveis de atenção.

Portanto, levando em conta a importância de pesquisas que forneçam elementos para caracterizar as práticas atuais no contexto do SUS e a necessidade de reformular as propostas metodológicas dos processos de formação em saúde criando estratégias mais adequadas para estimular mudanças nas práticas profissionais, pretende-se, com esta investigação, contribuir para construção de novas maneiras de lidar com o tema da formação em serviços ligados aos SUS.

### **3.2- Objetivos**

#### a) Objetivo geral

Avaliar e analisar, com a participação dos próprios profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade de Campinas (SP), inscritos no curso de Co-Gestão da Clínica Ampliada e Compartilhada, as contribuições da proposta metodológica de Apoio Paidéia para mudanças na compreensão do processo saúde-doença e em suas práticas clínicas e de gestão.

#### b) Objetivos específicos

- Investigar possíveis mudanças na capacidade dos profissionais, inscritos no curso de Co-Gestão da Clínica Ampliada e Compartilhada, trabalharem em equipe, em rede e com apoio matricial.
- Detectar prováveis mudanças na forma como esses profissionais lidam com a co-gestão e as questões de poder que envolvem o processo de trabalho em saúde.
- Gerar subsídios para a formulação e aprimoramento dos processos de formação de trabalhadores da saúde.

### 3.3- Método

#### a) Objeto a ser investigado

Este trabalho nasce como um subprojeto de uma pesquisa maior, intitulada “Avaliação participativa do método de apoio Paidéia na formação de trabalhadores em clínica ampliada e compartilhada” e coordenada pelo Professor Doutor Gastão Wagner de Sousa Campos.

Segundo Onocko Campos (21), os objetos de pesquisa da Área de Planejamento, Política e Gestão (linha de pesquisa onde a presente investigação está inserida) são complexos e fazem interrogações às modalidades de práxis sob vários ângulos. Há sempre um grande número de variáveis a serem consideradas e na maioria das vezes essas numerosas variáveis não são passíveis de medições apuradas no formato quantitativo e menos ainda em sua forma recentemente consagrada: a estatística.

É importante destacar, do ponto de vista da construção do método, que o objeto desta investigação é o estudo dos efeitos do uso pedagógico do método de Apoio Paidéia sobre a formação dos profissionais matriculados no “Curso de co-gestão da clínica ampliada e compartilhada”. Portanto, trata-se de uma pesquisa intimamente relacionada à

produção de uma intervenção. Assim sendo, as atividades realizadas durante a pesquisa acompanharam o desenvolvimento do curso-intervenção.

Vale ressaltar, que a proposta do curso-intervenção surgiu de uma demanda dos profissionais e também da coordenação do Centro de Saúde Jardim Aeroporto, localizado no distrito Sudoeste da cidade de Campinas (SP), em organizar um grupo de estudos em Saúde Coletiva na própria Unidade.

Tal unidade construiu ao longo dos anos uma história de comprometimento com os preceitos da Reforma Sanitária e a implantação do SUS no município de Campinas. Além disso, instituiu importantes parcerias com os movimentos sociais, trabalhadores e também com o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp (desde o ano de 2001 são desenvolvidas no Centro de Saúde atividades de estágio com alunos do quinto ano do curso de graduação em Medicina e também é atividades da residência médica).

Portanto, a demanda inicial do coletivo do Centro de Saúde foi acolhida pelo Professor Gastão Wagner de Sousa Campos ao iniciar a supervisão da residência médica e, assim, o mesmo propôs a realização de um curso de extensão em Clínica Ampliada e Apoio Paidéia.

A proposta do curso foi construída pelo grupo de pesquisa Coletivo de Estudos e Apoio Paidéia (grupo de pesquisa orientado pelo Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos) e aprovado pelos profissionais do Centro de Saúde, coordenação do Distrito Sudoeste e, posteriormente, pelo Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS) da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SP).

Partindo deste histórico, a iniciativa de formação proposta, coloca-se o desafio de desenvolver, com os profissionais matriculados no curso-intervenção, uma visão ampliada do processo saúde-doença, visão que se pretende articulada com as experiências concretas das práticas clínicas, com o modo de organização e de gestão dos serviços, com o trabalho interdisciplinar e em equipe, realizando, igualmente, um diálogo permanente com outras disciplinas e campos de saber; enfim, uma formação capaz de produzir uma aproximação genuína com a complexa realidade das pessoas.

A aposta deste curso-intervenção é baseada na importância de promover processos de formação profissional que operem tanto na dimensão técnica, como na dimensão da experiência da relação com o outro. Uma formação que contemple as ferramentas conceituais necessárias para abordar o universo emocional das pessoas, de forma que os profissionais possam “estar advertidos” (22) para identificar, naquilo que se apresenta, o que é importante acolher e como acolher. Mas que contemple também o desenvolvimento de uma sensibilidade para estar em contato com o outro e seu sofrimento, assim como uma capacidade de analisar-se permanentemente nessa relação.

Portanto, este curso-intervenção configura uma iniciativa que visa à formação de profissionais para o SUS e sua organização foi fundamentada no referencial teórico do Método de apoio Paidéia, desenvolvido por Campos (17). Por *formação* entende-se a co-produção de sujeitos, a análise de sua sociabilidade e instituições e a adoção desta metodologia de apoio objetiva, por meio de uma reflexão sobre a própria prática, contribuir para que os profissionais possam desenvolver maior capacidade reflexiva e, em consequência, adquirir maior capacidade de interferir nos fatores estruturados que os condicionam.

#### b) Descrição do curso-intervenção

Conforme já descrito acima, essa iniciativa se desenhou como um curso de extensão e foi realizada de forma descentralizada, ou seja, nos serviços de saúde da rede municipal. Neste estudo o curso-intervenção foi ministrado no Centro de Saúde Jardim Aeroporto, localizado no Distrito Sudoeste da cidade de Campinas (SP), e foi coordenado por dois apoiadores horizontais, sendo um deles a pesquisadora, vinculados ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, sob a supervisão direta do Professor Gastão Wagner de Sousa Campos.

O curso-intervenção teve duração de um ano e meio (iniciou-se em junho de 2009 e encerrou-se em dezembro de 2010), e foram realizados 18 encontros, a cada trinta dias, com duração de 2 horas. Cada turma foi composta por, no máximo, 20 pessoas e o cronograma foi pactuado com os profissionais matriculados.

Vale ressaltar que cada turma de vinte alunos foi considerada um Espaço Coletivo. Campos (17) define o termo Espaço Coletivo:

Um conceito, ou melhor, um arranjo organizacional montado para estimular a produção/construção de sujeitos e de coletivos organizados. Refere-se, portanto, a espaços concretos (de lugar e de tempo) destinados á comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e tomada de decisão (prioridades, projetos e contratos). Os Espaços Coletivos são arranjos que podem tomar a forma de equipes de trabalho, conselhos de co-gestão, assembléias, colegiados de gestão, reuniões, etc. (17).

Espaço Coletivo é todo arranjo formado por um conjunto de pessoas que estejam envolvidas com a produção de algum bem ou serviço, que tenha valor de uso para a sociedade, que esteja inserido numa instituição, e que consiga refletir sobre a própria prática, mediante um longo período de convivência.

A escolha dos profissionais que iriam compor o curso-intervenção foi discutida com a coordenação do Distrito Sudoeste. Assim sendo, definiu-se que os participantes seriam os profissionais que compõem a equipe do Centro de Saúde Aeroporto (CS Aeroporto), Centro de Apoio Psicossocial David Capistrano (CAPS Davi) e apoiadores institucionais do Distrito Sudoeste, conforme descrição a seguir:

**Quadro 3-** Número de profissionais participantes, local de trabalho e categoria profissional.

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Local de trabalho</b>	<b>Número absoluto</b>
Enfermeiro	CS Aeroporto	5
Odontólogo	Distrito Sudoeste	1
Médico generalista	CS Aeroporto	2
Ginecologista	CS Aeroporto	2
Pediatra	CS Aeroporto	2
Psiquiatra	CS Aeroporto	1
Psicólogo	CS Aeroporto	6
	CAPS Davi	
Terapeuta Ocupacional	CAPS Davi	6
Assistente Social	Distrito Sudoeste	1
Farmacêutico	Distrito Sudoeste	1
Técnico de Farmácia	CS Aeroporto	1
Auxiliar/Técnico de enfermagem	CS Aeroporto	8
	CAPS Davi	
Agente Comunitário de Saúde	CS Aeroporto	4
<b>TOTAL</b>		<b>40</b>

Portanto, os 40 profissionais escolhidos foram organizados em duas turmas: A e B.

Os critérios para inclusão na pesquisa obedeceram, além da condição de trabalhador do SUS, os seguintes requisitos: desenvolvimento de atividades profissionais no Centro de Saúde Jardim Aeroporto (CS Aeroporto), ou no Centro de Apoio Psicossocial David Capistrano (CAPS Davi), ou no Distrito Sudoeste, em função direta de atenção à população ou em cargos de gestão da clínica; estar matriculado no Curso de co-gestão da clínica ampliada e compartilhada. À parte disso, foram excluídos do estudo todos que tiveram frequência ao curso inferior a 75%.

Assim sendo, o curso-intervenção iniciou-se no mês de junho de 2009 e ficou pactuado que a turma A ocorreria toda primeira terça-feira do mês, das 10:00 às 12:00 hs, e a turma B toda terceira quarta-feira do mês, das 17:00 às 19:00 hs.

No primeiro encontro, foi elaborado um contrato entre os apoiadores e os profissionais matriculados no curso-intervenção em relação ao método pedagógico, frequência, formas de avaliação e referências bibliográficas, apresentando-se aos participantes o conteúdo programático do curso-intervenção (Anexo 1). Em seguida foi explicada a relação direta deste espaço de formação com o projeto de pesquisa, sendo apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constante do Anexo 2.

No início do encontro, os profissionais matriculados indicados entre seus pares, no mínimo de dois e máximo de três, apresentavam casos para a discussão coletiva. Essa estratégia de formação foi desenvolvida por Balint (23) e vem sendo ampliada por nosso grupo de pesquisa em três sentidos. Em primeiro, ampliou-se o conceito de “caso”. Balint preconizava o debate sobre casos clínicos; no curso-intervenção proposto, inclui-se também casos de saúde coletiva e outros de ordem institucional, isto é, problemas comunitários ou intersetoriais de saúde e também temas sobre gestão e organização do cuidado.

O segundo sentido de modificação do método de Balint-Paidéia refere-se ao papel do apoiador na turma (sugerido pelo método de Apoio), que desempenha um papel ativo ao trazer ofertas teóricas e relatos sobre outras experiências para o grupo. Assim, durante o desenrolar do caso houve oferta de temas teóricos relativos à clínica ampliada e compartilhada e a gestão em saúde, os apoiadores comentaram traços fundamentais dos casos apresentados, pontuaram e destacaram questões que surgiram no grupo, além de propor intervenções com base nas suas próprias experiências.

No final do encontro foi realizada uma avaliação global, debatendo-se com os profissionais matriculados no curso-intervenção o que efetivamente foi aprendido e como colocar esse aprendizado em prática. Temos, então, outras características do método de Apoio Paidéia, que é o aspecto construtivista e a ênfase na prática concreta dos profissionais, assim, esta é a terceira modificação que introduzimos no método Balint.

Cada caso é apresentado em forma de Projeto Terapêutico ou de Projeto de Intervenção. Assim, enfatiza-se a experiência concreta, ou seja, o método de Apoio tenta articular, de maneira simultânea, a busca por informações, a composição de textos interpretativos e a construção de intervenções.

Por fim, nos últimos minutos, embora haja um roteiro básico de temas teóricos, buscou-se adequar as ofertas aos momentos e necessidades do grupo e se decidia coletivamente entre apoiadores e profissionais matriculados no curso-intervenção qual seria o tema do próximo encontro e quais eram os profissionais responsáveis pela apresentação.

### c) Pesquisa-intervenção do tipo “apoio”

Os propósitos deste projeto o inserem no campo das pesquisas qualitativas participativas, que possibilitam, simultaneamente, a interferência da visão de mundo do pesquisador em sua aproximação ao objeto (24) e a participação dos agentes envolvidos com as práticas estudadas, de forma que eles possam analisar a situação e criar novas formas de agir diante de problemas e indagações levantados pela pesquisa (25,26,27).

Portanto, há intenção de que sejam articulados pesquisador e campo de pesquisa, teoria e prática, sujeito e objeto, como maneira de tornar possível não apenas a problematização da relação pesquisador-campo de investigação, mas a formação e o desenvolvimento da capacidade reflexiva, bem como a capacidade de análise e intervenção na realidade dos sujeitos envolvidos.

Diversas linhas de investigação, dentre as quais a pesquisa-ação (28,29), a pesquisa-intervenção (30) e a avaliação participativa (31,32) legitimam a participação dos sujeitos em diversos momentos do ato de pesquisar, por meio do estabelecimento de colaboração entre pesquisadores e pessoas envolvidas com o objeto de estudo, sejam eles membros da comunidade, profissionais de serviços ou seus usuários.

A pesquisa-ação, segundo Barbier (33), tem origem nos Estados Unidos, mais precisamente na Escola de Chicago, a partir de experiências desenvolvidas por Kurt Lewin na década de 1930, que buscavam relacionar teoria com prática, a fim de compreender os problemas sociais urbanos da época.

Na América Latina, Thiollent (28) descreve que a pesquisa ação assume características singulares desenvolvendo-se em meio ao período da ditadura militar e, principalmente, nos movimentos comunitários e nas iniciativas em educação popular junto aos excluídos. Efetiva-se, então, como um instrumento de trabalho com coletividades, sendo enfatizada a abordagem dos aspectos sociais e políticos em detrimento dos aspectos psicológicos das relações interpessoais.

Dentre as características da pesquisa-ação destacadas por Thiollent (28) temos, como ponto principal, o fato de que o objeto de investigação não é constituído pelas pessoas e sim pelos problemas de diferentes naturezas encontrados nessa situação de interação o que faz com que o objetivo consista em resolver os problemas da situação observada. Concluindo, o autor destaca que a pesquisa-ação prioriza a base empírica, porém, não despreza a pesquisa de base teórica.

A pesquisa-intervenção por outro lado, é descrita por Rocha e Aguiar (30) como conseqüência da ampliação das bases teórico-metodológicas da pesquisa-ação, uma vez que sua proposta é constituída por uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social.

Assim, para as autoras, tanto na pesquisa-ação, quanto na pesquisa intervenção, o pesquisador é parte integrante do grupo pesquisado e todo material de pesquisa se produz no grupo. As diferenças estão no modo de consideração da produção grupal, sendo que na pesquisa-ação destacam-se aspectos políticos e sociais pertinente à relação do grupo com a sociedade, e na pesquisa-intervenção aspectos relativos à produção intersubjetiva dos membros componentes do grupo.

Já a avaliação participativa, segundo Onocko Campos e Furtado (32), pode ser entendida como um processo realizado por meio do estabelecimento de parcerias entre avaliadores e pessoas afetadas e/ou envolvidas em um determinado programa ou serviço e que não são avaliadores senso estrito, como profissionais do serviço, usuários, gestores, etc.

Desta forma, para os autores acima referidos, temos como marcante característica da avaliação participativa a inserção de diferentes atores sociais ligados ao objeto de estudo que freqüentemente, por suas formações, status social e experiências, são

colocados à margem da produção científica. Assim, amplia-se a participação e torna-se possível efetivar um processo avaliativo que contemple as questões de interesse do pesquisador e também dos grupos diretamente implicados na condução das práticas investigadas.

Guardadas as diferenças entre essas abordagens, é importante destacar que nenhuma delas considera a possibilidade do pesquisador trazer elementos de fora do grupo para a produção de intervenções; ou seja, não levam em consideração o papel ativo do pesquisador no oferecimento de novos conceitos, categorias e recursos.

Neste aspecto, este estudo traz uma característica nova, uma vez que pretende articular os pressupostos das chamadas pesquisas de intervenção e participativas à rede de conceitos e de recursos metodológicos do Apoio Paidéia (17). O método Paidéia foi formulado como um método de apoio à co-gestão de coletivos e tem como objetivo contribuir para a ampliação da capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos para agirem coletivamente sobre a realidade. Neste sentido, destaca-se no método Paidéia a combinação da demanda do próprio grupo com as ofertas trazidas pelo pesquisador-apoiador, tanto para a eleição dos temas a serem analisados como para a definição das propostas de transformação das práticas.

Ressalta-se, mais recentemente, a utilização do método de Apoio Paidéia como metodologia em pesquisas com caráter de intervenção junto a profissionais de saúde (34,35,36) e em cursos de formação com ênfase na gestão da clínica (37,38).

Houve, então, a composição de uma metodologia de investigação que pretendia analisar a dinâmica dos coletivos e, ao mesmo tempo, intervir no seu desenvolvimento a partir da emergência de temas relevantes ao contexto, da construção de textos, de sua análise e interpretação, elaborando-se com isso novos sentidos e significados que orientem o agir concreto dos sujeitos envolvidos.

Neste sentido, apesar das aproximações, considera-se que a utilização do método de Apoio Paidéia modifica a pesquisa-intervenção e vem sendo desenhada uma modalidade diferente, denominada “Pesquisa intervenção do tipo apoio”, a qual Massuda (36) descreve como:

Uma pesquisa prática, tipo pesquisa-intervenção, que objetiva a produção de conhecimentos científicos mediante o processo de intervenção junto a coletivos organizados, em que se utiliza o método do apoio Paidéia. (36).

d) O trabalho de campo, coleta do material e seus respectivos instrumentos

Diante das características do objeto em estudo, os efeitos do curso-intervenção sobre as práticas dos profissionais matriculados, visualizaram-se algumas dificuldades operacionais para produzir um material possível de ser sistematizado e analisado com fins acadêmicos.

Tais dificuldades passam por três pontos básicos. O primeiro deve-se ao fato da Universidade ofertar um curso-intervenção (dentro da modalidade proposta especificamente por esse estudo) dentro dos serviços: ou seja, a academia assumindo uma atuação extra-muros (não são os profissionais que se dirigem a instituição Unicamp). Obviamente existem outras iniciativas da academia num formato próximo como, por exemplo, formas de supervisão, diversas intervenções; porém, a iniciativa neste formato, pode-se dizer, traz algo novo, diferente, que mostra o grande potencial que assume a universidade quando atua no cotidiano dos serviços com fins de produção de conhecimento.

O segundo ponto deve-se ao fato de que o método do Apoio Paidéia não é um manual, com passos definidos *a priori*. Pelo contrário, apresenta-se uma grande variedade de possíveis aplicações, fundamentado em pressupostos teórico-metodológicos, que sugerem a construção de Espaços Coletivos aplicáveis em contextos singulares, variáveis de acordo com o contexto institucional durante a intervenção.

Por fim, o terceiro aspecto nos remete ao local escolhido para a pesquisa, o Centro de Saúde Jardim Aeroporto. Um serviço de atenção básica que está inserido em um complexo universo político-institucional, não definido pela sua estrutura física, mas sim pelas características da organização do SUS Campinas, de seus processos de trabalho e da

atual crise que este nível de atenção tem enfrentado dentro do SUS e em Campinas em particular.

Desta forma, foram utilizadas duas técnicas para coleta de dados qualitativos.

A primeira foi a observação realizada pela pesquisadora-apoiadora responsável pelas turmas A e B, que utilizou o diário de campo para registro sistemático das observações. Segundo Minayo (39), através da observação é possível identificar quais são os movimentos, símbolos e sinais significativos dos processos em investigação que estão sendo emitidos e naturalizados no cotidiano. Assim, o diário de campo da pesquisadora foi organizado contemplando dois pontos. O primeiro foi um resumo dos casos apresentados e das intervenções realizadas durante o encontro e, em segundo, uma descrição das impressões gerais da pesquisadora-apoiadora ao final de cada encontro.

Para composição da segunda forma de coleta de dados, realizaram-se grupos focais de avaliação com os profissionais matriculados no curso-intervenção em momentos específicos de sua formação. O primeiro momento foi em dezembro de 2009 e o segundo momento ocorreu em novembro de 2010.

Segundo Morgan (40) os grupos focais são definidos como uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador. No caso da presente pesquisa, o objetivo da realização do grupo focal é avaliar as contribuições do Método de Apoio Paidéia na formação dos profissionais matriculados no curso-intervenção.

O uso dos grupos focais está relacionado com os pressupostos e premissas do pesquisador (41) e, portanto, ele deve sempre ter sua pergunta de partida como guia ao escolher essa técnica para coleta de dados. A escolha desta técnica tem como intenção valorizar a voz dos sujeitos implicados na pesquisa, ou seja, a voz que deve emergir não é apenas a do pesquisador.

Westphal (42) afirma que essa técnica permite verificar de que modo as pessoas avaliam uma experiência, como definem um problema e como suas opiniões, sentimentos e representações se encontram associados a determinado fenômeno. Além de possibilitar a

apreensão não somente do que pensam os participantes, mas também do por que eles pensam de determinada forma, a interação grupal proporciona que o pesquisador possa observar como a controvérsia vem à tona e como os problemas são resolvidos (43), evidenciando os diferentes graus de consensos e dissensões existentes (44).

Assim, segundo Gondim (41) a metodologia de pesquisa apoiada na técnica dos grupos focais considera os produtos gerados pelas discussões grupais como dados capazes de formular teorias, testar hipóteses e aprofundar o conhecimento sobre um tema específico. Porém, sem sombra de dúvida, torna-se necessário esforçar-se no sentido de compreender como o processo de discussão ocorre para que sejam avaliadas suas reais limitações e possibilidades.

Vale ressaltar, segundo Gondim e Bunchaft (45), que há autores que não fazem diferenciação entre grupos focais e entrevistas grupais, enquanto outros que fazem, baseando-se em dois aspectos: no foco da análise da pesquisa e na relação que o pesquisador estabelece com os participantes.

Assim, Gondim (41) destaca que a noção de grupos focais está apoiada no desenvolvimento das entrevistas grupais, porém a diferença recai no papel do entrevistador e no tipo de abordagem. O entrevistador grupal exerce um papel mais diretivo no grupo, pois sua relação é, a rigor, com cada membro. Ao contrário, o moderador de um grupo focal assume uma posição de facilitador do processo de discussão e sua ênfase está no jogo de interinfluências da formação de opiniões sobre um determinado tema.

Existem, pelo menos, duas classificações de grupos focais, a de Morgan (40) e a de Fern (46). Morgan (40) defende que os grupos focais podem ser estruturados de três modos diferentes, conforme seu contorno metodológico e seu objetivo.

O primeiro modo é a do grupo focal auto-referente (*self-contained*), onde a técnica é utilizada para conhecer assuntos ainda pouco explorados ou para investigar posicionamentos, avaliações e jogos de interação provocados por um dado assunto, já conhecido. As construções desses grupos podem gerar propostas teóricas ou testar hipóteses.

A segunda descreve o uso dos grupos focais como fonte preliminar de dados. Neste caso, os grupos focais atendem a finalidades exploratórias e servem para dar subsídios para criação de itens de instrumentos (questionários, escalas, etc.) e para a realização de pré-testes.

O último modo é aquele que concebe a técnica como associada a outros métodos. Assim, os grupos focais são combinados a outros instrumentos de coleta de dados com o objetivo de avaliar as possibilidades de se chegar a conclusões similares ou complementares, partindo de um único objeto de estudo.

Conforme Fern (46), há duas orientações para os grupos focais: a primeira visa à confirmação de hipóteses e a avaliação da teoria, mais comumente adotada por acadêmicos; a segunda dirige-se para aplicações práticas, ou seja, o uso dos achados em contextos particulares. Ambas as orientações combinam em si três modalidades: grupos focais exploratórios — estão centrados na produção de conteúdos, e na geração de hipóteses que permitam a construção de modelos teóricos; grupos focais clínicos — a ênfase é no diagnóstico e intervenção terapêutica dos próprios participantes do grupo, muito usada na área da saúde em grupo de diabéticos, por exemplo; e grupos focais vivenciais — os próprios processos internos ao grupo são o alvo da análise e estão subordinados a dois propósitos: na vertente teórica, o de permitir a comparação de seus achados com os resultados de entrevistas por telefone e face a face e da orientação prática, centrada no entendimento da linguagem do grupo; nas suas formas de comunicação, preferências compartilhadas, entre outros.

Portanto, pode-se afirmar, segundo Gondim (41), que os pesquisadores encontram nos grupos focais uma técnica que os ajuda na investigação de crenças, valores, atitudes, opiniões e processos de influência grupal, bem como dá suporte para a geração de hipóteses, a construção teórica e a elaboração de instrumento.

Assim, no presente estudo, e com base nas classificações propostas por Morgan (40) e Fern (46), os grupos focais de avaliação, foram considerados de duas formas. Primeiramente, como técnica associada a outros métodos, visto que os efeitos do curso-intervenção sobre as práticas clínicas e de gestão dos profissionais matriculados são um

fenômeno grupal extremamente complexo e, tal fenômeno deve ser abordado também por outras estratégias metodológicas, como a observacional. Em segundo lugar os grupos focais de avaliação foram considerado exploratórios com orientação teórica, isto é, centrado nas contribuições dos recursos metodológicos do Apoio Paidéia enquanto estratégia de formação para equipes de saúde.

Os grupos focais de avaliação foram gravados, buscando obter maior rigor nas informações coletadas, e, posteriormente, foram transcritos para subsidiar o tratamento e interpretação dos dados. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação nos grupos focais de avaliação encontra-se no Anexo 3.

#### e) Tratamento e interpretação do material produzido em campo

Para Foucault (47), a interpretação, de acordo com Nietzsche, é tarefa de martelos. Seria preciso quebrar, rachar as palavras e as coisas. Para ele, todo texto é uma interpretação e, assim, tratar-se-ia sempre de uma luta com as interpretações passadas, elevadas ao estatuto de verdades, que seria necessário desconstruir (20).

Tendo como linha base essa afirmação, esta investigação utilizou, para trabalhar com o material produzindo em campo, a construção de narrativas, tal como proposta por Ricoeur (48). Para o autor, as narrativas nada mais são do que “histórias não (ainda) narradas”, mas que podem ser contadas porque já estão inseridas no mundo pelo agir social; estão simbolicamente mediatizadas. Portanto, “narrar, seguir, compreender histórias é só a ‘continuação’ dessas histórias não ditas” (p.116). Ao utilizar a narrativa como modo de interpretação, pretendemos fazer emergir, dos emaranhados de dados e informações produzidas, um sentido para as histórias vividas, mas ainda não narradas.

Onocko Campos (21) tem trabalhado com as narrativas como recurso interpretativo potente visando proporcionar a elaboração de sentidos para o material produzido em pesquisa. A autora, retomando o conceito de interpretação em Freud (49), aponta que a interpretação deve ser composta por dois movimentos: a análise e a construção. A análise seria o movimento de fragmentação, o trabalho de detalhar ao

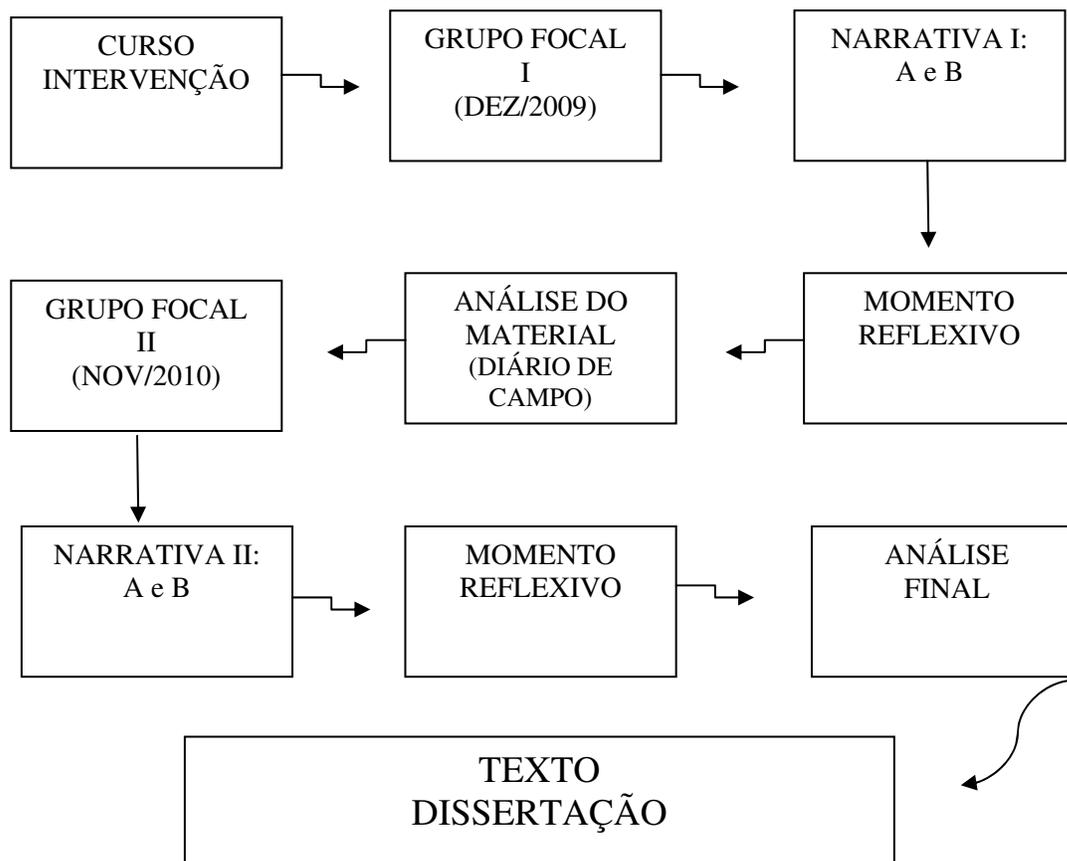
máximo as informações para poder compreendê-las. Já a construção seria a dimensão necessária para costurar os pedaços/frações, organizar o material para elaborar linhas de significado que possam se tornar uma possibilidade de visualizar respostas para as questões encontradas. Para Ricoeur (48) isso seria o agenciamento dos acontecimentos, a composição de um enredo que dá sentido e coerência aos fatos, ou seja, o alinhar de sentido construído de modo narrativo.

Onocko Campos e Furtado (50) discutem o caráter de mediação das narrativas, pensando-as a partir de várias correntes como a crítica literária, a historiografia, a comunicação e a psicanálise. A narrativa, para os autores, seria um recurso apropriado para realizar mediações entre o que se diz e o que se faz (discurso e ação), entre acontecimentos (eventos ocasionais) e questões estruturadas, entre os sujeitos individuais e os coletivos, entre memória e a ação política.

Partindo desses pressupostos, pretendeu-se com os dados primários obtidos pela transcrição do grupo focal construir uma narrativa, entendendo que o objetivo é construir a história vivenciada no grupo focal e depois uni-la aos dados obtidos pela observação. Assim, busca-se juntar as linhas argumentativas e construir o enredo singular de cada turma e situação observada.

Além disso, um ponto primordial é a intencionalidade de compartilhar as narrativas construídas e retomá-las nos espaços coletivos do curso-intervenção em momentos pontuais, espaços esses denominados neste estudo de Momento Reflexivo. Tal momento configura um espaço de análise compartilhada do material produzido e visa à validação dos dados e o contato dos profissionais matriculados no curso-intervenção com as percepções da pesquisadora do que foi vivenciado nos grupos focais e na observação. Destaca-se que, nesse momento, o material apresentado poderá ser complementado ou modificado, e os profissionais matriculados (sujeitos da pesquisa) podem confirmar posições, rever argumentos, discutir diferenças entre aquilo que disseram e o modo como foram compreendidos, reposicionarem-se diante do próprio discurso e da tradição discursiva que os sustenta (21,50).

Assim sendo, segue abaixo o resumo do Percurso da Pesquisa:



### 3.4- Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da FCM, número 0860.0.146.000-09. Todos os participantes do grupo pesquisado assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), autorizando a utilização do material produzido na pesquisa, resguardado o sigilo.

**CAPÍTULO 4**  
**Desvendando o Percurso: Dos grupos focais às**  
**narrativas passando pelo momento reflexivo**

#### **4.1- Grupos focais**

Conforme descrito acima, foram realizados grupos focais de avaliação com os profissionais matriculados no curso-intervenção em dezembro de 2009 e novembro de 2010. Esses grupos tinham dois objetivos primordiais. O primeiro era avaliar como estava sendo trilhado o processo de formação (a intervenção propriamente dita), visto que, como se trata de um processo participativo, as correções de percurso devem ser feitas coletiva e periodicamente. A segunda visava avaliar os efeitos da intervenção na produção de mudanças na compreensão do processo saúde/doença, nas práticas clínicas, de promoção da saúde e de gestão.

A preocupação em conhecer as contribuições do curso-intervenção nas práticas clínicas e de gestão norteou o planejamento dos grupos. Desta forma, buscou-se assegurar que todos os profissionais matriculados no curso-intervenção participassem dos grupos focais.

No grupo focal de avaliação foi explicado para ambas as turmas o desenho geral da investigação, suas motivações e questões relevantes para pesquisadora-apoiadora, destacando-se as regras básicas do trabalho a ser desenvolvido. Gondim (41) afirma que este aspecto técnico deve ser claramente pontuado, ou seja, todos têm o direito de dizer o que pensam; ninguém pode dominar a discussão; os debates paralelos devem ser evitados.

O conteúdo de discussão dos grupos focais foi áudio-gravado e posteriormente transcrito na íntegra, resultando um documento posteriormente apresentado para cada turma. Tomou-se o cuidado de não se identificar os envolvidos, impedindo assim a associação com o material produzido, uma vez que, segundo Gondim (41) o pesquisador deve garantir o sigilo em relação às falas e identidade dos participantes, já que muitas vezes os grupos tratam de temas polêmicos e são palcos de depoimentos pessoais ou declarações de algum modo comprometedoras.

Cada grupo contava com os profissionais matriculados no curso-intervenção; um moderador, responsável por coordenar o grupo; um relator para auxiliar no processo de transcrição das gravações e que também se responsabilizou por anotar o início das falas dos

participantes, as conversas paralelas e os comentários complementares. O relator não interferiu na condução do grupo, a não ser quando o moderador abria para considerações na parte final.

Ressalte-se que a coordenação dos grupos focais foi realizada por membros do Coletivo de Estudos e Apoio Paidéia, portanto optamos por não manter um moderador neutro em relação ao tema de pesquisa. Pelo contrário, os moderadores estavam envolvidos com pesquisas de mestrado e doutorado, com temas associados ao abordado pela pesquisa em questão, além de participarem das discussões para elaboração do roteiro. A função de relator foi realizada por residentes do Departamento de Medicina Preventiva e Social, também integrantes do grupo de pesquisa.

Diferente do que aponta a literatura, os grupos não foram coordenados pelo mesmo moderador. Porém, os possíveis efeitos nocivos decorrentes da pluralidade de coordenadores foram minimizados por meio da realização de reuniões periódicas desde o início da pesquisa, o que produziu uma grande harmonia no que se refere às perspectivas da pesquisa. Além disso, após a realização dos grupos focais, os moderadores encontraram-se para discutir as conduções e, quando necessário, tornar consenso a forma de abordagem dos assuntos.

No entanto, as reuniões, por si só, não garantiram a qualidade das conduções dos grupos focais. A implicação dos moderadores e relatores com a investigação foi fundamental, pois tinham interesse de pesquisa e conhecimento no assunto a ser estudado. Isso permitiu que as singularidades de cada turma aparecessem, porém sem deixar de focar os eixos centrais indicados no roteiro.

Sobre o número de participantes, a literatura aponta entre seis e doze pessoas (42,51). Entretanto, Gondim (41) prevê de que deve ser definido de acordo com os propósitos da pesquisa e características dos sujeitos. A este respeito, Fontanela *et al* (52) lembram que a amostragem em pesquisa qualitativa não é definida com base em critérios estatísticos e depende dos objetivos da investigação e do referencial teórico utilizado.

Conforme os objetivos da investigação foram convidados para os grupos focais todos os profissionais matriculados no curso-intervenção, um total de dezoito pessoas por turma, ou seja, o triplo do que a literatura aponta como mínimo. Deste modo, evitou-se um número reduzido de participantes, no caso de ausências como férias, atestados ou licenças.

Assim, observou-se que os grupos focais da turma A contaram com a participação de doze e oito profissionais respectivamente. A duração do primeiro grupo focal foi de uma hora e trinta e cinco minutos e do segundo grupo focal de uma hora e vinte minutos.

Já na turma B participaram dez e seis profissionais respectivamente. A duração do primeiro grupo focal foi de uma hora e vinte e cinco minutos e do segundo grupo focal de uma hora e quinze minutos.

Portanto, no total foram 5 horas e quarenta minutos de gravação, a partir das quais se produziram 80 páginas de transcrição do material. A transcrição das fitas respeitou a veracidade e originalidade dos discursos e o sigilo da identidade dos autores das falas. Esse trabalho foi realizado por terceiros, que não estavam envolvidos com o tema e as discussões.

#### **4.2- O pulo do gato – A construção das narrativas e o momento reflexivo**

Conforme dito anteriormente para interpretar o material produzido utilizou-se à construção de narrativas, conforme referencial proposto por Ricoeur (48). Para esse autor, apesar da proximidade com outros referenciais ligados à área das Ciências Sociais, como a história oral, existem diferenças, uma vez que a proposta é olhar para a narrativa como representação do tempo e da ação humana, não se prendendo exclusivamente a ordem cronológica. Ou seja, não se propõe a contar uma história linear e sim focar nos argumentos e produções de sentido vivenciadas. Assim, as características principais são: o encadeamento lógico dos fatos, as produções de argumentos que relatam o motivo e de que maneira as experiências foram vivenciadas.

Como pesquisadoras, é importante destacar que a reflexão sobre o trajeto da investigação é primordial. Partimos do pressuposto de que não há um caminho único e exclusivo quando se opta pela pesquisa qualitativa associada à intervenção em serviço.

Dessa forma, não há desenhos metodológicos já consagrados e descritos passo a passo, mas sim um caminho que aponta para a flexibilidade, unida às necessidades da investigação e proporcionando uma reflexão sobre o caminho investigativo, que, embora parta de um ponto visível, acaba por fazer-se no caminhar.

As reflexões descritas abaixo foram desencadeadas por duas questões metodológicas. A primeira se refere ao processo da própria construção da narrativa, a partir de dados primários obtidos pela transcrição dos grupos focais de avaliação. A segunda resulta da intenção de compartilhar as narrativas construídas e retomá-las em espaços específicos do curso-intervenção, espaços em relação aos quais houve a opção de denominá-los “Momento Reflexivo”.

Ressalta-se que essas narrativas devem-se ligar intensamente com o que o grupo disse a respeito de suas experiências e vivências. Esperava-se que ocorressem complementações ou modificações e os profissionais matriculados no curso-intervenção pudessem confirmar posições, rever argumentos, apontar diferenças entre aquilo que disseram e o modo como foram compreendidos.

Como ponto de partida, além da revisão bibliográfica, foi organizada uma reunião ampliada, unindo o grupo de pesquisa Coletivo de Estudos e Apoio Paidéia ao grupo de pesquisa Saúde Mental e Saúde Coletiva: Interfaces ambos do Departamento de Medicina Preventiva e Social e ligados a área de concentração Política, Planejamento e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Essa reunião ampliada partiu do princípio de que ambos os grupos de pesquisa apostam na utilização de grupos focais como técnica potente de produção de conhecimento. O tema deste encontro foi a análise, interpretação e validação de dados qualitativos, obtidos pela técnica Grupos Focais e suas respectivas narrativas.

Essa reunião ampliada configurou o que pode ser denominado marco zero, pois, através do movimento de compartilhar as experiências vivenciadas, foi co-produzido um espaço de diálogo, no qual as questões trazidas pela teoria puderam ser aprofundadas no coletivo. Ampliou-se o olhar sobre o tema, realizando, ao mesmo tempo, uma reflexão instigante que permitiu enriquecer os procedimentos de trabalho.

Tendo, então, esse cenário, a proposta foi relatar a trilha vivenciada, quase como um passo a passo, buscando desfazer o nó da narrativa para melhor compreendê-la. Sem sermos pretensiosos, o que se buscou foi a criação de um roteiro possível, e que tivesse seus eixos no processo e nas descobertas que permearam o percurso entre o Grupo Focal, bem como a elaboração da narrativa e o momento reflexivo. Pode-se arriscar em dizer: o “Pulo do Gato do pesquisador”.

Dentre as curiosidades desse caminhar, aprendeu-se que os gatos ao caírem de certa altura, fazem Sete movimentos (53):

Um amigo perguntou-me certa vez, se já haviam me ensinado o pulo do gato. Lembrei-me então que o pulo do gato, literalmente falando, é coisa muito interessante. Um especialista em costumes felinos, conta que o gato cai do telhado, faz sete movimentos corporais e preventivos até chegar ao chão. Quando toca o solo o faz tão suave como se tivesse um amortecedor de impactos nos pés. Ele protege a cabeça, gira o rabo, posiciona as patas, alinha o corpo e arqueia a coluna. Ao tocar o solo se solta por inteiro e rola somente uma só vez, ainda protegendo a cabeça. Talvez venha daí a lenda das sete vidas do gato<sup>1</sup>.

No senso comum, enquanto metáfora, o “Pulo do Gato”, é a “sacada” que a pessoa dá frente a um processo de aprendizagem, técnica ou trabalho que vem desenvolvendo. Utilizamos a analogia acima para descrever a trajetória percorrida. E podemos afirmar, com relativo grau de “certeza”, que foram vivenciados vários dos momentos e dos movimentos.

---

<sup>1</sup> <http://recantodasletras.uol.com.br/artigos/69424>

### 4.3- Protegendo a cabeça...

O desenho metodológico já estava definido e contemplava o desejo e interesse de todos os pesquisadores que compunham o Grupo Coletivo de Estudos e Apoio Paidéia. A escolha da pesquisa qualitativa, baseada em uma intervenção que utiliza a técnica de grupo focal com construção de narrativa, reflete um gradiente de compromissos dos pesquisadores. Dentro dessa lógica, os pesquisadores tiveram a suas vozes inúmeras vezes entrecortadas pelos profissionais do Curso-Intervenção, fato este que foi levado em consideração na análise, visto que, de certa forma, esse entrecortar-se modificou o objeto de estudo, conforme afirmação abaixo (54):

O argumento decorrente é que o observador inserido em seu campo de observação transforma, por definição, seu objeto de estudo. A necessidade de incluir-se, portanto, no processo investigativo, a subjetividade de quem pesquisa como categoria analítica já se apresenta aí, anunciando as bases do conceito institucionalista de implicação. (54).

O desenvolvimento de uma investigação que se inicia pela oferta de uma intervenção (no caso Curso de Co-gestão da Clínica Ampliada e Compartilhada) demonstra uma postura composta por certa intencionalidade envolvendo os pesquisadores-apoiadores e profissionais matriculados no curso-intervenção. Neste projeto os profissionais foram tidos como co-autores, uma vez que as experiências concretas foram fontes importantes para construção de novos saberes.

Assim, podemos afirmar que a pesquisa foi, ao mesmo tempo, objeto e produto, visto que afetou a vida das pessoas, alterou as percepções que envolviam o processo de trabalho e redesenhou a investigação nos seus inúmeros encontros.

Há certo comprometimento coletivo com os resultados que foram produzidos, mesmo que sob perspectivas distintas, pois há uma implicação bilateral. Dessa forma, enquanto os profissionais tinham como objeto de investimento a experiência enriquecedora que o curso automaticamente transpassa para seu cotidiano, o pesquisador-apoiador se

compromete com os resultados científicos, prioriza a metaprodução que se configura no objeto de interesse da pesquisa e da comunidade científica (27).

Pontuando o que chamamos de implicação bilateral da pesquisa, é relevante mencionar que ao optarmos por compor os grupos focais integralmente pelos profissionais das próprias turmas do curso-intervenção, inevitavelmente se transpôs para o interior dos grupos as relações de poder já existentes entre eles, o que, em si, não deixa de ser um dado relevante a ser observado no transcorrer da análise (32).

Tal aspecto já permeava os encontros do curso-intervenção com os pesquisadores-apoiadores, já que cabia a eles estimular os profissionais matriculados a expressarem abertamente seus sentimentos, opiniões e posicionamentos sobre as questões propostas. Fazia-se necessária uma postura equilibrada e flexível do processo de investigação, de modo a garantir a inclusão da diversidade e a expressão espontânea e livre, a despeito das diferenças de poder entre os atores envolvidos (32).

#### **4.4- Torcendo o rabo...**

Existem várias etapas para a utilização da técnica de grupos focais nas pesquisas qualitativas e a relevância de cada uma é pautada na sua ressonância com os pressupostos da pesquisa (27,45,54,55).

Das várias etapas será dado destaque a dois itens que se correlacionaram com as questões pertinentes ao processo investigativo, a saber: a construção do roteiro e o papel do moderador <sup>2</sup>.

##### a) Construção do roteiro para condução dos grupos focais

O roteiro do grupo focal, formulado em função dos objetivos e do referencial teórico assumido, serve como guia para o moderador coordenar a discussão (42). Assim, como se trata de uma discussão grupal e não de uma entrevista em grupo, o roteiro deve ser flexível. Segundo Gondim e Bunchaft (45) um bom roteiro é aquele que não só permite o

---

<sup>2</sup> Sugerimos a leitura das seguintes referências no que tange as limitações e potencialidades do grupo focal como instrumento na pesquisa qualitativa, seu organizar, características e execução: Paulon (54); Onocko Campo e Furtado (56,32); Carlini-Cotrim (57); Gondim e Bunchaft (58,45).

aprofundamento progressivo (técnica do funil), mas também a fluidez da discussão, sem que o moderador precise intervir muitas vezes.

Dessa forma, foi de extrema importância para a elaboração do roteiro a garantia de que aspectos relevantes ligados aos objetivos da pesquisa aparecessem e pudessem ser aprofundados. Outro fator foi garantir que o roteiro não fosse longo (não “amarrando” o moderador) e nem curto, a ponto de impedi-lo de estimular e ampliar as falas espontâneas que, além de ricas em conteúdo interpretativo, favorecem a integração do grupo.

Na presente investigação o roteiro foi construído coletivamente, pelos membros do Coletivo de Estudos e Apoio Paidéia. O roteiro foi intitulado Grupo de Avaliação do Curso de Co-Gestão da Clínica Ampliada e Compartilhada (anexo 4) e foi estruturado conforme os objetivos das pesquisas, integrando os diversos temas dos pesquisadores.

Destaca-se que a construção do roteiro foi configurada por intermédio de um processo coletivo potente, sobretudo do ponto de vista da formação, permitindo assim a inclusão da pergunta inicial de todos os pesquisadores e possibilitando também o exercício de olhar para si e ver-se contemplado na pergunta do outro. Este ponto foi marcante, pois evitou a definição de um roteiro semelhante a uma colcha de retalhos, ao mesmo tempo em que harmonizou vários eixos da investigação, ampliando-os de forma a obter como resultado final um banco de dados qualitativos, útil para outras pesquisas relevantes a outras áreas.

O roteiro demonstrou a intencionalidade da pesquisa e estava apoiada nas contribuições descritas pela Teoria Paidéia (12) e no seu conceito pedagógico de formar pessoas apostando na composição de valores éticos e democráticos. Para o autor, as mudanças são inevitáveis e contínuas — o efeito Paidéia configura-se, portanto, como um recurso elaborado para aumentar a intencionalidade dos sujeitos que estão imersos neste caldeirão de mudanças.

Foram destacados no roteiro três eixos envolvendo as práticas clínicas e de promoção à saúde: 1) o trabalho em equipe; 2) os arranjos de gestão; 3) a gestão de “si mesmo”. Tais eixos buscavam apontar os resultados possíveis atingidos pelo contexto singular produzido pelo curso-intervenção; ou seja, a capacidade dos profissionais

matriculados no curso-intervenção de formar compromissos e contratos sociais com poder transformador.

Resumindo: ao compreender de forma mais clara as práticas clínicas e de promoção, pode-se apreender de que forma se tem co-produzido, atualmente, o processo saúde-doença. Ao entender as diversas maneiras de se operar o trabalho em equipe, visualiza-se as formas pelas quais ocorrem os processos de comunicação, de relacionamento e, principalmente, as relações de poder; o que permite ter como foco os arranjos de gestão utilizados no cotidiano das equipes de saúde, possibilitando a ampliação do leque de mudanças necessárias à implementação a co-gestão.

#### b) Importância do papel do moderador

Um importante aspecto salientado pela literatura é o papel do moderador dos grupos, tido como fundamental na condução da discussão. Segundo Morgan (40), o moderador deve procurar cobrir a máxima variedade de tópicos relevantes sobre o assunto de interesse e promover uma discussão produtiva. Para conseguir tal intento, ele precisa limitar suas intervenções e permitir que a discussão flua, só intervindo para introduzir novas questões facilitando o processo em curso. Ele deve criar uma atmosfera não ameaçadora entre os participantes, manter a discussão focalizada no tema, encorajar a contribuição de todos os participantes e solicitar maiores informações quando a discussão não estiver clara.

Para desempenhar seu papel o moderador necessita de uma grande capacidade de adaptação a fim de encaixar as perguntas norteadoras do roteiro de acordo com a oportunidade da situação. Além disso, mesmo sabendo que existem dificuldades, é de extrema importância que o moderador não se posicione, fechando questões. Pelo contrário, ele deve ter habilidade para controlar seus próprios julgamentos e censuras (55).

A tarefa do moderador é facilitar o processo de interação dos membros do grupo e estimular o aprofundamento dos temas, formulando interpretações e averiguando se elas fazem sentido. Assim, sempre que necessário, é sua função chamar atenção para os

argumentos discordantes, mesmo quando o grupo insistir em ignorá-los. A unidade de análise do grupo focal é gerada pelo próprio grupo, o que significa que todas as idéias esboçadas são atribuídas ao grupo de forma geral, a despeito da discordância de um membro ou de outro (41).

A multiplicidade de tarefas torna, às vezes, impossível ao moderador registrar diferentes características do comportamento, o que pode diminuir a profundidade da sua análise. A inclusão de um relator é, então, de suma importância, pois, além de anotar e identificar as falas iniciais dos participantes, ele deve ser capaz de sintetizar as principais informações que vêm à tona durante as falas (59).

Dessa forma, evitamos situações nas quais a coordenação seja considerada insuficiente, uma vez que não se aprofunda em questões importantes que ficam “soltas” ou “perdidas”, fato que pode comprometer consideravelmente o texto narrativo.

A atuação de uma coordenação adequada e comprometida, acrescida de uma condução coerente, possibilita observar claramente quais os aspectos mais relevantes e como o grupo aprofundou suas reflexões sobre as questões colocadas. Mesmo ocorrendo demandas imprevistas, intervenções dessa natureza não comprometem o foco do grupo.

Enfim, foi definido que na investigação a moderação dos grupos focais de avaliação fosse feita por membros com experiência na técnica, ligados ao Coletivo de Estudos e Apoio Paidéia. Às pesquisadoras caberia a análise dos resultados a posteriori.

Esta escolha contemplou dois pontos. Primeiro, a literatura prevê que os grupos focais sejam coordenados por alguém que não esteja envolvido com o tema a ser investigado, a fim de evitar possíveis interferências no curso da discussão. Segundo, a existência de diversos relatos de pesquisa (44,60,61) com a recomendação de que os grupos focais sejam feitos pelo próprio pesquisador ou por membros da equipe de pesquisa, pressupondo que este diferencial pode favorecer o enfoque das questões de principal interesse, visto que o moderador conhece a pesquisa e, de alguma maneira, está implicado com ela.

Com esta escolha, buscamos evitar a interferência que a presença do pesquisador-apoiador poderia trazer para o grupo focal (desconforto, timidez, entre outras), sem que se perdesse a sua participação no enfoque das questões de interesse que foram compartilhadas por todo grupo de pesquisa.

#### **4.5- Posicionar as patas...**

Chegamos, então, ao terceiro movimento que pode ser expresso pelo seguinte questionamento: Como trabalhar os dados primários representados pela transcrição das falas dos grupos?

Vale lembrar que a transcrição é um produto do grupo focal e sua utilização literal não é recomendada, pois muitas vezes esse texto se transforma num longo diálogo composto por vozes desconectadas, que vão e voltam, segundo o fluxo do grupo e dos temas por ele suscitados.

No entanto, essa polifonia de idéias e traduções de entendimentos individuais, pautados em vivências coletivas, merece e deve ser cuidada, para que pesquisadores-apoiadores e profissionais matriculados no curso-intervenção possam ter a oportunidade de entrar de novo em contato com produção de idéias e conceitos, reformulando-os e/ou reinteirando-os em suas práticas cotidianas.

No processo grupal as idéias navegam pelo ar e vão sendo sistematizadas, segundo o significado singular que cada um traz, a partir de suas experiências. A formulação e expressão de uma opinião na experiência grupal ocorrem de forma quase instantânea, mas sua manifestação pode durar um espaço de tempo que reconduz o grupo para um tema que, aparentemente, já havia se esgotado. Este circular de idéias que vão sendo recontadas constrói a história do grupo.

A dinâmica configura forte característica grupal, pois as falas não seguem uma ordem e os temas não se esgotam necessariamente. Destaca-se, mais uma vez, o papel do moderador no nível de estruturação do grupo (41) e na diretividade que assegura o foco no tema proposto.

A análise desse material deve buscar a articulação constante entre a ação desenvolvida pelo grupo e o conhecimento que dele se depreende (54). Além disso, não deve ser uma fala única e consensual e sim a cartografia das opiniões, argumentos e pontos de vistas, concordantes ou conflituosos, críticos ou resignados (62).

Fica clara a importância de se analisar atentamente os dados da transcrição, visto que o texto não está pronto e, ao lê-lo, deve-se realizar uma interpretação do dizer grupal, tanto no aspecto dos conteúdos como no de sua dinâmica.

Atualmente há recursos de informática (software) que prontamente realizam um auto-resumo da transcrição. Embora seja um recurso útil, ele não revela, necessariamente, o que é importante, o que é consensual e não aponta as contradições que surgem. O uso desse recurso deve ser complementado pelo rigor do pesquisador, retrabalhando o material descartado, reincluindo-o sempre que necessário, segundo sua experiência do grupo.

No desenrolar de uma pesquisa-ação, como no de uma intervenção que se desenvolve no correr do tempo, produzem-se transformações de amplitudes variáveis. Muitas vezes, é difícil vinculá-las de maneira clara à reflexão coletiva que é elaborada simultaneamente. De fato, há uma interferência permanente entre o que se produz nas sessões de trabalho, na redação dos relatórios parciais ou na elaboração de ferramentas e o que se produz na prática de uns e de outros. (27).

Gondim (2004) aponta que existe escassez de modelos de análise de grupos focais e que os procedimentos de análise de resultados ainda se resumem a um esforço bastante solitário do pesquisador. A autora sugere que a partir das transcrições é válido sublinhar os temas centrais de cada grupo, tomando como base os tópicos do roteiro que nortearam a discussão, uma vez que se construíram representações gráficas dos temas e argumentos centrais muito semelhantes à perspectiva dos mapas cognitivos.

Também é possível optar por duas maneiras básicas de trabalhar os dados obtidos pela transcrição: pelos sumários etnográficos ou pela codificação dos dados, através da análise de conteúdo. A diferença principal entre estes procedimentos é que no primeiro a ênfase esta em manter as citações textuais dos participantes, ilustrando os pontos que serão

analisados; já na segunda opção a descrição numérica acaba por determinar categorias explicativas presentes ou ausentes das discussões.

Por fim, Brandão apud Xavier (59) discorre sobre a importância de se construir categorias para analisar esse tipo de material. Para o autor, o destaque está em construir as categorias em dois momentos distintos e que não devem ser isolados: a revisão teórica e a análise empírica.

Guardadas as diferenças e semelhanças descritas acima, o fato é que posicionar as patas exige um cuidado especial. A análise dos dados da transcrição não pode deixar escapar dois componentes importantes: 1º) não perder de vista o suporte teórico; 2º) não se esquecer dos fios que ligam a intervenção aos vários sujeitos que, direta ou indiretamente, colaboram com essa investigação. Ao realizar estas escolhas uma rede é colocada aos nossos pés.

Retornando ao início, a proposta era apontar um passo a passo, mas sem a idéia de fechar caminhos. Nesse momento do processo investigativo foi possível tocar visões diferentes e principalmente verificar que as escolhas são pessoais e intransferíveis, mas de forma muito produtiva podem ser compartilhadas.

Optou-se, então, pela abordagem dos dados utilizando-se da construção de narrativas, uma vez que esta via possibilita a construção de um texto coletivo. A narrativa permite transformar os participantes em sujeitos de suas ações e idéias e não apenas objetos, além de manter o pesquisador, de certa maneira, integrado à pesquisa como uma das vozes a serem articuladas nessa narrativa.

É relevante salientar que a compreensão do significado é sempre feita a partir de um determinado ponto que deve ser levado em conta pelo pesquisador. Há dois recortes simultâneos — o do participante que fala e dá sentido à sua fala com base na sua experiência; e o do pesquisador que “grifa” o texto do outro e o formata segundo os sentidos que apresenta.

Alinhavando os objetivos da pesquisa na qual este estudo se insere, pode-se dizer que todo texto é um sistema ordenado de signos ou co-produções entre sujeitos dotados de desejos, interesses e fatores estruturados a priori. Assim, qualquer informação

ou inferência sobre certo discurso isolado de um contexto tem pequeno valor. Embora os signos possam sempre transmitir uma mensagem objetiva, deve-se lembrar que nele está implícito algum valor previamente (historicamente) acordado.

Na interação do sujeito com o coletivo os significados transitam entre o contexto particular e suas relações com outros signos, modificando-se e podendo gerar interpretações e análises distintas e paradoxais (12).

Finalizando, o “posicionar as patas” é uma escolha e é preciso sempre lembrar que a narrativa fala por si só.

#### **4.6- Alinhar o corpo...**

A trajetória investigativa aponta, neste momento, para outra pergunta desafiadora: Como transformar os dados da transcrição do grupo focal em uma narrativa para ser apresentada ao próprio grupo para sua validação?

Onocko Campos e Furtado (50) sugerem um caminho ao afirmar que os narradores históricos precisariam encontrar um modo de se tornarem visíveis: declarar quem são, quais seus pontos de vista como pesquisadores da saúde coletiva, com um condicionante ético e com as conseqüências metodológicas que daí advêm para a produção de conhecimento.

Partindo desse caminho e abrindo novos para responder à questão-desafio, decidiu-se mais uma vez ampliar o embasamento teórico, retomando as referências bibliográficas do grupo de pesquisa sobre o tema das narrativas, pois ele representa um ponto chave na trilha da pesquisa.

Constroem-se, então, dois outros questionamentos embasados tanto na bibliografia, como na reunião ampliada dos grupos e na releitura atenta das transcrições dos grupos focais.

Primeiro questionamento: Como fazer a escrita da narrativa? Quais pontos devem ser priorizados e quais descartados? Como incluir os aspectos novos que surgiram no espaço do grupo e não estavam contemplados nos eixos previstos do roteiro?

Segundo Paulon (54) no grupo focal e na sua posterior narrativa, em qualquer dos contextos nos quais é aplicada, a atitude do pesquisador é sempre direcionada para a elucidação dos diversos interesses e aspectos envolvidos na situação. Falamos, inclusive, da relação entre os objetivos da pesquisa e os objetivos da ação. Para além da observação participante, que inclui necessariamente a figura do pesquisador, a pesquisa-ação se preocupa com a articulação constante entre a ação desenvolvida por um grupo e o conhecimento que dela é depreendido.

É importante ficar atento às diferentes vozes, ao lugar que cada profissional ocupa e à forma como cada um deles constrói o significado de seus conceitos; ou seja, de que maneira se torna protagonista do processo que está vivenciando. Nesse sentido, não há uma verdade e sim uma tentativa de identificar o que é socialmente construído e o que traz potencial transformador. É atentar às questões novas que podem produzir uma intervenção no cuidado em saúde.

O texto da narrativa deve ter como propósito contar a história singular do processo do curso-intervenção segundo a lente dos profissionais, não se tratando da transcrição literal, mas sim de uma primeira parte da interpretação: a extração dos principais argumentos e seu encadeamento lógico (50).

Entretanto, a narrativa não dará conta de abranger todos os pontos da transcrição; ela simplesmente irá apontar o caminho específico que foi escolhido pelo pesquisador-apoiador. Mais uma vez, surge a importância dos dados colhidos (a transcrição):

A transcrição do material é outra tarefa que deve ser dimensionada. Esta é uma etapa que pode ser comumente ignorada, no entanto, reafirmamos que a mesma precisa de planejamento. Isso porque o tempo para a transcrição do material não é pequeno. A tarefa na experiência dos grupos focais sugere a utilização de mais tempo em comparação com a transcrição de entrevistas (59).

Outro aspecto fundamental para a construção da escrita é garantir os conteúdos destacados, visando encontrar os núcleos argumentais. Para localizar o núcleo argumental deve-se, primeiramente, observar a forma como determinado tema se destacou, os motivos que levaram o grupo a fazer este destaque e, principalmente, de que lugar e/ou contexto o grupo construiu esse olhar (50).

Portanto, o texto da narrativa pode ser encarado como uma síntese do que estava presente nas falas dos participantes; primeiro se identifica os núcleos argumentais e, posteriormente, realiza-se a escolha dos mais importantes para construir o enredo da história daquele grupo.

Unir os principais argumentos apontados pelos profissionais segundo os eixos do roteiro complementa a análise do pesquisador-apoiador. Neste ponto, percebe-se com naturalidade que haverá aspectos que serão excluídos porque não se conectam diretamente ao roteiro e, conseqüentemente, aos objetivos da pesquisa. Mas haverá também pontos que deverão ser incluídos como os aspectos não pensados que na fala do grupo focal se tornaram relevantes.

Uma proposta interessante é o pesquisador-apoiador reconhecer a presença ou não de ligações entre as falas, como foram produzidos os argumentos, seus sentidos e significados para o grupo. Essa reflexão é um exercício importante que faz parte do processo de construção da narrativa e do percurso investigativo como um todo.

Ao identificar essas ligações é necessário verificar como as questões institucionais e estruturais de alguma forma afetam os profissionais que compuseram o grupo focal como, por exemplo, a política de contratação de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde.

Por fim, o pesquisador-apoiador deve levar em consideração o que deverá incluir ou não na narrativa: as características dos profissionais, do serviço escolhido e do contexto institucional onde estão inseridos.

É previsível que uma narrativa construída a partir do grupo focal, na qual os participantes são profissionais da Atenção Básica de Saúde, apresentará características diferentes da narrativa construída a partir do grupo focal composto por profissionais de um Centro de Especialidades ou Referência de um mesmo município.

Apesar de estarem vivenciando a mesma política municipal de saúde — o contexto institucional —, o lugar que cada um ocupa e as diferenças de significado que cada um traz estão implícitas nas posturas e nas palavras preferenciais que adotam. Nesse sentido, a narrativa não se configura como tentativa de encontrar “uma certeza absoluta”, mas sim como esforço para identificar algumas variáveis que se emaranharam aos argumentos e, de alguma forma, se alinharam ou não à história singular vivenciada pelo grupo.

Quando se trata da escrita da narrativa é uma questão importante usar a primeira pessoa do plural, possibilitando, assim, um sentimento de inclusão dos participantes no texto. Este sentimento de inclusão também é reforçado pelo uso de léxicos que foram ditos, garantindo uma fidelidade possível ao que foi vivido pelo grupo. Nesta linha é imprescindível evitar a troca de palavras, conceitos ou idéias por metáforas ou interpretações, pois pode gerar duplos sentidos ou significações distintas das ditas, gerando equívocos.

Compor a narrativa como uma história que se conta garante comprometimento com o que foi experimentado pelo grupo. Por isso, é importante buscar uma maneira de narrar que retrate a forma coloquial das conversas ocorridas.

A única forma de evitar uma interpretação equivocada é perguntar diretamente ao grupo, razão porque o papel do moderador é importante, pois ao acompanhar o aprofundamento da discussão, ele formula interpretações e averigua se elas fazem sentido para o grupo. É com base nisto que se afirma que há uma construção no processo de pesquisa, pois o pesquisador como moderador tem chance de avaliar a pertinência de suas explicações e concepções teóricas junto ao próprio grupo. Isto o levará a reorientar ou confirmar sua interpretação, abordagem congruente em uma perspectiva metacientífica qualitativa, em que ele está implicado no processo de pesquisa. (41).

O uso de recursos tecnológicos (vídeo e gravador) permite reproduzir o texto (fala das pessoas) de forma literal, base para o salto interpretativo da análise subsequente. O moderador e os demais participantes podem checar estas percepções no fluir dos grupos ou no Momento Reflexivo, quando haverá oportunidade de avaliar conjuntamente tais entendimentos. A compreensão desse contexto é fundamental para encontrar o significado dado à ação ou à fala emergente em um grupo (45).

O segundo questionamento: Como narrar uma história sem realizar uma interpretação? Quais os limites da narrativa cruzadas com as questões da interpretação?

Ao refletir sobre os questionamentos acima é primordial lembrar que é impossível narrar sem interpretar; ou seja, a interpretação, com certeza, irá acontecer, pois, ao definir os recortes — e, igualmente, os núcleos argumentais que serão usados e descartados —, o pesquisador-apoiador está incluindo a sua subjetividade e este processo é intrínseco na metodologia qualitativa.

Seria ingenuidade não pontuar a questão que envolve a implicação, seja ela unilateral ou bilateral. É evidente que a lente escolhida pelo pesquisador-apoiador interfere na leitura da transcrição e, posterior, na escrita da narrativa. Portanto, um recurso para ampliação da narrativa é compartilhá-la com outras pessoas, especialmente as que vivenciam o universo acadêmico (como os demais membros que compõem o grupo de pesquisa), posto se objetive minimizar os vieses eventualmente presentes e garantir que os registros estejam mais próximos dos significados construídos pelos profissionais participantes do grupo focal.

#### **4.7- Arqueia a coluna...**

Por fim é importante que a narrativa tenha uma assinatura conjunta dos profissionais e dos pesquisadores-apoiadores através da sua legitimação pelo grupo composto na investigação.

Utilizar a primeira pessoa do plural, por si só, não garante que todos se sintam autores daquela história. Dessa forma, uma nova reunião com os participantes do grupo focal, num encontro específico, ou, como chamado neste estudo, Momento Reflexivo, foi conveniente.

Tal momento se configura como um espaço de análise compartilhada do material produzido e tem como objetivo expandir a narrativa, possibilitando o contato dos participantes com as percepções do pesquisador-apoiador sobre o que foi vivenciado pelo grupo, pois estas incluem as reflexões dos profissionais sobre a narrativa escrita.

Compartilharmos com Westphal (42) que a inclusão da “Devolução” no processo da pesquisa, nem sempre ocorre de forma tranqüila e aceita por todos os sujeitos da pesquisa:

Nos cinco trabalhos houve preocupação com a "devolução" dos dados e sua utilização pelos sujeitos da pesquisa. Nos três casos em que os grupos focais fizeram parte de um estudo mais amplo, foi difícil convencer toda a equipe de pesquisadores de que a informação obtida deveria ser compartilhada, o que transformaria o estudo em uma intervenção educativa. Nesse sentido, a redação de um relatório final foi útil aos profissionais envolvidos, garantindo a informação e a promovendo. (42).

Optamos por repensar o processo investigativo ao considerar que a escolha pela Devolução deveria ser mais que uma das fases principais do trabalho com os dados primários produzidos pelos Grupos Focais. Decidimos tratá-lo como um encontro onde os participantes dos grupos focais validariam a partir da leitura da narrativa escrita pelo pesquisador a história que vivenciaram. Assim, fazia mais sentido transformá-lo em Momento Reflexivo.

O Momento Reflexivo se constituiria, pois, pela vivência singular na qual ocorre um aprofundamento coletivo e compartilhado sobre a narrativa e no qual se visualiza a possibilidade de um passo além. Não se deve restringi-lo e sim potenciá-lo como um salto para uma nova experiência e novas perspectivas. Isto possibilita que todos os participantes

umentem o grau de envolvimento que os impulsiona à vivência de novas aprendizagens no seu dia seguinte.

Ao escutarem as narrativas que eles próprios conduziram, os participantes dos grupos voltaram-se para uma espécie de meta-análise. Confirmaram as argumentações, aprofundaram as discussões, manifestaram mudanças em relação à situação inicial, reviram falas, surpreenderam-se e incomodaram-se consigo mesmo. (55).

Partindo desse ponto, chegamos então à formulação do conceito de Momento Reflexivo, que deve ser entendido como um espaço diferente; espaço que favorece a conversação dos pares e no qual seus saberes e especialidades são expressos e reconhecidos, ao mesmo tempo em que os próprios pares se reconhecem também como co-autores de novas narrativas e significados. A gratificação da aproximação intelectual-afetiva permite a execução de tarefas mais harmônicas com grande potencial transformador.

Certamente estimula-se o desenvolvimento da eficiência grupal que deve facilitar o manejo de conflitos e novas negociações, colaborando diretamente na organização, no desenho e na evolução do trabalho dos profissionais e do pesquisador-apoiador.

A inclusão de comentários e percepções do pesquisador-apoiador a respeito do processo grupal pode ser compartilhada de uma forma, talvez, surpreendente; uma forma que estimule os profissionais se moverem para outra posição e dessa posição ignorar ou acrescentar algo às descrições anteriores (63).

Para aproveitar melhor a oportunidade, a sugestão é gravar o encontro, pois novos dados podem surgir dando maior vivacidade à narrativa inicial. Além disso, como se trata de um curso-intervenção participativo, onde os profissionais matriculados são protagonistas de seu processo de formação, podem então ocorrer complementações no formato inicial proposto.

Outra recomendação é compreender o Momento Reflexivo como um espaço capaz de trazer contribuições significativas para aprimorar o material da pesquisa e conseqüentemente os resultados esperados; ou seja, um instante para novas interpretações que se transformam em um campo fértil para ampliar o referencial teórico e os conceitos, complementando as perguntas iniciais do pesquisador.

Assim, pode-se afirmar que o Momento Reflexivo vai além do caráter de validação e se converte em uma experiência grupal dinâmica e enriquecedora no transcorrer da intervenção.

Da mesma forma, há que se reconhecer, ao longo do processo da construção da narrativa, um pesquisador habitado por inúmeras dúvidas ligadas ao conteúdo, à forma de compreender o movimentar do grupo e às reflexões posteriormente compartilhadas. Tais contribuições promovem uma ampliação dos eixos propostos no roteiro, favorecendo o processo de uma pesquisa dinâmica e viva, uma vez que o pesquisador pode e deve lançar mão desse novo material na fase seguinte ou ao final de sua investigação.

#### **4.8- Tocar o solo e se soltar por inteiro...**

O processo de escrita da narrativa não é uma etapa tranqüila. Pelo contrário, é repleta de subjetividade e de escolhas que, muitas vezes, exigem do pesquisador-apoiador abrir mão de questões não diretamente ligadas aos objetivos da pesquisa, o que o pode ser angustiante a ponto de impedir a mobilidade, fazendo com que o pesquisador tenha dificuldade de realizar com segurança e fluência seu trabalho.

No entanto, é uma fase relevante do caminho trilhado pelo pesquisador e, por que não dizer, um processo de amadurecimento acadêmico, através do qual fica consolidado seu posicionamento no campo da pesquisa científica, composto por equilíbrio entre a intenção não apenas da produção de conhecimento, mas também do compromisso com o saber experimentado, vivenciado e compartilhado.

A exposição da implicação do pesquisador-apoiador é primordial. Deve-se sempre deixar claro o lugar que vai sendo ocupado ao longo do processo investigativo, processo este que ocorrem na evolução da pesquisa, principalmente na pesquisa intervenção tipo apoio.

Essa perspectiva de olhar coletivamente e de maneira reflexiva os pontos que não deram certo, criando as alternativas possíveis dentro da realidade vivenciada, é importante. É preciso saber se desligar de certas verdades absolutas que permeiam a academia e, também, cada um de nós, encarando esse desafio vivenciado do ato de pesquisar.

Não esquecer também que o texto final da narrativa trará uma interpretação de uma realidade variável, pois está diretamente ligado às perguntas iniciais de cada pesquisador e imerso nos diversos contextos históricos, políticos, sociais e culturais. Assim, como encarar o problema da objetividade quando se utiliza a técnica dos grupos focais?

Para alguns autores ela deveria ser substituída pela intersubjetividade e os dados da realidade por meio de consenso de observadores. Uma alternativa, então, é permitir que outros pesquisadores acompanhem o processo de discussão dos grupos focais (por um circuito interno de televisão) e discutam suas interpretações, aprofundando e esclarecendo as bases de suas diferenças (64). Esse procedimento, enquanto delimitação, não escapa ao fato de que uma interpretação só encontra espaço porque há lacunas no entendimento do fenômeno que ela vem preencher. A complexidade está em reconhecer que não existe apenas uma maneira de fazer isto, mas múltiplas possibilidades (41).

No desenrolar de uma pesquisa-intervenção do tipo apoio, como no caso, com o Curso de Co-Gestão da Clínica Ampliada e Compartilhada, produziu-se transformações de amplitudes variáveis. Muitas vezes, é difícil vinculá-las de maneira clara à reflexão coletiva que é elaborada simultaneamente. De fato, há uma interferência permanente entre o que se produziu nas sessões de trabalho, na redação dos relatórios parciais e/ou na elaboração de ferramentas e o que se produziu na prática de uns e de outros (27).

#### **4.9- Rolar somente uma só vez e ainda protegendo a cabeça...**

Ao fim, o que esperar da narrativa passando pelos grupos focais e os momentos reflexivos?

Primeiramente, a construção de um material sólido que será retrabalhado pelo pesquisador, com o acréscimo de outros dados, como o diário de campo, leituras complementares e a análise de sua implicação.

Em segundo lugar, a narrativa enquanto um instrumento reflexivo para o grupo de profissionais pela ótima oportunidade de exercitar o seu lugar de sujeito, transformando a intervenção numa ação onde ele também é co-responsável.

O terceiro ponto do processo vivenciado se configura como um momento repleto de subjetividade e de várias escolhas. Portanto, é uma etapa importante na construção da identidade do pesquisador, onde há a possibilidade de refletir e analisar a implicação e também vislumbrar uma parte do caminho ético, político e ideológico necessários para dar veracidade à pesquisa.

Por fim, olhar a trajetória dessa investigação, incluindo o grupo focal, o texto da narrativa e o momento reflexivo como pausas; como momentos dentro dos quais refletimos e cruzamos os diversos dados produzidos, entendendo-os como algo além de ferramentas a serem reproduzidas nas pesquisas, nos projetos, nas ações políticas e na prática profissional. Trata-se, sobretudo, de um exercício de cidadania, ou, indo além, no caso do Grupo de Coletivo de Estudos e Apoio Paidéia, de um ato em defesa da vida!

**CAPÍTULO 5**  
**As Descobertas: Análise preliminar do material**

A experiência de apoio que vivenciei, registrada no diário de campo, se constituiu como um dos fios condutores para análise do material coletado durante o desenvolvimento da intervenção. Buscou-se sistematizar, a partir dos aprendizados vividos junto aos profissionais matriculados no curso-intervenção, as prováveis mudanças ocorridas — transformações concernentes à análise de suas práticas profissionais cotidianas; especialmente em relação à incorporação de saberes que os auxiliaram na capacidade de trabalhar em rede (em equipe e com a co-gestão do trabalho em saúde) —, ressaltando-se as contribuições da proposta metodológica de Apoio Paidéia enquanto estratégia de formação.

O estudo investigativo tem sua base nas contribuições do Apoio Paidéia para a formação, mas se misturaram dois movimentos complementares na linha do apoio: por um lado, a intervenção, e, por outro, a linha da formação Paidéia interligada à pesquisa. Tentarei, assim, descrever a experiência vivenciada, especialmente a manipulação dos métodos de coleta de dados, visando esclarecer como todo o processo foi desenvolvido.

Esta trajetória foi trilhada passando por várias situações e os dados coletados para análise desta pesquisa são provenientes de variados planos de informação:

- Referências bibliográficas e acadêmicas sobre o assunto.
- Narrativas construídas a partir das transcrições dos grupos focais de avaliação.
- Registros em diário de campo sobre os casos e impressões provenientes dos encontros e do apoio institucional.
- Dados provenientes dos Momentos Reflexivos.

Início descrevendo as experiências vivenciadas pelas turmas A e B procurando reconstruir a história dos encontros proporcionados no espaço do curso-intervenção, utilizando como material base as anotações feitas no diário de campo.

## 5.1- Caracterização das turmas

**Turma A:** encontros em todas as primeiras terças-feiras do mês das 10:00 às 12:00 hs. Tal grupo era composto por profissionais da equipe do Centro de Saúde Jardim Aeroporto, do Centro de Apoio Psicossocial David Capistrano e apoiadores do Distrito Sudoeste.

**Turma B:** encontros em todas as terças e quartas-feiras do mês, das 17:00 às 19:00 hs. A turma era composta por profissionais da equipe do Centro de Saúde Jardim Aeroporto e do Centro de Apoio Psicossocial David Capistrano.

Visto isso, a distribuição dos profissionais matriculados no curso-intervenção por categorias se desenhou da seguinte forma:

**Quadro 4-** Distribuição dos profissionais por Turma e categoria

Categoria profissional	Número absoluto	
	Turma A	Turma B
Assistente Social	01	0
Agente Comunitário de Saúde	01	03
Auxiliar/Técnico de enfermagem	02	06
Enfermeiro	02	03
Farmacêutico	01	0
Médico	04	03
Odontólogo	01	0
Psicólogo	04	02
Técnico de Farmácia	01	0
Terapeuta Ocupacional	03	03
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>20</b>

Vale ressaltar que, na divisão das turmas, a característica marcante foi a heterogeneidade, visto que os profissionais de um mesmo serviço foram diluídos nas duas turmas — ou seja: houve fragmentação das equipes. Outro aspecto que requisitou atenção foi o fato de que algumas categorias profissionais se concentraram em turmas (a maioria dos enfermeiros compunham a turma B e a maioria dos agentes comunitários de saúde acompanharam a turma B) e tal fato trouxe conseqüências para o desenvolvimento do curso-intervenção.

Isso ocorreu devido a dois fatores básicos. O primeiro deles foi o desenho do curso-intervenção, que priorizou a divisão respeitando o horário de trabalho dos profissionais. Isto porque o contrato feito com a SMS de Campinas ressaltava o fato de ser um espaço de formação que seria feito “em serviço” e dentro da carga horária dos trabalhadores. O segundo fator dizia respeito a demandas específicas dos gestores locais do CS Aeroporto, CAPS Davi e Distrito Sudoeste, no sentido de priorizar a organização interna das instituições.

Dentre os aspectos positivos destaca-se o exercício de compartilhar saberes não só com a equipe, mas também com a rede de serviços que compõe o território, concretizando-se no espaço do curso-intervenção um momento de composição de diferentes olhares. Além disso, estar num espaço heterogêneo trouxe uma dinâmica diferente da habitual vivenciada nos espaços de reunião de equipe, e isto possibilitou uma oportunidade de repensar os limites dos serviços, as dificuldades enfrentadas por cada profissional ao desempenhar sua prática clínica, tornando-se mais fácil identificar o que efetivamente estava sendo construído e, especialmente, em que pontos houve avanços.

Houve também aspectos negativos, pois ao se abrir mão da homogeneidade, abriu-se mão também de concretizar este espaço como deliberativo, e/ou de tomada de decisões. Isso dificultou a efetivação de mudanças nas questões ligadas à gestão do trabalho cotidiano, pois os profissionais das mesmas equipes estavam em turmas diferentes e as propostas de intervenção que surgiram nas turmas tinham sempre que ser rediscutidas nos espaços coletivos dos serviços, gerando certo grau de desmotivação — ou seja, os temas polêmicos envolvendo os casos institucionais que sempre resultavam em um debate extremamente rico, em que se visualiza vários apontamentos críticos, não tinham

continuidade na prática e facilmente eram agendados para alguma outra instância, com o que se diluíam ou até se “perdiam”.

Um ponto importante ao se realizar uma experiência de formação diferente, dentro dos moldes Apoio Paidéia, é a possibilidade da nova consciência crítica gerar angústia nos profissionais matriculados no curso-intervenção, além de desgastes e mal-estar dentro das instituições. Uma forma para atenuar este efeito e para lidar com isso foi sistematizar os encontros, encaminhando as propostas, em forma de documento, aos gestores locais para se tornarem pautas nos espaços deliberativos dos serviços.

Outro ponto importante na divisão das turmas foi que todos os apoiadores do Distrito e gestores locais se concentraram na turma A e, conseqüentemente, a turma B compôs-se com profissionais do CAPS e Centro de Saúde. Tal fato deve ser destacado porque, de certa forma, demonstra que os gestores não estão necessariamente presentes para apoiar os trabalhadores durante todo o período de trabalho e sim dentro de um horário restrito.

Além disso, não devemos deixar de levar em consideração que a presença da gestão (seja apoiadores ou coordenadores de serviço) imprime uma dinâmica diferente para os espaços institucionais, porque trazem legitimidade e podem fortalecer o projeto do serviço, além de potencializar mudanças no processo de trabalho. Assim, esta não-presença da gestão afetou a organização da turma B, visto que uma das suas principais colocações no grupo focal de avaliação foi a distância entre gestores e trabalhadores e, por extensão, o quanto esse distanciamento tem prejudicado o desenvolvimento das ações no serviço.

Com relação à abordagem teórica vale destacar que foram trabalhados no decorrer do curso-intervenção uma média de 14 temas, que, conforme já dito, foram definidos ao final de cada encontro pelos pesquisadores-apoiadores e profissionais matriculados. Assim, seguem os temas abordados no espaço de formação proposto pela intervenção.

## Quadro 5- Grade de temas Turma A

Mês	Tema abordado	Abordagem/ método
Junho/2009	Apresentação do Curso: levantamento de expectativas e construção de contrato entre o grupo	
Julho	Vínculo Terapêutico	Discussão de caso clínico
Agosto	Apoio Matricial	Apresentação de texto construído pelos profissionais do Distrito e experiência de matriciamento vivenciada pelo CS
Setembro	Saúde Mental na Atenção básica	Discussão de caso clínico envolvendo o CAPS e CS
Outubro	Acolhimento	Levantamento dos limites e potencialidades do acolhimento nos serviços
Novembro	Família enquanto espaço de intervenção	Dinâmica- Banco de imagens
Dezembro	Grupo focal de avaliação do Curso	Grupo focal
Janeiro de 2010		
Férias		
Fevereiro	Território	Apresentação de caso clínico
Março	Momento Reflexivo	Devolutiva das Narrativas
Abril	Possibilidades de construção de autonomia	Apresentação de caso clínico
Maiο	Processo de trabalho e organização das equipes	Apresentação da equipe laranja do CS
Junho	Ofertas grupais e sua organização no serviço	Levantamento das atividades de grupo mapeando as facilidades e dificuldades do ponto de vista do CS Aeroporto, Caps Davi e Distrito Sudoeste
Julho	Dispositivos de co-gestão: Colegiado Gestor	Apresentação da organização do Colegiado Gestor do CS e CAPS
Agosto	Abordagem da violência e as questões intersetoriais	Apresentação da rede de cuidado a violência organizada pela Saúde e Ação Social
Setembro	A medicalização do social nas práticas em saúde	Discussão de caso clínico
Outubro	Visita domiciliar: limites e potencialidades	Apresentação da organização da VD pelos serviços: CAPS e CS.
Novembro	Grupo focal de avaliação do Curso	Grupo focal
Dezembro	Momento Reflexivo e Encerramento do Curso.	Devolutiva das Narrativas

## Quadro 6- Grade de temas Turma B

Mês	Tema abordado	Abordagem/ método
Junho/2009	Apresentação do Curso: levantamento de expectativas e construção de contrato entre o grupo	
Julho	Acolhimento	Levantamento dos limites e potencialidades do acolhimento nos serviços
Agosto	Gravidez na adolescência	Apresentação dos principais marcos teóricos e pontos para reflexão e debate
Setembro	Vínculo Terapêutico	Discussão de caso clínico
Outubro	Apoio Matricial	Apresentação da organização da equipe de saúde mental do CS e pontos para a reflexão e debate
Novembro	Ofertas grupais e sua organização no serviço	Apresentação de 06 grupos desenvolvidos no CS e de dados colhidos através de entrevistas com os coordenadores dos grupos e usuários com o objetivo de apontar as facilidades e dificuldades do processo grupal.
Dezembro	Grupo focal de avaliação do Curso	Grupo focal
Janeiro de 2010 Férias		
Fevereiro	Pactuação de um re-contrato com o grupo abrindo inscrições para outros profissionais dos serviços	
Março	Momento Reflexivo	Devolutiva das Narrativas
Abril	Território	Discussão de caso clínico
Maiο	A luta antimanicomial	Apresentação do vídeo faces da mente (SMS-Campinas) e debate
Junho	Família enquanto espaço de intervenção	Dinâmica- Banco de imagens
Julho	Pactuação de um re-contrato com o grupo devido novas desistências	
Agosto	Apoio Matricial	Discussão teórica
Setembro	Dispositivos de co-gestão: Colegiado Gestor	Discussão teórica
Outubro	Clinica ampliada e compartilhada	Discussão teórica
Novembro	Grupo focal de avaliação do Curso	Grupo focal
Dezembro	Momento Reflexivo e Encerramento do Curso.	Devolutiva das Narrativas

Ao analisar a “Grade de Temas”, observa-se que a turma B, apesar de ter o mesmo número de encontros que a turma A, abordou uma quantidade menor de temas porque foi necessário utilizar dois encontros para repactuação do contrato. Ou seja: enquanto a turma A discutiu no decorrer do curso treze temas, a turma B discutiu apenas dez temas.

Vale ressaltar também que as turmas trabalharam sete temas comuns, que foram: Vínculo terapêutico, Apoio Matricial, Acolhimento, Família enquanto espaço de intervenção, Território, Ofertas grupais e sua organização no serviço e Dispositivos de Co-gestão: Colegiado Gestor.

Além dos temas comuns, a turma A trabalhou os temas: Saúde Mental na Atenção Básica, Possibilidades de construção de autonomia, Processo de trabalho e organização das equipes, Abordagem da violência e as questões intersetoriais, A medicalização do social nas práticas em saúde e Visita Domiciliar. Já a turma B trabalhou os temas: Gravidez na adolescência, Luta antimanicomial e Clínica ampliada e compartilhada.

Percebe-se também que em ambas as turmas a metodologia de discussão de caso clínico e institucional foi a principal abordagem utilizada, sendo substituída poucas vezes por outras estratégias pedagógicas como vídeos e atividades lúdicas e criativas (como o exercício do jogo das imagens com recortes e colagens), para servir de eixo pedagógico ao aprendizado. Além disso, na turma B foi feita, a partir dos três últimos temas, uma discussão teórica de característica expositiva.

Portanto, ainda avaliando a grade de temas abordados, é relevante destacar que a turma A trouxe para a discussão cinco casos clínicos e sete casos institucionais. Já a turma B trouxe três casos institucionais, três casos clínicos e três discussões teóricas.

Conclui-se, então, ao avaliar os temas abordados no curso-intervenção, que houve co-produção nas turmas A e B; ou seja, apesar da proposta de formação ser a mesma, o local ser mesmo e os apoiadores serem os mesmos, o desenho e percurso adotados por cada coletivo (turma) foi diferente.

Essa diversidade entre as turmas trouxe vitalidade para os espaços grupais e demonstrou a potência singular desse tipo de intervenção com características democráticas e abertas.

Vale destacar que foram feitas alterações com base nas sugestões feitas no primeiro grupo focal de avaliação, alterações como: a organização das turmas de forma virtual (criação do *yahoogroups*) como maneira de agilizar a comunicação; disponibilidade dos textos por escrito e virtual num prazo fixo de 30 dias; levantamento por escrito de temas para além do roteiro mínimo sugeridos pelos profissionais matriculados no curso-intervenção e aumento do tempo final para definição dos casos ou situações institucionais que deveriam ser apresentadas nos próximos encontros.

A incorporação das mudanças com base nas solicitações mais do que legitimar a aposta do curso-intervenção em se configurar como espaço de formação diferente do modelo tradicional, mostrou a flexibilidade e sensibilidade do método Paidéia face aos movimentos singulares que cada coletivo organizado percorre.

**CAPÍTULO 6**  
**As Narrativas: Diferentes olhares sobre a teoria**  
**Paidéia aplicada enquanto estratégia de formação**

Os dados descritos abaixo foram retirados das narrativas I e II, construídas através das transcrições dos grupos focais de avaliação (realizados em dezembro de 2009 e novembro de 2010), e se encontram nos anexos 5, 6, 7 e 8, respectivamente.

### **6.1- O que foi dito sobre o curso**

Descrevo como se deu a experiência dos profissionais que participaram do curso-intervenção e as principais considerações feitas ao processo diferenciado de formação que vivenciaram pelo período de 18 meses.

É importante destacar que ambas as turmas apresentaram cinco pontos de consenso. O primeiro está relacionado ao fato de que a maioria dos profissionais já trabalha com uma visão ampliada, mas, às vezes, por vários motivos, *“não é possível ter a visão ampliada para a situação em que o usuário está inserido, mesmo reconhecendo o quanto isso contribui para o processo saúde-doença”*.

O segundo diz sobre a potência do espaço criado pelo curso-intervenção, especialmente quando compreendido enquanto estratégia de formação, pois não foi compreendido como um espaço de escuta dos problemas, pelo contrário, *“é um espaço de qualificação da prática cotidiana, de aprendizado e reconhecimento das experiências que funcionaram ou não”*. Dito de outra forma, *“um espaço não só para falar das dificuldades como a falta de recursos financeiros mas também debater outras coisas importantes da clínica ampliada como as questões de responsabilização da equipe e paciente, a importância do território na comunidade e também da abordagem familiar”*.

Portanto, desenhou-se enquanto um processo de formação que passa pela compreensão deste espaço como um espaço de múltiplos encontros *“encontros de gestão, de apoio, de trabalhadores, de troca de experiências”*.

Já o terceiro aponta para as diferenças do curso-intervenção em relação ao formato tradicional, pois se baseia na reflexão sobre o trabalho cotidiano em primeiro lugar, depois tenta ligá-lo a ofertas teóricas. Assim sendo, segundo os profissionais matriculados

no curso-intervenção *“possibilita uma aproximação entre teoria e prática, porque ao ler os textos propostos fica mais simples reconhecer as coisas boas do nosso trabalho e o que temos que melhorar”* e possibilita também ir além, *“esse curso ajuda a ver o que está por trás da queixa, amplia o nosso olhar e possibilita visualizar um universo muito maior como a rede na qual o usuário se inclui, bem como sua família e seu território”*.

O quarto consenso destaca que o aprendizado do curso-intervenção pode ser levado para outros locais de trabalho *“o curso proporcionou um aprendizado singular que conseguimos levar para nossa prática cotidiana, mas também para fora quando atuamos em outros locais como consultórios particulares, presídio, entre outros”*. Segundo os profissionais matriculados no curso-intervenção isso ocorreu porque *“vários conceitos antes só vistos na literatura foram trazidos para debate, foram exemplificados pelos colegas do curso e discutidos de maneira coletiva”*.

Por fim, o quinto aponta que o curso também se desenhou enquanto um espaço terapêutico *“porque havia possibilidade de falar e debater abertamente as questões que envolvem o nosso trabalho especialmente as dificuldades e, além disso, vivemos vários momentos de tensão, desabafos e até um certo descarrego emocional”*.

Para a turma A, o curso é compreendido como um fator motivador, que instiga o coletivo para aplicar seus conhecimentos no que se refere ao atendimento em equipe, à discussão de casos e construção de projetos terapêuticos. Pois, no cotidiano do serviço, mesmo tendo esses conhecimentos, *“há momentos em que é difícil sair da lógica do número de consultas que tem que ser atendidas por dia e desde o início do curso outras formas de produzir o cuidado em saúde têm sido mais valorizadas”*.

Além disso, a turma A também compreendeu que o curso trouxe diversos aprendizados ligados à prática cotidiana por dois motivos. Primeiramente porque *“possibilitou vivenciar o SUS, identificar as portas que existem e que não conhecíamos, além de nos mostrar como fazer para acessá-las”*. E, em segundo lugar, devido ao fato de possibilitar *“um aprendizado com base nas dificuldades que enfrentamos no dia-a-dia onde foi construída uma proposta pedagógica que traz reflexões teóricas baseadas nas vivências cotidianas”*.

O diferente formato metodológico do curso-intervenção traz como consequência movimentações para dentro das equipes e serviços, fato fortemente apontado pela turma B. Tais movimentações foram ressonâncias ou reviravoltas que afetaram diretamente os profissionais que estão participando, porque *“trazem a tona conflitos, inseguranças, frustrações e indignações”*. Porém, isso não tem sido compreendido como algo negativo, mas natural, em que a leitura teórica, o debate e os momentos de tensão nada mais são do que *“possibilidades diferentes de aprendizado que são instigantes, nos deixa inquietos e mostra os nossos limites”*.

A turma B destaca também que o curso-intervenção trouxe uma sensação de fortalecimento porque foi possível ir além da boa vontade e avançar no embasamento teórico das ações de saúde desenvolvidas. Vale ressaltar um exemplo, citado pela turma B, envolvendo o apoio matricial

*Já fazíamos apoio (...) aquilo que a gente fazia com boa vontade, sem ter muito conhecimento técnico, a gente já fazia isso, pegar o telefone, ligar pra um especialista e discutir um caso. A diferença é que agora estudamos o tema e nossa pratica faz mais sentido, sabemos que estamos indo pelo caminho certo(...)estamos como se diz autorizados a usar esse conceito.*

## **6.2- O que foi dito sobre a metodologia e organização do curso**

Com relação à metodologia adotada, há alguns pontos de destaque. Primeiramente foi destacada pelos grupos a estratégia de discussão de casos que, segundo relato da turma A, configurou-se em

*Uma experiência interessante para a maioria de nós porque possibilitou discutir novas formas de intervenção sobre o problema apresentado, porém para outros de nós ela acabou sendo cansativa, pois há uma impressão que rodamos e rodamos e não saímos do lugar.*

Esta sensação relacionada a paralisação é esperada, uma vez que, existem vários casos complexos e impossíveis de serem esgotados em uma única discussão. Assim, ao invés do curso disponibilizar uma fórmula mágica, ele se dispõe a mostrar saídas proporcionadas pelo debate e pela reflexão compartilhada, demonstrando assim uma descoberta: *“que nem tudo depende exclusivamente de nós, que não temos que dar resposta para tudo e a aceitação do limite tira uma parte da angústia que vivenciamos.”*

Já para turma B, utilizar as discussões de casos reais como ferramenta para pensar as questões teóricas foi algo primordial, *“visto que isso aproximou a teoria da prática, deixou de ser aquela teoria de gaveta que ouvimos falar um dia e se tornou algo prático que conseguimos identificar com clareza no nosso dia a dia de trabalho”*.

Em segundo lugar, foi apontada a oferta dos temas uma vez que o curso-intervenção trouxe uma proposta construtivista, na qual os temas eram definidos no final de cada encontro, não havendo um roteiro inicial dos temas que seriam trabalhados. Na opinião da turma A *“tal aspecto gerou confusão e prejudicou o aprendizado trazido pelo curso”* e, portanto, eles apontaram como sugestão *“acordar logo no primeiro encontro todos os temas que seriam abordados mantendo sempre flexibilidade para mudar quando surgisse um tema emergente não previsto”*.

No entendimento da turma B, a iniciativa de não trazer um roteiro pré-definido/pré-estabelecido e sim trazer algo dinâmico que era discutido a cada encontro foi algo muito interessante: *“Para nós isso foi positivo porque sempre escolhíamos um tema que estava gerando angústia no nosso cotidiano e por isso as discussões ficavam mais enriquecedoras”*.

Foi destacada também pelos grupos a presença de convidados para contribuir com a discussão porque, segundo eles, *“possibilitou que o foco do curso não fosse fixo nos apoiadores horizontais como, por exemplo, os convidados que abordaram a questão da família e atividades de grupos”*.

No que se refere aos textos, segundo avaliação da turma A

*Houve dificuldade na leitura pelo fato do material ser disponibilizado em cima da hora com pouco tempo hábil para reflexão do tema proposto. Além disso, para alguns de nós as leituras foram consideradas densas e isso dificultou o entendimento. Já para outros de nós as leituras foram enriquecedoras e também utilizadas em outras oportunidades de discussão dentro do cotidiano de trabalho como, por exemplo, os textos sobre Colegiado Gestor e atividades de grupo.*

Já a turma B considerou a maioria dos textos esclarecedores e complementares à prática, mas também apontam dificuldade na leitura

*alguns textos eram densos, difíceis de entender e, às vezes cansativos; fatos que prejudicaram a nossa leitura, mas não nosso aprendizado, porque quando chegávamos ao espaço do curso o grupo ajudava na compreensão e a discussão fluía.*

Segundo os grupos, outro aspecto relevante estava relacionado à heterogeneidade das turmas visto que o espaço de formação foi composto por profissionais de diferentes serviços (Centro de Saúde Aeroporto, Caps Davi e Distrito Sudoeste), o que proporcionou o exercício de compartilhar e ampliar a clínica não somente dentro de um serviço, mas dentro do território conforme relato de um profissional da turma B:

*quando pensamos em equipe ampliada, pensamos não apenas na nossa equipe e sim na equipe do território, ou seja, na equipe do CAPS, do centro de saúde, dos apoiadores.*

Assim, as turmas entendem que clínica ampliada não significa só ampliar o olhar de um único profissional, de uma única equipe, mas sim expandir o olhar, utilizando os recursos disponíveis no território conforme exemplo do profissional da turma A: “*existem casos muito difíceis, onde o manejo por parte de uma equipe isolada não vai ser suficiente; é preciso compartilhar com mais equipes de dentro e de fora do serviço que o usuário está vinculado*”.

A visão ampliada e compartilhada trazida constantemente pelo curso-intervenção através das discussões de caso demonstraram a importância de sempre rever cada posição e valorizar as trocas conforme relato abaixo:

*É importante não ficarmos separados e sim valorizar a troca de experiências, pois a nossa experiência para a gente pode ser pequena, mas ela é importante, ou seja, compartilhar é dividir nossos saberes e, com isso, proporcionar um olhar diferente sobre o cuidar dos nossos usuários, seus sofrimentos e sua família.*

Portanto, apesar do interesse e desejo dos profissionais de ampliar sua visão, ainda existem entraves, especialmente quando surge a necessidade de abordagem do social — *“temos muita dificuldade com o social dentro das equipes”*. É nesta hora que se torna importante acionar a equipe multiprofissional e demais parceiros que, de alguma maneira, podem contribuir, mostrando diferentes formas de atuação sobre o problema *“precisamos entender que, dentro do consultório, às vezes, ficamos limitados à prática clínica, esquecemos que o ponto-chave pode não estar ali e sim em outras idéias que construímos com outros profissionais”*.

Outro ponto ligado à organização do curso-intervenção está relacionado ao fato de dividir as equipes dos serviços em grupos diferentes (grupo da terça-feira e grupo da quarta-feira). Tal escolha trouxe uma dinâmica nova e interessante para o espaço do curso, mas trouxe também algo significativo que foi retirar o caráter deliberativo do espaço

*quando aprofundamos nossa discussão sobre um determinado tema institucional queremos logo partir para a mudança de imediato e isso não é possível porque este espaço não é decisório visto que tem uma parte da equipe que não está participando e isso gera uma frustração.*

Um exemplo trazido pela turma B sobre as dificuldades desencadeadas por esta opção de organização é relatado abaixo:

*(...) gostaríamos de relatar como exemplo um caso da equipe amarela que foi trazido primeiramente pelo grupo da terça-feira, pelos profissionais do Caps, sem a nossa participação na montagem do relato. Isso gerou uma série de problemas porque os colegas de serviço que estavam no grupo vieram contar como se desenrolou o debate, os nomes de profissionais que foram citados, entre outras coisas. O desgaste que essa situação provocou poderia ser evitado se todos os profissionais do mesmo serviço estivessem concentrados em um único grupo (...).*

Para minimizar tal dificuldade, é importante ressaltar a importância do apoiador, que deve sempre estar atento a essas situações que podem ocorrer quando se trabalha com o dispositivo de espaços grupais coletivos, abertos e flexíveis. Foi de extrema relevância fazer um recontrato com o grupo, retomando o objetivo daquele espaço, as expectativas levantadas em relação a ele, destacando que se tratava de um espaço protegido de formação e gestão do trabalho.

É preciso levar em consideração que essa organização, apesar de trazer polêmicas, não é necessariamente um ponto negativo, visto que a própria turma B trouxe novamente para a discussão aquele momento e indicou

*retomando o caso da equipe amarela que foi citado... ele foi retomado aqui no nosso grupo e quando isso aconteceu provocou mudanças positivas porque ampliamos o nosso olhar e chegamos à conclusão que o caso teve avanços, pois foram feitas parcerias, mudamos o modo de ver, perceber a usuária.*

Por fim, o grupo apontou que o fato de o curso ser realizado no Centro de Saúde foi algo primordial, “*não apenas pelo conforto, mas também porque o espaço foi garantido pela gestão e respeitado pelos colegas de trabalho sendo as interrupções pouco frequentes*”.

### **6.3- Possíveis mudanças envolvendo as redes e trabalho em equipe**

A interação de profissionais de vários serviços no espaço do curso tem sido um aspecto importante na efetivação da capacidade dos profissionais para pensar um processo de trabalho em equipe compondo redes de atenção.

Os profissionais matriculados no curso-intervenção referiram que houve a constituição de redes de atenção reais, criadas no espaço de discussão e entendidas pelas turmas como algo diferencial no processo de compreensão do funcionamento prático da rede e de suas atribuições, facilitando a visualização do trabalho integrado através do reconhecimento dos serviços parceiros

*(...) pois uma coisa é sabermos que esses serviços existem, outra coisa bem diferente é conviver em um espaço coletivo como o curso, discutindo casos, conhecendo ferramentas dentro do sistema que podemos usufruir, vendo os diferentes pontos de vista dos profissionais do CAPS, da gestão e criar várias possibilidades de intervenções.*

Os profissionais destacaram também que a opção do curso-intervenção em misturar os serviços que interagem dentro de um mesmo território foi uma possibilidade de implementar novas formas de aproximação, uma vez que, ao entender melhor os limites, fragilidades e potenciais que cada serviço atravessa, ocorreu o resgate de sentido e significado singulares para cada um dos profissionais *“no espaço do curso olhamos um para o outro, nos conhecemos, vamos além do contato telefônico, quebramos a rotina, rompemos com os nossos preconceitos”*.

Entretanto, essa aproximação tão intensa entre os serviços e suas equipes não foi algo simples, que se desenrolou de maneira tranquila, pois, em todas as organizações, há limitações, frustrações, dificuldades de comunicação, desencontros, divergências, atritos, ou seja, foram observados vários conflitos nas relações institucionais que trouxeram um forte sentimento de incômodo durante várias discussões de caso.

A turma A considerou positivo o fato de conseguirem identificar os conflitos institucionais; e mais: falar sobre eles, uma vez que somente apareceram partindo do princípio de que os diferentes serviços estão próximos e que as discussões mereciam ser feitas, *“de que alguma forma a equipe conversa”*.

Já a turma B entendeu que os conflitos eram esperados uma vez que estão compondo grupos de profissionais de serviços diferentes, mas o que realmente valeu foi o processo de reflexão desencadeado, as diversas formas de conduzir, de lidar com esse tipo de incômodo, sem cair na armadilha do apontar *“um serviço faz e o outro simplesmente não faz”*.

Houve, então, a resolução que apontava para a necessidade de se investir em métodos que, de alguma forma, pudessem mudar a abordagem desses conflitos, e que seria importante desenvolvê-los e aprofundá-los no decorrer do curso. Assim sendo, um caminho

viável seria o de unirem forças em um movimento coletivo, encarando o desafio, entendendo que a *“relação entre os serviços tende a se afinar e não se deteriorar”*.

O curso-intervenção contribuiu para repensar os temas das relações interpessoais e institucionais, ou seja, as relações de poder. Em vários encontros discutiu-se em torno desse assunto e percebeu-se *“que existem avanços, porém isso está acontecendo de maneira gradual e sinto que estamos engatinhando neste ponto, uma vez que estamos em processo de formação”*.

Com relação ao trabalho em equipe, observou-se um relato único das turmas, particularmente quando se tratava da importância e significado deste dispositivo para produzir práticas de saúde ampliadas e compartilhadas, porque se configura em um ponto de equilíbrio para lidar com várias demandas conforme o relato do profissional da turma B: *“ficamos muito focados na questão do número de atendimentos, na angústia constante de dar respostas à demanda dos usuários que estão sempre batendo na nossa porta”*.

Pode-se afirmar, então, que o trabalho em equipe se desenha como um ponto de equilíbrio, conforme exemplo de um profissional da turma A:

*(...) com a equipe auxiliando, fica mais fácil lidar com a questão de que não sabemos tudo, de que não temos que resolver tudo e dar respostas para todos os problemas de saúde que os usuários nos apresentam no dia a dia. Não precisamos fazer projetos terapêuticos maravilhosos para todos os usuários e sim para os que apresentam maior risco e vulnerabilidade.... existem casos tão complexos que a discussão sobre eles nunca termina e o principal disso tudo que não há receita pronta. O que existe é a possibilidade de construção coletiva de algumas prováveis saídas.*

Contudo, os profissionais matriculados no curso-intervenção, apesar do reconhecimento formal do trabalho em equipe, reconhecem que na prática havia dificuldade para o funcionamento produtivo das equipes, e recomendaram resgatar a necessidade de valorização do trabalho em equipe, uma vez que a rotina, sempre intensa, com problemas de saúde atravessados por vários fatores físicos, psicológicos e sociais acabavam resultando, inconscientemente, em certo mecanismo de esquecimento intencional

*(...) com os debates no espaço do curso, muitas vezes ficamos mais atentos ao olhar do outro. Afinal, estamos trabalhando em equipe, contando com o colega, e devemos nos esforçar para que ele conte conosco também. Assim, temos mais clareza para identificar o que estamos fazendo, o que estamos construindo, mesmo com as limitações; e fica fácil afirmar que estamos avançando nesta questão.*

O discurso da valorização do trabalho em equipe não vem descolado das dificuldades enfrentadas no cotidiano para se efetivar esta organização do processo de trabalho, porque, muitas vezes, o trabalho em equipe, de fato resolutivo, ainda ocorre raramente e não se evidenciam sinais que comprovem que está incorporado definitivamente e em sua totalidade na prática cotidiana dos serviços de saúde.

Houve duas propostas para superação deste impasse. A primeira delas foi assumir que não existe modelo, ferramenta ou instrumento que, por si só, seja suficiente para lidar com as dificuldades do trabalho em equipe conforme relato: *“para lidar com o trabalho em equipe e suas questões, temos que ir nos reinventando no cotidiano, criando as nossas próprias ferramentas”*.

A segunda proposta foi entender que há aspectos externos às equipes, questões burocráticas, políticas e institucionais, que as limitam. Assim, a aposta não deveria se basear apenas no empenho e comprometimento dos profissionais, é necessário construir uma abordagem ampla que conseguisse unir todas as problemáticas que envolvem este tema para, inicialmente, compreendê-lo e, depois, propor formas viáveis de transformá-lo:

*A superação das dificuldades que envolvem o trabalho em equipe passa por algumas limitações que fogem do nosso alcance, como, por exemplo, a falta de viatura para realização de visitas, a estrutura física inadequada dos serviços, entre outros... não podemos criar uma utopia (...)*

#### 6.4- Mudanças nas práticas clínicas e na “gestão de si mesmo”

Um ponto importante relatado por ambos os grupos diz sobre a incorporação de diferentes formas no cuidado, produzindo-se novas práticas de saúde como, por exemplo, o reconhecimento da família enquanto espaço de intervenção, a ampliação dos olhares sobre o tema do território, a importância de se valorizar as ofertas de grupo no interior dos serviços e limites e potencialidades do apoio matricial.

Tais mudanças não passaram necessariamente por uma redefinição do conceito saúde/doença e sim por um impulso viabilizado pelas discussões propostas no curso-intervenção. De certa forma, *“com a dinâmica do curso levamos a teoria para casa, estudamos, voltamos aqui e debatemos, e, por isso, achamos que nosso trabalho foi valorizado qualificando as ações desenvolvidas nas visitas domiciliares, no atendimento individual e de grupo”*.

Assim, algumas perguntas até então consideradas difíceis puderam ser olhadas de maneira ampliada e os meios para avançar foram aparecendo no decorrer da intervenção conforme descrito por uma profissional da turma A: *“a equipe tinha muitas dificuldades relacionadas à questão familiar e hoje é possível dizer que conseguimos manejar com facilidade este tema, pois finalmente conseguimos compreendê-lo em sua totalidade”*.

Segue um exemplo trazido pela turma B, envolvendo a abordagem familiar:

*através do debate feito com base em um caso, conseguimos refletir qual o significado para uma família ter uma de suas filhas presa, entender que, além de bandida, entre aspas, essa pessoa também é filha, mãe ou avó... E com o aprendizado desta discussão, conseguimos avançar neste tema, pensar novas formas de intervenção para as famílias que vivem situações de maior vulnerabilidade*

A turma B destacou que a discussão de temas polêmicos como o Acolhimento não produziu, na realidade, um grande impacto, mas, por outro lado, gerou novas conexões, interligando esse tema a outros conforme exemplo descrito por um profissional da turma B *“é possível pensar diferente o Acolhimento, pois aprofundamos o debate, ligando-o à*

*satisfação do trabalhador, às experiências de organização vivenciadas em outros serviços e, assim, continuamos ‘estudando’ este tema até hoje”.*

Por outro lado, a turma A destacou as questões que envolviam as atividades de grupo como um importante exemplo de mudança nas práticas clínicas. As constantes queixas de falta de adesão, estrutura física e de recursos humanos não deveriam ser mais a pauta principal, mas sim as escolhas que são feitas no cotidiano por cada um ao incorporar ou não as atividades coletivas como uma oferta importante para produção de saúde:

*Antes ao primeiro problema/ dificuldade que o Centro de Saúde enfrentava nossa escolha era sempre suspender o grupo... como se isso fosse algo simples, sem conseqüência visto que entendíamos que se tratava de um plus, um acessório e por isso pode começar e acabar a qualquer momento.*

Os profissionais matriculados no curso-intervenção reconheceram que, no cotidiano dos serviços de saúde, atualmente se observa uma supervalorização das ofertas individuais em detrimento das grupais, e isto favorece o movimento de sempre se preferir o grupo quando o serviço passa por dificuldades como a falta de RH ou aumento da demanda. Além disso, existe uma necessidade de integrar as atividades grupais quando se organiza o processo de trabalho do serviço e dos profissionais:

*(...)no Caps temos hoje um número reduzido de grupos (seis ou sete) e quando a equipe organiza sua agenda pouco espaço é dado ao grupo ou poucas conversas sobre este tema acontecem. Quando nos damos conta, o grupo acabou e não conseguimos explicar ao usuário o motivo.*

Claro que as escolhas envolvendo os grupos não devem ser apenas dos trabalhadores e usuários, mas sim de todos, incluindo os gestores, que assumem de maneira compartilhada a responsabilidade por esses espaços conforme apontado por uma profissional da turma A: “o papel do apoiador do distrito é uma peça-chave para consolidar os grupos no cardápio de ofertas dos serviços de saúde”. Ficou clara a relevância de se instituir um investimento coletivo (equipe e gestores) na construção e consolidação do grupo, seria primordial compartilhar os grupos e co-responsabilizar a equipe, usuários e gestores.

Outro exemplo em que é possível detectar alterações se refere às questões do território. Território tantas vezes entendido como um tema que já foi totalmente absorvido pelas equipes, visto que a territorialização é uma das principais diretrizes do SUS. Com certeza, ele está presente no cotidiano das equipes, mas *“muitas vezes lembramos apenas do caráter geográfico, epidemiológico que envolve o território e nos esquecemos que ele não é fechado e limitado”*.

Assim, experimentar o território sem as amarras geográficas foi um importante exercício; *“no debate sobre o território ele foi comparado a uma bolsa feminina, artesanal, pequena e sem vida, e também ao fundo do mar, pois traz tamanha vastidão e complexidade”*. Isso trouxe uma nova maneira — não uma maneira única — de se pensar o território enquanto algo dinâmico, que pode ser algo extremamente diferente capaz de potencializar as intervenções cotidianas.

Segue um exemplo trazido pela turma A, envolvendo o território

*(...) na nossa abrangência existe uma grande área de tráfico de drogas. Com o curso, conseguimos refletir e compreender o quanto a presença dos traficantes, do código moral que existe nestas áreas, afeta a saúde das pessoas. Conseguimos, principalmente, visualizar outras maneiras de intervir, levando em consideração esse contexto.*

As questões que envolvem o apoio matricial também foram apontadas pelos grupos como uma mudança significativa trazida pelo curso-intervenção porque

*(...) após discutir esse tema no curso, retomamos as atividades de matriciamento da unidade, aumentamos e fortalecemos nossa rede de conversa com os serviços do nosso território para complementar o cuidado ao nosso paciente, repensamos a nossa postura enquanto profissional que faz o matriciamento e profissional que recebe o matriciamento, além de irmos pela primeira vez ao CAPS AD discutir um caso.*

Por fim, existe o consenso de que o curso-intervenção contribuiu para organização do trabalho cotidiano para além das questões técnicas/formais, influenciando também nas questões que envolvem a relação com o usuário, os pré-julgamentos, censuras

e valores; ou seja, “o curso mexeu bastante com todos nós, nos fez repensar alguns comportamentos na relação com o outro e nós mesmos”.

Para a turma A, isso ocorreu por dois motivos descritos abaixo:

*Primeiramente porque dentro do próprio grupo havia uma figura que sempre trazia grande tensão, fazia o papel de advogado do diabo, e sempre nos fazia repensar nossas posturas com relação ao usuário. Em segundo lugar porque o espaço do curso, durante as discussões de caso, sempre havia um olhar diferente, uma possibilidade de compartilhar as próprias tristezas e frustrações que o caso trazia, mudando assim a forma de intervenção.*

Já para turma B isso aconteceu por outro motivo conforme relato abaixo:

*O curso possibilitou conhecer uma linguagem que antes era desconhecida e, assim, a forma de se comunicar com os usuários, colegas de trabalho e gestores é diferente, uma vez que conseguimos tanto compreender melhor os significados que permeiam o processo de trabalho, como também identificar as dificuldades e enfrentá-las coletivamente.*

## **6.5- Mudanças na relação com a gestão**

No que se refere a este tema vale primeiro destacar que o Centro de Saúde passou por várias mudanças nos últimos meses porque a antiga coordenadora está afastada por licença-maternidade e, recentemente, foi escolhida uma nova coordenadora. Portanto, a relação com a gestão “ainda está em processo de mudança e adaptação”.

Para os profissionais do Centro de Saúde de ambas as turmas essa relação com a nova coordenação tem sido positiva conforme relato de uma profissional do CS:

*A relação com a gestão tem sido muito positiva porque observamos uma gestão mais sistêmica, que valoriza as relações humanas, consegue lidar com as críticas e conflitos, sendo propositiva e explicando com clareza as justificativas que envolvem todo o processo de trabalho.*

No entendimento de ambas as turmas, quando se trata da relação com a gestão existe um consenso de que o espaço do curso contribuiu com este tema. Para a turma A, essa contribuição está ligada ao fato *“deste tema ter aparecido de forma recorrente em várias discussões e conseguimos colocar nossa dificuldade, não apenas nas questões que envolviam a gestão local, mas a gestão central do SUS Campinas”*.

Já para turma B a principal contribuição envolvendo a relação com a gestão discutida em momentos do curso-intervenção se refere à importância da proximidade entre equipes locais e gestores. Segue relato da turma B:

*(...)quando passamos pelo período negro, unido à ausência de coordenador local, nos sentimos abandonados pelo distrito e pela secretaria. Houve uma total ausência da gestão neste período, período em que estávamos precisando de ajuda para dissipar um pouco a nuvem negra(...)portanto, uma relação próxima entre trabalhadores e gestores é na nossa opinião algo primordial.*

Contudo, apesar dos avanços relacionados a este tema, ainda persistem algumas dificuldades porque os aprendizados vividos não conseguiram ser levados para os espaços de co-gestão dos serviços:

*(...)ainda está sendo muito difícil levar os aprendizados que acontecem no espaço do curso, pois isso implica em um empenho e envolvimento de todos para dentro dos espaços de reunião nos serviços e na realidade esses espaços apresentam uma forte característica administrativa, de informes.*

A explicação trazida pela turma A para este fato é descrita abaixo:

*(...)o aprendizado proporcionado pelo curso é algo novo que tem sido instituído aos poucos no cotidiano das equipes e reuniões. Além disso, uma postura marcante da equipe do Centro de Saúde é que apenas um grupo de profissionais, sempre o mesmo, se posiciona ficando o restante como expectadores.*

A turma B acredita que isso esteja ligado a questões institucionais, que envolvem a política de contratação de funcionários *“às vezes, o que escutamos é... para que ficar se reunindo e discutindo clínica ampliada se tem paciente batendo na porta precisando ser atendido?... Precisamos atender...”*.

## 6.6- O que o curso deixou a desejar e algumas sugestões

Por fim, ambas as turmas apontaram algumas questões que deveriam ser aprofundadas e merecem ser analisadas no que se refere à organização do curso-intervenção e aos temas.

Primeiramente ambas as turmas apontaram que o curso deixou a desejar com relação à definição das datas porque, no início, elas não seguiram propriamente um cronograma e *“isso atrapalhou a organização das agendas nos serviços, e, conseqüentemente, a liberação dos profissionais”*. Contudo, reconhecem que este problema foi solucionado no decorrer do tempo, mas apontaram que o ideal é que *“o cronograma seja apresentado já no primeiro encontro do grupo”*.

Outro aspecto destacado foi a demora na formalização do curso, visto que a matrícula propriamente dita somente foi feita em agosto 2010, depois de um ano de curso, fato que *“desmotivou uma parte do grupo”*.

No que se refere aos temas, na opinião da turma A

*O curso não trouxe temas importantes ligados ao nosso trabalho como: o papel do distrito de saúde e suas atribuições; o papel do apoio institucional; as diversas questões que envolvem o tema da intersetorialidade; as questões que envolvem o uso abusivo de álcool e drogas; limites e potencialidades do Conselho Local e Municipal de Saúde.*

Já na opinião da turma B *“todos os temas relevantes foram abordados no curso e, além disso, como os temas eram definidos por nós se, porventura, faltou algum tema, também somos co-responsáveis”*.

Para ambas as turmas o envolvimento da Universidade com a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas deve ser ampliado, constituindo *“uma parceria para promover e ministrar com maior freqüência cursos, capacitações e atualizações para todas as áreas de saber”*.

Foi sugerido pela turma A que a presença do Prof. Gastão fosse garantida em alguns encontros no começo, meio e final do curso, não apenas no início porque *“a presença dele no começo foi um motivador para nosso aprendizado, já que havia a possibilidade de discutir, fazer perguntas da teoria que ele escreveu e isso trazia para nós um grande significado”*.

Já a turma B trouxe duas sugestões. Primeiro sugeriu para um próximo curso em que estejam participando profissionais de diferentes serviços não fixar o local e sim *“realizar um rodízio entre os serviços, possibilitando uma oportunidade de conhecer diferentes locais”*.

Em segundo lugar sugeriu manter a frequência dos encontros (mensal) porque *“era o tempo ideal para nos prepararmos para o próximo encontro. Com esse tempo conseguíamos ler os textos adequadamente, sentar com o colega para organizar a apresentação do caso e pensar nos projetos de intervenção”*.

**CAPÍTULO 7**  
**Triangulação de Métodos: Narrativas, observação**  
**do pesquisador e reflexão teórica:**  
**Considerações interpretativas**

A presente investigação permitiu algumas reflexões sobre as potencialidades e limites da utilização dos recursos metodológicos do Apoio Paidéia, enquanto estratégia de formação. Essas considerações levam em conta o contexto institucional do SUS Campinas que possibilitou a realização do curso de extensão Co-gestão da Clínica Ampliada e Compartilhada fundamentado no método Paidéia no Centro de Saúde Jardim Aeroporto, a análise das experiências vivenciadas durante a referida intervenção, as implicações da pesquisadora-apoiadora, e as perspectivas políticas e pedagógicas presentes na proposta do método Paidéia.

O ponto de partida é tentar compreender como o Apoio Paidéia, a pesquisa, o curso-intervenção, os profissionais matriculados, a pesquisadora-apoiadora, as narrativas e o diário de campo foram se entrelaçando e criando, pode-se dizer, vida própria para além do programa inicial, com o decorrer do tempo. Assim, tentei construir um roteiro organizado que pode se configurar na visualização dos resultados.

### **7.1- O contexto institucional**

Primeiramente é necessário realizar uma análise do contexto institucional durante o desenvolvimento da intervenção. Deve-se apontar que ocorreram vários percalços políticos e de gestão durante o transcurso do curso-intervenção e isso trouxe conseqüências para o processo de formação. O contexto do Centro de Saúde Aeroporto e da rede municipal de saúde de Campinas foram fatores analisados durante o desenvolvimento da pesquisa. Foi possível perceber alguns eventos/processos que atravessaram negativamente as duas turmas, impactando drasticamente na turma B.

Dentre esses eventos/processos, ressaltou-se a greve dos servidores públicos municipais que teve a adesão da maioria dos profissionais matriculados no curso-intervenção e se estendeu por quase 90 dias. O espaço do curso-intervenção não foi suspenso, mas ocorreu um esvaziamento, visto que as assembleias aconteciam no período da tarde e os profissionais que permaneciam no serviço acabavam ficando com a tarefa de atender a demanda e orientar os usuários, fatos que muitas vezes impossibilitaram a participação de todos nos encontros.

A pandemia de influenza A trouxe a necessidade das equipes do Centro de Saúde Jardim Aeroporto de modificar alguns processos de trabalho, devido ao aumento da demanda. Com isso, inúmeras vezes, por sobrecarga, os profissionais matriculados no curso-intervenção optaram por não comparecer aos encontros ainda que estes ocorressem dentro do serviço. Além disso, quando alguns deles escolheram o curso-intervenção aconteceram várias interrupções e as saídas eram constantes.

O término do contrato temporário de cinco das seis enfermeiras do Centro de Saúde trouxe um panorama de insegurança e incerteza entre todos os trabalhadores da unidade, dificultando o planejamento a médio e longo prazo de projetos já desenvolvidos e novos. A saída de duas enfermeiras no último trimestre de 2009 e de mais três em janeiro de 2010 repercutiu negativamente no curso-intervenção e resultou em uma reorganização radical do horário de trabalho de diversos profissionais matriculados no curso-intervenção. Houve uma importante migração da Turma B (período da tarde) para a Turma A (período da manhã) em virtude da saída de todo esse pessoal.

Por fim, houve também a saída de trabalhadores do CAPS da turma B devido às dificuldades de Recursos Humanos. A turma B, devido aos fatores descritos acima, foi reduzida consideravelmente e isso gerou desmotivação.

É relevante trazer para reflexão sobre a pesquisa o contexto institucional do SUS na cidade de Campinas. Nos últimos tempos tem se configurado um período de crise, havendo, inclusive, dificuldades para se enxergar algum Projeto Político/Institucional para enfrentar o acúmulo de problemas de infra-estrutura, de pessoal e organizacionais nos serviços da rede. Não há como a pesquisa ignorar esse elemento do contexto, porque, afinal, durante todo o percurso, tratou-se de estimular e de capacitar os profissionais matriculados no curso-intervenção para participarem da gestão do sistema.

Vale ressaltar que no dia-a-dia dos serviços da atenção básica, em Campinas, notou-se um constante clima de instabilidade, especialmente no que se refere à contratação de pessoal, e isso tem, em grande medida, dificultado não só a intervenção como também o desenvolvimento do trabalho no interior dos serviços de saúde. Há grande rotatividade nas equipes, o que muitas vezes inviabiliza a instituição de Projetos Terapêuticos eficazes, visto

que o vínculo entre profissionais e usuários não tem se concretizado e fica quase impossível garantir a continuidade do cuidado singular, uma vez que não se trata a todos de maneira igual.

Além disso, os profissionais matriculados no curso-intervenção apontam, tanto nos encontros como nos grupos focais de avaliação, que ainda existe um grande preconceito da maioria dos profissionais da saúde em relação aos trabalhadores do SUS. Prevalece ainda um discurso em que a opção por estar no SUS seria algo temporário, um *bico*, ou pior, *não é que ele não sabe atender direito, mas é que no SUS se atende assim mesmo*, o que indica uma desvalorização sistemática do trabalho realizado por estes profissionais.

Uma possível explicação para essas situações é a rede complexa que mistura exercício de poder e classe social, e que supõe (mais ou menos inconscientemente) que o acesso ao serviço de saúde é um bem de consumo e que, portanto, o SUS, mesmo instituído, é uma caridade, com a ideologia da ciência que autoriza a reduzir tudo na natureza, inclusive as pessoas, a um objeto de estudo científico.

Outra explicação está interligada ao movimento ideológico, e bastante forte na mídia, de desconstrução dos espaços públicos, entendidos como extremamente burocráticos e lentos, em favor da suposta competência e eficiência dos espaços e organizações privadas.

Tal movimento tem se articulado com grande força por todo Brasil, mas no estado de São Paulo ganhou maior proporção e visibilidade devido à escolha do governo do estado em fortalecer a parceria público-privada.

No caso da saúde, em âmbito estadual, a opção foi pelas Organizações Sociais que fazem a gestão do sistema em várias instituições hospitalares, centros de especialidade e até serviços da Atenção Básica em detrimento de fortalecer o debate, envolvendo toda a sociedade, sobre os possíveis rumos para as políticas públicas (entre elas a saúde) sem perder o compromisso e a responsabilidade social.

Neste cenário, o trabalhador da saúde vem enfrentando vários obstáculos no seu trabalho cotidiano e faz-se necessário investigar a possibilidade de co-responsabilização coletiva, em que o foco estaria em ampliar a capacidade dos trabalhadores compartilharem

a gestão do SUS e de seus locais de trabalho. O curso-intervenção apostou em partilhar estratégias e métodos para possibilitar a mudança do outro e de cada profissional, investiu na co-gestão da clínica, procurando abrir horizontes para outras relações de aprendizado.

Assim, pode-se afirmar que o objetivo da intervenção que foi desenvolvida era qualificar as práticas de saúde cotidianas: ampliar a capacidade de autonomia das pessoas, buscando a reconstrução do trabalho em saúde e a valorização dos espaços públicos.

Por fim, é interessante apontar que apareceu durante os encontros do curso-intervenção, e nos grupos focais de avaliação, que o trabalhador da saúde, especialmente o da Atenção Básica, tem uma função social e educativa, sem esse componente não se consegue lidar com o sofrimento das pessoas. Ademais, o espaço de formação valorizava a abordagem dessa dimensão, discutindo modos para cuidar de pessoa sem pré-julgamento e valores morais absolutos. O cotidiano dos profissionais matriculados no curso-intervenção, conforme as narrativas, é composto por casos extremamente complexos e toda essa conjuntura de crise tem trazido um forte sentimento de insegurança, impotência e solidão. Observamos que o conteúdo dos debates representou para eles uma imensa pressão, como se eles pudessem ou mesmo estivessem obrigados a compensar as falhas dos gestores e do próprio sistema. Um componente que deveremos analisar de modo crítico, pois se terminou identificando uma forma de pressão moral sobre os profissionais matriculados no curso-intervenção nos espaços de reflexão do curso-intervenção.

Observou-se que estes aspectos citados acima pouco têm sido colocados na pauta pelo nível central da SMS de Campinas. Os profissionais matriculados no curso-intervenção relataram que o movimento necessário para se buscar uma construção coletiva e democrática tem se apagado. Obviamente, eles trouxeram várias justificativas — financeiras, legais e políticas — para essa crise, justificativas que passam pela Lei de Responsabilidade Fiscal, diminuição do orçamento, entre outras.

Porém, o ponto crítico, segundo opinião mais geral entre os envolvidos está na dificuldade em visualizar uma saída, um projeto que traga como objetivo avanços possíveis dentro desta conjuntura. Apesar dos serviços de saúde continuarem funcionando, fica evidenciado que profissionais, usuários e gestores passam por um processo de descrença e de certa paralisia política.

Por fim, é importante estar atento às questões institucionais que atravessam tanto os serviços quanto a própria pesquisa em si. Não há como se isolar ou ignorar o cenário quando se aposta em uma pesquisa que visa produzir mudanças concretas, porque a intervenção acontece diariamente, no cotidiano dos profissionais e usuários.

## **7.2- A co-produção nas turmas A e B**

É importante destacar que apesar de estarem sujeitos ao mesmo contexto institucional e participarem do mesmo curso-intervenção, os caminhos percorridos pelas turmas em seus processos de formação foram diferentes, ou seja, foram co-produzidos pela singularidade de cada turma na sua interação com o processo vivenciado.

Segundo a Teoria Paidéia (12), a co-produção é o resultado sintético da influência do contexto sobre os sujeitos, e, ao mesmo tempo, resulta da intervenção destes sujeitos sobre o contexto e sobre si mesmos.

Tentarei então descrever como foi construído o processo de co-produção em ambas as turmas.

A turma A encerrou o curso-intervenção como quinze profissionais, ou seja, manteve com o decorrer do tempo uma horizontalidade e houve poucas desistências. Portanto, avançou na construção da grupalidade, demonstrou, conforme o proposto, co-responsabilização pelo curso-intervenção e pode-se dizer que o contexto institucional do SUS Campinas afetou o grupo em menores proporções. Eram freqüentes os relatos a respeito das dificuldades para se ampliar a clínica na abordagem das questões subjetivas e sociais (dinâmica familiar, questões envolvendo a sexualidade, situações de violência). Observou-se, na maioria dos casos clínicos apresentados, o relato de várias situações angustiantes, em decorrência de agravos complexos e que, no cotidiano do CS, não havia espaço institucional para compartilhá-las, ou tampouco tinham apoio e estrutura nos serviços para enfrentá-los.

Além disso, atravessaram vários momentos de tensão nos quais, no espaço do curso-intervenção, foi possível visualizar com clareza os conflitos institucionais (CAPS-CS; CS-Distrito). As tensões foram evidenciadas nesta turma por duas razões principais. A

primeira é que nesta turma concentrou os quatro apoiadores do Distrito Sudoeste (inclusive a apoiadora do Centro de Saúde que já desempenhava este papel perante a equipe).

Assim, as diversas questões que envolviam polêmicas entre o Centro de Saúde e Distrito assumiram maior proporção e, em alguns momentos, o espaço do curso-intervenção se transformou no único espaço institucional concreto para se realizar questionamentos, buscando-se protagonismo para debater algumas mudanças que os profissionais matriculados no curso-intervenção julgavam possíveis dentro do contexto.

Como a aposta do espaço de formação era aumentar a capacidade dos sujeitos compreenderem e intervirem nas condições à sua volta, essa postura foi estimulada e os próprios profissionais relatam no grupo focal de avaliação que as tensões institucionais se diluíram com o decorrer do tempo. Na análise deles isso ocorreu porque o curso-intervenção aproximou as equipes, fortalecendo os vínculos entre os profissionais, e possibilitando entender com maior clareza as características dos serviços, visualizando as dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho e abrindo um canal de construção coletiva centrado nas necessidades dos usuários.

O segundo ponto é que nesta turma estavam presentes os coordenadores do Centro de Saúde e do Caps, e, claramente, esse fato trouxe maior visibilidade para as tensões que apareceram, várias vezes, entre estes dois serviços, pois trouxe certa expectativa para os profissionais matriculados no curso-intervenção de que a presença dos coordenadores dos serviços, por si só, seria um disparador para as soluções surgirem magicamente.

Esta *solução mágica* esperada, está pautada, segundo análise dos profissionais matriculados no curso-intervenção, na dificuldade que os trabalhadores de saúde têm para se colocar como sujeitos históricos organizados em grupos sociais com capacidade de intervenção. Tal postura reflete uma dificuldade em assumir responsabilidades, remetendo sempre a algum agente externo a busca por alternativas.

Esta dificuldade foi aprofundada e problematizada no espaço do curso-intervenção. O foco era trazer o coletivo, não apenas os coordenadores, como co-responsáveis para buscar alternativas para as situações de tensão. Foram surgindo, no

decorrer do tempo, várias propostas interessantes que se efetivaram, como retomar o apoio matricial (organizado pelo Caps) às equipes da atenção básica e criar um espaço institucional bimestral para discussão de casos/construção de projetos terapêuticos coletivos e compartilhados.

Isto demonstra que a metodologia de Apoio Paidéia pode contribuir para instituição de movimentos de mudança com característica transformadora. Analisou-se que trabalhar para a reconstrução de sentido e de significado é condição necessária para sustentar processos de mudanças efetivas que possam ser comprovadas por ações e incorporadas na prática cotidiana dos profissionais matriculados no curso-intervenção.

A turma B encerrou o curso-intervenção com apenas cinco profissionais dos vinte que haviam iniciado e houve vários problemas de adesão.

Este coletivo sofreu severamente com todas as reviravoltas que o contexto institucional trouxe, chegando ao extremo de cerca de vinte por cento dos profissionais matriculados no curso intervenção saírem por demissão do SUS, em janeiro de 2010. Tal fato gerou um sentimento de desmotivação, associado ao difícil ambiente de trabalho (sobrecarga), resultando na crítica de que o aprendizado trazido pelo curso-intervenção foi prejudicado.

Foi necessária uma pausa logo após o primeiro grupo focal de avaliação para decidir coletivamente de que forma seria possível pensar na organização e continuar com o funcionamento da turma. Assim, foi feita uma repactuação entre os treze profissionais que permaneceram e a pesquisadora-apoiadora as expectativas foram novamente levantadas e decidiu-se qual saída seria possível dentro do contexto dramático vivenciado pelo grupo.

A discussão avançou e foi resolvido que as vagas remanescentes seriam reabertas para o Centro de Saúde Aeroporto, Caps Davi, Distrito Sudoeste e também para outros serviços que compõem a rede do território: Tear das Artes e Caps infantil. Desta vez, os próprios profissionais matriculados no curso-intervenção se co-responsabilizaram por convidar seus colegas, levar a proposta do espaço de formação para as suas reuniões de equipe, explicando, antecipadamente, qual o objetivo da intervenção em andamento;

também os apoiadores se responsabilizaram por levar a proposta do curso aos serviços “novos” que ainda não estavam participando do curso-intervenção.

Com isso, o grupo se fortaleceu, ganhou uma nova face e a sensação de desânimo foi se diluindo aos poucos. Claro que houve problemas com a constituição da grupalidade, mas houve um comprometimento diferente dos profissionais matriculados no curso-intervenção “novos” e “antigos”. De positivo, observou-se que os “antigos” construíram entre eles um certo pacto velado para proteção do espaço – considerado por eles uma experiência importante que não poderia se perder no decorrer das várias dificuldades enfrentadas e das novas que ainda viriam.

E vieram novas dificuldades em julho de 2010, quando, novamente, houve desistência devido à rotatividade das equipes; ou seja, alguns profissionais matriculados no curso-intervenção optaram por sair de seu local de trabalho e, mesmo sendo ofertada a possibilidade de continuar, nenhum deles conseguiu organizar sua nova agenda de trabalho com os encontros.

Novamente foi necessária uma pausa para repactuação com os profissionais que estavam matriculados no curso-intervenção e discussão de quais questões, segundo a visão deles, estava interferindo na adesão ao curso-intervenção.

Foram apontados pelos profissionais matriculados no curso-intervenção quatro dificuldades. Primeiramente, destacaram-se obstáculos institucionais envolvendo o RH, como o término do contrato das enfermeiras com apenas seis meses de curso, o que desestruturou toda a escala da equipe de enfermagem e afetou diretamente a dinâmica do grupo.

A segunda dificuldade apontada foi a alta rotatividade nos serviços, um problema estrutural do SUS em âmbito municipal e nacional. Entretanto, apesar de ser um problema recorrente, ainda existem poucos espaços institucionais para debatê-lo e as propostas para enfrentá-lo ainda são incipientes e pouco eficazes.

A terceira questão apontada foi a demora na formalização do curso-intervenção pela burocracia da Universidade. Devido a questões burocrático-institucionais da Universidade, a matrícula somente se efetivou em julho de 2010, ou seja, um ano após o início do curso e a inscrição dos profissionais.

Por fim, destacou-se que o curso-intervenção não atingiu as expectativas esperadas porque o contrato realizado com os profissionais antes de iniciar o curso-intervenção não foi claro e tal fato foi desmotivando o grupo em alguns momentos.

Fazer essa pausa no curso-intervenção para refletir coletivamente sobre a questão da adesão foi algo instigante porque a reflexão permitiu compreender a multiplicidade de fatores que interferem nesta pesquisa, ou seja, o andamento do curso-intervenção e sua análise não podem ser feitos descolados das questões estruturais-institucionais ligadas ao SUS Campinas e das questões organizacionais da própria intervenção proposta.

Desta forma, é preciso ir além da explicação simplista de que haveria um único motivo responsável e compreender que é algo extremamente complexo desenvolver uma experiência - diferente - de formação dentro dos serviços de saúde. Particularmente quando a aposta é contribuir para que os profissionais matriculados no curso-intervenção pudessem desenvolver maior capacidade reflexiva e assim conseguir interferir nos fatores estruturados que condicionam seu trabalho.

Claro que não somos ingênuos ao ponto de acreditar que o curso-intervenção desenvolvido não teve falhas ou até mesmo erros que impactou na adesão, como a questão da demora na formalização do curso, citada pelos profissionais matriculados. Mas este momento permitiu problematizar com os profissionais participantes do curso-intervenção sobre como lidar e manejar as “desistências” constantes, como reformular os projetos desenvolvidos que perderam impacto, como pensar novas conexões e dar continuidade aos projetos.

Esta discussão foi destacada por eles como uma das mais relevantes porque envolvia a adesão ao trabalho e a alta rotatividade nos serviços, problemas constantes no seu cotidiano. Com a experiência vivenciada do curso-intervenção foi possível compreender que existem possibilidades de superar esses impasses quando há investimento coletivo e se dividem as diferentes co-responsabilidades.

Por fim, a turma B se reestruturou e optou por manter os encontros, porém assumindo uma dinâmica diferente da inicial, uma dinâmica mais próxima de um grupo de estudos.

Feitas essas considerações sobre o percurso vivenciado por ambas as turmas, vale destacar três pontos importantes. O primeiro é que em ambas as turmas foram vivenciados debates ricos e valiosos, porém ficou claro, logo no segundo encontro, que a turma B apresentava críticas mais contundentes à organização dos processos de trabalho da unidade, à gestão do serviço e à relação institucional que existia com o Caps.

As tensões não apareceram de forma tão conflituosa como na turma A, mas a capacidade de formulação de críticas construtivas e bem fundamentadas, com o interesse de trazer uma mudança para o cotidiano de trabalho, foi evidente. Em alguns momentos esta característica da turma B trouxe surpresa, visto que a formulação e a maneira como as críticas apareciam denotava um amadurecimento dos profissionais com relação à gestão do trabalho, das redes e de si mesmos.

O segundo ponto observado foi que nos primeiros seis meses a maioria dos profissionais matriculados no curso-intervenção não assumia uma postura ativa, já que, na maior parte das vezes, a sensação era a de que aguardavam ordens gerenciais, ou mesmo de algum membro da equipe, e o espaço de formação proporcionado parecia ser compreendido como algo de proveito individual que traria ganhos teóricos e práticos, mas não se transformaria em intervenções coletivas sobre o SUS.

Entretanto, nos últimos encontros foi possível visualizar uma mudança em ambas as turmas, em especial na turma A. Não é possível determinar em que momento o grupo de profissionais matriculados no curso-intervenção modificou sua postura, assumindo uma atitude mais ativa frente às problemáticas e dificuldades relatadas. Mas ficou claro que existiu maior protagonismo, visto que a maioria tem colocado pontos para a pauta nas suas reuniões de equipe, tem assumido maior responsabilidade na construção de projetos terapêuticos e, especialmente, tem cobrado posicionamento e responsabilidade dos colegas de trabalho e gestores dos serviços.

Por fim, observou-se no decorrer dos encontros uma explícita dificuldade dos profissionais matriculados no curso-intervenção de se tornarem porta-vozes, dentro de seus locais de trabalho, das propostas de mudança que eram sistematizadas especialmente nos temas mais polêmicos ligados às questões institucionais.

Tais dificuldades configuraram algo importante porque uma das principais propostas deste curso-intervenção era possibilitar aprendizados que de alguma maneira produzissem efeitos na organização dos serviços e dos processos de trabalho. Desta forma, os debates não deveriam ficar restritos ao espaço de formação e sim tornarem-se disparadores de reflexões coletivas dentro dos colegiados que existiam na rotina das equipes.

Diante deste impasse foi necessário em dois momentos específicos pontuar, repactuar e explicitar o objetivo da metodologia do Apoio Paidéia, que é contribuir com a construção de condições favoráveis para a reflexão sobre a atuação dos sujeitos no mundo, procurando sempre meios para que essa reflexão rebata sobre a imagem que têm de si mesmos e da instituição que atuam (65).

Essas intervenções obtiveram êxito, pois nos últimos seis meses os profissionais matriculados no curso-intervenção passaram a trazer retorno sobre o que as propostas sistematizadas nos encontros provocaram nos espaços colegiados. O curso-intervenção passou então a ser assunto das conversas formais e informais, passando a ocupar um lugar institucional diferente dentro dos serviços.

Um aspecto importante observado tanto nos encontros, quanto nos grupos de avaliação, refere-se à presença dos gestores no espaço de formação e seus conseqüentes entraves. Vale ressaltar que todos eram profissionais matriculados no curso-intervenção e colegas de turma independente das hierarquias que havia nos serviços.

Não somos ingênuos a ponto de acreditar que apenas o contrato feito entre os profissionais matriculados no curso-intervenção e pesquisadores-apoiadores, no que se referia ao espaço de formação, iria automaticamente diluir as relações de poder estruturadas no dia-a-dia.

Segundo Campos (17), o contrato não cria um espaço de comunicação sem conflitos ou ruídos, ou seja, não elimina as diferenças de poder nem as diferenças de papéis, muitas vezes importantes para o adequado funcionamento do Coletivo.

Porém, percebeu-se que o curso-intervenção trouxe avanços na questão de formação ao compor um espaço heterogêneo de aprendizado, em que se investiu em misturar profissionais de nível médio, superior e coordenadores de serviço, focando discussões práticas para produção de novas formas de cuidado.

Em alguns momentos, observou-se que não era tranquilo para alguns profissionais compartilhar aquele espaço com os coordenadores e também não era fácil para os coordenadores estarem no papel de profissionais matriculados no curso-intervenção. Entendemos que isso ocorreu porque, ao mesmo tempo em que existem dificuldades no plano da clínica dos profissionais de saúde para lidar com a singularidade dos sujeitos, existem também, e talvez maiores, dificuldades da gestão para lidar com a singularidade dos trabalhadores e seu trabalho. Segundo Cunha (35), ainda são pobres as ofertas gerenciais de métodos e instrumentos para valorizar a capacidade clínica dos profissionais de lidar com as singularidades.

Assim, pode-se dizer que houve tensão em ambas as turmas quando se tratava da relação entre equipes e gestores, pois apareceram claramente alguns entraves de comunicação entre coordenador e os trabalhadores quando se tratava de uma discussão que envolvesse uma situação institucional.

Um exemplo foi o encontro que ocorreu em ambas as turmas, no qual o tema era acolhimento. Na turma A, o debate avançou ao acoplar dados envolvendo a satisfação do trabalhador, as expectativas que o acolhimento trazia para cada um e o sentimento de solidão vivenciado por alguns profissionais matriculados no curso-intervenção quando não conseguiam apoio na equipe para construir as respostas que o acolhimento demandava. Na turma B, a discussão foi pautada pelo relato das experiências de organização do acolhimento em outras unidades básicas de saúde e quais seriam as possíveis mudanças que poderiam ser feitas no formato adotado no Centro de Saúde Aeroporto. Porém, em certo ponto de ambos os encontros, a coordenação do CS fez uma intervenção “mais dura”, demonstrando algum desapontamento frente às duras críticas levantadas pelos profissionais ao modelo vigente e, deste momento em diante, o debate esfriou.

Acredito que o fato resultou da influência de três motivos. O primeiro é que os profissionais matriculados no curso-intervenção não visualizavam o espaço de formação como protegido e, assim sendo, não expuseram abertamente as questões que realmente estavam incomodando e poderiam ser mudadas. Existe a visão de que a exposição dos problemas do serviço ou de críticas irão automaticamente gerar algum tipo de represália ou prejuízo para o profissional, visto que o coordenador e as autoridades do Distrito estão compondo o mesmo espaço.

O segundo fator considerado foi a dificuldade natural e normal de todos os seres humanos em receber críticas, em especial aqueles em função de gestão. O exercício diário de compreender a crítica (não denotando mágoa pessoal) é algo que exige grande esforço para qualquer um de nós.

É necessário entender que as críticas eram dirigidas para a gestão do SUS, para a política da secretaria de saúde e não necessariamente para a pessoa que estava no papel de gestor. Entretanto, o importante foi encarar este momento como um espaço de construção coletiva, que envolvia o processo de trabalho partindo do princípio de que é possível pensar propostas que se configurem em ações potentes para transformar o cotidiano em algo mais leve e tranqüilo.

Por fim, o terceiro fator considerado foi que a possibilidade de investir no protagonismo e autonomia de trabalhadores e usuários (proposta do Curso de Co-gestão da Clínica ampliada e compartilhada) pode produzir nos gestores uma fantasia de que o gestor perderá “espaço” e poder. Não é incomum instaurar-se uma crise de papéis. A impressão dos gestores mais acostumados com a lógica da administração tradicional ao se depararem com as propostas de co-gestão é de que a sua função perde o sentido ou esvazia-se.

Entendemos que, de fato, é difícil para a auto-imagem de um gestor conseguir colocar-se a questão: qual o papel da coordenação em um espaço de formação que potencializa a co-gestão? O fato é que este papel é extremamente complexo, pois implica em lidar com processos subjetivos nos coletivos envolvidos e implica também em conseguir lidar consigo mesmo, seus desejos de poder e receios, no exercício permanente de diferenciar o “estar gestor” do “ser gestor”(66).

Vale destacar, que estes conflitos gestor/trabalhador são habituais e esperados, especialmente neste tipo de intervenção proposta e faz-se, certamente, necessário ter cuidado para não cair na armadilha de ignorar, denotar pouco valor e perder a oportunidade de problematizar essa questão.

Assim, o que pode facilitar a superação destes conflitos é ressaltar para os gestores que existe uma proximidade entre a clínica e a gestão: da mesma forma que uma clínica mais tradicional se aproxima de uma gestão tradicional, tal proximidade busca atenuar a “distância”. Uma clínica ampliada e a atividade de co-gestão aproximam-se na medida em que buscam lidar com as diferenças inerentes a cada papel e a cada sujeito de poder/saber com vistas a produzir um aumento de autonomia.

Portanto, durante o curso-intervenção foram realizados dois encontros entre os pesquisadores-apoiadores e coordenadores de serviço em momentos singulares, contando com a presença do orientador deste estudo para tratar das situações em que gestores estavam de certa forma “atravessando” o decorrer do curso-intervenção e vice-versa.

Tais encontros foram um canal importante de comunicação, pois houve alguns momentos durante o curso-intervenção em que a sensação era de afastamento por parte dos gestores (eles simplesmente não estavam mais participando dos encontros), o que vinha dificultando a legitimidade do espaço de formação.

Para este tipo de intervenção, que visa criar métodos gerenciais e de formação de profissionais que facilitem de forma real a prática da clínica ampliada, não basta o coordenador ser parceiro, ele tem que buscar, dentro do possível, contribuir para os processos de institucionalização. Trabalhando numa transversal entre o instituído e o instituinte, entre a ordem que sustenta os processos produtivos e a desordem dos processos criativos e de mudança (66). Sua função é de protagonista do aprendizado vivenciado e também catalisador de novas formas de produção do cuidado em saúde, porque é ele que compartilha o dia-a-dia da equipe, suas limitações, angústias e conflitos.

Cabe então ao pesquisador-apoiador movimentar-se “colando” no coordenador sem ser invasivo ou criar um mal-estar desnecessário. É necessário sempre reaproximar a realidade do curso-intervenção à conjuntura que o gestor vivencia na sua prática para

apoiá-lo e solidificar a parceria de investimento coletivo na instituição de mudanças transformadoras da realidade.

Indo além, pode-se dizer que o coordenador identificava e apontava as mudanças que estavam realmente ocorrendo (e mesmo a ausência de mudanças) e problematizava as prováveis razões para o insucesso. Foi através destes conflitos que sentimos a vitalidade que o espaço de formação proporcionou dentro das equipes e repactuamos novos contratos para afinar a relação entre todos os envolvidos (pesquisadores, profissionais e coordenadores), potencializando a intervenção.

Vale lembrar que os recursos metodológicos do Apoio Paidéia podem e devem ajudar os profissionais matriculados no curso-intervenção a pensar nos obstáculos para a implementação da co-gestão. E, portanto, devem ser entendidos como algo pedagógico que não elimina o controle, mas que mostra com clareza a potência das equipes explicitando os conflitos e interesses presentes e apontando para um movimento de composição, de construção de formas possíveis para contratualização nas instituições de saúde.

Por isso, utilizou-se dinâmicas diferentes, como a do psicodrama, em alguns encontros. Assim ficava mais fácil para os profissionais matriculados no curso-intervenção se soltarem e assumirem, mesmo que hipoteticamente, diferentes papéis (profissionais como gestores e coordenadores como trabalhadores). Os entraves são vistos e entendidos de outro ângulo, tornando-se possível lidar com as diferentes implicações, criando um canal de aprendizado para ambos os lados: gestores e trabalhadores.

Todas essas particularidades reforçam que não existe um manual capaz de concentrar todas as experiências singulares que esta investigação proporcionou através da oportunidade de co-construir com os profissionais matriculados no curso-intervenção uma experiência distinta de formação.

Os diversos entraves que foram vivenciados, e de certa forma superados no espaço do curso, desenharam-se como uma oportunidade possível de construir criativamente e de forma compartilhada um percurso ao mesmo tempo variável e semelhante para as duas turmas.

É importante compreender que os processos de formação são sempre únicos, singulares e implicam na definição de prioridades, estabelecimento de vínculo, negociação com os pares e gestores. Ou seja, quando refletimos sobre as percepções que envolvem os processos de formação, o que instiga não é a finalidade por si só ou muito menos suas prováveis explicações, mas sim as múltiplas chances que surgem nos novos começos.

### **7.3- Possibilidades de uma formação singular**

Um obstáculo detectado no caminhar desta investigação se refere diretamente à frequência dos encontros. Pelo desenho do curso-intervenção os encontros eram mensais e, assim sendo, havia uma lacuna temporal entre as discussões. Tal fato gerou certo distanciamento entre os debates e, conseqüentemente, dificultou o acompanhamento das intervenções que eram propostas, assim, várias discussões acabaram se diluindo neste caminho.

Vale acrescentar que tal obstáculo não se configurou como uma surpresa, ou seja, algo imprevisível que apareceu durante a intervenção. Mas como o cronograma do curso-intervenção já havia sido pactuado com a SMS de Campinas, não foi possível mudá-lo no decorrer do processo, mesmo após algumas tentativas, visto que poderia ocasionar prejuízo para os serviços e profissionais.

Uma alternativa que surgiu no primeiro grupo focal de avaliação para lidar com esse impasse foi criação de um espaço virtual para o curso (*yahogroups*). Tal espaço proposto pelos profissionais matriculados no curso-intervenção teve a intenção de diminuir a distância entre os encontros e, de certa forma, manter acesos os debates e as reflexões, sistematizando-as para a próxima data prevista.

Tal estratégia atingiu parcialmente seu objetivo, pois alguns dos profissionais matriculados no curso-intervenção não tinham familiaridade com essa ferramenta virtual e apresentaram dificuldades em manejá-la; outros não tinham acesso à internet em seu domicílio e usar o recurso no serviço era sempre complicado, pois eram várias pessoas para um único computador.

Apreendeu-se então com esta experiência que, ao apostarmos em um processo de formação pautado na ampliação da capacidade de reflexão dos sujeitos enquanto importante fator para efetivar mudanças no cotidiano, é relevante levar em consideração a necessidade de acompanhar intensamente (de maneira real e virtual) o desenrolar de todo o percurso.

Desta forma, o desenho ideal neste tipo de intervenção deve sempre procurar reduzir o espaço de tempo entre os encontros possibilitando assim maior proximidade entre a pesquisadora-apoiadora e grupo apoiado, visto que tal fato traz tranquilidade e segurança para lidar com as reviravoltas, surpresas e angústias que permeiam esse mergulhar coletivo no processo reflexivo.

O investimento no decorrer da intervenção não pode se resumir apenas na efetivação das mudanças, mas deve incluir também as experiências vivenciadas pelo coletivo, na busca constante de novas formas de produção de saúde.

Dito de outra forma, ao se propor uma intervenção do tipo apoio é primordial garantir proximidade, buscar recursos que vão além da escuta qualificada. É preciso compartilhar e ampliar as oportunidades de experiências que ocorrem apenas no coletivo.

Portanto, para não se perder na linha do tempo, é importante garantir encontros semanais ou, no máximo, quinzenais, visto que é provável não se perder a intensidade e vivacidade dos debates, a riqueza que se agregou aos temas abordados e formular intervenções com potência para implantar mudanças.

Um aspecto interessante adotado durante a intervenção e visto de maneira positiva pelos profissionais matriculados no curso-intervenção em suas narrativas foi a flexibilidade do espaço de formação para trazer “convidados”, ou seja, sua capacidade de disparar a abertura de outras rodas dentro do serviço.

Claro que tal estratégia não foi adotada em todos os encontros, porque entendemos que as turmas, para se fortalecerem, precisam ter desenvolvido certo grau de grupalidade e confiança, mas levamos em consideração que o fato de “convidar” outros atores eventualmente possibilita que o coletivo dispare movimentos importantes que podem configurar ações na política organizacional.

Até o presente momento pode-se afirmar que houve participação de dois tipos diferentes de “convidados” que exerceram influências distintas nos profissionais matriculados no curso intervenção. O primeiro se organizou enquanto um grupo técnico, a maioria deles pesquisadores do Coletivo de Estudos Paidéia, com acúmulo teórico em alguns dos temas abordados como apoio matricial, atividades de grupo e abordagem familiar.

Um exemplo apontado pelos profissionais matriculados no curso-intervenção que se refere ao diferencial que este tipo de “convidado” traz foi o encontro envolvendo a temática das atividades de grupo. Tal tema já havia sido abordado em capacitações anteriores, porém o aspecto inovador, segundo a visão deles, foi a forma interativa e a união da teoria com prática, aprofundadas no decorrer do debate. O fato de problematizar, com base nas experiências grupais vivenciadas no cotidiano, trouxe novos olhares e diferentes posicionamentos para as dificuldades enfrentadas no cotidiano.

Observou-se, então, que o debate proporcionado pelo curso-intervenção (contando com a presença de um convidado) foi um disparador de mudança visto que, para a maioria dos profissionais matriculados no curso-intervenção, tornou-se possível trazer à tona as inseguranças e entraves enfrentados no cotidiano do trabalho com os grupos, fossem eles educativos ou terapêuticos.

O produto dessa discussão foi um documento construído coletivamente e denominado “Resgate das atividades de grupo em serviços: dilemas e possibilidades”. O objetivo de tal documento foi subsidiar o debate deste tema junto às equipes nos espaços Colegiados dos serviços e também nos Conselhos locais.

Todo esse movimento vivenciado demonstrou um aspecto positivo do curso-intervenção: a fomentação de mudança da realidade. Este processo foi possível porque, além de debater, apoiamos os profissionais matriculados no curso-intervenção para que eles se organizarem e apoiassem a discussão dentro e fora dos serviços. Este movimento pode então ser entendido como uma potência da utilização do Apoio Paidéia enquanto estratégia de formação compartilhada.

Já o segundo grupo de “convidados” era composto por profissionais dos serviços que não eram profissionais matriculados no curso-intervenção. Assim, dependendo da temática do encontro, os próprios profissionais selecionavam os colegas considerados chaves para disparar a discussão dentro e fora da roda do curso-intervenção.

Segue então, outro exemplo apontado pelos profissionais matriculados no curso-intervenção, exemplo que considero importante destacar: trata-se do debate cujo tema era o Colegiado Gestor. Para este encontro foram convidados a participar todos os membros que compunham estes Colegiados nos serviços, ou seja, no Caps Davi e no Centro de Saúde Aeroporto, visto que esses espaços haviam sido suspensos pelas dificuldades institucionais já descritas anteriormente.

Tal debate ampliado se tornou, na opinião dos profissionais matriculados no curso-intervenção, uma das passagens mais gratificantes, visto que a gestão participativa e suas formas de articulação dentro dos serviços de saúde tem se tornado uma das mais fortes bandeiras para subjugar a crise que vem assolando o SUS em Campinas.

É importante lembrar que tal tema vem sendo reformulado desde os anos 80 na tentativa de construir um “fazer junto”, fortalecendo os sujeitos envolvidos (usuários, trabalhadores, gestores) para, coletivamente, buscarem alternativas e superar os diversos entraves que envolvem o cotidiano do trabalho em saúde.

Para os profissionais matriculados no curso-intervenção, assim como na proposta do Apoio Paidéia, o Colegiado Gestor é um dos dispositivos para se efetivar a democracia, a co-gestão no dia-a-dia das unidades.

É um espaço de disputa de saberes, de ruptura com a lógica de poder hegemônica espaço na qual se pode avançar na construção de algo propositivo com potencial transformador; ou seja, é um espaço em que é possível colocar na roda os conflitos, especificidades do trabalho e derrotar o medo de explicitar as várias fraquezas que todos nós temos.

Além disso, surgiu nas narrativas que nos espaços de Colegiado Gestor é possível discutir os projetos institucionais tanto do Caps Davi quanto do CS Aeroporto. Portanto, esses espaços possibilitam, quando trabalham na lógica da co-gestão, imprimir o

ritmo do serviço, avaliar a qualidade do atendimento que está sendo prestado, monitorar as ações de saúde realizadas e, principalmente, definir de que modo é possível construir a legitimidade social destes serviços junto à sociedade.

Porém, em ambos os locais os impasses enfrentados pelo Colegiado relatados pelos profissionais matriculados no curso-intervenção são próximos. Segundo eles, é possível compreendê-los e dividi-los em quatro fatores principais. O primeiro está diretamente ligado ao cenário institucional do SUS Campinas, ou seja, à dificuldade de fixar profissionais nos serviços. Como já descrito, a alta rotatividade dos trabalhadores e o clima de instabilidade tem se desenhado como um grande dificultador da efetivação destes espaços de co-gestão.

Um exemplo observado pela pesquisadora-apoiadora foi que nos dois serviços, no início de 2010, os Colegiados foram suspensos devido à falta crônica de Rh e a dificuldade das equipes para reorganizar seus processos de trabalho. Tais situações recorrentes no contexto atual têm enfraquecido este dispositivo porque quando o grupo ganha confiança para enfrentar os obstáculos trazidos pela gestão compartilhada um dos seus membros é desligado, seja por demissão ou sobrecarga de trabalho.

O segundo fator se refere à postura autoritária regularmente adotada pela gestão central da SMS de Campinas e a automática diminuição da autonomia tanto das equipes de saúde quanto dos distritos sanitários. Tal postura é vista de maneira negativa pelos profissionais matriculados no curso-intervenção, pois tem fortalecido a reprodução vertical de poder e, assim, os Colegiados que buscam alternativas de compartilhar o poder estão perdendo sua razão de existir e assumindo um posicionamento apático.

Entretanto, os profissionais matriculados no curso-intervenção apontam saídas para superar esse autoritarismo dos gestores e fortalecer os Colegiados. Uma delas é criar e estimular dentro dos serviços movimentos de resistência, movimentos estes que possam manter vivas no cotidiano das equipes a importância de trabalhar com relações horizontais e as decisões compartilhadas, mesmo não sendo esse o posicionamento dos gestores.

Este aspecto é um dos mais positivos do curso-intervenção porque esse espaço foi reativado no decorrer das discussões e foi por si só um desses movimentos de resistência visto que tem estimulado continuamente os profissionais matriculados no

curso-intervenção a exercer seu protagonismo, buscando constantemente a co-gestão em parceria com a equipe e os usuários, seja nos Conselhos Locais ou no Municipal.

Nas narrativas, é possível observar que o curso-intervenção tem sido um espaço de formação que trouxe algo mais, porque possibilitou visualizar alternativas que garantam a continuidade do trabalho, independente das eleições, de quem ocupa os cargos do nível central na secretaria municipal de saúde, ou seja, é um espaço que ensina e motiva ao mesmo tempo, que torna possível mudar sem perder a identidade do trabalho propriamente dita.

O terceiro fator é a dificuldade de envolver/encantar os trabalhadores para assumirem uma postura ativa e, assim, fortalecerem os espaços de gestão participativa.

Para os profissionais matriculados no curso-intervenção há duas explicações prováveis para esse fato. Uma delas se liga diretamente ao imaginário da maioria dos profissionais. Para eles este imaginário representa a permanência de uma cultura na qual a gestão é de responsabilidade apenas dos profissionais que ocupam cargos de gestão.

Um exemplo desta cultura, dado pelos profissionais matriculados no curso-intervenção, é a forma contínua com que se ouve repetidamente pelos corredores que não há razão para existir Colegiado visto que existe um coordenador de serviço que recebe aporte financeiro (salário) e por isso tem obrigação de solucionar todos os problemas de gestão do serviço.

A segunda explicação pode-se dizer que é um entendimento equivocado do Colegiado Gestor, em que o mesmo é associado a formas de exercer o poder sobre os outros. Neste entendimento, ainda fortemente presente nos serviços segundo os profissionais matriculados no curso-intervenção, quem compõe o colegiado teria supostamente maior poder na instituição que os outros trabalhadores.

Este entendimento equivocado tornou-se, na opinião dos profissionais matriculados no curso-intervenção, um dos maiores obstáculos que os Colegiados enfrentam no dia-a-dia porque devido a isso se percebeu que a maioria das equipes se organizam de forma pouco solidária e sua capacidade de organizar pactos, compor consensos, mesmo nas diferenças, diminuiu drasticamente.

Aparece nestas duas explicações descritas acima um dos vários jogos de poder que os serviços de saúde enfrentam no seu cotidiano e a fragilidade que permanece quando há necessidade de enfrentá-los. O curso-intervenção problematizou isso em vários momentos, porém não conseguiu criar alternativas para avançar nesta questão e realmente efetivar a democracia no interior das instituições de saúde.

O último fator relatado pelos profissionais matriculados no curso-intervenção é a ausência de conhecimento por parte da maioria dos trabalhadores do que se configura e especialmente qual o significado da gestão colegiada.

Na maioria das faculdades não se investe na formação de profissionais para trabalhar em equipe. Sabe-se que os profissionais de saúde precisam uns dos outros; no entanto, a formação da maior parte deles se dá de maneira isolada, valorizando práticas que se pautam no interesse das categorias e setores.

Assim, torna-se importante viabilizar dentro dos serviços processos de formação diferenciados como o proposto neste estudo. Processos que possam ser singulares, que possam ajudar os profissionais a trabalhar em equipe, que fortaleçam a composição e efetivação de espaços coletivos onde seja possível unir o projeto institucional aos projetos individuais, buscando a construção de práticas de saúde ampliadas e compartilhadas.

Por fim, contar com os convidados foi uma iniciativa eficiente, surpreendente segundo os próprios profissionais matriculados no curso-intervenção. Para eles este agente externo imprimiu um ritmo diferente para o debate e garantiu o desenvolvimento de um exercício que poucas vezes é feito nos serviços de saúde e entre os profissionais porque traz muitos conflitos e tensões. Tal exercício foi refletir e questionar, sem melindre, como está se desenvolvendo a prática diária de trabalho e também como estão se organizando os processos no interior dos serviços sem gerar magoas e ressentimentos dentro das equipes.

É de extrema relevância visualizar novas estratégias de formação, de apoio ao trabalho em saúde, atentando-se para as potencialidades do Método de Apoio Paidéia e sua capacidade de se tornar singular de acordo com o contexto e as necessidades dos profissionais.

#### 7.4- Os desdobramentos do “ser” pesquisadora-apoiadora

Um ponto importante de análise que nos permitiu esta investigação foi que no ato de pesquisar, especialmente quando se assume a função de pesquisadora-apoiadora em uma intervenção que visa problematizar os processos de formação, afetamos a outros e somos também afetados, aprendemos e desaprendemos, avançamos e recuamos, ou seja, acontece um processo de mudança interativo e singular. O interessante é que não importa se a mudança foi eficaz ou nociva, o que realmente torna o processo singular é o fato de assumirmos uma nova postura e conseqüentemente nos reposicionarmos perante os outros e nós mesmos.

Torna-se então relevante destacar dois itens que se correlacionaram dentro do desenvolvimento do processo investigativo: considerações sobre o tema da formação e análise das questões que permeiam a função de “pesquisadora-apoiadora”.

##### a-) Considerações sobre o tema da formação

O tema da formação de profissionais para o SUS é um tema que pode ser analisado por diversos recortes científicos e teorias, visto que existem várias formas de compreensão não necessariamente antagônicas, mas sim complementares.

No desenrolar desta pesquisa, percebeu-se que quando refletimos a respeito de processos de formação envolvendo trabalhadores do SUS é fundamental percorrer um caminho que possibilite ir além do desenho “industrial-tradicional” de ensino-aprendizagem, formatado e centrado nos aspectos clínicos e epidemiológicos, pois essa postura valoriza apenas o saber científico produzido por manuais, normas e consensos e deixa de lado outras formas de produção de saberes na área da saúde.

Durante o curso-intervenção observou-se nos grupos focais de avaliação que iniciativas de formação formuladas a partir da prática podem trazer um certo tipo de continência para os profissionais, visto que eles se sentem mais autorizados e apropriados de diferentes conceitos. Como exemplo vale citar um trecho da narrativa da turma B: *”com as discussões feitas no espaço do curso nos autorizamos a realizar uma escuta qualificada*

*e também nos apropriamos de outros conceitos. Percebemos que essa mudança foi algo diferencial para todos nós.”*

Percebeu-se também no decorrer do curso-intervenção que a inclusão de novos saberes relacionados à subjetividade, ao campo das relações sociais e discussões de modos de vida contribui de modo efetivo para a prática cotidiana dos profissionais matriculados no curso-intervenção, já que vivenciam casos que envolvem precárias condições sociais, contextos de violência, drogadição, entre outros agravos. Perante isso, o desafio enfrentado, segundo eles, dizia respeito às formas viáveis para articular e lidar com essas questões no âmbito do trabalho e entendemos que foi neste ponto que o curso-intervenção se inseriu.

Outro ponto importante foi problematizar, nos espaços de formação, questões relacionadas aos diferentes afetos. Existe atualmente uma cultura institucional que se orgulha das mazelas e da sobrecarga do trabalho precário, espírito missionário, e transforma o espaço de trabalho em algo alienante em que é difícil vislumbrar processos criativos (35).

É preciso levar em consideração nos espaços de ensino que parte dos afetos produzidos no trabalho em saúde dizem respeito, até que se prove o contrário, ao próprio espaço de trabalho. Segundo Albuquerque, *apud* Cunha (35), a primeira reação ao sofrimento é narcísica (decorrente de uma identificação: meu sofrimento). Um processo de elaboração sobre esta reação primeira pode possibilitar um “estar do lado sem se projetar no doente” e “aí então enxergar a vitalidade, descobrir riquezas, perceber o que pulsa”.

Desta forma, a intervenção proposta por essa investigação partiu do princípio de que para se desenhar um processo de formação eficaz deve-se criar conexões entre os saberes clínicos, epidemiológicos, aspectos que envolvem a subjetividade e afetos sem esquecer que o fio condutor é a prática dos profissionais.

No percurso investigativo, percebeu-se, em vários momentos, quais foram as discussões que estimularam algum tipo de mudança. Estas discussões se ligavam diretamente com a realidade dos profissionais de saúde do SUS Campinas, ou seja, conectavam-se com os casos acompanhados, com as dificuldades enfrentadas e com os medos/angústias vivenciadas nas relações de trabalho entre profissionais e usuários.

Temos então confirmado, com o desenrolar desta pesquisa, um caminho possível para construir novos saberes científicos na área da saúde, especificamente ligados com os processos de formação, que se baseiam na observação, análise e interpretação de como estão sendo desenvolvidas as práticas de saúde no interior dos serviços.

Assim, uma sugestão interessante para se avançar nas questões relativas aos processos de formação é, no momento de seleção dos temas básicos, levar-se em consideração, além das recomendações da literatura, as situações singulares que o profissional encontra no seu cotidiano de trabalho e, se possível, transformar o espaço de ensino em um movimento contínuo dentro dos serviços, uma vez que as situações da prática são mutáveis.

Por fim, dentre os saberes aprendidos no desenrolar desta pesquisa, vale destacar dois eixos básicos que surgiram quando mergulhamos no tema da formação.

O primeiro foi jamais deixar de lado e sempre incluir o como fazer e com quem fazer, depois da abordagem dos conteúdos teóricos básicos. Digo isso, pois, para efetivar mudanças concretas, o profissional precisa estar apto para desenvolver relações com os usuários, com a equipe, com os gestores, ou seja, precisa ampliar também sua capacidade de manejar seus afetos para efetivamente construir pactos com compromisso e responsabilidade.

O segundo, no entendimento da pesquisa, está ligado à discussão de como realmente o trabalho acontece. É preciso estimular e apoiar os profissionais para compreenderem como seu trabalho está sendo organizado, quais são os dilemas enfrentados diariamente, de que maneira a equipe está se relacionando e como a postura do gestor tem afetado negativamente ou positivamente o seu processo de trabalho.

Portanto, concordo com Marques e Padilha (67) quando dizem que “deve haver uma recontextualização da formação profissional, que deixa de ser a disponibilidade de um ‘estoque de saberes’ para se transformar em ‘capacidade de ação diante dos acontecimentos’” (p.349).

Os processos de formação podem ser entendidos como facilitadores da autonomia intelectual, que envolveria o domínio do conhecimento técnico-científico, a capacidade de autoplanejar-se, de gerenciar o tempo, de exercitar a criatividade, de trabalhar em equipe, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência das implicações éticas do trabalho, incorporando o saber em três dimensões: habilidades, conhecimentos, atitudes (67).

A singularidade do processo de formação experimentado nesta pesquisa demonstrou a adequação do espaço do curso-intervenção para discussão, problematização, análise e apoio à realização de ações com potencial de mudança, uma vez que proporcionou um lugar institucional concreto para reflexão de conceitos e das práticas de saúde.

Além disso, percebeu-se também que é relevante investir-se na formação de pessoas que sejam capazes de apoiar o movimento dos trabalhadores e de colocar em análise a prática cotidiana e o modelo ofertado de cuidado a saúde, sejam educadores, gestores, ou outros.

No fim, o que realmente se depreende é a importância de nunca medir esforços para conseguir formular um espaço de ensino que não caia na armadilha de se transformar em um local de ordens, cobranças e tarefas a serem cumpridas.

#### b-) Questões que permeiam a função de pesquisadora-apoiadora

O percurso trilhado pela pesquisa em um dado momento acabou se configurando, pode-se dizer, em uma encruzilhada. Tal encruzilhada foi um momento interessante do processo investigativo porque possibilitou mergulhar em várias questões que envolvem a função de pesquisadora-apoiadora. O ponto de partida para essa reflexão foram as descobertas que aconteceram na própria vivência de “estar” na função de pesquisadora-apoiadora.

Segundo Campos (17), em tese, o Método de Apoio pode tanto ser auto-aplicável, quanto contar com a figura de um ou mais Apoiadores horizontais (externos). O autor destaca que há vantagens e desvantagens em cada uma das situações. A presença de um Apoiador externo (meu papel na pesquisa intervenção), em tese, implica

sempre numa possibilidade de controle sobre o grupo; por outro lado, facilita a abertura de linhas de comunicação truncadas (o papel do mediador) e amplia o leque de Ofertas que o grupo haveria de considerar e com que lidar (incorporação crítica de racionalidade e demandas estranhas a equipe).

Desta forma, para iniciar minha análise considero importante destacar como surgiu a proposta de me tornar uma pesquisadora-apoiadora.

Tal proposta foi feita pelo orientador deste estudo e se configurava em unir meu projeto de mestrado à experiência de apoiar um processo de formação para trabalhadores e gestores do SUS Campinas no Centro de Saúde Jardim Aeroporto, compondo uma dupla horizontal, com outro apoiador transversal.

Meu primeiro impacto foi formular as seguintes questões: Mas na prática como é desempenhar essa função? É a mesma coisa que o consultor? Quem é esta figura institucional? Como vou me apropriar deste “novo lugar”?

Havia iniciado meu mestrado há poucos meses e me reaproximava da infinita formulação teórico-prática produzida pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social visto que já havia feito anteriormente dois cursos de especialização nesta instituição. Além disso, havia optado por desenvolver meu mestrado trabalhando, desempenhando minhas funções enquanto coordenadora de um serviço de referência municipal, a Central de Regulação de Sumaré (SP).

Neste momento de análise da proposta vivenciei um período de escolhas e optei por retomar as questões teóricas que embasavam este tema, conversar com colegas da pós-graduação e do grupo de gestores de Sumaré que já haviam estado em algum momento nesta função e adentrei em um processo reflexivo envolvendo meu desejo e interesse de “estar” nesta função.

Por fim, escolhi vivenciar este processo porque compreendia que durante minha experiência profissional, desempenhando meu papel de gestão, coordenando serviços da atenção básica e de referência municipal, já havia de certo modo desempenhado a função de apoiadora. Desenhava-se, então, o desafio de uni-la ao papel de pesquisadora e isso seria

uma oportunidade única e singular de aprendizado para minha formação enquanto pessoa, gestora e mestrande.

Iniciei minha experiência em junho de 2009; deveríamos ter iniciado em maio, mas as agendas do serviço e da universidade, como de costume, não coincidiram. O atraso ampliou minha ansiedade, mas a presença do orientador deste estudo no início dos encontros do curso-intervenção, a forma como o mesmo coordenou o grupo incentivando a circulação das falas e a maneira como colocava suas intervenções trouxeram-me tranquilidade e, por alguns momentos, ser pesquisadora-apoiadora me trouxe a ilusória e inocente impressão de ser algo simples.

Um ponto importante em meu processo de aprendizado foi o fato de, nos primeiros encontros do curso-intervenção, assumir a relatoria do grupo. Estar nesta função possibilitou-me o aprimoramento da técnica de captar a idéia principal de cada fala feita pelos profissionais matriculados no curso, intercalando-as com minhas impressões e observações, segundo meu referencial teórico-prático. Logo nestes primeiros encontros percebia que coordenar um grupo tão heterogêneo não seria uma tarefa fácil, tão ou mais difícil seria apoiar esse coletivo em seu processo de formação.

O tempo foi passando e fui aos poucos me apropriando do papel de pesquisadora-apoiadora. Comecei a me arriscar, pontuando temas, estimulando alguns dos profissionais matriculados no curso-intervenção a falarem, questionei outros, reforçava algumas falas e discordava de outras. A reação do grupo às minhas intervenções foram recebidas de forma construtiva e solidária, percebia que estava contribuindo com o processo de aprendizado vivenciado e isso foi uma experiência estimulante.

Com o decorrer dos encontros, o orientador deste estudo não era mais uma presença constante e assumi junto com outro apoiador horizontal (Nilton, residente do Departamento de Medicina Preventiva e Social) a coordenação e apoio as turmas A e B.

Não se pode deixar de pontuar que a frequência não constante do orientador deste estudo nos encontros foi percebida pelos profissionais matriculados no curso-intervenção e pontuadas por eles nos grupos focais de avaliação.

Claro que este posicionamento dos profissionais matriculados no curso-intervenção não trouxe nenhuma surpresa, pois a expectativa dos profissionais em realizar um curso-intervenção com o orientador deste estudo contribuiu de maneira significativa para a adesão à proposta.

Porém, essa crítica em nenhum momento provocou censura ou deslegitimou meu papel de pesquisadora-apoiadora junto às turmas, muito pelo contrário. Esse distanciamento do orientador possibilitou um maior vínculo e proximidade no nosso coletivo e posso dizer que ao mesmo tempo em que estava no papel de “formadora” também me “formava” em apoio institucional junto e com a contribuição dos profissionais matriculados no curso-intervenção.

Segue relato extraído da narrativa da turma B sobre essa questão:

*Mesmo com a saída do Gastão os apoiadores permaneceram. Eles imprimiram suas marcas em cada um de nós e também aprendiam conosco. Eles trouxeram textos, discutiram casos complexos, fizeram propostas e intervenções que contribuíram muito com nosso aprendizado. Podemos dizer que eles deram conta do recado.*

Foi observado, em certo ponto do curso-intervenção, que desempenhar a função de apoio é algo intenso, prazeroso, mas algumas vezes cansativo. A sensação de cansaço pode ser tão forte a ponto de gerar certa desmotivação.

Tal desmotivação pode ser explicada pelo fato de que em algum grau esta função acaba nos consumindo. Compreende-se que isso não é algo que se pode afirmar como bom ou ruim, pelo contrário é apenas uma constatação que merece ser analisada sob vários ângulos.

Como primeiro ângulo de análise ressalta-se que é extremamente desgastante desempenhar esta função sozinha. Então vale a sugestão de se trabalhar, sempre que possível, em dupla, compor parceria com outro pesquisador-apoiador para que haja co-responsabilização e diluição do cansaço, que pode surgir no decorrer do processo de “estar apoiando”.

Além de dividir a responsabilidade com outro apoiador, não se pode perder de vista a necessidade do espaço de supervisão externa para a formação dos pesquisadores-apoiadores.

Na minha experiência, este espaço foi viabilizado no Coletivo de Estudos e Apoio Paidéia. No grupo de pesquisa foi possível compartilhar os impasses e entraves que foram surgindo no desenrolar do processo, foi possível se ver contemplado nos relatos de outros pesquisadores-apoiadores. Assim, grande parte da minha formação enquanto apoiadora ocorreu neste espaço e se desenhou enquanto um processo pautado na reflexão constante da prática, julgamentos e valores de cada um de nós.

Outro ponto importante para a formação do pesquisador-apoiador é a necessidade de estudar com maior profundidade teorias diversas ligadas a esta prática como textos sobre manejos de grupos e grupos operativos, textos sobre questões que envolvem a formação e educação, entre outros. Acredito também que neste ponto o grupo de pesquisa Coletivo de Estudos e Apoio Paidéia foi um espaço essencial porque neste espaço levantávamos os textos que deveriam ser estudados e contávamos com a presença de outros pesquisadores que tinham conhecimento nestes temas.

Entrando no segundo ponto de análise destaco que a relação que se estabelece entre pesquisador-apoiador e coletivo apoiado é, num primeiro momento, confusa, solitária e repleta de conflitos envolvendo a subjetividade para ambos os lados. Vivenciar esta relação e todos os seus desdobramentos foi uma das mais proveitosas experiências que esta investigação teve o potencial de proporcionar.

Ao aprofundar a tensão que essa relação trouxe tornou-se possível visualizar com clareza que é impossível dissociar a pesquisadora da apoiadora e com o tempo tal aprendizado possibilitou trazer a tona meus medos e fragilidades. Neste ponto, finalmente compreendi que a pesquisa e a intervenção estariam sempre conectadas e o mais interessante é que ambas criaram vida, foram além do projeto inicial, escolhendo de maneira quase autônoma seus caminhos.

Esses caminhos nem sempre foram os que eu havia sonhado ou esperado conforme meus ideais científicos aprendidos no espaço da Universidade. Mais difícil ainda foi me propor a interpretá-los com o rigor que a academia de certa forma nos obriga. Mas

foram os caminhos possíveis dentro do cenário que a pesquisa se inseriu e olhar para isso, enquanto pesquisadora-apoiadora, propiciou parte do aprendizado que acumulei durante o processo.

Um ponto relevante na minha análise e que merece destaque é sempre estar atento a importância de pensar a instituição em sua totalidade -seus rótulos, suas marcas históricas, os profissionais que trabalham nela- mantendo a capacidade crítica sem nunca perder de vista o projeto de formação que está sendo experimentado.

Portanto, exercitar com o grupo a liberdade de criticar utilizando maneiras construtivas, indutoras de mudanças nas práticas clínicas e de gestão deve se configurar em uma prioridade porque se configura em um aprendizado importante para lidar com as divergências sem ter como foco a destruição do outro, ou seja, possibilita a vivência de espaços de co-gestão e posturas mais democráticas.

Outro aspecto que merece análise foi os diversos movimentos que o grupo de profissionais matriculados no curso-intervenção desenvolveu na sua relação com a pesquisadora-apoiadora. Um deles foi o movimento quase inconsciente de “jogar” a responsabilidade para a apoiadora, no que se referia às questões difíceis e polêmicas de seu trabalho.

Este movimento se repetiu várias vezes porque compreendo que é de responsabilidade da pesquisadora-apoiadora perceber e trazer para o debate coletivo as questões sensíveis, que não devem ser evitadas e sim colocadas em processo de reflexão coletiva. Claro que não é possível determinar em que momentos essas questões polêmicas devem ser trazidas à tona, ou seja, devemos abordá-las no momento que surgiram ou depois de um tempo quando o grupo já teve oportunidade de “digerir” os entraves.

Fica como sugestão possível para lidar com essa questão observar a dinâmica grupal e não deixar de levar em consideração que não existe um momento perfeito, um jeito certo e sim a experiência que se adquire com a prática do “fazer apoio” a um coletivo organizado.

Podemos dizer também que outro movimento importante que foi verificado no decorrer do tempo se refere à pluralidade de discursos assumidos pelos profissionais matriculados no curso-intervenção. Enquanto pesquisadora-apoiadora considerei como parte da minha atribuição traduzir dentro do contexto os diferentes discursos formulados, pois cada ponto de vista tem sua origem, ética e ideologia. Esse esforço de tradução foi algo extremamente útil, pois com base nele construí um guia que embasou a maioria das propostas de intervenção feitas com o grupo.

Outro conhecimento essencial que surgiu no processo de “estar apoiando” foi a compreensão do que se configurou objeto de investimento da pesquisadora-apoiadora. Ao contrário do que se imagina, o investimento não deve ser apenas o de sintetizar as diferentes idéias, conceitos e sim integrar a complexidade, mantendo as diferenciações dos sujeitos e instituições, nunca perdendo de vista que os espaços coletivos se organizam segundo a lógica da integração.

Cabe ressaltar também que coube à pesquisadora-apoiadora a preocupação com o processo de formação e gestão de si mesmo. Assim tentei, na medida do possível, estimular mudanças também nas questões que envolvem valores e preconceitos dos profissionais matriculados no curso-intervenção.

Para lidar com essa questão foi necessário ampliar meu objeto de trabalho e desenvolver meu apoio não apenas na lógica programática e sim nas associações e implicações que a subjetividade dos profissionais matriculados no curso-intervenção traziam.

Na minha avaliação esta estratégia trouxe resultados relevantes que podem ser observados quando se analisa as narrativas dos grupos focais. Na primeira narrativa percebe-se que os profissionais matriculados no curso-intervenção não relataram nenhuma mudança ligada à gestão de si mesmo; pelo contrário, apontavam apenas mudanças relacionadas ao cotidiano de trabalho. Já na segunda narrativa, eles falam claramente das mudanças envolvendo a relação consigo mesmo, destacando exemplos que envolvem seus preconceitos, valores, formas de se relacionar com o usuário, com os colegas e gestores.

Segue o relato da turma A:

*Existe um consenso que o curso contribuiu para organização do nosso próprio trabalho não nas questões técnicas/formais, mas sim nas questões que envolvem a relação com o usuário, os nossos pré-julgamentos, censuras e valores.*

E o relato da turma B:

*Destacamos também que esse curso mexeu bastante com todos nós, nos fez repensar alguns preconceitos e comportamentos na relação com outro.*

Perceber este resultado foi de extrema importância porque demonstra que, adotando a metodologia de apoio Paidéia, é possível contribuir para consolidação de mudanças efetivas na prática profissional indo além do discurso, pois também foi possível mexer com a subjetividade dos profissionais matriculados no curso-intervenção.

A minha experiência de desenvolver “apoio com coletivos”, adotando o Método Paidéia como referencial, possibilitou também visualizar, em vários encontros do curso-intervenção, momentos de mudança (modificação de uma situação) e ruptura (introdução de uma nova situação). Este processo pode ser resumido em quatro movimentos básicos.

O primeiro foi perceber que todos os profissionais matriculados no curso-intervenção enfrentaram dificuldade para se abrir e sair da sua zona de conforto. Portanto, quando vivenciamos um processo de formação em que a mudança é não uma finalidade, mas um meio de efetivar novas práticas de saúde, temos que lembrar que cabe a nós apoiadores orientá-los neste percurso, pois é difícil para os profissionais construir uma nova lógica de trabalho visto que isso está diretamente ligado à sua identidade.

Já o segundo movimento é bem simples e pode ser descrito da seguinte forma: toda e qualquer mudança, por menor que fosse, inclusive as proporcionadas pelo curso-intervenção, geraram reações positivas e negativas. Assim, mais uma vez, coube ao pesquisador-apoiador compreender, experimentar e compartilhar com os profissionais matriculados cada novo posicionamento, visto que, segundo o Método Paidéia, sem apoio é difícil para o coletivo avançar.

O terceiro demonstrou que a flexibilidade, conforme o contexto singular proposto pelo Método Paidéia, possibilitou também que minha postura fosse igualmente flexível. Ser flexível é uma característica importante, pois, dessa maneira, torna-se mais fácil identificar a demanda, encomenda e pedido que os profissionais matriculados no curso-intervenção sinalizavam.

Por fim, o último movimento foi o de que cabe à pesquisadora-apoiadora a responsabilidade de sempre buscar a autonomia do grupo apoiado. Para o método Paidéia, a autonomia não significa independência ou descompromisso absoluto; pelo contrário, a ampliação da autonomia depende da capacidade do sujeito reconhecer e lidar com a rede de dependência na qual estão todos inevitavelmente mergulhados (65).

Com o decorrer do processo de formação percebeu-se que o conceito de autonomia não é estático nem absoluto e sim um processo dinâmico que implica em perdas ou aquisições sempre gradativas. Além disso, nos encontros em que este tema foi abordado, os profissionais matriculados no curso-intervenção apontaram que ainda não estão preparados para lidar com a autonomia no cotidiano de seu trabalho principalmente na relação com os usuários. Segue relato de um profissional matriculado no curso-intervenção da turma A:

*( ...) entendo que autonomia é a possibilidade do outro fazer escolhas, com ou sem apoio de terceiros. Nós, profissionais de saúde, estamos despreparados para lidar com a autonomia dos usuários porque não faz parte da nossa cultura poder escolher... Assim, estranhemos essas possibilidades que o exercício da escolha, da autonomia trazem.*

Assim, mesmo estimulando, em vários encontros, o desenvolvimento da autonomia, observei que a maioria dos profissionais matriculados no curso-intervenção nunca havia refletido sobre a autonomia dos usuários nos serviços de saúde. Na maioria das situações as equipes ainda se fecham diante da iniciativa dos usuários em se tornarem mais autônomos e ainda tendiam para propostas prescritivas e normativas.

Com o passar do tempo foi possível entender que problematizar questões práticas, que envolviam o conceito de autonomia dos usuários e da própria equipe, ainda era um ponto de dificuldade porque o curso-intervenção não conseguiu avançar na reflexão

sobre a concepção de cada um dos profissionais matriculados no curso-intervenção tinham sobre autonomia.

Segundo Onocko Campos e Campos (68), as práticas de saúde podem ser desenvolvidas sobre as pessoas e comunidades ou junto com as pessoas e comunidades. É necessário criar um movimento para escapar das receitas prontas e, assim, interromper essa visão estereotipada sobre nós e os outros, na qual sempre são os outros que têm de mudar, aprender, incorporar.

Portanto, considero que meu papel como pesquisadora-apoiadora foi um fio condutor para desenvolver a reflexão sobre autonomia com os profissionais matriculados no curso-intervenção. Busquei estimular um movimento que colocasse o grupo no trilho de suas próprias mudanças, partindo do princípio de que para mudar deve-se manter aberto a todas as perguntas, sonhar, apostar e fazer diferente, criando novas possibilidades e desenhando uma função clínica ampliada que pode ser compreendida como uma função ética e articuladora.

Considero essencial também para essa análise trazer uma autocrítica dos pontos que não desenvolvi adequadamente com as turmas, ou seja, os pontos em que reconheço algumas falhas no meu exercício de ser pesquisadora-apoiadora.

Primeiramente destaco que faltou uma certa organização para disponibilizar com antecedência (pelo menos de 20 dias) os textos ligados ao temas que seriam abordados nos encontros. Tal fato foi também destacado pelos profissionais matriculados no curso-intervenção durante os grupos focais como um aspecto que prejudicou em parte o aprendizado, pois as discussões não eram enriquecidas pelo olhar teórico.

Ainda ligada a este ponto é importante também ressaltar minha dificuldade em compartilhar com outros pesquisadores-apoiadores a escolha dos textos que deveriam ser trabalhados em cada tema. Desta forma, reconheço que em alguns encontros optei por trazer textos densos e árdus, que não eram adequados para um espaço de formação diversificado que contava com a participação de profissionais de nível superior e médio.

Como um segundo apontamento, destaco que imprimi um tipo de centralização durante minha oferta de apoio, ou seja, na maioria dos encontros eu e meu parceiro éramos os únicos pesquisadores-apoiadores do curso-intervenção, e em poucos momentos foi diversificada essa oferta trazendo outros pesquisadores-apoiadores do próprio grupo de pesquisa para nossos debates.

Este ponto também foi observado pelos profissionais matriculados no curso-intervenção nos grupos focais de avaliação e os mesmos relataram como um ponto negativo a pequena frequência de outros “apoiadores-convidados”; principalmente porque a presença de apoiadores diferentes trazia para a discussão um ritmo diferente e possibilitava que o foco do curso-intervenção não fosse fixo nos apoiadores horizontais.

Por fim, reconheço que deveríamos abrir com maior regularidade e frequência rodas de conversa com as coordenadoras dos serviços e com o distrito Sudoeste, pois mesmo isso tendo corrido por duas vezes (situações já descritas anteriormente) foram momentos pontuais com pouca sistematização e produziram baixa co-responsabilização dos gestores com o andamento do curso-intervenção.

Considero que ainda não é possível delinear com clareza os motivos que de alguma maneira explicam essas lacunas da minha atuação enquanto pesquisadora-apoiadora. Talvez possam ser entendidas como falta de experiência, tempo reduzido disponibilizado para minha própria formação, falta de apoio administrativo para ajudar nas questões operacionais ou simplesmente algo esperado, visto que seria demasiada pretensão dar conta de toda a complexidade que está intrínseca a prática de apoiar um coletivo.

Finalizando, minhas reflexões/aprendizados enquanto pesquisadora-apoiadora destaco que, ao se assumir o papel de apoiar em um coletivo organizado, buscando ampliar a capacidade de compreensão, reflexão e intervenção do grupo, deve-se sempre ser precedido por uma escolha.

Tal escolha deve levar em consideração duas questões. Primeiramente que para o “apoio” acontecer deve existir um investimento e vontade institucional porque os contextos são diversos e complexos. Além disso, o apoio é uma prática que coloca em análise várias questões, porque implica em lidar com gradientes diferentes de poder, uma

multiplicidade de afetos e saberes, e também sujeitos dotados de desejos e interesses que podem ser pessoais ou coletivos.

Desta forma, vale destacar que não se desenvolve uma atividade de apoio de maneira semelhante em qualquer local e também não se apóia de maneira igual os diferentes coletivos. É necessário singularizar e construir o caminho possível para efetivar mudanças concretas. Somente é possível aprender o que é ser apoiador na prática de apoiar diferentes coletivos organizados para a produção.

A segunda questão traz a importância de vivenciar um processo de abertura para a mudança de si mesmo, visto que sem isso não é possível apoiar, entender e incentivar a mudança do outro. É claro que é inviável apagar nossa história, vivência e conhecimento, mas faz-se necessário um exercício constante de experimentar as novidades que se abrem ao adentrar no universo do “apoiador”.

Este universo sempre foi diferente e se modificou em cada encontro do curso-intervenção. Modificou-se nas direções ou eixos trabalhados por mim enquanto pesquisadora-apoiadora e assumidos pelo grupo, nos pequenos sinais de mudança transformadora e indutora de novas práticas para produção de saúde e cuidado que vivenciei.

Ter desenvolvido esta pesquisa enquanto pesquisadora-apoiadora do curso-intervenção possibilitou adentrar neste universo ao mesmo tempo conhecido e desconhecido. Proporcionou uma experiência diferente de formação e aprendizados compartilhados.

Percebi, no decorrer desta investigação, que nada adianta desenvolver uma pesquisa intervenção do tipo apoio sem primeiro escolher vivenciar essa disposição de mudança de si mesmo, estar aberto a cada momento, cada movimento, cada processo. Não existe fórmula pronta ou protocolo reconhecido que diminua a importância da escolha que fiz enquanto pesquisadora antes mesmo de iniciar minha investigação.

## 7.5- Algumas percepções

Considero importante descrever minhas percepções enquanto pesquisadora-apoiadora durante todo o processo de formação vivenciado. Assim sendo, tentarei relatar dois aspectos que se tornaram fios condutores da história das turmas segundo a análise das minhas impressões.

O primeiro se refere a três temas organizacionais – acolhimento, redes de cuidado a saúde e a função do Distrito e seus apoiadores. O segundo se refere a questões metodológicas – ambigüidade do curso-intervenção e o uso da metodologia de discussão de casos.

### a) Alguns temas

Primeiramente considero relevante trazer rapidamente três temas que se destacaram durante esse curso-intervenção. O primeiro se destacou pela intensidade do debate, o segundo por ficar em minha opinião incompleto e o terceiro por ter permeado várias discussões e, ainda assim, não foi escolhido pelos profissionais matriculados no curso-intervenção.

#### 1º Acolhimento

As discussões nas quais o tema era o acolhimento trouxeram uma intensa mobilização para ambas as turmas, visto que todos os profissionais matriculados no curso-intervenção participaram ativamente do debate, trazendo diversas contribuições ao processo de trabalho instituído. Além disso, pontuaram com clareza os limites que a rotina do cotidiano impõe as equipes e também relataram os desgastes decorrentes do trabalho em saúde na atenção básica devido ao grande número de variáveis envolvidas no processo.

Acesso e acolhimento são elementos essenciais ao atendimento, e podem favorecer a reorganização dos serviços e a qualificação da assistência prestada (69).

Segundo Acurcio & Guimarães (70), acessibilidade seria a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente.

Já o acolhimento, segundo Merhy *et. al.* (71) “consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários; uma relação de escuta e responsabilização, a partir do que se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção.”

Os profissionais matriculados no curso-intervenção apontam no grupo focal de avaliação que conseguiram entender e aplicar a escuta qualificada, pois, anteriormente ao curso-intervenção, apesar de tentarem, não conseguiam realizar uma boa escuta e isso atrapalhava o desenvolvimento do acolhimento porque muitas informações acabavam escapando. Assim, os mesmos relatam : *“hoje, com as discussões feitas no espaço do curso nos autorizamos a realizar uma escuta qualificada e percebemos o quanto isso melhorou nossa relação com os usuários e os gestores”*.

Contudo, mesmo reconhecendo avanços com relação à escuta qualificada em seu discurso sobre o acolhimento os profissionais matriculados no curso-intervenção ainda trazem alguns apontamentos que separam a prática clínica das atividades de prevenção e promoção e isso ainda se desenha enquanto um entrave nas questões que envolvem o acolhimento.

Além disso, a discussão do acolhimento vem colada ao medo das equipes que o Centro de Saúde se torne um grande Pronto Atendimento e isso traz sofrimento porque se sentem como se estivessem perdendo parte de sua identidade, sua vocação, o motivo de existirem.

Os profissionais matriculados no curso-intervenção reconhecem que não há receita ou protocolo formal que dê conta da prática do acolhimento e tal prática é algo solitário, quem executa dá o tom do desenrolar ou não do processo.

Além disso, os profissionais também destacaram que a garantia de um bom acolhimento não está apenas nas mãos dos profissionais de saúde, já que ela está ligada à gestão do serviço, que deve garantir um espaço físico apropriado para essa prática e

recursos humanos em quantidade e com formação profissional adequada, e também aos próprios usuários que são co-responsáveis por todo o seu processo saúde doença.

## 2º Redes de cuidado a saúde

Um ponto observado é que, apesar dos profissionais matriculados no curso- intervenção terem avançado no tema da construção e constituição das redes de saúde, ainda existem pontos de entendimento que devem ser mais desenvolvidos porque percebe-se que para maioria deles rede virou sinônimo de norma, protocolo onde é necessário pensar em fluxogramas para serem aplicados no cotidiano dos serviços.

Claro que não se deve denotar pouco valor à constituição de redes hierarquizadas, visto que o próprio SUS é um sistema regulado que intervém de forma direta na vida de seus usuários. Não é raro vivenciarmos situações em que o próprio sistema de saúde, ou seja, os serviços que compõem a rede se atropelam, se impõem de maneira autoritária sobre profissionais e usuários, fragilizando o vínculo entre eles. Portanto, não se trata de uma rede idealizada e sim de uma rede composta por serviços/instituições que são povoadas por sujeitos e suas relações.

Percebi que os profissionais matriculados no curso-intervenção apresentavam dificuldade em entender a importância da participação dos usuários na constituição de redes efetivas, visto que o usuário tem autonomia para fazer a gestão de seu cuidado e as equipes de saúde devem compartilhar com ele a construção deste caminho.

Tal dificuldade pode ser entendida porque o exercício de compartilhar com o usuário ainda não se desenha enquanto uma prática efetiva já que envolve gradientes de poder que ainda são diferentes entre profissionais da saúde e usuários.

Além disso, é preciso inserir os usuários nesta agenda de discussão e levar este tema para os espaços de Conselho Local e Municipal de Saúde para que seja possível criar uma pactuação com base em novos diálogos e dar outro sentido para o significado das redes.

Para avançar neste tema, em minha opinião, é preciso levar em consideração duas questões. A primeira é que a constituição de redes deve ser vista enquanto uma estratégia coletiva que envolve os gestores, trabalhadores de saúde e usuários. Em segundo lugar não dissociar a discussão de redes dos debates de modelos tecno-assistenciais e políticas públicas sociais para não cair na dimensão de redes burocráticas que não produzem mudanças na forma de cuidar.

### 3º Função do Distrito e seus apoiadores

Foi observada durante a vivência proporcionada pelo curso-intervenção a pouca apropriação que o Distrito Sudoeste e seus apoiadores têm do seu território, dos serviços que o constituem e das equipes que dão vida às unidades. Vale ressaltar, que os próprios profissionais matriculados no curso-intervenção relatam que um aspecto que dificulta seu trabalho é o distanciamento do distrito e seus apoiadores da sua realidade.

Esta ausência que pode ser proposital ou não (não pretendo problematizar essa questão) traz como consequência o surgimento de um sentimento de abandono por parte dos profissionais matriculados no curso-intervenção. Observei também que faz muita falta para os profissionais matriculados no curso-intervenção a proximidade do olhar externo que os apoiadores do distrito podiam proporcionar estando mais próximos dos serviços.

Portanto, foi tentado abordar durante algumas vezes no curso-intervenção a importância de todos os coletivos terem sempre por perto um agente externo que amplie a visão do contexto vivenciado, potencializando intervenções que tornam possível a superação coletiva de várias situações-problema.

Infelizmente esta discussão não mobilizou o grupo e não avançamos na reflexão sobre o papel do distrito e como deve ser sua atuação. Este fato foi um momento paradoxal, pois, mesmo apontando essa dificuldade, o grupo escolheu não aprofundar esta temática. Talvez porque ainda não estavam preparados para lidar com os conflitos e tensões que essa discussão desencadearia ou ainda porque entendiam que essa discussão não traria impacto para seu cotidiano de trabalho.

## b) Algumas questões metodológicas

Em segundo lugar destaco algumas questões metodológicas que mobilizaram os profissionais matriculados no curso intervenção que são: a ambigüidade do curso- intervenção e a experiência de adotar como fio condutor a discussão de casos.

Algo interessante que surgiu no decorrer dos encontros foi a ambigüidade que se formou em torno da proposta do curso-intervenção. Os profissionais matriculados no curso-intervenção em vários momentos relataram pelo menos três diferentes entendimentos sobre o espaço de formação que estavam vivenciando. O primeiro estava ligado à compreensão do curso-intervenção enquanto uma pesquisa-intervenção com foco na formação de equipes; o segundo enquanto um curso tradicional em que seriam dadas aulas expositivas; ou ainda, em terceiro lugar, enquanto um diferente grupo de estudos e/ou supervisão.

Essa ambigüidade não trouxe prejuízo para o aprendizado dos profissionais matriculados no curso-intervenção visto que eles destacaram nos grupos focais de avaliação que, apesar da experiência vivenciada ter sido completamente diferente do que eles imaginavam, isso não prejudicou seu processo de formação.

Contudo, é importante se repensar a proposta do curso-intervenção visto que isso pode contribuir com outras pesquisas que tenham como característica o desenvolvimento e análise de uma intervenção. Como primeiro ponto, é importante destacar a forma como se desencadeou o contato inicial, ou seja, a forma como a demanda para esse espaço surgiu.

Como já dito anteriormente neste trabalho, essa proposta foi uma iniciativa dos trabalhadores e da coordenadora do Centro de Saúde Jardim Aeroporto em desenvolver um grupo de estudos sobre as diretrizes do SUS uma vez que segundo um trabalhador do CS: *para nós que somos trabalhadores do SUS entender suas diretrizes e o modelo assistencial são fundamentais para nosso trabalho*” . Tal proposta foi formalizada ao orientador deste estudo, que desenvolve atividades de supervisão com os alunos do quinto ano da Faculdade de Medicina da Unicamp neste serviço.

Diante disso, houve uma análise da proposta inicial que foi modificada pelo Coletivo de Estudos e Apoio Paidéia e devolvida para a coordenadora da unidade no formato de curso de extensão de Co-gestão da Clínica Ampliada e Compartilhada. Coube à coordenadora da unidade discutir o novo formato com a equipe e investigar, junto aos trabalhadores, a necessidade e vontade de estar neste curso. Como a equipe sinalizou interesse em participar, foi formalizado o curso junto à Universidade e Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SP).

Assim, parece que essa modificação, feita no pedido inicial dos profissionais, pode explicar em alguma medida a ambigüidade que surgiu com relação ao curso-intervenção. Portanto, é importante buscar, dentro dos parâmetros possíveis, garantir duas coisas: o mínimo de alteração na proposta inicial e a presença dos responsáveis pela mudança na devolutiva para a equipe.

Outro ponto importante que deve ser levado em consideração ao se propor espaços de formação que partem de uma intervenção que visa ser reflexiva e propositiva é não utilizar o nome curso e sim adotar outras nomenclaturas como supervisão, espaços de apoio institucional, entre outras. Ao adotar a nomenclatura de curso trazemos expectativas de uma formação próxima da tradicional, que é a experiência mais vivenciada atualmente.

Por fim, existe a importância de deixar claro no contrato inicial que será usada uma metodologia construtivista diferente do formato clássico de aulas expositivas. A maioria das pessoas que opta por realizar uma formação vivencia espaços de pouca autonomia e protagonismo, desempenhando uma função passiva em relação ao seu processo de aprendizado.

Assim, quando se propõe uma intervenção que visa um processo de formação que adota metodologias diferentes, que levam em consideração a prática clínica e se propõem a refletir sobre ela, deve-se explicitar logo no início o que é esperado dos profissionais que vão participar deste processo, evitando-se assim possíveis ambigüidades.

Outra questão de interesse é a questão metodológica e a forma como os profissionais matriculados no curso-intervenção interagiram com ela.

A utilização de casos reais como disparador para a discussão sobre um tema é uma estratégia interessante, visto que possibilita um debate coletivo onde há uma diversidade de olhares sobre o caso resultando em uma ampliação do olhar dos profissionais responsáveis e também a diminuição de suas angústias e ansiedades. Porém algumas vezes na dinâmica dos encontros nos aprofundamos na discussão dos casos e nos distanciamos do tema proposto.

Além disso, tal estratégia também foi apontada pelos profissionais matriculados no curso-intervenção enquanto algo positivo, mas que, em alguns momentos, dificultou a participação de todos nas discussões porque segundo ele: “*o espaço ficava parecido com uma roda de conversa e desta forma as pessoas que tinham mais facilidade de falar falavam mais; já outras com dificuldade falavam menos*”.

Observamos que a divisão em subgrupos unida a dinâmicas diferentes como o uso de imagens, colagens, entre outras estimulou a participação dos profissionais matriculados no curso-intervenção, conforme o relato abaixo de um profissional da turma B sobre a metodologia adotada para abordar o tema do território:

*(... )um encontro marcante foi quando usamos uma dinâmica diferente, dividindo a turma em pequenos grupos, e escolhemos uma imagem de revista para relacioná-la ao tema do território. É incontestável a importância de usar mais vezes essa dinâmica sob o ponto de vista pedagógico, pois a situação lúdica de aprendizado permitiu uma maior comunicação entre nós e uma escuta sem julgamentos. As associações foram livres, porém influenciadas pelo estudo do texto sobre território e também, de certa forma, contextualizadas sob o objetivo de poder refletir sobre as situações da vida prática profissional.*

É primordial que experiências de curso-intervenção que buscam, em alguma medida, contribuir para o desenvolvimento de uma maior capacidade reflexiva para potencializar mudanças na prática profissional devam primeiro possibilitar vivências de aprendizado que tragam um certo encantamento.

Para isso, é preciso refletir a respeito de temas pensando nos resultados que pretendemos atingir, os conceitos principais do tema que se conectam de alguma maneira com as práticas e as dinâmicas mais adequadas para abordá-los. Por exemplo: quando vamos abordar o tema da família que se liga a algo mais cognitivo e afetivo não é interessante trazer uma abordagem mais teórica e sim filmes, figuras e colagens. Já quando vamos abordar o trabalho em saúde é importante trazer conceitos que definem o trabalho como os apontados por várias correntes teóricas.

Formar profissionais de saúde para SUS a partir da sua experiência prática não é algo simples; é uma iniciativa desafiadora porque, além de ouvir, temos também que responsabilizar o outro, apostando em sua mudança. Temos que ampliar a nossa capacidade de compartilhar, senão o trabalho se torna algo insuportável. Temos que reconhecer que não se trata todos de maneira igual e é preciso singularizar. Por isso, temos que ter como objetivo de nossas práticas ampliar a capacidade de autonomia das pessoas.

Por fim, instituir processos de formação que tenham potência para reconstruir o trabalho em saúde apoiando os profissionais do SUS que se mostram capazes e implicados com esse desafio.

## **7.6- A necessidade de compor novos compromissos**

Uma questão primordial para avançar na construção de práticas ampliadas e compartilhadas, segundo os caminhos trilhados por esta pesquisa, é vencer o pragmatismo e tecnicismo presentes atualmente no contexto do SUS de Campinas. Permito-me ir além e afirmar que esses dois pontos se comportam como um novo tipo de religião e tem sido muito difícil visualizar algum tipo de abertura para inserir novos questionamentos.

Assim sendo, um caminho possível para lidar com esse desafio apontado pelos profissionais matriculados no curso-intervenção nos grupos focais de avaliação seria investir fortemente na capacidade de compor (mesmo nas diferenças) um movimento social forte e articulado.

Considero importante destacar que as instituições públicas vivenciam nos dias atuais um estímulo para a necessidade de se aumentar a capacidade de fazer parcerias com a sociedade sem desresponsabilizar o Estado.

Além disso, devemos lembrar que, atuando em sentido contrário, a cultura do neoliberalismo provocou um esvaziamento do papel das políticas públicas, das lideranças e dos movimentos sociais.

Segundo o Método de Apoio, para fortalecer os movimentos sociais devemos levar em consideração que os sujeitos se mobilizam devido ao interesse e desejo, construindo assim diferentes valores sociais. Desta forma, torna-se imprescindível aumentar a capacidade de análise e compreensão para agir protagonizando lutas e disputas na atual cenário.

Utilizando as reflexões proporcionadas por esta investigação foi possível identificar quais são os atores sociais que podem e devem se ligar aos movimentos sociais buscando assim fortalecê-los.

Surgem como principais: os usuários, em tese os principais interessados no desenvolvimento do SUS; as corporações de trabalhadores da saúde que concordam e apóiam o SUS de maneira passiva e com baixa capacidade de intervenção; o poder judiciário representado pelo Ministério Público; a sociedade acadêmica (CEBES, ABRASCO) que, atualmente, tem enfrentado dificuldades para se contrapor aos discursos tradicionais e, por fim, os gestores estaduais e municipais que muito pouco têm conseguido pautar a agenda do SUS nacional.

Tendo em vista este contexto e os resultados que esta investigação desenhou, considero que trazer esta discussão para o interior das equipes foi um dos aspectos que o curso-intervenção desenvolveu e que pode ser uma das mais relevantes contribuições para o SUS.

Afirmo isso porque, ao se apostar na formação dos profissionais, estimulamos, de várias formas, a reflexão e o protagonismo dos trabalhadores de saúde para além de cada corporação.

Foi real o fato de que o fio condutor da intervenção e sua base metodológica foram a discussão clínica do trabalho em saúde e das práticas cotidianas; entretanto, buscou-se também fortalecer os profissionais de saúde como atores sociais, tornando possível uma articulação entre os espaços da micropolítica e a agenda macropolítica.

No desenrolar dos encontros foi percebida a importância e também a necessidade de se repensar o trabalho em saúde. Esta reflexão baseou-se em uma concepção ampliada do trabalho, na qual o ponto chave estava na possibilidade de buscar e compor redes, criando sentido e, principalmente, produzindo autonomia nos profissionais.

Ao trilhar este caminho, acredito ser viável para nós mesmos e para os outros se apropriemos da militância em defesa da vida. Militância prudente, não dona da verdade, e que traz como primordial a importância do trabalho solidário.

A proposta do Apoio Paidéia reconhece que há vários modos de fazer saúde, tenta compreender que há variações e singularidades, uma vez que o trabalho em saúde é algo específico que lida no seu cotidiano com o complexo processo saúde-doença e incorpora os riscos e vulnerabilidades das questões subjetivas.

Porém, tal proposta reconhece que o dia-a-dia do trabalho em saúde é também um espaço de formação, de criação e de intervenção. Compreendemos e estimulamos no espaço de formação, o entendimento de que todos os trabalhadores são, em alguma medida, gestores. E para organizarem adequadamente seu trabalho precisam entender que a gestão somente acontece na relação com o outro, no entendimento dos processos que acontecem e das forças que (co) produzem o trabalho em saúde: os sujeitos, as relações de poder e as políticas públicas.

Por isso, se observou que a metodologia utilizada, que buscou qualificar a formação das equipes, é um dos caminhos para visualizar saídas para lidar com o desencantamento que observamos entre os trabalhadores do SUS de Campinas (e por que não dizer do SUS nacional?).

Nesta pesquisa buscamos criar e estimular um movimento que traga a força dos trabalhadores que estão na ponta, enfrentando o cotidiano e dificuldades do atendimento em saúde.

Em vários movimentos vivenciados conseguiu-se visualizar uma possibilidade de construção coletiva com esse ator social (profissionais da saúde). Há várias alternativas de resgatar, com eles, o sentido e significado que têm tanto os direitos dos trabalhadores como também sua responsabilidade na qualidade do atendimento prestado.

Este caminho pode até não ser suficiente para efetivar um grande movimento destes atores sociais, mas entre o ideal e o nada há um mundo, espaços onde podemos nos movimentar.

Foi neste espaço que a pesquisa fez questão de se inserir, pois uma das intenções deste estudo foi fortalecer os profissionais matriculados no curso-intervenção, os serviços e também o SUS na sua totalidade.

**CAPÍTULO 8**  
**Considerações Finais**

A presente investigação buscou registrar as possíveis contribuições do Método de Apoio Paidéia para formação de equipes de saúde, analisando os efeitos de um curso-intervenção. Desta forma, o estudo não trabalhou a partir de teorias e, sim, tomou da ação prática o desafio de construir algum conhecimento, partindo da história vivenciada pelos profissionais de saúde e pela pesquisadora-apoiadora.

Profissionais sujeitos, imersos em seu contexto de vida. Motivados pelo desejo de mudanças ou frustrados pelas mudanças que não acontecem. Comprometidos com diferentes tipos de interesses, a partir de projetos pessoais ou coletivos. Crentes em saberes e valores, ou carregados de dúvidas e inseguros a respeito do futuro.

Além disso, a pesquisa também se caracterizou pela produção intencional de intervenções, sendo a pesquisadora um sujeito implicado no contexto das mudanças. O que descrevo e analiso, portanto, está influenciado pela minha visão particular de mundo, meus referenciais teóricos e valores, minhas expectativas pessoais e profissionais, desejos e interesses. Enfim, tudo o mais que há em volta e interfere na minha visão dos fatos.

Neste encontro com a história vivenciada, fui percorrendo vários caminhos. Estes caminhos foram o tempo todo permeados pelo compromisso de construir uma pesquisa e também uma intervenção. Esta relação, bem como a pesquisa e a intervenção foram se desenhando como uma relação de interdependência que possibilitou explorar as tessituras que envolvem a formação de equipes de saúde utilizando o método de apoio Paidéia.

A experiência de relatar o próprio processo experimentado apresenta as suas vantagens e desvantagens. Sua principal vantagem é a potência de proporcionar o exercício de uma investigação criativa e também transformadora para todos os sujeitos envolvidos. Já sua desvantagem é a possibilidade de se perder a objetividade e rigor acadêmico por estar imerso na intervenção e nas suas múltiplas diversidades que foram compostas por avanços e retrocessos.

Vale ressaltar o desafio que é desenvolver uma pesquisa intervenção do tipo “apoio” em um ambiente complexo como o do SUS Campinas atualmente. E adianto que as questões institucionais como a instabilidade dos contratos, alta rotatividade das equipes, a greve dos servidores, entre outros influenciaram diretamente toda essa pesquisa.

Houve vários momentos durante produção desta investigação que o impacto deste contexto trouxe uma sensação de desmotivação, pois não era possível visualizar nos profissionais matriculados no curso-intervenção que este espaço de formação era um objeto de investimento com potência de transformar em alguma medida a realidade vivenciada.

Porém, desenvolver uma pesquisa que possibilitou o aumento da capacidade reflexiva e de intervenção dos sujeitos transpassa diretamente por lidar com esses impasses trazidos pela realidade. Desta forma, a sensação de desmotivação se transformou em motivação, pois, segundo método de apoio Paidéia, é possível realizar mudanças na organização social já que o ser humano não é inerte.

Assim, o contexto institucional interferiu, mas não trouxe paralisia. Foi debatido, analisado e compreendido como um limitante, mas não definidor do processo de formação que foi vivenciado.

Além disso, a possibilidade de trazer uma pesquisa intervenção para dentro dos serviços foi um aspecto primordial, porque trouxe para os sujeitos um sentimento de valorização da sua prática, apostando nela como fonte inesgotável de vários conhecimentos.

Afinal esta pesquisa foi pensada na tentativa de descrever e avaliar as contribuições do método Paidéia enquanto estratégia de formação; então, é importante destacar como uma rápida síntese o que foi produzido nesta investigação.

O processo de formação vivenciado provocou mudanças nas práticas clínicas visto que os profissionais matriculados no curso-intervenção relataram avanços na forma de lidar com situações do cotidiano que anteriormente apresentavam dificuldades, como a abordagem familiar, o trabalho com grupos, o entendimento do território enquanto um espaço de intervenção, a intersetorialidade, entre outros. Além disso, proporcionou também encorajamento para pensar em novos projetos como o Encontro de Cuidadores.

A vivência singular trouxe também um olhar diferente para o interior das equipes, visto que os profissionais matriculados no curso-intervenção reconhecem a importância da equipe para compartilhar as angústias e frustrações que o trabalho em saúde proporciona, apesar de ainda identificar impasses para a efetivação desta dinâmica coletiva no interior dos serviços.

No que se refere à relação com a gestão, vale destacar que observaram-se avanços porque os profissionais matriculados no curso-intervenção conseguiram colocar quais eram suas dificuldades, não apenas nas questões que envolviam a gestão local, mas também a gestão do distrito, e formular propostas coletivas de superação. Além disso, foram reorganizados e retomados os Colegiados Gestores dos serviços que haviam sido suspensos devido aos problemas trazidos pelo contexto institucional.

Percebeu-se que o espaço de formação experimentado trouxe mudanças na gestão de “si mesmo” porque foram analisados de maneira reflexiva preconceitos, valores e construídas novas formas de se relacionar, especialmente com os usuários, através da metodologia de discussão de casos e construção de projetos terapêuticos compartilhados. Tal aspecto é de grande relevância porque o método parte do pressuposto que as mudanças na prática clínica para serem efetivas (irem além do discurso) devem mobilizar o subjetivo de cada um dos profissionais matriculados no curso-intervenção.

Claro que o método também considera que essas modificações são culturais e precisam ser historicamente construídas. Desta forma, é um fator decisivo haver continuidade de governos que sustentam o SUS como um sistema universal capaz de trazer justiça social.

Além de diretrizes políticas, a aplicação do método também depende de contextos favoráveis nos serviços de saúde, pois as intervenções são produzidas, essencialmente, no âmbito da micropolítica das instituições. Portanto, uma das dificuldades para a aplicação do método, comentada nesta discussão, é o fato de que, apesar de existirem espaços de co-gestão nos serviços, ainda persistem problemas na consolidação da gestão democrática visto que isso envolve lidar com os diferentes poderes que permeiam o trabalho em saúde.

Por fim, conclui-se que a presente pesquisa, apresentou evidências de que não somente é possível, mas é fundamental, investir em novos métodos de formação que têm como fio condutor a prática e as vivências que buscam num primeiro momento entender a realidade para depois tentar transformá-la.

A adoção da metodologia do apoio Paidéia enquanto estratégia de formação traz contribuições para efetivação de mudanças tanto na prática clínica e de gestão quanto no âmbito subjetivo, desde que não se perca de vista duas questões: a necessidade de apoiar longitudinalmente o coletivo nesta transição e a certeza de que somente é possível mudar uma prática social quando primeiro mudamos nós mesmos.

Portanto, a metodologia do Apoio Paidéia traz uma proposta interessante, possível de ser adotada dentro dos serviços de saúde e também nos currículos regulares de formação de profissões da área, visto que é capaz de se singularizar a demanda que o coletivo organizado apresenta.

Entretanto, não se pode perder de vista que não é possível mudar os rumos do SUS municipal, estadual ou nacional somente investindo na formação de equipes. É essencial compor projetos comuns na diferença; criar possibilidades para além dos limites administrativo-financeiros; abrir rodas discussão com os sindicatos, trabalhadores, movimentos sociais, usuários, gestores, universidades e construir um movimento ético-político para produção de uma saúde melhor para toda a sociedade.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, Peres MAA. (orgs). *Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. p.21-45.
2. Organização Panamericana de Saúde. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines - 1920*. Publicación Científica 93. Washington, DC: 1964.
3. Campos G.W.S., Gutiérrez A.C., Guerrero A.V.P., Cunha G.T. Reflexões sobre a Atenção Básica e a estratégia de Saúde da Família. In: Campos GWS, Guerreiro AVP (orgs). *Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008. p. 132-153.
4. Testa M. *Pensar em salud*. Buenos Aires: OPS/OMS, 1989.
5. Andrade L. O. M., Bueno I.C.H.C., Bezerra R. C. Atenção Primária a saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM(orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec, 2007. p. 783-836.
6. Mendes E. V. Agora mais que nunca: Uma revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde. In: *Anais do V Seminário de Atenção Primária a Saúde: Perspectivas e Desafios para o século XXI*. Belo Horizonte, 2009.
7. Organização Mundial da Saúde. Documento oficial. *Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud*. 124º reunión, Punto 4.5 del orden del día, 26 de enero 2009.
8. Organização Mundial da Saúde. *Primary Health Care*. Genebra: WHO, 1978.
9. Organização Mundial da Saúde. *Primary health care: now more than ever*. Geneva, The World Health Report, 2008.
10. Organização Pan Americana de Saúde. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: o posicionamento da OPAS*. Washington, 2005.

11. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*. 1ª edição. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. p. 19-42.
12. Campos G.W.S. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paidéia e Reformulação Ampliada do Trabalho em Saúde. In: Campos, GWS, Minayo, MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec, 2007. p 132-153.
13. Departamento de Atenção Básica. SAS. *Relatório de Gestão*. 2008. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_gestao\\_sas\\_2008.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_gestao_sas_2008.pdf). Acesso em novembro de 2009.
14. Campos G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
15. Cunha G.T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.
16. Campos GWS. *O anti-Taylor e o método Paidéia: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional*. Tese (livre-docência). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Campinas, 2000.
17. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 2ªed. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.
18. Campos GWS. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, v.4, n.1, p.19-31. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
19. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saúde Pública* [online]. 1998, vol.14, n.4, p. 863-70.
20. Foucault M. *O nascimento da Clínica*. 6ªed. Tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2006.

21. Onocko Campos R. Pesquisa Qualitativa em Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde Coletiva. In: Barros, Cecatti, Turato (orgs.). *Pesquisa Qualitativa em Saúde: Múltiplos Olhares*. Campinas: Editora Komedi, 2005. p 261-71.
22. Oury J. Itinerários de formação. Tradução Jairo I. Goldberg. In: *Revue Pratique*, 1991. n.1. p.42-50. (mimeo).
23. Balint M. *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Editorial Libros Básicos, 1961.
24. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec /Abrasco, 2000.
25. Brandão CR. *Pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense, 1981.
26. Gajardo M. Pesquisa participante: proposta e projetos. In: Brandão CR. (org). *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 15-50.
27. Monceau G. Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa-ação e profissionalização docente. *Revista Educação e Pesquisa*, 2005. v.31, n.3. p. 467-82.
28. Thiollent M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 1986.
29. Thiollent M. Notas para o debate sobre pesquisa-ação. In: Brandão CR. (org). *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense, 1987. p. 82-103.
30. Rocha G, Aguiar KF. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicol Cienc Prof*, v.23, n.4, Brasília, dez, 2003.
31. Guba EC, Lincoln, YS. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications, 1989.
32. Onocko Campos R, Furtado JP. A participação de diferentes grupos de interesse na geração de conhecimentos sobre a rede de serviços avaliada. In: Onocko Campos R, Furtado J, Passos E, Benevides R. (orgs). *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008. p.231-48.

33. Barbier R. *A pesquisa-ação*. Trad. Lucie Didio. Brasília: Plano Editora, 2002.
34. Furlan PG. *Veredas no território: análise da prática de Agentes Comunitários de Saúde*. [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP, 2008.
35. Cunha GT. *Grupos Balint Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica*. [Tese de Doutorado]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP, 2009.
36. Massuda A. *O método do apoio Paidéia no hospital: descrição e análise de uma experiência no HC-UNICAMP*. [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social/FCM/UNICAMP, 2010.
37. Oliveira AMF; Campos GWS; Oliveira Junior J; Figueiredo MD. Espirais D´Ascese: as contribuições de Balint e da Psicologia Grupal para a potencialização do Método da Roda. In: Campos GWS, Guerrero AVP (orgs). *Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008. p.61-95.
38. Cunha GT, Dantas DV. Uma contribuição para a co-gestão da clínica: grupos Balint-Paidéia. In: Campos GWS, Guerrero AVP (orgs). *Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008. p.34-60.
39. Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos MC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (orgs). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
40. Morgan DL. *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.
41. Gondim SMG. Grupos Focais como Técnica de Investigação Qualitativa: Desafios Metodológicos. *Revista Paidéia Cadernos de Psicologia e Educação*, 12(24), 149-161, 2002.

42. Westphal MF. *Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande paulista (SP)*. [Tese de Livre Docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/ USP, 1992.
43. Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletim da Oficina Sanitária do Panamá*, 1996. v.120, n.6: p.472-482.
44. Furtado JP. *Avaliação como dispositivo* [Tese de Doutorado]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP, 2001.
45. Gondim SMG, Bunchaft AF. Grupos Focais na investigação qualitativa da identidade organizacional: exemplo de aplicação. *Revista Estudos de Psicologia*, PUC-Campinas, v.21, 2004.
46. Fern EF. *Advanced focus group research*. California: Thousand Oaks, 2001.
47. Foucault M. *Theatrum filosoficum: Nietzsche, Marx e Freud*. Tradução de Jorge Lima Barreto. São Paulo: Editora Principio, 1987.
48. Ricoeur P. *Tempo e narrativa*. Tomo I. Campinas: Papyrus, 1997.
49. Freud S. *Construções em análise* (1937). Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v.XXIII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.
50. Onocko Campos R, Furtado J. Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In: Onocko Campos R, Furtado J, Passos E, Benevides R. (orgs). *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008. p.321-34.
51. Gatti BA. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília: Líber Livro, 2005.

52. Fontanella B, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1):17-27, 2008.
53. Silva GJ. O Pulo do Gato.  
Disponível em: <http://recantodasletras.uol.com.br/artigos/69424>. Acesso em: 11/02/2010.
54. Paulon SM. A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa intervenção. *Psicologia & Sociedade*, 17 (3): 18-25, set-dez: 2005.
55. Miranda L, Figueiredo MD, Ferrer AL, Onocko Campos R. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: Onocko Campos R, Furtado J, Passos E, Benevides R. (orgs). *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.  
p.249-71.
56. Onocko Campo R, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(5):1053-1062, mai: 2006.
57. Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Revista de Saúde Pública*, 30(3):285-93, 1996.
58. Bunchaft AF, Gondim SMG. *O significado do cooperativismo popular de trabalho: O caso da Cooperativa de Mulheres do Parque São Bartolomeu*. No prelo, 2003.
59. Xavier A. A técnica do grupo focal na pesquisa com as elites escolares. 2008.  
Disponível em: <http://www.informacoesociedade.ufpb.br/pdf/IS1020006.pdf>. Acesso em: 19/04/2010
60. Figueiredo MD. *Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS-Campinas (SP)* [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP, 2006.

61. Ferrer AL. *Sufrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura*. [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP, 2007.
62. Deslandes SF. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. (orgs). *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.172-175.
63. Andersen T. *Processos Reflexivos*. RJ: Noos/ITF, 1999.
64. Veiga L, Gondim SMG. A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. *Opinião Pública*. v.2, n.1:1-12; 2001.
65. Campos, GWS. Efeito Paidéia e Humanização em saúde: cogestão e não violência como postura existencial e política. In: *Cadernos HumanizaSUS- Atenção Básica volume 2*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. P.129-141.
66. Onocko Campos R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos GWS (org.). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
67. Marques CS, Padilha EM. Contexto e perspectivas da formação do Agente Comunitário de Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v.2, n.2: 345-352, 2004.
68. Onocko Campos R, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. (orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec, 2007. p. 669-88.
69. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e Acolhimento aos Usuários em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v.19, n.1: 27-34, 2003.
70. Acurcio FA, Guimarães MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: Uma revisão de literatura. *Cad Saúde Pública*, v.12:233-242, 1996.
71. Merhy EE, Campos GWS, Cecílio, LCO. (org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

**ANEXOS**

## **ANEXO 1- Curso de co-gestão da clínica ampliada e compartilhada**

### **INTRODUÇÃO**

O Curso de co-gestão da clínica ampliada e compartilhada, proposto pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP em parceria com entidades do Sistema Único de Saúde (SUS), é uma iniciativa que visa à formação de profissionais para o SUS. Esta formação buscará apoiar os profissionais de saúde para que possam compreender e operar com um paradigma fundado na ampliação das práticas clínicas e de promoção, bem como na gestão compartilhada do cuidado, visando processo de co-produção de sujeitos e co-gestão, bem como oferecer-lhe possibilidade de refletir sobre o paradigma biomédico a partir da ampliação do objeto, dos objetivos e dos meios do trabalho em saúde, estimulando a transdisciplinaridade dos saberes e das práticas.

A ampliação da clínica requer o reconhecimento do saber, do desejo e do interesse das pessoas e o questionamento sobre os sentidos da doença na vida dos sujeitos. Para além do olhar do profissional de saúde e da valorização de seu saber, a clínica deve basear-se na escuta e na fala dos sujeitos, assumindo que os modos de vida e as maneiras de lidar com o adoecimento são conformados a partir de dimensões que não são somente racionais. Isso implica a necessidade de superar o caráter exclusivamente prescritivo e pouco negociado das ações em saúde, buscando o desenvolvimento da autonomia ao mesmo tempo como um alvo e como um meio para as intervenções; a clínica para ampliar-se depende da participação do sujeito enfermo ou vulnerável.

No entanto, o enfoque primordialmente técnico e pouco vinculado aos princípios do SUS dos cursos de graduação, assim como a insuficiência de instância de formação contínua nos serviços, não têm possibilitado a qualificação e instrumentalização dos profissionais para analisar e compreender a complexidade das dimensões constitutivas dos sujeitos, tampouco para operar com essa concepção clínica. Coloca-se, então, o desafio de aportar uma visão ampliada do processo saúde-doença-intervenção, articulando as práticas clínicas ao modo de organização e gestão dos serviços, ao trabalho interdisciplinar e em equipe, ao diálogo permanente com outras disciplinas e campos de saber, enfim, uma

clínica que seja capaz de produzir uma aproximação genuína à complexa realidade das pessoas.

Para isso, é necessário promover processos de formação profissional que operem tanto na dimensão técnica, como na dimensão da experiência da relação com o outro. Uma formação que contemple as ferramentas conceituais necessárias para abordar o universo emocional das pessoas, de forma que os profissionais possam “estar advertidos” (Oury, 1991) para identificar naquilo que se apresenta o que é importante acolher e como acolher. Mas que contemple também o desenvolvimento de uma sensibilidade para estar em contato com o outro e seu sofrimento, assim como uma capacidade de analisar-se permanentemente nessa relação.

É com essa perspectiva de formação que este Curso procurará trabalhar. Pretende-se, apoiar os profissionais na análise de suas práticas e na incorporação de saberes que os auxiliem na capacidade de trabalhar em rede, em equipe e com co-gestão do trabalho em saúde.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral:**

- Utilização do Método de Apoio Paidéia na formação de profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) da região de Campinas (SP) segundo diretrizes, conceitos e recursos da saúde coletiva e da clínica ampliada e compartilhada.

## **METODOLOGIA DO CURSO**

O modelo pedagógico utilizado baseia-se na aplicação do Método de Apoio à formação em saúde. O Apoio é um dos elementos contidos no método da Roda, ou método Paidéia, desenvolvido por Campos (2000) na tese intitulada “*Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos – A Constituição do Sujeito, a Produção de Valor de Uso e a Democracia nas Instituições: O Método da Roda*”. A tese parte de uma crítica à tradição da racionalidade gerencial hegemônica, identificando-se como Anti-Taylor. A partir da crítica, o autor propõe um método que busca efetivar a gestão democrática, co-gestão, através do

incentivo à participação dos sujeitos que formam coletivos organizados voltados para a produção de bens ou serviços na gestão da instituição e de seus processos de trabalho. Para tanto, parte-se de uma concepção ampliada de gestão, fundamentada na análise crítica da teoria política, da administração e planejamento, da análise institucional e da pedagogia. A ampliação da concepção da gestão, proposta no método Paidéia, se reflete na ampliação dos objetos e dos objetivos da gestão. Tradicionalmente, a gestão considera como objeto apenas os aspectos administrativos e financeiros de uma organização, desconsiderando os aspectos políticos, pedagógicos e subjetivos que fazem parte da constituição dos processos de trabalho. Por outro lado, identifica que também são objetivos da gestão não apenas a produção de bens ou serviços, mas também a produção dos sujeitos e dos coletivos organizados. Exatamente esta preocupação do método de Apoio com a formação de sujeitos é que nos autorizou a utilizá-lo como principal eixo pedagógico do Curso de co-gestão da clínica ampliada e compartilhada.

## **ESTRATÉGIA e META**

As turmas deverão ter no máximo 160 alunos, que serão organizados em grupos de 20 alunos. A composição dos alunos será também multiprofissional envolvendo profissionais de qualquer nível de escolaridade. Quatro destes grupos serão compostas por integrantes da Atenção Básica: profissionais que trabalhem no Programa de Saúde da Família da cidade de Campinas; dois grupos serão montadas com profissionais de fazem parte da rede de referência em Reabilitação do SUS-Campinas; dois outros grupos serão compostas com profissionais envolvidos com Apoio Matricial em Campinas e região.

A realização do curso será de forma descentralizada, em locais a serem combinados pelos parceiros.

O corpo docente será composto segundo vários critérios, entre eles, ressalta-se o caráter multiprofissional de seus componentes: enfermeiros, psicóloga, terapeuta ocupacional, educador físico, médicos sanitários, médicos de família e comunidade e médico pediatra; vinculados ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp e ao SUS da região de Campinas.

## **ESTRUTURA DO CURSO**

O curso será desenvolvido em modulo único utilizando o método de apoio Paidéia e sua função de co-produção de sujeitos, de sociabilidade e de instituições, como um fio condutor que nos possibilitará criar possibilidades de intervenções concretas sobre a realidade das equipes e dos profissionais, através das práticas – elaboração de projetos de intervenção ou de projetos terapêuticos concretos-, ou seja, a adoção desta metodologia de apoio objetiva, por meio de uma reflexão sobre a própria prática, que os profissionais da atenção básica possam desenvolver maior capacidade reflexiva, e em conseqüência, adquirir maior capacidade de interferir sobre fatores estruturados que os condicionam.

O curso terá duração de um ano, serão realizados 18 encontros, com duração de 2 horas e 30 minutos totalizando a carga horária de 45 horas, com cronograma a ser pactuado com a turma.

A estrutura do curso será adaptada, de acordo, com a necessidade de cada grupo.

## **AValiação/ APROVAÇÃO DO ALUNO**

A avaliação será realizada de forma permanente durante a vigência do curso e também irá incluir a análise dos alunos responsáveis pela apresentação do caso/tema.

Esta análise deverá conter: os traços fundamentais, as intervenções realizadas pelo grupo, reflexões das impressões ao final do encontro e as contribuições do debate na produção de mudanças na forma/maneira de entender o caso/tema. Este trabalho deverá tomar a forma de um projeto de intervenção a ser defendido como monografia ao final do curso pelo grupo responsável.

Exige-se presença mínima em 85% das aulas ministradas.

## **AValiação DO CURSO**

Ao final do curso os participantes farão uma avaliação global abordando aspectos relativos ao conteúdo, á metodologia, á coordenação e á bibliografia.

## **ANEXO 2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Este termo pretende informar sobre a forma de avaliação da metodologia de ensino-aprendizagem utilizada no “Curso de Co-gestão da clínica ampliada e compartilhada”, oferecido para cerca de 40 profissionais de nível superior e médio, da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SP), pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social, no período de Junho de 2009 a Dezembro de 2010. Solicita autorização dos alunos para que o material produzido no curso possa ser utilizado como banco de dados para subprojetos de pesquisa vinculados a essa experiência, dois dos quais já em fase de planejamento:

- “Avaliação da utilização do método de Apoio Paidéia para a formação em saúde: clínica ampliada e co-gestão”.

- “Apoio matricial em um Centro de Referência: avaliação participativa de um processo de formação profissional e as mudanças na prática clínica”. Projeto de mestrado que objetiva avaliar como e se a metodologia do curso contribui na produção de mudanças nas práticas clínicas dos profissionais”.

A metodologia adotada no curso – Método Paidéia (Campos, 2000) – privilegia o trabalho em pequenos grupos (nesse caso, duas turmas de cerca de 20 alunos) e combina ofertas teóricas com as demandas do próprio grupo, procurando exercer uma intervenção sintonizada com a realidade e objetos de interesse de cada grupo. A metodologia pressupõe o enfoque na relação terapêutica entre profissionais e usuários e a produção de efeitos simultaneamente pedagógicos e terapêuticos junto aos alunos. Estas características são inovadoras em cursos de especialização, portanto devem ser avaliadas e divulgadas para aprimorar os processos de formação continuada dos profissionais de saúde.

Para avaliar as potencialidades e limites dessa metodologia no desenvolvimento do aprendizado teórico-prático dos alunos e de sua capacidade de intervenção da realidade, propõe-se realizar duas rodadas de grupos focais de avaliação, nos quais os alunos serão convidados a discutir temáticas relativas ao curso. Os grupos focais serão realizados por turma, ou seja, cada uma das duas turmas se constituirá como um grupo de avaliação. Cada grupo terá um coordenador – que apresentará os temas de interesse e focará o debate –, um anotador e um observador, que serão responsáveis por anotar e observar a dinâmica da discussão a fim de facilitar a transcrição e análise das falas.

Será utilizado um gravador de áudio para se garantir que todas as informações fornecidas pelos alunos durante as discussões possam ser recuperadas e analisadas posteriormente. A identidade e a privacidade dos alunos serão preservadas na transcrição das falas e incorporação

das informações em relatórios e textos de análise. Nas transcrições, as falas dos alunos serão identificadas apenas por números ou outros símbolos que impossibilitem a identificação dos nomes, e os professores terão acesso apenas a essas transcrições. Nada do que for dito nos grupos focais será usado contra os alunos no decorrer do curso ou na sua avaliação de desempenho.

Os alunos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento posteriormente, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo. Serão atendidas quaisquer solicitações de esclarecimento, antes, durante e após a realização dos grupos focais.

As informações obtidas através dos grupos focais, assim como outros materiais produzidos no curso, como anotações feitas pelos apoiadores durante os encontros e discussões com os alunos, relatório dos casos apresentados pelos alunos com suas impressões, poderão ser utilizados como banco de dados para subprojetos de pesquisa (mestrado, doutorado, pós-doutorado) e/ou análises temáticas relativas à experiência realizada pelo curso, sua metodologia e resultados alcançados. Esses produtos poderão ser publicados na forma de artigos e livros, observando o compromisso com o anonimato dos alunos. Os próprios alunos terão acesso ao banco de dados, assim como professores e outros pesquisadores.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar dos grupos focais para avaliação do curso e autorizando o uso do material como banco de dados para pesquisas.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Campinas/ SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do aluno

\_\_\_\_\_  
Assinatura do coordenador do curso

**Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos (coordenador do curso)**

**Faculdade de Ciências Médicas/ Unicamp – Telefones: (19) 3521 8049 e 3521 8945**

A sua participação é voluntária. Em caso de dúvida entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – Caixa Postal 6111 – CEP: 13083-887 – Campinas/ SP – Fone: (19) 3521 8936 – E-mail: [cep@fcm.unicamp](mailto:cep@fcm.unicamp).

### **ANEXO 3- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Grupos Focais**

Esta pesquisa será realizada com fins acadêmicos, como subsídio para a Dissertação de Mestrado intitulada “Avaliação Participativa da utilização do método de apoio Paidéia para a formação em clínica ampliada de equipes para atenção básica”, do Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP. A pesquisa tem como objetivo avaliar os resultados do “Curso de Co-gestão da clinica ampliada e compartilhada” na formação e nas práticas dos alunos, especialmente no que se refere às mudanças na compreensão sobre o processo saúde-doença. Além disso, pretende analisar a proposta metodológica de Apoio Paidéia utilizada no curso para a construção de práticas ampliadas e compartilhadas na Atenção Básica.

Para isso, são objetivos específicos da pesquisa:

- Investigar possíveis mudanças na capacidade dos profissionais para trabalharem em equipe, em rede e com apoio matricial;
- Detectar prováveis mudanças na forma como os profissionais lidam com a co-gestão e as questões de poder que envolvem o processo de trabalho em saúde;
- Gerar subsídios para a formulação e aprimoramento dos processos de formação de trabalhadores de saúde.

Para a coleta de dados serão feitos grupos de avaliação do curso com os sujeitos da pesquisa, ou seja, alunos/profissionais das turmas I e II do “Curso de Co-gestão da clinica ampliada e compartilhada” realizados no Centro de Saúde Jardim Aeroporto.

Será utilizado um gravador de áudio para se garantir que todos os dados fornecidos pelos sujeitos da pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente. A identidade e a privacidade dos sujeitos serão preservadas na transcrição das gravações e na incorporação das informações na redação da Dissertação.

A participação na pesquisa não oferecerá nenhum tipo de prejuízo ou risco para os sujeitos, em nenhuma fase do estudo ou decorrente dele, de forma direta ou indireta.

Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo.

A pesquisadora se compromete a prestar qualquer tipo de esclarecimento, antes, durante e após a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela, além de retornar os resultados da pesquisa a todos os participantes.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, não restando qualquer dúvida a respeito do lido e explicado, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Campinas/ SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Sujeito

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

**Pesquisadora: Cristiane Pereira de Castro**

**Enfermeira e aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/ UNICAMP**

**Telefones para contato: (19) 3325 5029 e (19) 9131 3519**

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – Caixa Postal 6111 – CEP: 13083-887 – Campinas/ SP – Fone: (19) 3521 8936 – E-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

## **ANEXO 4- Roteiro – Grupo Focal de avaliação do Curso de Co-Gestão da Clínica Ampliada e Compartilhada**

**Local: CS Aeroporto**

### **Pergunta disparadora**

1. Na visão de vocês, qual a importância deste curso? Como tem sido a experiência de participar? Para que ele está servindo?

### **Sobre as práticas clínicas e de promoção à saúde**

2. Atualmente, a sua visão sobre o processo saúde-doença-intervenção é diferente da que vocês tinham antes de iniciar o curso? Em que aspectos? O que favoreceu essa mudança?

3. Vocês percebem alguma mudança em sua prática cotidiana (na clínica e nas ações de saúde coletiva) que tenha sido motivada pelo curso? Em que situações vocês percebem essa(s) diferença(s)? A que aspectos do curso vocês atribuem essas mudanças?

4. Vocês desenvolvem ações que não desenvolviam antes de iniciar o curso? Quais? (Visitas, grupos, trabalho com adolescentes e famílias, parcerias com ongs, etc)

### **Sobre o trabalho em equipe**

5. Atualmente, a sua visão sobre a importância do trabalho em equipe é diferente da que vocês tinham antes de iniciar o curso? Em que aspectos? O que favoreceu essa mudança?

6. Em relação à dinâmica de funcionamento das suas equipes, houve alguma mudança motivada pelo curso? A que aspectos do curso vocês atribuem essas mudanças?

### **Sobre a gestão**

7. Atualmente, a sua visão sobre a gestão da unidade e/ou da Atenção Básica é diferente da que vocês tinham antes de iniciar o curso? Em que aspectos? O que favoreceu essa mudança?

8. E na interação com os gestores (coordenador de unidade, apoiadores do distrito), houve alguma mudança? A que aspectos do curso vocês atribuem essas mudanças?

9. E em relação à participação de vocês na gestão da unidade, mudou alguma coisa? Como o curso contribuiu nessa mudança?

### **Sobre a gestão de si mesmo e o “ser trabalhador de saúde”**

10. Vocês desenvolveram algum gosto ou interesse por alguma atividade ou área de atuação, motivados pelo curso? E em relação ao prazer ou à satisfação no trabalho, mudou alguma coisa?

11. Vocês percebem alguma mudança na maneira de lidar com o conflito ou com situações que geram incômodo no trabalho? Como o curso contribuiu?

12. Houve alguma mudança no que vocês sentem em relação ao trabalho direto com as pessoas, a família e a comunidade? E em sua visão sobre o usuário? Como o curso contribuiu?

13. Vocês percebem alguma diferença motivada pelo curso em mais algum outro aspecto da sua vida? A que vocês atribuem essas mudanças?

### **Encerramento**

14. Na visão de vocês, quais são os aspectos que o curso deixou a desejar? O que faltou durante o curso?

## ANEXO 5- Narrativa 1 – Turma A

No atendimento do dia a dia, ficamos muito focados na questão do número de atendimentos, na angústia constante de dar respostas a demanda dos usuários que estão sempre batendo na nossa porta.

Esse curso tem nos ajudado a ver o que está por trás da queixa, tem ampliado a nossa visão e possibilitado visualizar um universo muito maior como a rede na qual o usuário se inclui, sua família e seu território.

Mesmo com a maioria de nós já trabalhando com uma visão ampliada, através das discussões de caso aprendemos muito, pois às vezes, por vários motivos, não conseguimos ter essa visão ampliada para a situação em que o usuário está inserido e que contribui muito para o processo de doença, de adesão ao tratamento.

No curso temos espaço para parar, pensar juntos, discutir a vontade e perceber que através da discussão de um caso específico surgem instrumentos que podem ser usados em outros casos, em outras situações e que podemos ter esse olhar ampliado para outros usuários.

Muitas vezes ainda ficamos presos ao núcleo como, por exemplo, a enfermagem na administração de medicamentos, vacina, o médico e o dentista no consultório atendendo. Desta forma, dentro da visão ampliada proporcionada pelas discussões saímos do nosso lugar, não ficamos mais separados, trocamos experiências, pois a nossa experiência para a gente pode ser pequena, mas ela é importante e com isso temos muitas coisas que podem ser compartilhadas. Compartilhar é dividir nossos saberes e com isso surge um olhar diferente sobre o cuidar dos nossos usuários, seus sofrimentos e sua família.

Para alguns de nós, o entrave maior quando ampliamos o nosso olhar é a abordagem do social. Temos muita dificuldade com o social dentro das equipes. Então é nesta hora que temos que pedir ajuda para os outros profissionais: psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais. Precisamos entender que dentro do consultório, às vezes, ficamos limitados a prática clínica, esquecemos que às vezes o ponto chave não está ali e sim em outras intervenções que construímos com outros profissionais.

Portanto, o fato do curso proporcionar a participação de equipes de diferentes serviços como o CAPS, Centro de Saúde e Apoiadores do Distrito, tem sido um ponto de destaque.

Para alguns de nós, essa interação tem possibilitado compreender melhor funcionamento da rede, suas atribuições e assim facilitado a construção do trabalho em rede reconhecendo nossos parceiros. Pois uma coisa é sabermos que esses serviços existem, outra coisa bem diferente é estarmos convivendo em um espaço coletivo como o curso, discutindo casos, conhecendo ferramentas dentro do sistema que podemos usufruir, vendo os diferentes pontos de vista dos profissionais do CAPS, da gestão, propondo intervenções e criando várias possibilidades interessantes.

Já para outros de nós, essa inovação do curso em misturar profissionais de diferentes serviços que interagem dentro de um mesmo território é algo extremamente potente, pois permite uma aproximação, um melhor entendimento dos problemas que cada serviço vivencia. Neste espaço olhamos um para o outro, nos conhecemos, vamos além do contato telefônico, quebramos a rotina, dificuldades de contato e preconceitos.

Porém, reconhecemos que esse processo de interação entre os diferentes serviços do território nem sempre ocorre de maneira tranqüila, pois em todos os serviços há limitações, frustrações, dificuldades de comunicação, desencontros entre as diferentes equipes, divergência de opiniões entre os profissionais, ou seja, existem vários conflitos nas relações institucionais.

Compreendemos que a identificação dos conflitos institucionais é um indicador positivo uma vez que eles só aparecem partindo do princípio de que os diferentes serviços estão próximos e que as discussões são feitas, e de que alguma forma a equipe conversa.

Entretanto, a abordagem desses conflitos/problemas precisa ser mais desenvolvida e aprofundada pelo curso. Assim sendo, para alguns de nós, se o curso organizasse uma apresentação de temas estruturada (oferta fechada) que possibilitasse pensar através de um caso clínico (ligado ao tema proposto) a relação institucional isso facilitaria a abordagem dos problemas de forma que no final dentro dos serviços a relação se afinasse.

Para outros de nós, se o curso organizasse uma enquete sobre os temas que deveriam ser discutidos como o acolhimento, encaminhamento, interação entre os serviços seria algo mais democrático, menos imposto e desta forma nós teríamos tempo de pensar nos casos clínicos e textos que facilitassem a abordagem dos conflitos institucionais.

Entendemos, portanto que a interação entre as equipes e as discussões de caso na maioria das vezes tem se configurado em uma estratégia potente de formação, mas em alguns momentos, para alguns de nós, a dinâmica do curso de apresentação e discussão de casos acaba de certa forma restringindo a participação, pois alguns temas têm atraído apenas as categorias profissionais com nível superior. Destacamos isso, pois a forma de colocar o debate, de falar, de apresentar está sendo de difícil compreensão para os outros profissionais. Com isso, uma parte do grupo está desestimulada e não se sentindo contemplada pelas discussões.

Assim, consideramos interessante utilizar estratégias diferentes como foi feita com relação ao tema da abordagem de família que se configurou em uma dinâmica mais aberta, feita de maneira mais simples e que possibilitou a participação de todos.

Além disso, percebemos dois tipos de dificuldades com relação aos textos. A primeira se refere ao entendimento de alguns textos que consideramos muito complexos/ difíceis e portanto deviam ser melhor trabalhados. A segunda, por sua vez, se refere ao envio dos textos, pois nem todos receberam, alguns foram disponibilizados muito em cima da hora e não houve tempo para ler, aprofundar na leitura. Assim, sugerimos uma organização melhor para o envio do material para que seja possível disponibilizar os textos pelo menos um mês antes, para cada um ir lendo no seu tempo e assim o as discussões serão mais qualificadas.

Retomando a questão da relação com os outros serviços fora do espaço do curso percebemos que existem alguns avanços, porém isso está acontecendo de maneira gradual e para muitos de nós estamos engatinhando nestas questões uma vez que estamos em processo de formação.

Contudo, identificamos que se não estivesse acontecendo o curso essas dificuldades seriam muito maiores e que para continuar avançando é necessário qualificar o espaço do curso.

Para alguns de nós, essa qualificação, passa pela compreensão deste espaço como um espaço de encontros, ou seja, encontros de gestão, encontros de apoio, encontros de trabalhadores. Então, para melhorar estes encontros é necessário perceber o que o grupo está falando, é necessário perceber como se estrutura um estudo de caso, para que nós possamos aproveitar melhor a organização do curso em si, entre a teoria e a prática.

Destacamos que foi proporcionada pelo curso uma mudança com relação a abordagem familiar pois era um tema que tínhamos bastante dificuldade mas que foi inserida de maneira tão descontraída que no geral todos compreenderam.

Ressaltamos também, que o fato do curso não seguir o formato tradicional e tentar avançar proporcionando um processo de formação que se baseia na nossa pratica em primeiro lugar e depois tenta ligar com oferta teóricas é uma proposta interessante.

Para alguns de nós, o olhar ampliado que tem sido constantemente abordado pelo curso contribuiu muito para humanização dos serviços na relação com os seus usuários.

Para outros o curso tem se configurado em uma motivação de aplicar nossos conhecimentos no que se refere ao atendimento em equipe, discussão de casos, construção de projetos terapêuticos. Pois, mesmo tendo esses conhecimentos, há momentos em que é difícil sair da lógica do número de consultas que tem que ser atendidas por dia e desde o inicio do curso esses outros conhecimentos tem sido mais valorizados.

Para outros de nós, o curso tem ajudado a reorganizar os profissionais dentro dos espaços coletivos dos serviços, pois o olhar ampliado que deve sempre direcionar as ações de saúde, o exercício de compreender e escutar os pontos de vista de outros profissionais como do Caps, do apoio tem se configurado em um grande aprendizado e isso acaba se tornando um incentivo para que esse aprendizado esteja sempre presente nas reuniões de equipe.

Contudo, ainda está sendo muito difícil para nós levar esses aprendizados que acontecem no espaço do curso, pois isso implica em um empenho e envolvimento de todos para dentro dos espaços de reunião nos serviços e na pratica esses espaços apresentam uma forte característica administrativa, de informes.

Essa dificuldade, para alguns de nós, acontece porque o aprendizado que o curso tem proporcionado é algo que está sendo construído, ou seja, é algo muito novo e na maioria das reuniões já temos temas definidos e uma postura marcante da equipe do Centro de Saúde onde apenas um grupo de profissionais, sempre o mesmo, se posiciona ficando o restante como expectadores.

Para outros de nós, essa dificuldade se deve ao sério problema de RH que os serviços vêm enfrentando. Então, às vezes, o que escutamos é “... para que ficar se reunindo e discutindo clinica ampliada se tem paciente batendo na porta precisando ser atendido, vamos atender...”.

Desta forma, falas neste sentido são perfeitamente compreensíveis para alguns de nós, pois a demanda é grande, a pressão da população é grande e, além disso, a pressão da administração também é forte uma vez que temos um “X” de atividades para desenvolver nos serviços independente do número de funcionários. Portanto, essas pressões acabam nos impedindo de sermos mais propositivos e aumentar nossa capacidade de programar mudanças no cotidiano do nosso serviço.

Vivenciando o espaço do curso observamos claramente a importância do trabalho em equipe, dos espaços de reunião de equipe para lidar com algumas angústias que atravessam o cotidiano dos serviços. Pois, com a equipe auxiliando fica mais fácil lidar com a questão de que não sabemos tudo, que não temos que resolver tudo e dar respostas para todos os problemas de saúde que os usuários nos apresentam no dia a dia, que não precisamos fazer projetos terapêuticos maravilhosos para todos os usuários e sim para os que apresentam maior risco e vulnerabilidade, que existem casos tão complexos que a discussão sobre eles nunca terminam e o principal disso tudo que não há solução mágica e pronta. O que existe é a possibilidade de construção coletiva de algumas prováveis soluções.

Entretanto, as dificuldades do trabalho em equipe ainda persistem nos serviços, pois os casos que realmente tiveram essa visão ampliada de toda equipe ainda são pontuais, são poucas as pessoas da equipe que você pode contar, o trabalho em equipe concreto, resolutivo acontece isoladamente e não está incorporado na sua totalidade na pratica cotidiana da maioria das equipes.

Para alguns de nós, não existe modelo, ferramenta ou instrumento que por si só seja suficiente para lidar com as dificuldades do trabalho em equipe. Para lidar com essas dificuldades temos que ir nos reinventando e assim criando as nossas ferramentas.

Já para outros de nós, a superação das dificuldades que envolvem o trabalho em equipe passa por algumas limitações que fogem do nosso alcance como, por exemplo, a falta de viatura para realização de visitas, a estrutura física inadequada dos serviços, entre outros. São problemas burocráticos, na maioria das vezes políticos e não relacionados ao empenho e envolvimento dos profissionais da equipe.

Um ponto de destaque que este curso tem nos proporcionado é o exercício de compartilhar não só com a equipe, mas sim com a rede de serviços. Assim quando pensamos em equipe ampliada, pensamos não apenas na nossa equipe e sim na equipe do território, ou seja, na equipe do CAPS, do centro de saúde, dos apoiadores. Ampliar a clínica não somente dentro do nosso serviço, mas dentro do território.

Assim, entendemos que clínica ampliada não significa só ampliar o olhar de um profissional, de uma única equipe e sim ampliar de forma geral utilizando os recursos disponíveis no território. Existem casos muito difíceis, onde o manejo por parte de uma equipe isolada não vai ser suficiente é preciso compartilhar com mais equipes de dentro e de fora do serviço que o usuário está vinculado.

Quando se trata da relação com os gestores, no espaço do curso foi possível observar claramente os entraves na comunicação entre gestão e trabalhadores, pois não conseguimos falar abertamente das questões que realmente estão nos incomodando, pautar itens que gostaríamos de mudar.

Assim, para alguns de nós, o grande entrave da comunicação está na dificuldade de ouvir e receber críticas, no fato de que as críticas são feitas a gestão e não ao gestor, ou seja, é necessário lidar com as críticas para além das questões pessoais. Para outros de nós, o entrave da comunicação é visto como algo natural, que acontece em qualquer serviço que exista hierarquia.

Desta forma, reconhecemos que na proposta de clínica ampliada e compartilhada trazida pelo curso é necessário avançarmos nesta relação com a gestão e até o momento no espaço do curso ainda não foi aberto um canal de aprendizado para os dois lados: os trabalhadores e os gestores.

Assim sendo, para alguns de nós, uma maneira de avançar é proporcionando temas que evidenciam as dificuldades e quando as críticas surgirem é importante que isso seja abordado como um momento de construção coletiva, que envolve o processo de trabalho e parte sempre do princípio que é possível pensar propostas que se configurem em ações potentes de transformar o cotidiano de trabalho em algo mais leve e tranquilo.

Porém, outros de nós reconhecem que essas discussões serão sempre polêmicas e, portanto é importante usar uma dinâmica que a gente consiga se soltar e visualizar também os entraves que a gestão enfrenta no seu cotidiano. Assim, temos que saber entender e ouvir as dificuldades que a gestão apresenta, os impasses colocados para que possamos realmente entender as implicações e assim não nos sentirmos frustrados na relação entre gestão e trabalhadores.

Para alguns de nós, esse curso até o momento, tem proporcionado um aprendizado pessoal muito importante e com grande significado, porém quando olhamos esse aprendizado enquanto profissionais as coisas ficam mais complicadas porque na gestão pública existe um marco que são as eleições e dependendo do resultado tudo muda. Muda-se o secretário municipal de saúde, os apoiadores, coordenadores e nem sempre conseguimos garantir a continuidade no nosso trabalho.

Para outros de nós, até o momento, esse curso se configurou em uma motivação e valorização do trabalho dos profissionais da atenção básica. Pois, no cotidiano lidamos com questões de extrema complexidade e raras vezes recebemos orientações, ferramentas que possam nos auxiliar na qualificação da assistência prestada aos usuários.

## ANEXO 6- Narrativa 1 - Turma B

Este curso tem sido de grande importância para nós, pois tem se configurado em um espaço de formação que permite a reflexão sobre o nosso trabalho cotidiano e também possibilita uma aproximação entre teoria e prática, porque ao lermos alguns dos textos propostos conseguimos reconhecer o que está bom no nosso trabalho e o que temos que melhorar.

Além disso, destacamos que este espaço para nós, não é um grupo terapêutico, ou seja, não se configura em um espaço de escuta dos nossos problemas pelo contrário, é um espaço de qualificação da nossa prática cotidiana, de aprendizado e reconhecimento das experiências que funcionaram ou não.

É importante destacar que este curso tem mexido bastante conosco, tem provocado reviravoltas em nós alunos e nos profissionais que não estão participando. Ele tem trazido a tona conflitos, inseguranças, frustrações e indignações. Porém, este fato não tem se configurado para nós como algo negativo, mas algo natural onde a leitura teórica, o debate e os momentos de mal estar tem possibilitado outro tipo de aprendizado que nos instiga, nos deixa inquietos e nos mostra os nossos limites.

Entretanto, acreditamos que a metodologia proposta precisa ser repensada em duas questões. A primeira está relacionada ao fato de apostar em um espaço de formação composto por profissionais de diferentes serviços (Centro de Saúde Aeroporto e Caps Davi). A segunda está relacionada ao fato de dividir as equipes dos serviços em grupos diferentes (grupo da terça-feira e grupo da quarta-feira).

Sobre a primeira questão para alguns de nós, quando fomos discutir um caso com intersecções entre os dois serviços as diferenças, os atritos, as questões mal resolvidas surgiram com muita força e proporcionaram um grande incômodo que desmotivou uma parte do grupo. Entretanto, entendemos que esses momentos são esperados uma vez que estão compondo o mesmo grupo profissionais dos dois serviços, mas vale refletir sobre a forma de conduzir, de lidar com esse tipo de incômodo, sem cair na armadilha do apontar: um serviço faz e o outro não faz.

Ainda sobre a primeira questão para outros de nós, apesar dos estranhamentos essa aposta do curso traz vários pontos positivos uma vez que possibilita reconhecer o trabalho do outro, as diferenças que existem entre o Caps e o Centro de Saúde. Isso nos aponta uma perspectiva que envolve a aproximação entre os profissionais, à construção de uma rede de serviços onde o objetivo é cuidar dos usuários que estão no nosso território e isso abre uma diversidade de novos caminhos com várias probabilidades diferentes, pois nos enxergamos como sendo parte desta rede, desta grande equipe do território.

Sobre a segunda questão, gostaríamos de relatar como exemplo um caso da equipe amarela que foi trazido primeiramente pelo grupo da terça-feira pelos profissionais do Caps sem a nossa participação na montagem da apresentação feita. Isso gerou uma série de problemas, pois os colegas de serviço que estavam no grupo vieram contar como se desenrolou o debate, os nomes de profissionais que foram citados, entre outras coisas. O desgaste que essa situação provocou poderia ser evitado se todos os alunos do mesmo serviço estivessem concentrados em um único grupo.

Outro ponto envolvendo a metodologia que gostaríamos de ressaltar é a importância de manter no decorrer do curso o pactuado no contrato inicial. Afirmamos isso, porque no decorrer do tempo algumas coisas foram se perdendo como a questão da matrícula, a parte teórica, a disponibilidade do texto proposto no tempo combinado, de trazer os casos clínicos ou institucionais apresentados por escrito, a frequência.

Para alguns de nós, esse fato criou desmotivação e isso prejudicou a dinâmica dos encontros, pois os descontentes acabaram atrapalhando os interessados em continuar gerando momentos de mal estar e conseqüentemente a saída de muitas pessoas do grupo.

Para outros de nós este fato poderia ser resolvido melhorando a comunicação por email, telefone, disponibilizando algumas coisas por escrito e assim com o tempo a comunicação irá se afinando.

Sobre as mudanças proporcionadas pelo curso, para alguns de nós, esse espaço possibilitou não uma mudança no conceito saúde-doença, mas um momento de reflexão e apontamentos de questões que precisam ser melhoradas como, por exemplo, a experiência trazida pelos Carlos sobre um serviço de referência em DST. Ao trazer essa experiência

para nosso encontro foi possível para nós repensar, refletir sobre os limites dos serviços, as dificuldades enfrentadas por cada profissional ao desempenhar sua prática clínica.

Para outros de nós, houve incorporação de mudanças na nossa prática clínica através das discussões proporcionada pelo curso. Como exemplo destacamos o tema sobre grupos que apesar de ter sido apresentado como algo básico trouxe importantes contribuições sobre dificuldades, mudanças possíveis no futuro que impactaram positivamente em outras experiências de grupo desenvolvidas por outros alunos.

Ainda para outros, a discussão de temas institucionais polêmicos como o Acolhimento proporcionou instigações, novas formas de olhar para esse tema aprofundando em outros pontos como a satisfação do trabalhador, a organização do acolhimento em outros serviços e assim continuamos “estudando” este tema até hoje.

Outra questão importante está ligada ao fato de que no cotidiano, lidamos que casos ultra-complexos e ao trazer esses casos para o espaço do curso ao invés de chegarmos a conclusão que existe uma fórmula mágica, discutimos, refletimos e descobrimos que nem tudo depende exclusivamente de nós, que não temos que dar resposta para tudo e a aceitação do limite tirou uma parte da angústia que vivenciamos.

Para nós, a vivência neste espaço tem proporcionado valorizar o trabalho em equipe, pois com a correria do dia a dia e a grande quantidade de demandas que os usuários trazem acabamos freqüentemente esquecendo a importância desta questão. Destacamos isso porque ao ficarmos mais atentos ao olhar do outro estamos trabalhando em equipe, contando com o colega e possibilitando que ele conte conosco também, temos mais clareza para identificar o que estamos fazendo, o que estamos construindo mesmo com as limitações, então podemos dizer que estamos avançando nesta questão.

Contudo, apesar deste diagnóstico ainda temos grande dificuldade de levar esse aprendizado do curso para as nossas equipes. Para alguns de nós, esse fato ocorre porque o curso é novo e todas esses aprendizados serão levados para o interior da equipe a medida que o tempo for passando. Para outros de nós, o aprendizado tem acontecido de modos individuais porque mesmo tendo outras pessoas do serviço fazendo o curso eles estão no outro grupo e o aprendizado tem acontecido de modo diferente.

Retomando a metodologia do curso, quando aprofundamos nossa discussão sobre um determinado tema institucional queremos logo partir para a mudança de imediato e isso não é possível porque este espaço não é decisório visto que tem uma parte da equipe que não está participando e às vezes isso gera uma frustração no grupo.

Já quando trazemos um caso clínico para discussão isso traz uma série de questões boas ou ruins dependendo de como levamos o caso de volta para a equipe. Apontamos isso porque não temos só o caso que trazemos para o curso, temos vários outros e em alguns momentos surge uma impressão de cobrança. É claro que temos como objetivo dar a melhor assistência possível para os usuários, porém nem sempre isso é possível porque não existe uma super equipe, enfrentamos problemas sérios de RH e no final acabamos discutindo processo de trabalho que é um tema extremamente complexo.

Além disso, na sua configuração o curso traz como aluno também os coordenadores de serviço e este ponto têm gerado descontentamentos. Para alguns de nós, a presença do coordenador (chefe) inibe a nossa discussão, pois alguns apontamentos feitos a organização do processo de trabalho acabam sendo entendidos como críticas pessoais ao coordenador. Para outros de nós, a presença do coordenador limita o grupo, o deixa “amarrado” porque as discussões que ele não valoriza, ou não reconhece como importante acabam não ocorrendo, vão sumindo da proposta do grupo ou pior nem são trazidas uma vez que pode desagradar a coordenação.

Contudo, reconhecemos que o espaço do curso deve ser aberto, mas sugerimos que o papel do coordenador de serviço no curso fosse bem esclarecido e os apoiadores ficassem sempre atentos as implicações que a presença do coordenador traz e dentro do possível discutisse isso com o grupo.

A questão dos conflitos tem aparecido constantemente no curso uma vez que transpassou vários temas. Isso, para nós é algo positivo, pois temos muita dificuldade de lidar com os conflitos no nosso cotidiano e quando apostamos na construção coletiva, na produção de projetos terapêuticos coletivos esse é um tema que temos que encarar.

Para alguns de nós, não é possível dizermos que melhorou ou piorou nossa capacidade de lidar com os conflitos, o que podemos dizer é que estamos aprofundando nossa reflexão. Na discussão que fizemos sobre apoio matricial um dos pontos abordados

sobre a eficácia deste arranjo foi o fato de levar em consideração as características do apoiador e dos apoiados, ou seja, o investimento do apoiador não deve ser focado na sua visão, na mudança do outro e sim na sua postura, na sua abordagem ao grupo apoiado levando em conta as suas características.

Para outros de nós, houve avanço nas questões que envolvem o conflito, pois retomando o caso da equipe amarela que foi citado acima ele foi retomado aqui neste espaço e quando isso aconteceu provocou muitas reviravoltas porque ampliamos o nosso olhar e chegamos à conclusão que o caso teve avanços, pois foram feitas parcerias, mudamos o modo de ver, perceber a usuária.

Outra questão que queríamos colocar é o fato do curso está sendo feito no serviço. Isso traz muitas coisas boas, mas ultimamente devido ao problema de falta de Rh estamos tendo alguns problemas. O espaço é importante, deve ser valorizado, respeitado, porém quando olhamos da porta para fora está um caos. Alta demanda, falta dos profissionais (atestado, férias) e quando optamos por tirar os profissionais do atendimento para estar neste espaço automaticamente sobrecarregamos os que ficaram lá fora. Isso gera uma situação super complicada e em alguns momentos alguns de nós optou por não participar de curso e outros de nós optou por interromper para chamar alguém.

Essa situação tem provocado frustrações e não sabemos que sugestão dar para remediar isso, porém consideramos importante repensar isso daqui para frente e para outros espaços como esse.

Por fim gostaríamos de destacar a importância dessa oportunidade (grupo de avaliação) para repensarmos o que teve de bom, o que nos incomodou e especialmente o que queremos que seja feito daqui para frente.

## ANEXO 7- Narrativa 2 – Turma A

Com a correria do dia a dia temos poucas oportunidades para refletir sobre as questões que envolvem a nossa prática clínica e o SUS de maneira geral, desta forma esse curso surgiu com a proposta inicial de ser um grupo de estudos sobre o SUS.

Para nós que somos trabalhadores do SUS entender o modelo assistencial é fundamental e neste ponto o curso trouxe uma significativa contribuição porque houve várias discussões que possibilitaram vivenciar o sistema, identificar as portas que existem e que não conhecíamos além de nos mostrar como fazer para acessá-las.

Para a maioria de nós o curso se configurou em um espaço proveitoso que trouxe diversos aprendizados ligados a prática cotidiana e também foi uma oportunidade para reflexão sobre as diretrizes do SUS aprofundando nos temas que envolvem a clínica ampliada, projeto terapêutico, abordagem familiar, território e atividades de grupo.

Um ponto importante para alguns de nós foi a possibilidade de um aprendizado com base nas dificuldades que enfrentamos no dia a dia onde foi construído uma proposta pedagógica que traz reflexões teóricas baseadas nas vivências cotidianas proporcionando uma formação singular.

Já para outros de nós o curso também se desenhou enquanto um espaço terapêutico visto que lidamos com vários momentos de tensão, desabafos e até um certo descarrego emocional.

A metodologia utilizada baseada em discussão de casos foi interessante para a maioria de nós porque possibilitou discutir novas formas de intervenção sobre o problema apresentado, porém para outros de nós ela acabou sendo cansativa assim um ponto importante é diversificar a metodologia usada.

Para nós um aspecto interessante utilizado no decorrer do curso foi a presença de convidados (pessoas externas) para contribuir com a discussão possibilitando que o foco do curso não fosse fixo nos apoiadores horizontais como, por exemplo, os convidados que abordaram a questão da família e atividades de grupos.

Outra característica interessante da metodologia do curso em nossa opinião foi à heterogeneidade do grupo visto que contamos com a presença de profissionais de diferentes serviços (CAPS David, Distrito Sudoeste e Centro Saúde Aeroporto). Para alguns de nós isso foi essencial, pois ampliou as possibilidades de intervenção visto que na maioria dos casos do dia a dia o problema não é apenas orgânico ele é também social, ambiental e psicológico.

Para outros de nós essa interação demonstrou os conflitos institucionais e observamos que a rivalidade entre CS e Caps foi diluindo com o decorrer do tempo. Acreditamos que isso ocorreu porque o curso aproximou as equipes fortalecendo os vínculos entre os profissionais, possibilitando entender com maior clareza as características dos serviços visualizando as dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho abrindo um canal de construção coletiva centrado nas necessidades dos usuários.

Vale destacar que para maioria de nós o fato do curso ser realizado no Centro de Saúde foi algo primordial não apenas pelo conforto, mas também porque o espaço foi garantido pela gestão e respeitado pelos colegas de trabalho sendo as interrupções pouco frequentes.

No que se refere aos textos houve para maioria de nós dificuldade na leitura pelo fato do material ser disponibilizado em cima da hora com pouco tempo hábil para reflexão do tema proposto. Além disso, para alguns de nós as leituras foram consideradas densas e isso dificultou o entendimento. Já para outros de nós as leituras foram enriquecedoras e também utilizadas em outras oportunidades de discussão dentro do cotidiano de trabalho como por exemplo os textos sobre Colegiado Gestor e atividades de grupo.

Observamos no decorrer do curso que a participação de todos os profissionais foi um ponto de dificuldade porque o espaço era parecido com uma roda de conversa e desta forma as pessoas que tinham mais facilidade de falar falavam mais já outras com dificuldade falavam menos.

Assim, para nós uma boa abordagem do curso para incentivar a participação foi trazer dinâmicas diferentes como trabalho com fotos, colagens, entre outras alternativas pedagógicas para discutir melhor os temas.

Destacamos também que o curso optou por usar uma metodologia construtivista onde os temas eram definidos no final de cada encontro não havendo um roteiro inicial dos temas que seriam trabalhados. Tal aspecto para a maioria de nós gerou certa confusão e prejudicou o aprendizado trazido pelo curso.

Assim uma sugestão para um melhor aproveitamento do curso em nossa opinião seria acordar logo no primeiro encontro todos os temas que seriam abordados mantendo sempre flexibilidade para mudar quando surgisse um tema emergente não previsto.

Para alguns de nós um ponto que o curso deixou a desejar foi com relação a definição das datas porque no inicio elas não seguiram propriamente um cronograma e isso atrapalhou a organização das agendas nos serviços e conseqüentemente a liberação dos profissionais.

Para outros de nós o problema não foi somente o cronograma, pois mesmo quando as datas se fixaram várias vezes por problemas internos as agendas não eram desmarcadas e alguns profissionais não conseguiam estar no curso ou tinham que ficar o tempo todo saindo para atender agenda.

Ressaltamos que o aprendizado trazido pelo curso qualificou as ações de saúde que são desenvolvidas no cotidiano tornando-as mais eficientes e observamos mudanças envolvendo nossa prática.

Para alguns de nós o tema envolvendo abordagem familiar foi o mais proveitoso devido a dinâmica utilizada que possibilitou através do uso de figuras e construção de histórias em pequenos grupos uma maior interação entre os profissionais que estavam participando do curso e podemos afirmar que atualmente temos conseguido manejar essa tema no cotidiano.

Para outros de nós o tema envolvendo o território foi um dos melhores. Esse tema para a maioria de nós já é algo essencial, mas com as discussões feitas pudemos ampliar nossa concepção sobre o tema para além da questão ambiental, entendendo o que realmente ocorre ao redor dos usuários que atendemos.

Um exemplo é que temos na nossa abrangência uma grande área de tráfico de drogas. Com o curso foi possível entender com maior clareza o quanto a presença dos traficantes, do código moral que existe nestas áreas afeta a saúde das pessoas e principalmente conseguir visualizar outras maneiras de intervir levando em consideração esse contexto.

Existe um consenso que o curso contribuiu para organização do nosso próprio trabalho não nas questões técnicas/formais, mas sim nas questões que envolvem a relação com o usuário, os nossos pré-julgamentos, censuras e valores.

Para alguns de nós isso ocorreu porque dentro do próprio grupo havia uma figura que sempre tencionava, fazia o papel de advogado do diabo e sempre nos fazia repensar nossas posturas com relação ao usuário.

Já para outros de nós isso ocorreu porque no espaço do curso, durante as discussões de caso sempre havia um olhar diferente, uma possibilidade de compartilhar as próprias tristezas e frustrações que o caso trazia mudando assim a forma de intervenção.

Vale destacar que houve vários momentos no curso em que o exercício feito era se colocar no lugar do outro que vive em um território diferente, em uma cultura diferente, em uma situação socioeconômica diferente e para maioria de nós isso foi muito difícil visto que tivemos que repensar nossos próprios valores.

Para nós outra questão importante que lidamos no nosso dia a dia é a impossibilidade de separar o lado pessoal do profissional. Desta forma, há pacientes que nos identificamos desenvolvendo sentimentos positivos e outros que nos trazem sentimentos ruins como raiva e frustração. Para alguns de nós o curso contribuiu nesta questão e nos forneceu certa bagagem no que se refere as diversas relações interpessoais (profissional-profissional, profissional-usuário, profissional-gestor) que podemos aplicar não apenas no Centro de Saúde, mas também em outros locais de trabalho.

No que se refere ao trabalho em equipe consideramos que o curso pouco avançou nesta questão por vários motivos. Para alguns de nós isso ocorreu porque os problemas de RH durante todo o decorrer do período foram sérios envolvendo principalmente a equipe de enfermagem que teve muita dificuldade para participar dos encontros.

Já para outros de nós esse tema não avançou porque os profissionais que participaram do curso tiveram dificuldade de levar esse aprendizado para as reuniões de equipe visto que os colegas estavam desmotivados devido a sobrecarga de trabalho.

Vale destacar também que o Centro de Saúde está passando por um momento diferente relacionado a gestão local porque deste agosto de 2010 nossa coordenadora está afastada devido licença maternidade e estamos vivenciando uma experiência nova com a atual coordenadora.

Para alguns de nós essa relação com a nova coordenação tem sido muito positiva porque observamos uma gestão mais sistêmica, que valoriza as relações humanas, consegue lidar com as críticas e conflitos sendo propositiva e explicando com clareza as justificativas que envolvem todo o processo de trabalho.

Assim, para a maioria de nós, quando se trata da relação com a gestão consideramos que o espaço do curso foi importante, pois esse tema apareceu de forma recorrente em várias discussões e conseguimos colocar nossa dificuldade não apenas nas questões que envolviam a gestão local, mas a gestão central do SUS Campinas.

Atualmente uma dificuldade enfrentada no nosso cotidiano de trabalho e abordada não somente no espaço do curso, mas também em outros espaços institucionais está diretamente ligada a falta de RH nos serviços. Tal situação vem se agravando com o passar do tempo e tem nos trazido muitas angústias, pois tem afetado diretamente a qualidade do nosso trabalho.

Para alguns de nós, isso afetou o aprendizado do curso, pois quando era discutido os projetos terapêuticos singulares para os casos mais complexos ficávamos travados porque não era possível desenvolver os projetos no dia a dia pela falta da equipe completa.

Já para outros de nós, esta questão trouxe frustração porque não conseguíamos avançar na discussão para o momento das propostas, intervenções concretas e com isso vários encontros se resumiram apenas as discussões teóricas.

Existe um consenso que a falta do RH tem descaracterizado a própria função do Centro de Saúde porque vários de nós ficam presos ao atendimento individual e não tem conseguido desenvolver nenhuma atividade de promoção, prevenção, projetos externos e

com isso vários espaços coletivos importantes e significativos para a equipe estão se perdendo.

Outro entrave que enfrentamos no dia a dia, mas que pouco foi abordado no curso é a dificuldade em circular as informações institucionais para potencializar o nosso trabalho junto a população. Para alguns de nós isso ocorre porque não há informação sistematizada em forma de protocolos de acesso como, por exemplo, acesso as medicações de alto custo, ao leite especial, entre outros.

Já para outros de nós isso acontece porque não existem ações coletivas sistematizadas pactuadas no cotidiano do serviço e por isso as poucas intervenções acabam acontecendo de maneira isolada e pontual.

Sobre a falta de adesão ao curso há varias questões que devem ser destacadas. Primeiramente acreditamos que as questões institucionais envolvendo o RH como o término do contrato das enfermeiras com seis meses de curso foi marcante, pois desestruturou toda a escala da equipe de enfermagem e afetou diretamente a dinâmica do grupo.

O segundo ponto em nossa opinião foi a demora na formalização do curso porque a matrícula propriamente dita somente foi feita em agosto depois de um ano de curso e isso desmotivou uma parte do grupo.

O terceiro ponto para nós se relacionou ao conteúdo do curso que para alguns profissionais de nível médio foi muito denso, difícil de acompanhar e não se relacionava diretamente com a prática do dia a dia.

Por fim, para alguns de nós houve desistência por simples desinteresse porque o curso não atingiu as expectativas esperadas especialmente no que se refere a presença do Prof. Gastão durante todo o curso.

Consideramos importante destacar que houve pontos que o curso não conseguiu trabalhar adequadamente no decorrer do tempo que são: o papel do distrito de saúde e suas atribuições; o papel do apoio institucional e as diversas questões que envolvem o tema da intersetorialidade.

Para alguns de nós um tema marcante que não foi trabalhado está relacionado com as questões que envolvem o uso abusivo de álcool e drogas. Consideramos tal tema essencial porque está diretamente ligado a nossa prática cotidiana visto que nossa unidade é uma porta de entrada para esses usuários e ainda temos muitas dificuldades em manejar tais casos.

Para outros de nós o tema da gestão colegiada deixou a desejar porque não abordou diretamente as questões que envolvem o Conselho Municipal e Local de Saúde. Entendemos que esses espaços coletivos são essenciais para a gestão do SUS e dos serviços, porém ainda existem muitas dúvidas relacionadas ao papel dos conselheiros e sua função na rede do SUS Campinas.

Finalizando esse momento de avaliação ressaltamos que cursos com essa metodologia devem continuar e o envolvimento da Universidade com a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas deve ser ampliado se constituindo em uma parceria para promover e ministrar com maior frequência cursos, capacitações e atualizações.

## ANEXO 8- Narrativa 2 – Turma B

O curso foi um espaço não só para falar das dificuldades como a falta de recursos financeiros, mas também se desenhou enquanto um espaço para discussão de outras questões importantes da prática como clínica ampliada, as questões que envolvem a responsabilização da equipe e paciente, a importância do território na comunidade e também da abordagem familiar.

Na nossa prática cotidiana já trabalhamos de forma ampliada, porém com a dinâmica do curso levamos teoria para casa, estudamos, voltamos aqui e debatemos e por isso, achamos que valorizou mais nosso trabalho e qualificou nossas ações nas visitas domiciliares, no atendimento individual e de grupo.

Consideramos que o curso nos proporcionou uma experiência de formação singular porque conseguimos levar os aprendizados para nossa prática cotidiana dentro dos serviços e também para fora quando atuamos em outros locais como consultórios particulares, presídio, entre outros. Para nós, isso ocorreu porque vários conceitos antes só vistos na literatura foram trazidos para debate, foram exemplificados pelos colegas do curso e trazidos para reflexão coletiva.

Para alguns de nós o curso trouxe uma sensação de fortalecimento e motivação uma vez que conseguimos ir além da boa vontade e avançar no embasamento teórico das nossas ações. Vale ressaltar um exemplo envolvendo o apoio matricial: “.....já fazíamos apoio.... aquilo que a gente fazia com boa vontade, sem ter muito conhecimento técnico, a gente já fazia isso, pegar o telefone, ligar pra um especialista e discutir um caso. A diferença é que agora estudamos o tema e nossa prática faz mais sentido, sabemos que estamos indo pelo caminho certo.....estamos como se diz autorizados a usar esse conceito.”

Já para outros de nós o curso não trouxe necessariamente um aumento das nossas ações, mas sim qualificou o nosso trabalho junto aos usuários e equipe porque hoje conseguimos contribuir mais e trazer para o dia a dia do serviço o que aprendemos potencializando nossas ações junto ao território.

Para nós o espaço do curso também se configurou em algo terapêutico porque havia possibilidade de falar e debater abertamente as questões que envolvem o nosso trabalho especialmente das dificuldades uma vez que passamos por um período negro no nossa unidade nos últimos meses.

Em nossa opinião um ponto importante da metodologia foi utilizar as discussões de casos reais como ferramenta para pensar as questões teóricas visto que isso aproximou a teoria da prática, ou seja, deixou de ser aquela teoria de gaveta que ouvimos falar um dia e se tornou algo do dia a dia que conseguimos identificar com clareza na rotina do nosso trabalho.

Outro ponto importante da metodologia que merece destaque foi a organização dos temas. Acreditamos que a iniciativa de não trazer um roteiro pré-definido/pré-estabelecido e sim trazer algo dinâmico que era construído por nós mesmos a cada encontro foi algo muito positivo porque sempre trazíamos um tema que estava gerando angústia no nosso cotidiano e por isso as discussões ficavam mais atuais e enriquecedoras.

Um aspecto relevante em nossa opinião é a frequência dos encontros. Para nós, a frequência mensal foi algo essencial porque era o tempo ideal para nos prepararmos para o próximo encontro. Com esse tempo conseguíamos ler os textos adequadamente, sentar com o colega para organizar a apresentação do caso e pensar nos projetos de intervenção.

Para nós uma questão importante na dinâmica do curso é a presença do apoio do Distrito e do gestor local nas discussões porque nas poucas vezes que um desses atores esteve presente o debate foi mais rico fortalecendo o projeto do serviço e as mudanças no processo de trabalho.

No que se refere aos textos consideramos a maioria deles muito bons, esclarecedores e complementares a nossa prática. Porém, alguns eram densos, difíceis de entender e às vezes cansativos fatos que prejudicaram a nossa leitura, mas não nosso aprendizado porque quando chegávamos ao espaço do curso o grupo ajudava na compreensão e a discussão fluía.

Uma questão problemática e desmotivadora neste grupo foi a assiduidade e adesão. Debates várias vezes essas questões, nos reestruturamos, reformulamos o espaço, contamos com o empenho dos apoiadores, mas ainda assim vários colegas desistiram. Isso trouxe prejuízo para nosso aprendizado porque algumas discussões importantes como a da clínica ampliada e do apoio matricial ficaram precárias.

Ainda sobre a questão da assiduidade gostaríamos de destacar algumas questões. Primeiramente acreditamos que o período da nuvem negra que passamos envolvendo diretamente as questões do RH desmotivou muito a equipe porque gerou uma reorganização na escala de trabalho trazendo mudanças no horário de trabalho de vários profissionais.

O segundo ponto em nossa opinião foi a rotatividade. Vivemos neste período uma entrada e saída constante de profissionais nas equipes. Muitos profissionais optaram por sair da Unidade indo trabalhar em outros lugares e não conseguiram mais conciliar os horários para continuarem no curso mesmo esta possibilidade estando aberta.

O terceiro ponto para nós foi a demora na formalização do curso porque a matrícula propriamente dita somente foi feita em agosto depois de um ano de curso e isso desmotivou uma parte do grupo.

Por fim, para alguns de nós houve desistência por simples desmotivação porque o curso não atingiu as expectativas esperadas especialmente no que se refere a presença do Prof. Gastão durante todo o curso.

No que se refere ao trabalho em equipe, alguns de nós acreditam que o curso não provocou grandes mudanças porque passamos por um período negro, com falta de profissionais por afastamento e demissões. Assim, tivemos muita dificuldade de levar o aprendizado do curso para dentro das reuniões porque os colegas estavam muito desestimulados com a sobrecarga de trabalho.

Para outros de nós, o curso contribuiu para algumas mudanças no trabalho em equipe, pois mesmo com dificuldade alguns aprendizados do curso foram compartilhados nas reuniões gerais como as questões do território e da humanização. Além disso, entendemos que conseguimos levar novas possibilidades de cuidado e até motivar alguns colegas.

No que se refere a gestão local vale destacar que passamos por várias mudanças nos últimos meses porque a antiga coordenadora está afastada por licença maternidade e recentemente foi escolhido uma nova coordenadora. Desta forma, a relação com a gestão ainda está em processo de mudança e adaptação.

Para nós, um aspecto importante envolvendo a gestão trabalhada em momentos do curso se refere à importância da proximidade entre equipes locais e gestores. Destacamos isso, porque quando passamos pelo período negro unido a ausência de coordenador local nos sentimos abandonados pelo distrito e pela secretaria. Houve uma ausência da gestão neste período, período que estávamos precisando de ajuda para dissipar um pouco a nuvem negra.

Para alguns de nós, foi a ausência da gestão neste período que provocou uma grande desmotivação dos profissionais da equipe que se expandiu para o curso e o Centro de Saúde ficou de certa forma sombrio.

No que se refere aos temas há alguns que merecem destaque porque contribuíram para produção de mudanças ligadas as práticas clínicas. Para alguns de nós, um tema importante foi o da intersetorialidade. A maioria de nós tinha muita dificuldade neste tema então trouxemos a discussão para o espaço do curso e logo em seguida conseguimos aplicar em um caso compartilhando com as diferentes instituições as responsabilidades de cada um construindo assim uma intervenção coletiva.

O caso envolvia três meninas, que iam ser desabrigadas e passariam a morar com um parente dentro da área de abrangência da nossa equipe. Devido a complexidade da situação esse caso foi para reunião de equipe, a nossa coordenadora participou da discussão e também trouxe uma assistente social que trabalhava na casa de abrigo que as crianças estavam. Este espaço foi muito enriquecedor visto que toda equipe estava presente e a assistente social nos trouxe toda a trajetória de vida dessas meninas e pudemos juntos nos preparar para acolher de maneira adequada essa família articulando um Projeto Terapêutico Compartilhado entre o Centro de Saúde e a Casa de Abrigo.

Para outros de nós, a maior contribuição do curso foi nas questões que envolvem o Colegiado Gestor porque anteriormente tínhamos muitas dúvidas sobre o papel do Colegiado, as funções dos participantes e como deve ser a atuação deste espaço coletivo

no cotidiano da Unidade. Porém, hoje conseguimos compreender melhor sua organização, apontar os aspectos que precisam ser melhorados e também propor pautas para serem discutidas nas reuniões.

Para maioria de nós esta mudança ocorreu porque conseguimos não só discutir a teoria que fundamenta esse arranjo de gestão como também debater seus limites e potencialidades compartilhando nossos aprendizados com os próprios membros que compõem atualmente o Colegiado Gestor.

Consideramos a discussão sobre apoio matricial muito relevante para nosso trabalho, pois depois dela retomamos as atividades de matriciamento da unidade, aumentamos e fortalecemos nossa rede de conversa com os serviços do nosso território para complementar o cuidado ao paciente, repensamos a nossa postura enquanto profissional que faz o matriciamento e profissional que recebe o matriciamento, além de irmos pela primeira vez ao CAPS AD discutir um caso.

Outra discussão relevante em nossa opinião foi a da abordagem familiar visto que esse era um tema que tínhamos muita dificuldade de manejar no dia a dia. Através do debate baseado em um caso conseguimos refletir sobre os diferentes significados de família e o quanto isso interfere na saúde ou doença da nossa população. Podemos dizer que com o aprendizado desta discussão conseguimos avançar neste tema, pensar novas formas de intervenção para as famílias que vivem situações de maior vulnerabilidade.

Destacamos também que esse curso mexeu bastante com todos nós, nos fez repensar alguns comportamentos na relação com outro. Para alguns de nós isso aconteceu porque o curso possibilitou conhecer uma linguagem que antes era desconhecida e assim a forma de se comunicar com os usuários, colegas de trabalho e gestores se modificou uma vez que conseguimos tanto compreender melhor os significados que permeiam o processo de trabalho como também identificar as dificuldades e enfrentá-las coletivamente.

Para outros de nós isso ocorreu porque conseguimos entender e aplicar a escuta qualificada. Anteriormente ao curso, apesar de tentar não conseguíamos realizar uma boa escuta e isso atrapalhava o desenvolvimento das intervenções porque muitas informações acabavam escapando. Hoje, com as discussões feitas no espaço do curso nos autorizamos a realizar uma escuta qualificada e percebemos o quanto isso melhorou nossa relação com o paciente e os gestores.

Para alguns de nós o conhecimento adquirido no decorrer do curso proporcionou encorajamento para pensar em novos projetos dentro do serviço. Um exemplo é o Encontro de Cuidadores que iniciamos há dois meses em parceria com os alunos do 2º ano da medicina da Unicamp e já decidimos ampliar o ano que vem contando com a participação de mais profissionais da equipe.

Consideramos importante destacar que para maioria de nós o fato do curso ser realizado no Centro de Saúde e dentro do nosso horário de trabalho foi algo primordial porque houve um apoio institucional que nos possibilitou valorizar a agenda do curso. Percebemos organização e colaboração porque as agendas foram fechadas, as interrupções foram mínimas e o curso fluiu tranquilamente.

Fica como uma sugestão para um próximo curso em que estejam participando profissionais de diferentes serviços não fixar o local e sim realizar um rodízio entre os serviços possibilitando uma oportunidade de conhecer diferentes locais.

Gostaríamos de sugerir também que a presença do Prof. Gastão fosse garantida em alguns encontros no começo, meio e final do curso, não apenas no início como aconteceu conosco. Dizemos isso, porque a presença dele no começo foi um motivador para nosso aprendizado já que havia a possibilidade de discutir, fazer perguntas da teoria que ele escreveu e isso trazia para nós um grande significado.

Mas, mesmo com a saída do Gastão os apoiadores permaneceram e imprimiram suas marcas em cada um de nós. Eles trouxeram textos, discutiram conosco, fizeram propostas e intervenções que contribuíram muito com nosso aprendizado.

Finalizando esse momento de avaliação ressaltamos que em nossa opinião todos os temas relevantes foram abordados no curso e, além disso, como os temas eram definidos por nós se por ventura faltou algum tema também somos co-responsáveis.