



Cartografias do **Cuida APS**



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Sumário

Parte 1

Invenções na educação
de trabalhadores
do SUS na APS

Parte 2

Cartografia do
Cuida APS



Ficha catalográfica



2023 Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsmms.saude.gov.br.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Cartografias do Cuida APS [livro eletrônico] /
[Hospital Alemão Oswaldo Cruz] ; org.
Cristian Fabiano Guimarães, Samara Kielmann,
Rosemarie Andrezza. -- São Paulo : Ed. dos
Autores, 2023.
PDF

Vários autores.
Vários colaboradores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-00-89749-4

1. Atenção Primária à Saúde (APS)
2. Doenças crônicas não transmissíveis - Prevenção
3. Doenças crônicas não transmissíveis - Tratamento
4. Profissionais da saúde - Formação 5. Saúde pública
I. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. II. Guimarães,
Cristian Fabiano. III. Kielmann, Samara.
IV. Andrezza, Rosemarie.

23-187069

CDD-610.7
NLM-WA-590

Índices para catálogo sistemático:

1. Profissionais da saúde : Formação : Ciências
médicas 610.7

Tábata Alves da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9253



Créditos

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – PROADI-SUS

Projeto Cuida APS: Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EQUIPES DIRETIVAS MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministra da Saúde

Nísia Verônica Trindade Lima

Secretário de Atenção Primária à Saúde

Nésio Fernandes de Medeiros Junior

Diretora do Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde - substituta

Katia Maria Barreto Souto

Coordenadora-Geral de Prevenção às Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde

Gilmara Lúcia dos Santos

CONASEMS

Presidente

Hisham Mohamad Hamida

Secretário Executivo

Mauro Guimarães Junqueira

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Diretor Presidente

José Marcelo de Oliveira

Diretora Executiva de Sustentabilidade e Responsabilidade Social

Ana Paula Neves Marques de Pinho

Diretora Executiva de Educação, Pesquisa, Inovação e Saúde Digital

Maria Carolina Sanchez da Costa

Gerente de Projetos:

Samara Kielmann

GRUPO EXECUTIVO DO PROJETO

Fernando Freitas Alves

Gilmara Lúcia dos Santos

Lara Paixão

Lígia Mendes Borges

Marcela Alvarenga de Moraes

Samara Kielmann

Projeto Gráfico - Diagramação

L7 Design

EQUIPE TÉCNICA DO HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Coordenadora

Lígia Mendes Borges

Analistas

Tauana Sequalini

Tiago Klein Potratz

Colaboradores

Américo Yuiti Mori

Cristian Fabiano Guimarães

Debora Alcântara Mozar

Flávio Adriano Melo Borges

Fernanda Ferreira Marcolino

Fernanda Rocco Oliveira

Lara Paixão

Luciana Soares de Barros

Mariana Fonseca Paes

Maria Lúcia Teixeira Machado

Maria Delzuita de Sá Leitão Fontoura Silva

Sueli Fátima Sampaio

Rosemarie Andreatza

EQUIPE DE ELABORAÇÃO DO GUIA

Colaboradores

Adriana Paula de Almeida

Américo Yuiti Mori

Bárbara David Galvani

Camila Aleixo de Campos Avarca

Cristian Fabiano Guimarães

Débora Alcântara Mozar

Fernanda Ferreira Marcolino

Fernanda Rocco Oliveira

Flávia Landgraf

Flávio Adriano Melo Borges

Franciele Finfa da Silva

Guilherme Ávila Salgado

Lara Paixão

Larissa Maria Bragagnolo

Luciana Soares de Barros

Maria Delzuita de Sá Leitão Fontoura Silva

Maria Lúcia Teixeira Machado

Mariana Fonseca Paes

Mavie Eloy Kruschewsky

Mawusi Ramos da Silva

Olívia Felix Bizetto

Rosemarie Andreatza

Samara Kielmann

Sueli Fatima Sampaio

Tatiana Clarkson Mattos

Violeta Rodrigues Aguiar

Organizadoras

Cristian Fabiano Guimarães

Rosemarie Andreatza

Samara Kielmann



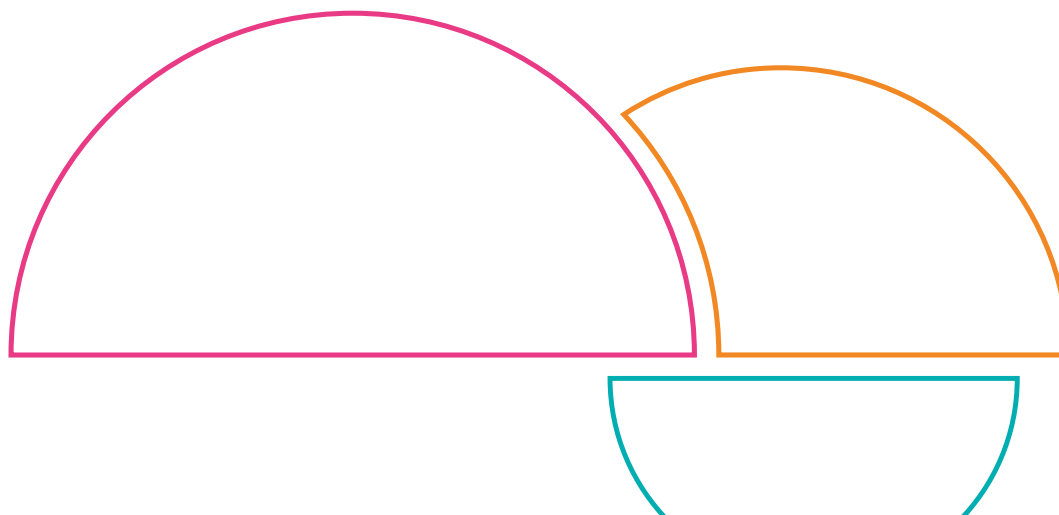
Apresentação

Cristian Fabiano Guimarães, Bárbara Galvani, Rosemarie Andrezza

Este livro é um instrumento para gestores e trabalhadores do SUS (Sistema Único de Saúde) refletirem sobre processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) na Atenção Primária à Saúde (APS). A obra teve como referência a implementação do curso de pós-graduação em Melhoria do Cuidado das Pessoas com Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde, ofertado através do projeto “Cuida APS: cuidado das pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)”. O projeto se insere na agenda estratégica do Sistema Único de Saúde e objetiva fomentar e qualificar o cuidado das pessoas com condições crônicas não transmissíveis, favorecendo o avanço do cuidado integral, o que é previsto no arcabouço legal do SUS.

O referido projeto ofereceu estratégias de qualificação e fortalecimento das equipes de Saúde da APS para o cuidado de pessoas com condições crônicas, apresentando objetivos em consonância às normativas do Ministério da Saúde (MS). O Cuida APS foi promovido pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), em parceria com o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) durante o triênio de 2021-23. Liderado pela equipe de gestão da Responsabilidade Social do hospital, esse projeto envolveu gestoras e trabalhadoras de municípios do interior dos estados do Amapá, Bahia e Pernambuco.

“ O projeto se insere na agenda estratégica do Sistema Único de Saúde e objetiva fomentar e qualificar o cuidado das pessoas, favorecendo o avanço do cuidado integral, o que é previsto no arcabouço legal do SUS.





Contemplando intervenções *in loco* e a distância, junto aos gestores e às equipes de Saúde da APS, esse Projeto ofertou diferentes formatos de cursos com conteúdo e instrumentais pertinentes para disparar processos de Educação Permanente em Saúde, levando em conta as singularidades de cada território e da Rede de Atenção. Com proposta político-pedagógica flexível e atenta às necessidades de formação das trabalhadoras da APS, com o passar do tempo o Projeto e seus dispositivos foram se modificando para melhor responder às demandas, tendo em vista alcançar o objetivo de impactar positivamente na melhoria da saúde da população nos diferentes contextos nos quais o Cuida APS interviu.

Com foco na qualificação do processo de trabalho e das práticas clínicas voltadas às pessoas com condições crônicas, os cursos na modalidade presencial e EaD (Ensino a Distância) ofereceram espaço para que profissionais e suas equipes de Saúde – em sua maioria de trabalhadoras da Atenção Primária – tivessem a oportunidade de atualizar os seus conhecimentos e adquirir novas aprendizagens a partir da reflexão de problemas da prática, ampliando as suas competências e produzindo novas formas de fazer saúde/cuidado.

A qualificação das trabalhadoras foi facilitada através das Gestoras de Campo (GC), que realizaram um processo de formação inicial, com a duração de seis meses para o uso e aplicação do Método de Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ). Componente importante da proposta original do Cuida APS, os pressupostos que fundamentam o MCQ serviram de base para a construção do método “Ativa APS” (JANTSCH et al., 2022). Inicialmente, o Ativa APS foi pensado como um conjunto estruturado de ferramentas para facilitar processos de planejamento no cotidiano das equipes da Atenção Primária. Contudo, a partir do encontro com o território e as suas singularidades, esse conjunto de procedimentos padronizados foi se mostrando insuficiente e pouco potente para responder às necessidades de formação das trabalhadoras.

“ **As Gestoras de Campo foram fundamentais na problematização do Ativa APS e contribuíram para a sua qualificação, abrindo passagem à invenção de um novo agenciamento: o método deixa de ser uma estrutura rígida para se tornar um dispositivo de Educação Permanente em Saúde móvel e maleável que se transforma no encontro com os trabalhadores e altera o território e as suas singularidades. No Cuida APS, o Ativa APS é uma experimentação a se modular na singularidade dos encontros, deixando evidente ser esta a sua principal potência nos processos de EPS.** ”



Por fim, importante destacar o papel do Comitê Local Cuida APS, que apresentou como principais atribuições realizar a gestão estratégica para a sustentabilidade do projeto nos municípios com reuniões periódicas; garantir o desenvolvimento do projeto no território; garantir agenda protegida das especializadas para as atividades decorrentes do projeto; e construir estratégias para a sustentabilidade das ações de melhoria da qualidade nos municípios ao final do projeto. As dificuldades características do cotidiano da gestão do SUS influenciaram o trabalho desses Comitês, impactando favoravelmente ou negativamente no cotidiano da formação das trabalhadoras da APS. Ao término do Projeto, é notável a necessidade de considerar nos projetos futuros, o Comitê Local Cuida APS não de maneira naturalizada, ou seja, como um componente da formação que é capaz de dar respostas sem que ele próprio seja também objeto de intervenção.

Este livro foi produzido por diversas mãos, mãos essas que habitaram, aplicaram e modificaram todos os processos que envolveram o cotidiano do Cuida APS. Os autores dos capítulos desta obra participaram ativamente dos processos formativos e integraram o grupo de pesquisa. Este dispositivo foi introduzido pelos pesquisadores no Projeto para, coletivamente, construir as estratégias da pesquisa, coletar, processar e analisar os dados, com vista a gerar conhecimento a partir da experiência vivida pelos diferentes atores situados nas diferentes dimensões do Cuida APS.

Nas discussões do grupo de pesquisa sobre este livro, decidimos utilizar o gênero feminino na redação dos capítulos. Escolha ética, política e implicada, já que a maioria das pessoas que fez parte do Cuida APS era do gênero feminino, afirmando a importância das mulheres no SUS. Optamos por respeitar o gênero masculino apenas nas transcrições literais de falas utilizadas ao longo dos capítulos, para sermos fiéis ao que fora originalmente verbalizado e/ou enunciado pelas respectivas autoras.

A primeira parte do livro apresenta as invenções que foram produzidas durante o triênio 2021 - 2023 no Cuida APS. O desafio de formar trabalhadoras da APS no SUS implicou na proposição de um conjunto de estratégias que versaram sobre a formação em EaD, o trabalho das Gestoras de Campo e das apoiadoras territoriais, e a organização pedagógica do projeto. Todas essas estratégias fazem parte do Cuida APS em movimento.

Nas discussões do grupo de pesquisa sobre este livro, decidimos utilizar o gênero feminino na redação dos capítulos. Escolha ética, política e implica da, já que a maioria das pessoas que fez parte do Cuida APS era do gênero feminino, afirmando a importância das mulheres no SUS. Optamos por respeitar o gênero masculino apenas nas transcrições literais de falas utilizadas ao longo dos capítulos, para sermos fiéis ao que fora originalmente verbalizado e/ou enunciado pelas respectivas autoras.

As dificuldades características do cotidiano da gestão do SUS influenciaram o trabalho desses Comitês, impactando favoravelmente ou negativamente no cotidiano da formação das trabalhadoras da APS.



A segunda parte, por sua vez, apresenta alguns dos resultados da pesquisa “Invenções e produções na formação e no cuidado em saúde nos territórios vividos do Cuida APS” (ANDREAZZA; GUIMARÃES, 2022). A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HAOC (Parecer número 6.135.514). Os capítulos que compõem essa parte do livro discutem, cada um deles, a estratégia metodológica da pesquisa, denominada “avaliação cartográfica”; lançam um olhar analítico para as Gestoras de Campo; abordam a percepção das especializadas sobre o Cuida APS e as suas vivências durante o seu percurso de formação; e o desafio dos comitês locais nos processos de EPS. No último capítulo apresentamos as potências do Cuida APS nos processos de Educação Permanente em Saúde das trabalhadoras da Atenção Primária.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HAOC (Parecer número 6.135.514).

Esperamos, com este livro, que as leitoras e leitores tenham uma ideia aprofundada dos principais dispositivos educacionais construídos pelo Cuida APS e conheçam os resultados determinantes dessa experiência de Educação Permanente em Saúde das trabalhadoras da APS nos Estados em que ela foi realizada. Ao término da leitura será possível perceber como as invenções e as potências do Cuida APS podem contribuir para pensar processos de Educação Permanente em Saúde no SUS, em especial na Atenção Primária e no cuidado às condições crônicas não transmissíveis. Boa leitura!



Prólogo

Flavia Landgraf, Lara Paixão, Samara Kielmann

Os projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) tem tido seus temas e ações definidos ao longo dos triênios a partir de prioridades sanitárias estudadas pelas áreas técnica, pesquisadores e sanitaristas do Sistema Único de Saúde (SUS), o que inclui o corpo de trabalhadoras e gestoras do Ministério da Saúde (MS), da área de responsabilidade social dos hospitais privados reconhecidos pela excelência (no caso, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz - HAOC) e dos conselhos nacionais de secretarias estaduais e municipais de saúde (CONASS e CONASEMS).

As condições crônicas de saúde emergem como prioridade sanitária em um número significativo de regiões de saúde do Brasil, de acordo com informação obtida no projeto PROADI-SUS *de apoio ao desenvolvimento dos Planos Regionais Integrados*. Também é apontada como uma importante preocupação dos farmacêuticos envolvidos com o projeto PROADI-SUS *de qualificação da assistência farmacêutica na Atenção Básica* e dos gestores estaduais envolvidos com o *Projeto Rede Colaborativa de apoio à gestão municipal*. Da mesma forma, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) despontam como uma prioridade das áreas técnicas do MS diante dos indicadores de acompanhamento dos usuários cadastrados na Atenção Primária à Saúde (APS). Esse cenário é acompanhando pelo marco sócio-temporal da pandemia de COVID-19 que trouxe agravantes no que se refere ao acompanhamento das pessoas com condições crônicas na APS e devido ao cenário do pós-COVID, com ameaça concreta de aumento significativo de pessoas com condições crônicas. Preocupações essas vividas cotidianamente e apontadas pelos trabalhadores e gestores envolvidos com os projetos em andamento.

A ausência de um projeto que olhasse especificamente para as condições crônicas demonstrou a necessidade premente do desenvolvimento de uma proposta que além de abarcar o tema pudesse ainda atender especificidades como a interiorização das ações, o foco na APS e a regionalização do SUS.

Outras expectativas influenciaram ainda no desenho do projeto como o pedido do MS para que a proposta abarcasse o apoio mais direto aos trabalhadores das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Dito de outra maneira, qualificar o cuidado e melhorar os indicadores do PREVINE- Brasil. Por fim, o compromisso do HAOC em desenvolver ações que construíssem sustentabilidade após as intervenções também induziram as escolhas metodológicas propostas pela equipe de desenvolvimento do projeto.



Tendo em vista o histórico acima apresentado foi então desenhada uma proposta que incluía dois cursos EAD de oferta nacional e um arcabouço de intervenções territoriais que denominamos de Linha de Apoio. Ações e atividades que constituíram uma verdadeira engrenagem formativa-pedagógica.

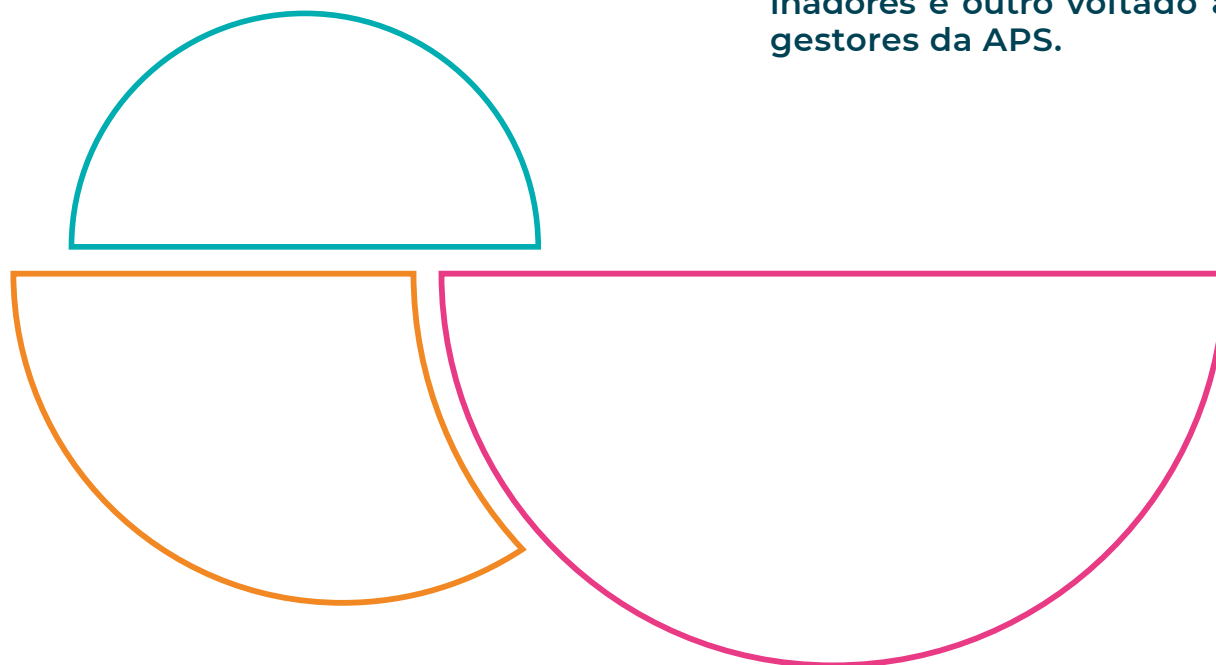
Os cursos EAD tiveram como objetivo a qualificação do cuidado de pessoas com condições crônicas, sendo um voltado a trabalhadores e outro voltado a gestores da APS. O curso voltado aos trabalhadores das equipes de APS trouxe a oferta sistematizada de materiais didáticos e de recursos educacionais para o apoio ao manejo clínico e da gestão da clínica em campo e em núcleo profissional. Já o curso voltado aos gestores da APS ofertou conteúdos teórico-conceituais e recursos educacionais para a gestão dos serviços da APS.

Um ciclo de *webnários*, difundidos e hospedados no canal do CONASEMS, buscou congrega pessoas e saberes, partindo de conceitos-chave discutidos nas ofertas do projeto e conectando os cursos EAD à Linha de Apoio do Cuida APS.

O arcabouço de intervenções locais que denominamos como Linha de Apoio apresentou um desenho bastante robusto e específico que buscou atender a diversas demandas, expectativas e necessidades levantadas pelos parceiros e relatadas no início deste texto. Esse desenho se organizou em torno de uma oferta educacional presencial no formato de pós-graduação *lato sensu* e destinada a trabalhadores da APS. Suas ações foram interiorizadas e regionalizadas, com territórios definidos a partir de critérios de inclusão como amplitude e solidez da cobertura de equipes com Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerando que as abordagens seriam comunitárias e em equipe.

Para a priorização dos territórios a serem atendidos pelo projeto foram utilizados como critérios: a) Cobertura de igual ou maior a 70% por equipes de Estratégia de Saúde da Família; b) sem apresentar queda de cobertura entre os anos 2007 e 2020 maior ou igual a 10%.

“ Os cursos EAD tiveram como objetivo a qualificação do cuidado de pessoas com condições crônicas, sendo um voltado a trabalhadores e outro voltado a gestores da APS.





Embora esses critérios denotem a valorização do modelo de atenção pautado na Estratégia de Saúde da Família, ele isoladamente não é suficiente para sustentar o fortalecimento dele no país. Nesse sentido, a abordagem regionalizada contribuiu para a seleção de regiões que atendessem a esses critérios, ao mesmo tempo que induziu a intervenção em todo o território selecionado, não restringindo as ações apenas às equipes consolidadas com a ESF, mas a todas as equipes locais. Outras reflexões fortaleceram o critério regional como: a maior força no processo de articulação política para sustentabilidade das ações promovidas no decurso do projeto, assim como a possibilidade de melhor observação dos desdobramentos dos resultados em indicadores regionais de saúde, contribuindo para a macrogestão da APS e para a troca regional de saberes.

“ Nesse sentido, a abordagem regionalizada contribuiu para a seleção de regiões que atendessem a esses critérios, ao mesmo tempo que induziu a intervenção em todo o território selecionado, não restringindo as ações apenas às equipes consolidadas com a ESF, mas a todas as Equipes de Atenção Básica locais.

Na análise do ranking de amplitude e solidez da ESF também considerou-se a necessidade de descartar territórios que já contavam com outros projetos PRO-ADI-SUS, cujo público prioritário fossem profissionais de equipes da APS. Critério de exclusão mantido a fim de evitar a concorrência de agendas territoriais, a sobrecarga de dedicação horária em formação dos trabalhadores da APS de uma mesma localidade, assim como para promoção da democratização de ações de qualificação ofertadas a municípios no âmbito do PROADI-SUS.

Assim, os critérios de inclusão “a” e “b” e o de exclusão acima apresentados foram adotados e aplicados em recorte macrorregional, permitindo a seleção preliminar de 22 macrorregiões de saúde. Esse conjunto de macrorregiões foi analisado considerando-se o aporte financeiro e o número de vagas passíveis de serem ofertadas aos municípios. Nessa busca, foram selecionadas macrorregiões que possuíam cerca de 600 equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, já que seriam abertas 600 vagas para o curso de especialização e havia o intuito de contemplar a maior parte das equipes dos municípios. Para as macrorregiões com menos de 600 equipes, foi analisada a contiguidade territorial em relação a outras que cumpriam os critérios iniciais – a fim de contemplar um território geograficamente unificado – e excluídas as que não possuíam.



“ Os desafios dessa etapa de pactuação envolviam a definição conjunta da distribuição de vagas para a especialização e conformação do desenho dos polos educacionais.

Das três macrorregiões que melhor pontuaram foram priorizadas a IV Macro de Pernambuco e Macro Norte da Bahia, que conformam a Rede PEBA, os quais: i) elegeram ações em relação a doenças crônicas não transmissíveis no âmbito do Plano Regional Integrado; ii) configuram um território interestadual em diálogo, contribuindo para a diversidade da realidade social, cultural e econômica na qual as equipes de saúde contempladas estariam inseridas.

Metodologia bem recebida pelo CONASEMS e Ministério da Saúde, a proposta foi acordada sob o indicativo da necessária inclusão de uma região de saúde no Norte do país. Com efeito, a região Norte apresenta alta demanda por ações formativas *in loco*, e raramente é contemplada em projetos PROADI-SUS. Foi pactuada, então, a ampliação da Linha de Apoio de forma associada à supressão de outras entregas em patamar orçamentário compatível aos aportes necessários para esta expansão. Selecionada pelos mesmos critérios, a área Sudoeste do Amapá foi integrada ao desenho e incrementadas novas sessenta vagas no curso de Pós-Graduação.

Aprovada pelos parceiros demandantes, iniciou-se então o processo de adesão local envolvendo as diversas instâncias das Secretarias Estaduais e dos COSEMS da Bahia, de Pernambuco e do Amapá. Mediante a apresentação dos pressupostos do projeto e da proposta metodológica e cronológica da realização da Linha de Apoio, foram firmadas as parcerias e estabelecidos os alinhamentos necessários para pactuação junto aos representantes municipais dos territórios selecionados. Os desafios dessa etapa de pactuação envolviam a definição conjunta da distribuição de vagas para a especialização e conformação do desenho dos polos educacionais. Tais polos compreendem as fronteiras para formação de turmas de especialização, cada qual com vinte trabalhadores, mediante a associação de um conjunto de municípios com proximidade geográfica suficiente para o deslocamento de trabalhadores quando das formações presenciais. Cada um deles poderia abarcar uma ou mais turmas, cada qual acompanhada por um docente – nomeado Gestor de Campo. As formações presenciais ocorreriam em um município sede – localidade que, em contrapartida às formações ofertadas, dispuseram de espaço físico e equipamentos para a promoção destes encontros.





Assim, como na divisão inicial pactuada com o Grupo Executivo, que direcionou trezentas vagas para cada macrorregião de Pernambuco e Bahia e sessenta vagas para a Área Sudoeste amapaense, os principais critérios indicados pelo Hospital aos parceiros locais foram: a conformação de turmas com, em média, 20 especializando por docente, atendendo a uma análise sobre qualidade educacional e de apoio ao processo de educação permanente; o perfil do especializando, considerando seu maior aproveitamento nas atividades; os aspectos metodológicos da intervenção e seu melhor aproveitamento considerando a maior número possível de equipes municipais envolvidas; a constituição de Comitês Locais por polo educacional, compostos por representantes de cada um dos municípios pertencentes ao polo e cuja responsabilidade pousava na sustentabilidade das ações na região. Deste conjunto de critérios, os únicos imperativos foram o número de estudantes por docente e a indicação de representantes para a composição dos Comitês Locais. Os diálogos que se seguiram entre as instâncias municipais, regionais e estaduais, analisaram e agregaram parâmetros para a consolidação do desenho final dos polos, em atenção à observância de aspectos geográficos, institucionais e negociações junto aos parceiros.

Para garantir a execução das atividades na região selecionada foi necessário desenvolver uma estrutura de atendimento ao processo de interiorização, o que significou reconhecer as minúcias do território para garantir a constituição das comunidades de aprendizagem e o deslocamento, estadia e alimentação segura a docentes – as gestoras de campo – e trabalhadores. Internamente à Responsabilidade Social do HAOC, por meio de uma estrutura de atendimento às gestoras de campo, e externamente mediante diálogo permanente de negociação com as instituições parceiras e com os gestores locais para que esses reafirmassem o compromisso com a adesão ao projeto, mantendo o apoio aos trabalhadores.

As intervenções territoriais presentes na Linha de Apoio tiveram como eixo transversal as premissas da Educação Permanente em Saúde em diálogo com as Metodologias Ativas de Ensino Aprendizagem. Esses eixos condutores permitiram o desenho e a proposição de atividades educacionais e de ações de gestão do projeto fortemente ancoradas na aprendizagem significativa, construída com base nas realidades vividas por cada um dos trabalhadores envolvidos. Como dito anteriormente, o desenho estrutural e a distribuição das vagas nos polos educacionais se deram de tal forma que pudéssemos abarcar o maior número de equipes possíveis da região contemplada, partindo de ações educacionais desenvolvidas; ora em concentração com um trabalhador de determinada equipe, ora em dispersão no serviço e envolvendo os demais membros das equipes de saúde do serviço daquele trabalhador.

“ Os diálogos que se seguiram entre as instâncias municipais, regionais e estaduais, analisaram e agregaram parâmetros para a consolidação do desenho final dos polos, em atenção à observância de aspectos geográficos, institucionais e negociações junto aos parceiros. ”



As ações de dispersão tinham como intencionalidade induzir diálogos e atividades que permitissem emergir dos trabalhadores necessidades de melhoria assim com a escolha dos caminhos para as mudanças. Nesse processo foi utilizado um manual de apoio à gestão de microprocessos, o “Manual Ativa APS”, que ofereceu etapas de reflexão, estudo e organização do pensamento para o desenho de planos de melhoria, estruturados em ciclos de mudanças

Houve ainda a preocupação de aportar os trabalhadores por meio de recursos teórico-conceituais que contribuíssem com o manejo clínico na APS. Dessa forma optamos por agregar na carga horária da especialização, em formato de módulo, as aulas, fóruns de debates e materiais didáticos produzidos no curso EAD voltado a trabalhadores da APS.

O arcabouço proposto na Linha de Apoio teve como investimento de sustentabilidade a execução de espaços de difusão e troca de conhecimento entre docentes, coordenadores do projeto, trabalhadores e gestores em espaços que denominamos Encontros de Restituição.

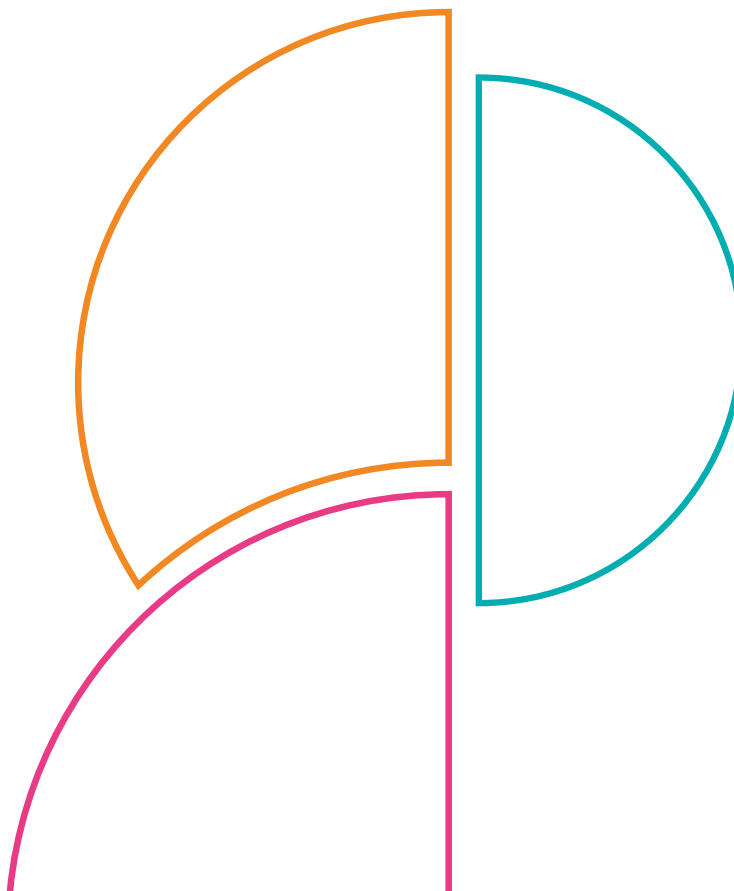
A principal intencionalidade presente nas escolhas metodológicas acima mencionadas foi permitir que a qualificação do cuidado de pessoas com condições crônicas obedecesse a uma lógica ascendente de mudança. Ou seja, que essa qualificação partisse do olhar do trabalhador sobre sua própria prática e sobre os limites impostos pelo território e pela rede de cuidado para então propor mudanças dentro de seu espectro de governabilidade, ao mesmo tempo que apontava às gestões locais as necessidades de apoio para a efetivação das mudanças propostas.

Colocar tal intencionalidade em prática por meio de um projeto PROADI-SUS, ou seja, um projeto que teria início, meio e fim em um triênio, nos impôs inúmeros desafios. O primeiro deles foi compor equipes de trabalho compostas por conteudistas com diversidade de expertise para desenvolver materiais didáticos de manejo clínico e de gestão de microprocessos para APS, ambos baseados nas melhores evidências científicas e com linguagem que permitisse a tradução e permeabilidade dos conhecimentos; e compor um corpo docente para a especialização com profissionais que carregassem as competências de apoio à educação permanente na APS e de facilitação em processos educacionais pautados nas metodologias ativas.



Para legitimar a premissa da ascendência foi necessário construir arranjos de trabalho que garantissem diálogos constantes entre as equipes do projeto e os territórios. Esse processo foi desenvolvido a partir de duas frentes de trabalho. Uma delas com foco nos docentes – Gestoras de Campo – a partir de encontros permanentes de reflexão sobre a prática. Esta frente de trabalho nomeamos de Educação Permanente dos Gestores de Campo (nome atribuído aos docentes deste projeto) e tinha como objetivo contribuir com aporte técnico-pedagógico auxiliando esses profissionais no desempenho das atividades de facilitação de processos educacionais e no acompanhamento das necessidades apontadas pelos trabalhadores em campo no que se refere ao desenvolvimento das competências técnicas de planejamento e de gestão do cuidado na APS. A outra frente de trabalho se dedicava a analisar e monitorar as informações do território para mobilizar o apoio dos gestores federais, estaduais e municipais, promovendo informações oportunas para a tomada de decisão política baseadas nas necessidades dos territórios. Os Encontros de Restituição junto aos gestores macroinstitucionais e aos Comitês Locais do projeto foi uma das apostas dessa articulação, onde eram apresentados e debatidos os resultados obtidos a partir das intervenções propostas pelas equipes de saúde em seus planos de melhoria e pelas reflexões e análises produzidas pelas equipes do projeto diante da prática educacional.

O projeto foi objeto de análise de uma pesquisa científica que propôs a cartografia como método de investigação. Os caminhos da pesquisa se mostraram consonantes aos modos de operação das ofertas e das intervenções do projeto, explicitando resultados que subsidiaram a produção desse livro e também o monitoramento e a qualificação do projeto ao longo de sua aplicação.





Parte 1

Invenções na educação de trabalhadores do SUS na APS



01 O cuida APS em movimento

Lara Paixão, Luciana Soares de Barros, Mariana Fonseca Paes

Contextualização

O Curso de Especialização em Melhoria do Cuidado de Pessoas com Condições Crônicas na APS constituiu-se como uma aposta estratégica para o alcance das ações mais amplas do Projeto Cuida APS. Articulado à linha de apoio aos municípios participantes, teve como objetivo geral contribuir para a qualificação e fortalecimento das equipes de Saúde da APS para o cuidado das pessoas com condições crônicas.

A escolha por ofertar um curso de pós-graduação às trabalhadoras da Atenção Primária à Saúde teve como premissa o reconhecimento de que as condições crônicas necessitam de cuidado longitudinal e que tais agravos demandam novas práticas de saúde e de organização na oferta de serviços (SILVA, 2015), deslocando uma abordagem de intervenção sobre o corpo, para um modo de ser cuidado de forma integral, priorizando o apoio ao controle e monitoramento da doença (LIRA; NATIONS; CATRIB, 2004), que pode ter como consequências possíveis mudanças de hábitos, desejos, gostos, práticas, interações sociais, uso expressivo de medicação e dos serviços de Saúde (SARTI, 2015).

Reconhecendo a complexidade que envolve o cuidado de crônicos, a pós-graduação optou por abordar o tema na perspectiva das condições crônicas sem, no entanto, desconsiderar os estudos, dados e informações referentes às Doenças Crônicas Não Transmissíveis, entendendo que essas são evidências que compõem o processo de reconhecimento das necessidades de saúde local e contribuem com a territorialização dos serviços, com o monitoramento da saúde da população e com a tomada de decisão sobre ações locais em Saúde. Assim, o olhar para as condições crônicas apoiou o desenvolvimento de estratégias de vigilância e as amplia, incluindo as diversas nuances que determinam e condicionam o processo saúde-doença na reflexão sobre as formas de cuidar.



A compreensão sobre a importância de se abordar o tema das condições crônicas nos processos formativos contínuos da APS soma-se à reflexão sobre o tempo histórico vivido pelas trabalhadoras desses serviços no país, que em contexto pandêmico passaram por uma equivocada retração dos atendimentos e das abordagens comunitárias comuns à Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que refletiu negativamente no acompanhamento longitudinal da população (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020). Outro ponto que merece destaque foi o redirecionamento das Políticas de Saúde, sobretudo a partir de 2017, que arrefeceram a perspectiva mesmo antes do cenário estabelecido pela pandemia de Covid-19 (MEDIANA et al., 2020). Nessa perspectiva, o cuidado comunitário, antes entendido como ponto forte da atuação profissional na Atenção Primária, vai dando lugar ao cuidado individual, nem sempre eficaz quando se pensa em abordagens complexas para o cuidado das condições crônicas.

O contexto anteriormente descrito apontava para um cenário de amplificação da demanda reprimida de acompanhamento das condições crônicas, o que justificou a urgência de investimentos formativos que resgatassem as ações de cuidado no modelo comunitário e com protagonismo das equipes na proposição de melhorias em seus processos de trabalho.

O contexto anteriormente descrito apontava para um cenário de amplificação da demanda reprimida de acompanhamento das condições crônicas, o que justificou a urgência de investimentos formativos que resgatassem as ações de cuidado no modelo comunitário e com protagonismo das equipes na proposição de melhorias em seus processos de trabalho.

As premissas metodológicas da especialização se ancoraram em um modelo de curso de formação-intervenção que teve como centralidade processos de experimentação de planos de melhoria para a qualificação do cuidado nas Unidades de Saúde. Considerou que o cenário de arrefecimento da Atenção Primária e da Estratégia de Saúde da Família corroboram com a constituição de equipes cujos processos de trabalho são muito heterogêneos e fragmentados, com dificuldade de trabalhar em conjunto, de utilizar tecnologias de microgestão do cuidado, de ofertar acesso oportuno e de oferecer cuidado integral. Portanto, a equipe de coordenação do projeto Cuida APS filiou-se à perspectiva de que é necessário e urgente um cuidado com alta qualidade técnica e que, ao mesmo tempo, fosse capaz de produzir práticas mais inclusivas e colaborativas, sustentadas pelo vínculo e conectadas à vida.



Ainda que fosse possível desenvolver a linha de apoio do projeto com a oferta de processos de Educação Permanente em Saúde desvinculados à instituição de ensino formadora parceira, a Faculdade de Educação em Ciências da Saúde (FECS), do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, optou-se pela vinculação dos processos formativos a uma instituição de ensino, tomando como pontos favoráveis: a contrapartida às trabalhadoras participantes do projeto, através de um certificado de pós-graduação; a ampliação do engajamento destas trabalhadoras em um projeto longo, com duração de 18 meses; a abertura da instituição de ensino parceira ao desenho metodológico proposto, com atividades educacionais que envolvessem toda a equipe de Saúde à qual pertenciam as especializadas e que partiam da própria prática das trabalhadoras para induzir a implementação de processos de mudança para a qualificação do cuidado.

Quando nos referimos ao desenho metodológico desta pós-graduação estamos incluindo tanto o Plano Político Pedagógico desenvolvido junto à FECS, no qual encontramos os ciclos de aprendizagem, a organização curricular, as intencionalidades pedagógicas, os instrumentos e ferramentas didáticas, como também o arcabouço político-estrutural envolvido com a oferta educacional, o que incluiu a definição das regiões participantes, a constituição dos polos educacionais com a territorialização regionalizada das atividades, a seleção dos serviços/trabalhadoras em articulação direta com as gestoras locais do SUS e a articulação longitudinal desenvolvida junto às gestoras do SUS.

A definição territorial inicial foi feita a partir de um estudo da cobertura de Estratégia de Saúde da Família, onde se buscou por macrorregiões com 80% ou mais de cobertura no território nacional. Dentro desse perfil foram encontradas a IV Macro de Pernambuco e a Macro Norte da Bahia, melhor colocada no ranking. Considerando ainda um apontamento do MS foi feito um ranking específico para a região norte do país, onde a 3ª região do Amapá ficou melhor classificada.

Quando nos referimos ao desenho metodológico desta pós-graduação estamos incluindo tanto o Plano Político Pedagógico desenvolvido junto à FECS, no qual encontramos os ciclos de aprendizagem, a organização curricular, as intencionalidades pedagógicas, os instrumentos e ferramentas didáticas, como também o arcabouço político-estrutural envolvido com a oferta educacional, o que inclui a definição das regiões participantes, a constituição dos polos educacionais com a territorialização regionalizada das atividades, a seleção dos serviços/trabalhadoras em articulação direta com as gestoras locais do SUS e a articulação longitudinal desenvolvida junto às gestoras do SUS.



A definição dos locais culminou na constituição de polos regionalizados e interiorizados, impulsionando resultados iniciais como o aquecimento da rede educacional em regiões pouco atendidas por projetos do PROADI e a troca de saberes com a valorização das práticas e conhecimentos sertanejos e amazônicos de trabalhadoras, gestoras locais e educadoras.

O arcabouço político estrutural desenvolvido para o segmento do projeto incluiu a constituição de grupos macroinstitucionais compostos por representantes das Secretarias Estaduais de Saúde contempladas, dos COSEMS (Conselho de Secretários Municipais de Saúde) e do Ministério da Saúde em um processo de definição de polos educacionais¹ que considerou premissas pedagógicas e estratégicas como:



Número máximo de 20 especializadas por docente – para uma melhor qualidade de acompanhamento educacional;



Inclusão do maior número possível de equipes dos municípios envolvidos, tendo como estratégia a seleção de uma a duas trabalhadoras de unidades com Estratégia de Saúde da Família;



Indicação de gestoras locais como representantes municipais para a composição de um comitê de acompanhamento das atividades da especialização no polo;



A viabilidade de deslocamento territorial das especializadas ao polo educacional.

¹ Polo educacional nesse projeto foi considerado um território educacional definido pela distribuição de vagas entre municípios participantes de um espaço geográfico próximo, sendo um dos municípios desse espaço definido como “município-sede”, ou como “marco zero”, como preferiram denominar as gestoras da Bahia. O município-sede ou o marco zero foi definido de acordo com as condições logísticas para ceder o espaço físico e para ser rota de chegada para os demais municípios daquele polo.



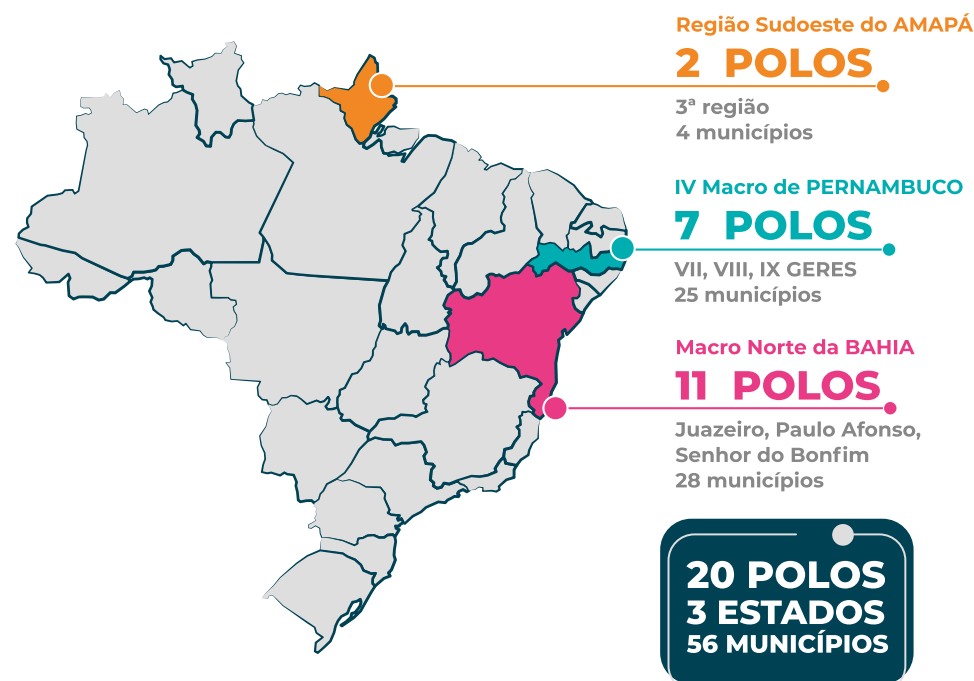
Nesse processo vale destacar como especificidades, o envolvimento de gestoras da Saúde Indígena no Estado da Bahia, garantindo a participação de trabalhadoras dos DSEIs (Distrito Sanitário Especial Indígena) como especializandas; o envolvimento das gerências regionais de Saúde de Pernambuco, instâncias descentralizadas que proporcionaram maior participação das gestoras municipais na definição dos polos e vagas, e a abertura da Comissão Intergestora Regional do Amapá como espaço de diálogo sobre o projeto com as gestoras.

Ao longo da especialização foram desenvolvidas ações estratégicas de cunho ascendente que tiveram como intencionalidade envolver as gestoras com as principais ações, problemáticas e demandas discutidas pelas trabalhadoras na especialização. Os encontros, denominados de Restituição e Mostras de produções das trabalhadoras, permitiram diálogos diretos e indiretos sobre o cotidiano de trabalho nos serviços.

Os encontros com as gestoras locais permitiram ainda apontar análises sobre o perfil de formação, regime de trabalho das especializandas, bem como as implicações desse perfil nos vínculos educacionais e de atuação profissional na Estratégia de Saúde da Família.

As informações a seguir mostram a distribuição territorial e apontam alguns dados de análise sobre o perfil das trabalhadoras envolvidas:

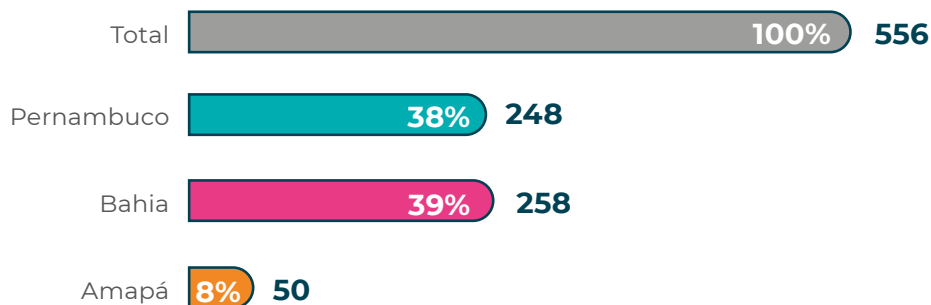
Figura 1. Polos educacionais



Fonte: Elaboração própria (2023).



Gráfico 1. Número de especializadas matriculadas por Estado em janeiro de 2023



Fonte: Elaboração própria (2023).

Com um público formado majoritariamente por mulheres (87%) enfermeiras (73%), a análise do perfil das matriculadas na pós-graduação revelou ainda que essas trabalhadoras possuíam um vínculo bastante recente com o serviço da APS ou pouco estável com o município.

Tabela 1. Vínculo de atuação das matriculadas em janeiro de 2023

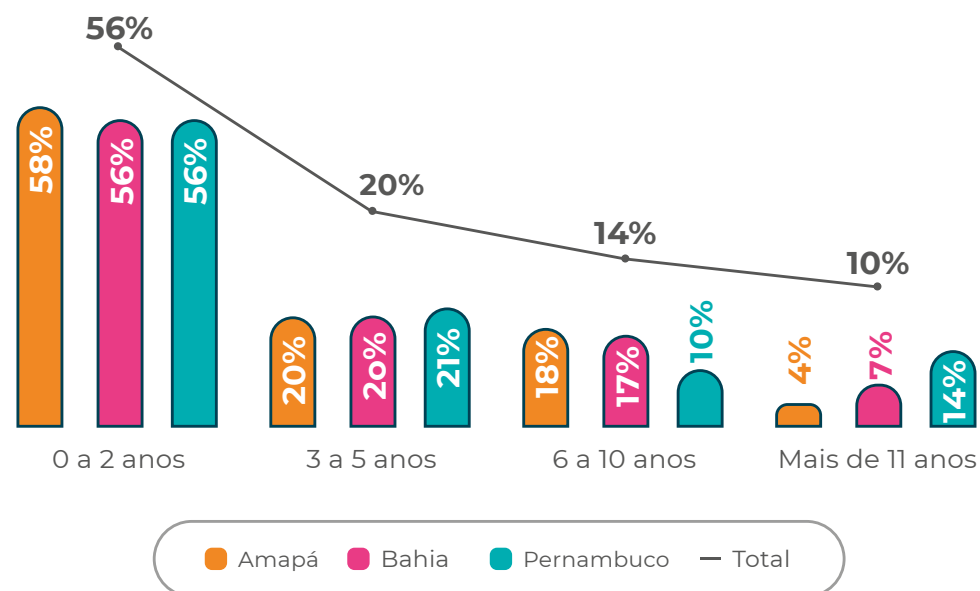
FUNÇÃO X ESTADO	TOTAL		AMAPÁ		BAHIA		PERNAMBUCO	
	quant.	%	quant.	%	quant.	%	quant.	%
Apoiador(a) Institucional	2	0%	0	0%	0	0%	2	1%
Assistente Social	10	2%	2	4%	8	3%	0	0%
Coordenador(a)	18	3%	0	0%	14	5%	4	2%
Educador(a) Físico(a)	4	1%	1	2%	2	1%	1	0%
Enfermeiro	402	72%	36	72%	185	72%	181	73%
Farmacêutico(a)	3	1%	1	2%	1	0%	1	0%
Fisioterapeuta	15	3%	5	10%	7	3%	3	1%
Gestor(a)	1	0%	0	0%	0	0%	1	0%
Médico(a)	12	2%	0	0%	4	2%	8	3%
Nutricionista	22	4%	2	4%	10	4%	10	4%
Odontólogo(a)	56	10%	0	0%	22	9%	34	14%
Psicólogo(a)	11	2%	3	6%	5	2%	3	1%
Total Geral	556	100%	50%	9%	258	46%	248	45%

Fonte: Elaboração própria (2023).



De acordo com o Relatório de Restituição (HAOC, 2023a), documento desenvolvido para estabelecer diálogo com as gestoras sobre os principais efeitos da intervenção, 56% das trabalhadoras matriculadas possuíam no máximo dois anos de atuação no serviço de APS do município, ou seja, só vivenciaram suas atividades no serviço em contexto pandêmico, no qual a construção de vínculo com o território ficou bastante fragilizada. Tal dado vai ao encontro às reflexões produzidas pelas educadoras/Gestoras de Campo que, ao longo do primeiro ciclo de aprendizagem da especialização, identificaram uma atuação profissional distante do modelo de abordagem comunitária.

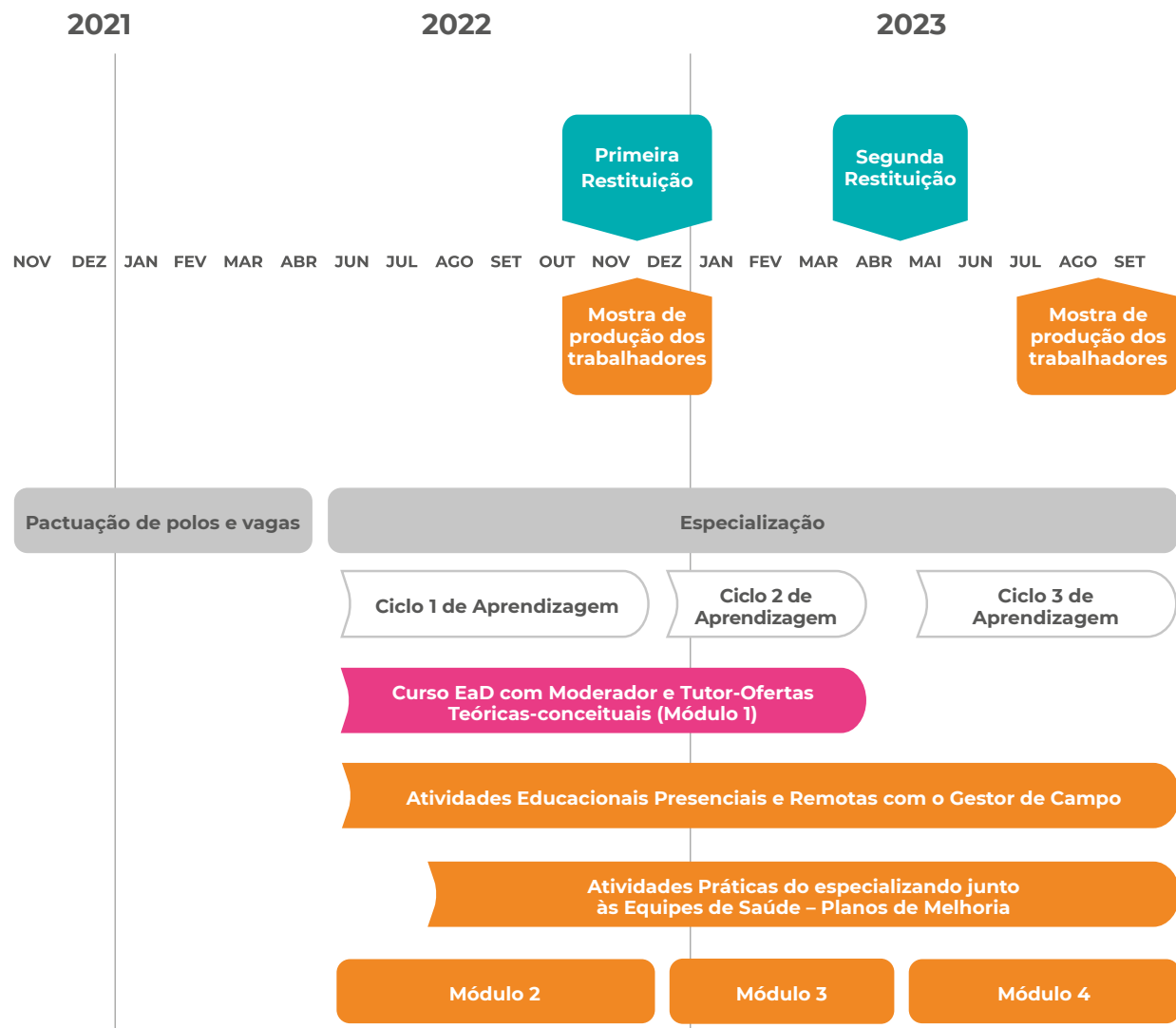
Figura 2. Tempo de atuação na APS do município das matriculadas em janeiro de 2023



Fonte: Elaboração própria (2023).

Conectados a essa reflexão encontram-se os vínculos contratuais frágeis que são referidos pelas trabalhadoras e sentidos pelas educadoras como importante ameaça ao emprego, à longitudinalidade do cuidado e ao desenvolvimento educacional das especializandas. Tais temas permearam os encontros de reflexão sobre a prática realizados entre educadoras e educandas, e mobilizaram diálogos com as gestoras locais e macroinstitucionais sobre as complexidades da atuação em modelos de abordagem comunitária, diante da rotatividade e da precariedade do trabalho.

Num esforço de colocar em linha os principais marcos da especialização e apoiar a compreensão das estratégias pedagógicas que serão apresentadas adiante, trazemos a figura abaixo com o traçado geral da pós-graduação e da articulação territorial.

**Figura 3.** Linha do tempo da especialização e da articulação territorial

Fonte: Elaboração própria (2023).

No total, foram 409 horas de encontros síncronos e/ou assíncronos que abordaram questões de ordem teórico-metodológica, consideradas para fins acadêmicos horas teóricas e ao menos 48 horas de aplicação prática com as equipes de melhoria, além das horas de orientação de TCC – Trabalho de Conclusão de Curso (ao menos 18 horas) e elaboração do TCC propriamente dito, o que totalizou uma carga horária 515 horas.



Apostas pedagógicas: o mundo da gestão e do trabalho em diálogo com o processo educacional

Para conseguirmos lidar com os desafios que foram brevemente expostos anteriormente, compreendemos que não poderíamos reproduzir uma forma tradicional de organização pedagógica dos cursos de pós-graduação e isto demandou da coordenação do curso, diálogo e negociação permanente com a FECS, com abertura suficiente para que fosse possível um modo de organização pedagógica e acadêmica diferente da usualmente praticada por esta instituição. Como por exemplo, a atuação a partir de um perfil de competências, avaliações transversais critério-referenciadas e a utilização de conceitos substituindo as notas, isto só para citar alguns exemplos.

Dito isto, faz-se importante reforçar que a organização pedagógica do curso apostou em um processo de formação-intervenção para a promoção da transformação das práticas profissionais, baseado na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais em ação, para atender às necessidades de saúde da população, de resolutividade e de organização dos serviços.

As atividades práticas desenvolvidas durante o curso possibilitaram a sistematização e a construção de conhecimentos voltados à oportunidade de disparar processos de planejamento e de mudanças no modo de produzir saúde, buscando contribuir para autonomia das profissionais de Saúde, com a oferta de um conjunto de estratégias e instrumentos capazes de apoiá-las na proposição de ações para lidarem com as situações que permeiam o cotidiano de trabalho e cuidado, durante e para além do curso de especialização.

As atividades práticas desenvolvidas durante o curso possibilitaram a sistematização e a construção de conhecimentos voltados à oportunidade de disparar processos de planejamento e de mudanças no modo de produzir saúde, buscando contribuir para o ganho de autonomia das profissionais de Saúde, com a oferta de um conjunto de estratégias e instrumentos capazes de apoiá-las na proposição de ações para lidarem com as situações que permeiam o cotidiano de trabalho e cuidado, durante e para além do curso de especialização.



O alcance desta intencionalidade pode ser observado nos planos de melhoria construídos pelas especializadas em composição com suas equipes de Saúde, que será melhor detalhado a seguir, nos relatos das próprias especializadas, trazidos pelas docentes nos encontros mensais de Educação Permanente em Saúde da equipe e também a partir de encontros específicos da pesquisa vinculada ao projeto, nomeados de Seminários Compartilhados.

Isto foi possível, principalmente, devido ao cuidadoso processo de seleção das docentes, nomeadas nesta iniciativa como Gestoras de Campo. Apesar da diversidade de atuação e formação destas docentes, dado que compõe uma equipe multiprofissional, estas profissionais tiveram em comum a expertise em processos educacionais na Saúde, assim como experiência na APS. Muitas delas com experiência enquanto apoiadoras institucionais no SUS, o que favoreceu a articulação teórico-prática a partir de uma visão integrada entre gestão e cuidado.

O principal diferencial desta iniciativa educacional foi, portanto, a proposta de um processo de formação concomitante com atividades práticas que foram desenvolvidas no cotidiano de trabalho das especializadas durante todo o processo de formação e não só ao final do curso, como acontece frequentemente em iniciativas educacionais com características semelhantes.

Estas duas dimensões aconteceram de forma integrada:

1

Desenvolvimento de um Perfil de Competência (PC) com fortalecimento de ações de cuidado nas distintas profissões de Saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde;

2

Apoio ao planejamento, execução e avaliação de projetos de melhoria do cuidado nas unidades/equipes em que atuavam as especializadas, para ampliarem a qualidade e a efetividade do cuidado para os(as) usuários(as).



Experimentando ferramentas de planejamento: o ativa APS

O conjunto de atividades práticas proposto para as especializadas desenvolverem em seu trabalho cotidiano na APS em processos de mudança na realidade dos seus serviços, foi inspirado nas formulações da Melhoria Contínua da Qualidade. A conjunção destas atividades deu origem a uma estratégia de intervenção denominada neste projeto de “Ativa APS”, que teve por objetivo reunir algumas ferramentas do campo da melhoria da qualidade para promover um conjunto de ações de apoio à qualificação do trabalho e do cuidado prestado aos usuários com condições crônicas de saúde na APS.

O Ativa APS foi publicado na forma de um manual para aplicação junto às equipes de Saúde da Família. Ele foi desenvolvido em consonância com as Gestoras de Campo, em momento de formação destas profissionais, que antecedeu o início da pós-graduação. O manual Ativa APS operou como uma “bússola de orientação”, com algumas “etapas” para a realização do planejamento e implementação das ações de melhoria, que foram sendo apresentadas de forma didática e linear, mas com aplicação bastante singular em cada equipe de melhoria, contando com o apoio permanente das Gestoras de Campo.

Portanto, durante o desenvolvimento do curso, as especializadas participaram de oficinas de trabalho em grupo, onde foram orientadas sobre as etapas de implementação do conjunto de atividades Ativa APS e provocadas a refletir continuamente sobre a prática realizada nas Unidades de Saúde em que atuavam. A reflexão sobre as etapas executadas na implementação do Ativa APS fomentou o pensamento crítico, impulsionado pelas estratégias educacionais adotadas, e contribuiu para a formação destas trabalhadoras como atrizes políticas, implicadas com processos de mudança nas equipes de APS.

“ O manual Ativa APS operou como uma “bússola de orientação”, com algumas “etapas” para a realização do planejamento e implementação das ações de melhoria, que foram sendo apresentadas de forma didática e linear, mas com aplicação bastante singular em cada equipe de melhoria, contando com o apoio permanente das Gestoras de Campo.



Foram previstas atividades do Ativa APS em momentos síncronos e assíncronos do curso. Tão importante quanto a experimentação das etapas do método proposto em simulação durante os encontros do curso, foi a aplicação desta atividade no cotidiano de trabalho das equipes (atividade prática). Para isto, foi orientado que as especializadas articulassem um grupo de trabalho no serviço em que estivessem vinculadas, que chamamos de “Equipe de Melhoria”, para que fossem operacionalizados os ciclos de melhoria propostos para qualificação dos processos de trabalho de forma ascendente e compartilhada, engajando as demais trabalhadoras da Unidade na elaboração e aplicação das intervenções, de forma a ampliar e incorporar os efeitos e sustentação das estratégias adotadas durante, mas principalmente após o curso de pós-graduação. Essa estratégia permitiu que as tarefas educacionais disparadas em cada etapa se manifestassem como dispositivos de diálogo e reflexão entre as trabalhadoras que compunham as equipes de melhoria dos serviços. Em certa

medida esses espaços compuseram encontros de Educação Permanente em Saúde disparados e conduzidos pelas próprias trabalhadoras/especializadas.

Em cada Unidade de Saúde na qual as especializadas trabalhavam foi instituído um grupo de trabalho, que foi denominado de Equipe de Melhoria. Nos encontros da Equipe de Melhoria, as trabalhadoras participavam da eleição do(s) problema(s) que seria(m) enfrentados, até o processo de implementação, avaliação e monitoramento dos ciclos. Ao final, os produtos construídos pelas especializadas e sua Equipe de Melhoria foram sistematizados de forma crítica e reflexiva, compondo um dos requisitos para a certificação no curso, substituindo o tradicional TCC.

Em cada Unidade de Saúde na qual as especializadas trabalhavam foi instituído um grupo de trabalho, que foi denominado de Equipe de Melhoria. Nos encontros da Equipe de Melhoria, as trabalhadoras participavam da eleição do(s) problema(s) que seria(m) enfrentados, até o processo de implementação, avaliação e monitoramento dos ciclos. Ao final, os produtos construídos pelas especializadas e sua Equipe de Melhoria foram sistematizados de forma crítica e reflexiva, compondo um dos requisitos para a certificação no curso, substituindo o tradicional TCC.



É importante enfatizar que, considerando a singularidade dos territórios e a complexidade da temática que foi abordada durante o curso de pós-graduação, o projeto pedagógico desta iniciativa educacional se conformou com a abertura para uma construção processual, com flexibilização metodológica ao contexto singular, de forma que os instrumentos construídos para as atividades práticas tiveram o papel de estabelecer diretrizes técnicas e metodológicas, porém, permitindo sua customização em nível locorregional, a partir do diálogo e produção de consensos com as partes interessadas, que envolveu as próprias especializadas, assim como um comitê local do projeto. Este espaço foi denominado Comitê Local Cuida APS e se constituiu como um espaço estratégico para a realização do Projeto Cuida APS nas regiões. Com reuniões periódicas, ele teve como principal atribuição realizar a gestão estratégica do projeto no polo; garantir o desenvolvimento do projeto nos municípios; garantir a agenda protegida das especializadas para as atividades decorrentes do projeto; e desenvolver as estratégias para a sustentabilidade das ações de melhoria da qualidade nos municípios ao longo e ao final do projeto.

Estas estratégias foram fundamentais para conseguirmos alcançar o objetivo central deste curso de pós-graduação, a saber: contribuir para a qualificação e fortalecimento das equipes de Saúde da APS no cuidado de pessoas com condições crônicas não transmissíveis, promovendo o desenvolvimento das especializadas a partir de um perfil de competência que esteve centrado nas seguintes ações-chave:

- 1** **Adotar** a concepção do cuidado centrado na pessoa, a partir das necessidades de saúde para a produção de um cuidado integral à saúde;
- 2** **Promover** o cuidado às pessoas com condições crônicas não transmissíveis, baseado em evidências;
- 3** **Realizar** e fomentar na equipe de Saúde o planejamento, implementação e avaliação de ações interprofissionais para o cuidado em Saúde;
- 4** **Identificar** e priorizar problemas no trabalho em Saúde;
- 5** **Elaborar** conjuntamente com a equipe de Saúde ciclos de melhoria contínua da qualidade;
- 6** **Acompanhar** e avaliar o desenvolvimento dos planos de melhoria da qualidade do cuidado;
- 7** **Identificar** suas necessidades de aprendizagem e de sua equipe, favorecendo a constituição de práticas de Educação Permanente em Saúde.



Questões constitutivas do currículo baseado por competência

O currículo baseado no desenvolvimento de competência foi a escolha para esta pós-graduação, alinhado às diretrizes curriculares dos cursos da área da Saúde e o reconhecimento de que as profissionais em formação já atuavam nos serviços de APS.

O Perfil de Competência no curso de especialização orientou o processo formativo, facilitando a compreensão sobre o sentido e os caminhos a serem percorridos. Ou seja, as capacidades desenvolvidas durante o processo formativo foram declaradas desde o início do curso. Foram sua linha-guia, inclusive para orientação do processo avaliativo, que se deu de forma longitudinal, não pontual e referenciado nesse perfil.

Nesse sentido, buscou-se estimular capacidades crítico-reflexivas e do aprender a aprender, na busca de um Perfil de Competência comprometido com as necessidades do processo de ensino-aprendizagem (HOLDSWORTH; SKINNER; DELANY, 2016). No curso, o Perfil de Competência foi desenhado a partir de duas dimensões de competência: a da Atenção à Saúde e a da Gestão do trabalho, e Educação na Saúde, que integraram um conjunto de desempenhos que foram desenvolvidos ativamente pelas especializadas, com apoio das GC ao longo da formação.

É importante destacar que a concepção de “Competência” no campo educacional não significa atribuição, nem simplesmente um conjunto de habilidades, mas sim a capacidade de mobilizar atitudes, habilidades e conhecimentos utilizados em contexto. Desta forma, as atividades práticas para esta concepção não foram compreendidas como a aplicação da teoria ou como uma avaliação cognitiva e cumulativa que vai se somando em habilidades. Diferentemente, foi um processo contínuo de desenvolvimento, de Educação Permanente em Saúde, que refletiu sobre as distintas formas de compreender o processo saúde-doença e as relações de trabalho para a produção de novas práticas de saúde, impactando diretamente na visão do que deveria ser a formação profissional.

“ **Estas características reforçam uma concepção de educação distinta da tradicional, ressignificando o processo de construção do conhecimento, colocando a educanda no centro desta construção e o grupo como um dispositivo central para a produção de conhecimento, oportunizando, assim, aprendizagens voltadas ao intercâmbio de experiências e à construção de novos saberes.** ”



Nesse contexto, o espaço do trabalho passou a ser compreendido como espaço de aprendizagem, fazendo do processo educativo um lugar de concomitância do fazer-saber, sem a clássica separação entre habilidades cognitivas, subjetivas e atitudinais.

“ Operar em uma lógica de currículo baseado por competência foi assumir como centralidade as necessidades de aprendizagem das especializadas; foi sair da lógica da memorização para uma exigência do raciocínio crítico-reflexivo, que apoiasse a produção de autonomia, corresponsabilidade e compreensão entre todas as envolvidas no processo educacional, e de que não era coerente pensarmos a partir de uma competência universal.

Competências essas vinculadas a um percurso em que cada envolvida no processo de ensino-aprendizagem teceu singularmente sua trajetória e que, portanto, demandaram flexibilidade que estiveram fortemente condicionadas ao contexto, e foi o contexto que deu sentido à aprendizagem.

Assumimos a postura crítica de reconhecer que as formas antigas, porém ainda hegemônicas dos processos formativos, não eram suficientes e eficientes, por exemplo, as listas de conteúdos, orientação de disciplina e uma grade curricular rígida a ser cumprida. Esta divisão disciplinar já não cabia mais às intencionalidades propostas.

Diante disso, a organização pedagógica da pós-graduação foi construída a partir de ciclos de aprendizagem, que tiveram como características marcantes o desenvolvimento de unidades de aprendizagem em torno de aspectos do cotidiano, do mundo vivido, respeitando as experiências significativas das especializadas; o favorecimento de uma auto-organização das educandas, do trabalho coletivo e da cooperação durante o processo de ensino-aprendizagem; a Educação Permanente em Saúde das docentes; a ênfase na avaliação formativa referenciada na formação e na própria estudante; e a centralidade do coletivo como condutor do processo formativo (AGUIAR, 2011).

Estas características reforçaram uma concepção de educação distinta da tradicional, ressignificando o processo de construção do conhecimento, colocando as educandas no centro desta construção e o grupo como um dispositivo central para a produção de conhecimento, oportunizando, assim, aprendizagens voltadas ao intercâmbio de experiências e à construção de novos saberes.

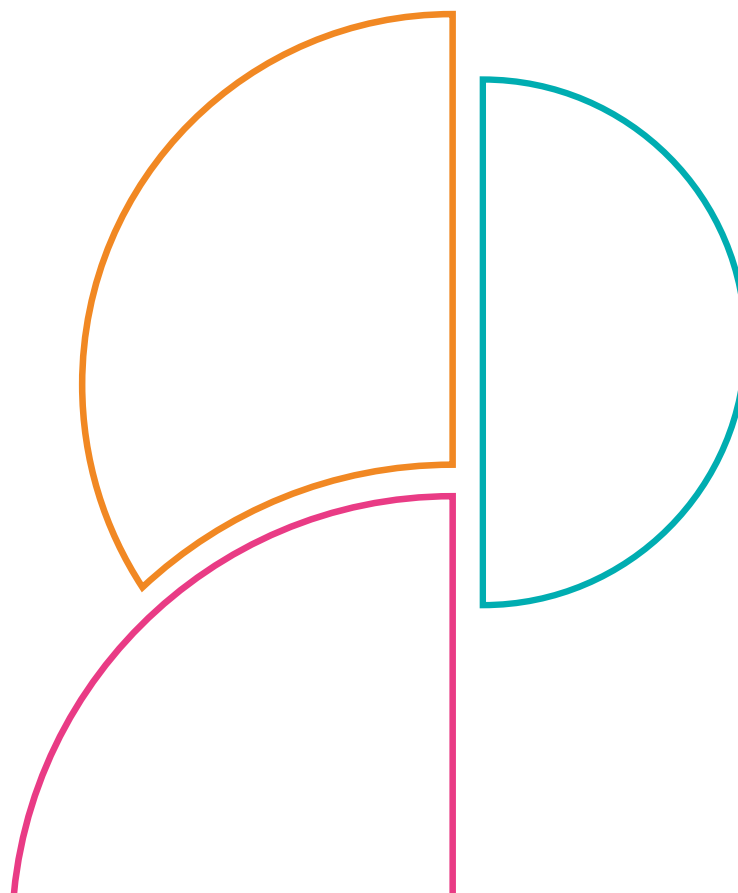


Praticamente todas as atividades educacionais do curso aconteceram em grupo, fazendo deste arranjo também uma oportunidade para o exercício do trabalho em equipe, comunicação, avaliação, criação de vínculos solidários e corresponsabilidade pelo processo de ensino-aprendizagem, e pelo desenvolvimento de competência.

Partindo do princípio dos interesses e das necessidades das especializadas, a integração teórico-prática, como dito, levou em consideração o contexto real onde as participantes estavam inseridas, assumindo uma indissociabilidade entre o mundo do trabalho e o mundo da aprendizagem.

Para viabilizar tais escolhas, os encontros com as Gestoras de Campo foram realizados contando com algumas estratégias educacionais permanentes, por exemplo, a Simulação da Prática e reflexões sobre o processo de intervenção com apoio da teoria.

Entre os encontros com as docentes/Gestoras de Campo, as especializadas realizaram as atividades práticas relativas à aplicação do Ativa APS com suas Equipes de Melhoria, tendo dedicação média de três horas mensais. Estas atividades eram disparadas durante o encontro com a respectiva Gestora de Campo e retomadas no encontro seguinte. Durante este período, a Gestora de Campo manteve-se em apoio a esta atividade, fazendo acompanhamento individualizado em encontros virtuais síncronos com as especializadas, assim como pela análise das narrativas reflexivas e de um instrumento de implantação específico que foi utilizado como subsídio tanto para a orientação individual com a Gestora de Campo quanto para o processamento no grupo de especializadas no encontro subsequente.





O sistema avaliativo na especialização

Os processos avaliativos da pós-graduação ocorreram a partir de várias frentes que permitiram a adaptação de rotas e a qualificação das atividades de maneira contínua. Aqui daremos foco ao sistema avaliativo educacional escolhido para acompanhar o processo de ensino-aprendizagem individualizado da especializanda. Tal sistema aconteceu a partir de uma perspectiva dialógica e contínua que teve como principais objetivos promover apoio às lacunas identificadas e redirecionar o próprio fazer pedagógico, uma vez que as Gestoras de Campo também foram avaliadas continuamente pelas especializadas. Para operacionalizar este processo foram utilizadas as modalidades de avaliação formativa e somativa, aplicadas em diferentes momentos, por meio de instrumentos que contemplaram a articulação entre a avaliação de objetivos, conteúdos, estratégias e o desempenho dos diferentes atores envolvidos no projeto. Os processos avaliativos aconteceram de forma longitudinal no decorrer do curso, tendo o Perfil de Competência como o principal critério de avaliação individual de cada especializanda e da docente.



As **avaliações formativas** foram realizadas em dois momentos ao longo da especialização, produzindo marcos de reflexão sobre a aprendizagem e sobre a docência a partir de dois conceitos: “Satisfatório” ou “Precisa Melhorar”. Os retornos avaliativos processuais permitiram que as especializadas, juntamente com a Gestora de Campo, definissem ao longo da pós-graduação ações para a melhoria do desempenho e/ou ampliação das capacidades referidas no Perfil de Competência proposto.



A **avaliação somativa** resultou em dois conceitos: “Satisfatório” ou “Insatisfatório”. O primeiro indicou que a especializanda desenvolveu as capacidades previstas e cumpriu com critérios de frequência e participação nas atividades desenvolvidas; já o conceito “Insatisfatório” significou a reprovação da especializanda no curso de pós-graduação e a não obtenção do título de especialista. Todas as avaliações desenvolvidas eram acompanhadas do mesmo instrumento em formato autoavaliativo, o que contribuiu com a horizontalização da relação educadora-educanda e com o fortalecimento dos vínculos entre as participantes, mobilizando os grupos de aprendizagem a se coresponsabilizarem pelo processo de ensino-aprendizagem.



Os módulos educacionais

Para o desenvolvimento dos ciclos educacionais da pós-graduação foram construídos três grandes módulos educacionais, distribuídos conforme figura a seguir:

Figura 4. Ciclos e módulos educacionais.



Fonte: HAOC (2022).



A abordagem teórica, em modalidade EaD, intitulada “Qualificação do processo de trabalho de pessoas com condições crônicas na APS”, correspondeu ao Módulo 1, que originalmente se caracterizou como um curso de aperfeiçoamento de oferta ampla, proposto pelo projeto Cuida APS. Este módulo foi dividido em dois momentos: o primeiro, intitulado “Fortalecimento do trabalho da APS”, comum a todos os núcleos profissionais (Assistência Social, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Psicologia, Odontologia e Terapia Ocupacional). A ênfase neste momento foi na discussão sobre o trabalho interprofissional, trabalho em equipe e os diferentes arranjos estruturais e organizacionais dos serviços de Atenção Primária à Saúde e da Rede de Saúde. No segundo momento, chamado de “Qualificação da Prática Clínica da APS”, dividido em núcleos profissionais, os objetivos de aprendizagem foram centrados em discussões clínicas e na oferta de estratégias de apoio para tomada de decisão clínica no cuidado de pessoas com condições crônicas. Cabe salientar que no Módulo 1 o momento de formação interprofissional contou com o apoio de moderadores EaD, tendo como ações principais o acolhimento das profissionais estudantes, o esclarecimento de eventuais dúvidas pedagógicas e relacionadas ao manejo virtual, e estímulo

“ A ênfase neste momento foi na discussão sobre o trabalho interprofissional, trabalho em equipe e os diferentes arranjos estruturais e organizacionais dos serviços de Atenção Primária à Saúde e da Rede de Saúde.

“ O tutor realizou um acompanhamento mais próximo que o mediador e suas funções principais foram apoiar o processo de aprendizado, cuidado com a organização e qualidade das atividades, abertura e mediação de fóruns, e criação de normas de convívio para as interações.

à participação nas atividades educacionais. No segundo momento, as estudantes foram divididas em turmas por núcleo profissional, permitindo um aprofundamento maior nas especificidades clínicas de cada profissão, e contou com a facilitação de tutores EaD, especialistas no núcleo do saber e com experiência na APS e trabalho em equipe. O tutor realizou um acompanhamento mais próximo que o mediador e suas funções principais foram apoiar o processo de aprendizado, cuidado com a organização e qualidade das atividades, abertura e mediação de fóruns, e criação de normas de convívio para as interações. O tutor também respondeu aos chamados de ajuda em relação aos módulos/aulas e atribuiu nota às avaliações. Portanto, o Módulo 1 realizado em formato EaD teve acompanhamento docente e avaliações específicas. Estas avaliações foram realizadas durante este módulo e a nota final foi traduzida em conceito (apta/não apta), que foi incluído no sistema acadêmico.



Estas características do Módulo 1 trouxeram desafios importantes para a pós-graduação como um todo, primeiro porque, como foi possível observar, o Módulo 1 tinha uma operacionalidade própria, no entanto, a realização de dois modos de funcionamento de propostas educacionais acontecendo em paralelo ao mesmo tempo gerou consideráveis dúvidas nas especializadas, que recorriam às Gestoras de Campo, que foram suas referências transversais como docentes, mas por não estarem envolvidas com este módulo apresentavam dificuldades em orientá-las. Este paralelismo demandou da coordenação do curso de pós-graduação múltiplos movimentos para aproximar as Gestoras de Campo do Módulo 1, ainda que elas não estivessem responsáveis por isso. Outro aspecto foi em relação à própria modalidade do Módulo 1, pois o formato EaD em cidades do país tão interiorizadas trouxe desafios quanto à conectividade das especializadas, mas também uma falta de intimidade destas com plataformas/cursos EaD, o que interferiu no desempenho das alunas neste módulo. No intuito de minimizar os prejuízos diante desse contexto, as Gestoras de Campo foram orientadas, durante a execução do Módulo 1, a mobilizar nos encontros presenciais com as especializadas, momentos de apoio a elas para a realização das atividades EaD.

“ Além disso, para mitigar estes problemas a equipe de coordenação (do curso EaD e da pós-graduação) fez durante todo o processo formativo análises dos desempenhos das alunas e traçou estratégias complementares de apoio às especializadas.

Além disso, para mitigar estes problemas, a equipe de coordenação (do curso EaD e da pós-graduação) fez durante todo o processo formativo análises dos desempenhos das alunas e traçou estratégias complementares de apoio às especializadas. Por exemplo, à aluna reprovada neste módulo foi ofertado um plano de melhoria (recuperação) para que ela conseguisse recuperar a nota e dar continuidade à pós-graduação. Tal estratégia se deu a partir da atuação das Gestoras de Campo que, ao acompanharem as especializadas de forma longitudinal, puderam apoiar local e presencialmente o desenvolvimento das atividades do módulo EaD.

No Módulo 2, intitulado “As necessidades de saúde e a qualificação do cuidado de pessoas com condições crônicas”, as especializadas se aproximaram do Projeto Cuida APS e do escopo temático do curso, considerando seu conhecimento prévio sobre o cuidado de pessoas com condições crônicas na APS, com aprofundamento da análise das necessidades de saúde para realizar processos de intervenção, visando à qualificação do cuidado. As atividades educacionais nesse módulo favoreceram o desenvolvimento de competências relativas à concepção do cuidado centrado na pessoa e o cuidado integral à saúde, baseando-se em evidências científicas, assim como estimularam na equipe de Saúde planejamento, implementação e avaliação de ações interprofissionais para o cuidado em saúde a partir de cada uma das etapas, do Ativa APS, de forma periódica, considerando uma aproximação processual com as etapas de intervenção na prática.



No Módulo 3, “A Educação Permanente em Saúde e a Qualificação do Cuidado de Pessoas com Condições Crônicas no Contexto Local”, as especializadas foram estimuladas a refletir sobre os entraves na realização de processos de Educação Permanente em Saúde e sua relação com os processos de melhoria do cuidado. Foram realizadas vivências para identificação e priorização de problemas no trabalho em Saúde, sendo estimulada a elaboração de forma conjunta (nas equipes de Saúde) de planos de melhoria da qualidade. As especializadas participaram de atividades de reflexão sobre as vivências realizadas com apoio das Gestoras de Campo, onde puderam identificar suas necessidades de aprendizagem e de sua equipe, favorecendo a constituição e o exercício de práticas de Educação Permanente em Saúde, bem como atividades educacionais para o reconhecimento das conexões, fluxos e redes intraterritoriais como parte das abordagens locais no cuidado de pessoas com condições crônicas, tendo como princípio fundamental a integralidade do cuidado dentro das ações e serviços prestados aos usuários do SUS.

“**Foram realizadas vivências para identificação e priorização de problemas no trabalho em Saúde, sendo estimulada a elaboração de forma conjunta (nas equipes de Saúde) de planos de melhoria da qualidade.**”

No Módulo 4, “A Abordagem Territorial no Cuidado Longitudinal de Pessoas com Condições Crônicas”, foram abordadas temáticas que consideraram as especificidades comuns ao cuidado de pessoas com condições crônicas, como as relações étnico-raciais, sociais e de gênero no cuidado em Saúde. As atividades educacionais foram baseadas no estímulo às vivências prévias, com aprofundamento no olhar para as realidades territoriais e estimularam que tais temáticas se relacionassem com o conceito aplicado de equidade e integralidade do cuidado e dos serviços prestados aos usuários do SUS local – ao mesmo tempo em que as especializadas aplicavam na prática profissional estratégias para a produção de um cuidado integral à saúde, através da continuidade de execução dos planos de melhoria da qualidade pela equipe de Saúde em seu contexto local de atuação.

O módulo 5, “Orientação Individualizada e Longitudinal do Trabalho de Conclusão de Curso”, por sua vez, aconteceu ao longo de toda a formação e se constituiu em um espaço de acompanhamento singularizado das docentes com as especializadas, da sua trajetória de ensino-aprendizagem e processo de implementação das ferramentas de melhoria da qualidade em sua equipe de Saúde (Ativa APS), e que foi expresso na sistematização do TCC. Ou seja, este produto acadêmico foi produzido e orientado processualmente neste espaço protegido.



Os encontros de educação permanente das gestoras de campo como estratégia estruturante do processo de trabalho e da formação docente

As Gestoras de Campo, como dito, foram as docentes responsáveis pelo desenvolvimento e avaliação das atividades relacionadas às iniciativas educacionais no território, de forma presencial ou remota síncrona, e pelo apoio à implantação dos ciclos do Ativa APS, vinculados a um município/região. Suas funções basearam-se também em um Perfil de Competência específico para essa atuação.

Os momentos de preparação para as atividades no campo, denominados Espaços de Educação Permanente em Saúde das Gestoras de Campo, tiveram uma rotina que incluiu a reflexão da prática e a avaliação formativa sobre o seu trabalho, o desenvolvimento de atividades de qualificação para a facilitação dos processos educacionais e a simulação da prática para o apoio ao território e à aplicação do Ativa APS.

Com o intuito de articular as intencionalidades educacionais e apoiar as Gestoras de Campo no desenvolvimento de suas atividades docentes foram construídos para cada encontro da especialização um instrumento que chamamos de Termo de Referência (TR) para o desenvolvimento das atividades educacionais. Esses TR eram discutidos com as Gestoras de Campo nos encontros de Educação Permanente em Saúde e adaptados a partir de suas análises e reflexões que consideravam a própria atuação, seus conhecimentos prévios e também as realidades vivenciadas com as trabalhadoras especializadas. Esse desenho nos permitiu construir o curso de maneira processual para atender às demandas do território, sem perder as intencionalidades pedagógicas da pós-graduação.

Incluir na rotina das Gestoras de Campo o tempo de parada para a reflexão sobre sua prática se mostrou um investimento imprescindível para o fortalecimento do respeito e do cuidado nas relações de trabalho e de educação. Proporcionar às Gestoras de Campo a vivência de atividades que posteriormente seriam aplicadas junto às especializadas foi uma forma de dar sentido às ofertas pedagógicas, permitir as adaptações necessárias e criar um entendimento comum sobre as premissas educacionais escolhidas para a pós-graduação.

Esses TR eram discutidos com as Gestoras de Campo nos encontros de Educação Permanente em Saúde e adaptados a partir de suas análises e reflexões que consideravam a própria atuação, seus conhecimentos prévios e também as realidades vivenciadas com as trabalhadoras especializadas.



Considerações finais

Iniciamos o curso de pós-graduação em 2022 com 659 alunas. Ao longo das atividades houve 168 desistências, sendo a maioria devido à mudança de local de trabalho das especializadas. O curso finalizou com 74% das alunas, dentre elas 486 receberam o conceito satisfatório e, seis, insatisfatório. Portanto, ao final da iniciativa tivemos 486 “Especialistas em Melhoria do Cuidado na APS”.

Com a finalização dessa primeira edição do curso, vale destacarmos que o processo de interiorização da formação, em regiões do interior dos Estados da Bahia e Pernambuco, e na região norte, no Estado do Amapá, se caracterizou como uma aproximação desafiadora principalmente para a constituição das turmas de especializadas, formadas prioritariamente por trabalhadoras da APS. Desafio assim nomeado, já que o cenário pandêmico havia descaracterizado, em frequentes situações nas UBS (Unidades Básicas de Saúde), diretrizes como a da realização de reuniões de equipe e do cuidado longitudinal das pessoas com condições crônicas.

Outro ponto importante foi que, as atividades formativas realizadas ao longo dos 18 meses de formação precisaram ser construídas e customizadas conforme as necessidades e possibilidades locais, representando, por exemplo, a flexibilização do número de ciclos de melhoria a serem vivenciados pelas especializadas e suas equipes em cada serviço de Saúde. No Módulo 3, por exemplo, a temática da Educação Permanente percorreu atividades pedagógicas para subsidiar, como apoio técnico-pedagógico, a continuidade dos ciclos de melhoria, com atividades customizadas para reflexões teóricas sobre o tema, mas também para o levantamento de possibilidades de ações de EPS que favorecessem os encontros das equipes de melhoria e consequente desenvolvimento/aplicação das ações planejadas.

Vale destacar também, enquanto lições aprendidas, que as temáticas de gênero e étnico-raciais para o cuidado de pessoas com condições crônicas, propostas pelas atividades do Módulo 4, evidenciaram que sua abordagem carece que desenvolvamos ações pedagógicas mais transversais ao longo de toda a formação. Dizemos isso no sentido de que, ao tomarem contato com atividades pedagógicas que evidenciavam as iniquidades no cuidado prestado a usuários(as) negros(as), indígenas e LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis/Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais e mais), as especializadas apontaram dimensões pessoais do racismo estrutural e institucional (ALMEIDA, 2018) e que, pelo curto espaço de tempo do respectivo módulo (último da especialização), não foi possível aprofundar os processos crítico-reflexivos, bem como a garantia de que as aprendizagens refletissem em práticas de cuidado efetivamente antirracistas (VIEIRA, 2022) e interseccionais (AKOTIRENE, 2018). Em contrapartida, também entendemos que a vinculação das especializadas às educadoras, construída ao longo dos encontros, e fortalecida pelas estratégias pedagógicas utilizadas, contribuiu positivamente para a escuta aberta e o posicionamento dialógico diante das temáticas acima citadas.



Tanto as atividades presenciais como as remotas síncronas da especialização tiveram como premissa a manutenção das estratégias ativas de ensino-aprendizagem, o desenvolvimento das reflexões a partir das necessidades vivenciadas na prática de trabalho das especializandas e o sistema avaliativo com critério referenciado. As atividades educacionais vivenciadas no Módulo 1 da especialização (oferta teórica via atividades EaD), embora tenham tido parte de seu sistema avaliativo adaptada às estudantes ligadas à especialização, apresentaram estratégias educacionais dissonantes daquelas ofertadas nos demais módulos da especialização, resultando em pouco engajamento das especializandas. Tal situação culminou na perda da potência do material educativo ofertado para qualificação da clínica e do cuidado na APS.

Outro ponto de análise se refere às estratégias de envolvimento das gestoras municipais da APS com a linha de apoio e a especialização. Embora tenhamos apostado na constituição de estruturas de aproximação, como a oferta de vagas para gestoras e a constituição dos comitês locais de acompanhamento das atividades, a potência dessa aproximação foi pouco explorada nas atividades da especialização.



02 O encontro das gestoras de campo com o território: provocações e invenções

Franciele Finfa da Silva, Camila Aleixo de Campos Avarca, Mawusi Ramos da Silva, Adriana Paula de Almeida, Mavie Eloy Kruschewsky

A discussão sobre esse capítulo diz respeito à prática, vivência e experimentações das¹ Gestoras de Campo no projeto Cuida APS/PROADI-SUS, escrito por GC, considerando as heterogeneidades de práticas e dimensões subjetivas envolvidas em um processo intensivo de quase três anos de projeto, com territórios de distintas realidades.

As GC compuseram o projeto Cuida APS e atuaram como docentes no Curso de Especialização em Melhoria do Cuidado das Pessoas com Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde. O curso partiu de uma concepção educacional que preconizou a autonomia e a participação ativa de todas as pessoas envolvidas, em um processo contínuo de construção coletiva (HAOC, 2022). Desta forma, foi prevista uma corresponsabilização nesse processo, em que as especializadas – profissionais de nível superior e prioritariamente trabalhadoras da APS – foram convidadas a identificar necessidades de aprendizagem para o desenvolvimento de ações visando à construção de competências, sendo nós, GC, mediadoras na construção deste conhecimento. Portanto, um dos elementos estratégicos nesse processo.

A entrada das GC aconteceu por meio de um processo seletivo que trouxe 33 profissionais de Saúde com experiência em atividades na APS, atividades de apoio institucional e matricial, docência e facilitação de processos de aprendizagem no formato de metodologias ativas e em aplicação de metodologias para mudança do processo de trabalho. Um coletivo diverso, com experiências múltiplas de formação acadêmica, assim como experiências na docência/facilitação de processos de aprendizagem em instituição de ensino superior para a graduação e pós-graduação, além de cursos de extensão e especialização, presenciais e a distância, com uso de metodologias ativas de aprendizagem. Da mesma forma, com uma trajetória profissional diversa, com profissionais que atuavam ou atuaram na gestão e assistência no âmbito do SUS. Para que essa multiplicidade de vivências e experiências profissionais estivessem alinhadas com a proposta do Cuida APS, diversas estratégias de formação foram realizadas para esse grupo.

¹ Utilizaremos na escrita deste capítulo o uso do substantivo feminino a priori do substantivo masculino, evidenciando de forma afirmativa a composição da maioria de mulheres em todo o projeto Cuida APS. A saber, o projeto é composto por 100% de mulheres na coordenação pedagógica, 85% de mulheres Gestoras de Campo e 87% de mulheres especializadas inscritas (HAOC, 2023).



As GC realizaram, portanto, um processo de formação com a duração de seis meses para o uso e aplicação do Método de Melhoria Contínua da Qualidade. Nesse processo as GC problematizaram e contribuíram na qualificação do próprio método e sua aplicação no contexto proposto, o nomeando como “Ativa APS” (JANTSCH et al., 2022).

O pressuposto de que o trabalho seria pautado por um método MCQ já estava dado às GC, porém, sua adaptação para a realidade brasileira foi se dando ao longo de um processo em que GC, especialistas em melhoria contínua e a equipe de coordenação do projeto iam se aproximando das ferramentas propostas, experimentando suas possibilidades e as ajustando durante o processo. Essa formação colaborativa do Ativa APS foi também o momento de encontro deste grupo diverso, que se compôs e se alinhou para a entrada e encontro com o território, onde foi possível revisitar conceitos de planejamento e suas ferramentas – mais ou menos conhecidas pelo grupo – e ter um primeiro panorama sobre a sua utilização junto às equipes de APS. Neste processo houve diferentes atividades e diálogo sobre estratégias e ferramentas metodológicas que preconizam um papel ativo das especializadas, de modo a estimular a ação mais autônoma de cada uma em seu processo formativo.

Neste processo houve diferentes atividades e diálogo sobre estratégias e ferramentas metodológicas que preconizam um papel ativo das especializadas, de modo a estimular a ação mais autônoma de cada uma em seu processo formativo.

Segundo o Caderno do curso de especialização, as GC “são docentes¹ responsáveis pelo desenvolvimento e avaliação das atividades relacionadas às iniciativas educacionais e pelo apoio à implantação dos ciclos do Ativa APS, vinculadas a um município/região” (HAOC, 2022, p. 25). Para essa vinculação, cada GC ficou responsável por uma turma que contava com até 25 especializadas. As turmas compuseram um polo educacional em municípios localizados no interior dos estados da Bahia (11 polos), Pernambuco (sete polos) e Amapá (dois polos), totalizando 20 polos educacionais, que possuíam de uma a quatro turmas de especialização, e de um a oito municípios.

Essa diversidade na composição dos polos trouxe desafios e possibilidades na atuação da GC, dependentes de variáveis como: número de municípios para articulação, organização e disponibilidade da gestão municipal, vínculo trabalhista das especializadas, entre outras diversidades destes territórios, que aprofundaremos no decorrer deste capítulo.

¹ As atividades de docência ocorreram presencialmente e de forma remota síncrona, onde as GC utilizaram a plataforma Zoom para a realização das atividades.



Este papel estratégico da GC transpôs, portanto, o limite da docência, trazendo à tona o porquê de sua denominação de GC e não de facilitadora de aprendizagem, por exemplo, tendo em vista que coube a nós a responsabilidade de articulação do Comitê Local Cuida APS. O Comitê era composto por interlocutoras dos municípios, que eram representantes da gestão municipal e, em sua maioria, coordenadoras da APS. Foi na composição e organização do Comitê Local Cuida APS em cada um dos polos educacionais que as atividades do curso de pós-graduação foram estruturadas, sendo que cada uma das variáveis de cada território impôs outros desafios e possibilidades à já tão desafiadora estratégia das GC.

Compartilhar o encontro da GC e sua plasticidade para se aproximar dos múltiplos territórios em que atuou, suas construções e invenções para a formação de trabalhadoras da APS na perspectiva da Educação Permanente em Saúde para a qualificação da produção do cuidado é, portanto, o desafio deste capítulo.

Considerações sobre o percurso metodológico utilizado

Diante desse contexto, para discutirmos o método de análise, adotamos pressupostos ético-políticos de metodologias de pesquisa que não produzissem cisões epistemológicas entre campo-pesquisa, pesquisador-pesquisado, sujeito-objeto, entre outras perspectivas binárias de compreender a pesquisa acadêmica. Compreendemos que essas separações não comportavam a gama de elementos heterogêneos que se produz quando incluímos diferentes planos de afetação e relacionais do fazer da GC nos diferentes territórios. Consideramos, portanto, que qualquer conhecimento é fruto de seu próprio processo de construção (MÉLLO, 2015) e se dá na interação com os sujeitos – sempre ativos – da pesquisa, de modo que o ato de pesquisar se dá com as pessoas e não falando sobre elas, sobretudo quando falamos sobre nós.

Outro pressuposto teórico-metodológico importante foi não perder de vista a necessidade de colocarmos a análise de implicação (LOURAU, 2003) na construção das análises, considerando que estamos escrevendo, analisando e falando sobre nós e nossas práticas, junto às diferentes vozes das GC que compuseram conosco, direta ou indiretamente. Quais elementos transversalizavam as análises quando falávamos sobre nós mesmas e sobre nosso trabalho, dentro de uma instituição privada em projetos para fortalecimento da Política Pública de Saúde? Sobre o conceito de análise de implicação, Gilles Monceau (2008), tomado por essa perspectiva cunhada por René Lourau (2003), explica que não se pode separar a relação que os indivíduos desenvolvem com a instituição, sendo a análise de implicação necessariamente um trabalho coletivo que não pode ser confundido com engajamento ou investimento. Ademais, sinaliza que tamanha vinculação com aquilo que se pretende estudar/intervir/pesquisar/analisar pode impedir a própria análise de implicação, já que as interferências pessoais ocupam muito espaço e intensidade nas próprias análises.



Nesse sentido, destacamos elementos analisadores que não estão contidos, necessariamente, nas categorias destacadas, fazendo o exercício importante de colocar na cena as implicações.

Para construção das categorias analíticas que serão percorridas a seguir, realizamos a leitura dos seguintes documentos previamente processados no grupo de pesquisa¹:

12 Narrativas das GC sobre inserção e perspectivas sobre o território;

9 Narrativas sobre a primeira Mostra Ativa APS dos planos de melhoria ocorridas nos territórios;

6 Relatórios sobre as reuniões produzidas pelo grupo de pesquisa;

3 Narrativas das pesquisadoras do grupo sobre a restituição realizada nos municípios, junto ao Comitê Local Cuida APS e demais atrezes estratégicas;

10 Narrativas de processamento das discussões realizadas no próprio grupo de pesquisa, a partir dos seminários compartilhados.

Depois de codificadas e divididas entre as autoras deste capítulo, foi realizada a leitura integral desses documentos, permitindo o deslocamento de fragmentos dessas narrativas para as categorias elencadas, a saber: a experiência da construção da Gestora de Campo na relação com o território; potência do trabalho/atividade da Gestora de Campo para a formação de trabalhadoras na Atenção Primária e para Educação Permanente em Saúde; e potências e desafios do trabalho da Gestora de Campo para a produção do cuidado, além de destaques a elementos analisadores, importantes de serem discutidos, acerca do trabalho da GC.

Por fim, de modo a adensar o campo de análise, realizamos um painel com esses fragmentos impressos já em suas respectivas categorias e apresentamos às GC presentes no encontro de Educação Permanente em Saúde de julho de 2023, com tarjetas e canetas para quem quisesse contribuir e agregar elementos para análise. Tal estratégia foi pensada pelas autoras deste capítulo para que o caráter grupal da análise fosse permeado pela possibilidade de se constituir em meio às diferenças e heterogeneidades (CARON, 2019), para que novos modos de subjetivação pudessem emergir a partir do conceito de Félix Guattari (1985) de transversalidade.

¹ Grupo de pesquisa intitulado Invenções e produções na formação e na gestão do cuidado nos territórios vividos no projeto Cuida APS.



A experiência de construção da GC na sua relação com o território: efeitos de diferentes intersecções e experiências

O trabalho da GC e sua entrada nos territórios no interior do interior do Brasil se deparou com diferentes situações de vínculos trabalhistas de profissionais de Saúde e diferentes modos na gestão dos serviços de Saúde/modelos de Atenção à Saúde adotados pelas UBS – um desafio às GC inseridas nestes territórios para a qualificação do cuidado proposta pelo projeto que, embora elaborado no momento formativo, não poderia prever as diferentes intersecções.

[...] as realidades dos locais, das equipes, dos serviços emergem. Elas são muito distintas, apesar da proximidade, surgem as diferenças. O urbano e rural são um vetor forte para pensar os planos. Todas as cidades se deparam com esta realidade de uma área rural – pequenos vilarejos distantes entre eles. Imensidão não só de céu, não só de terras, mas de realidades. Surge o problema do transporte dos profissionais e das pessoas a estes locais distantes, e da área de cobertura da UBS (Diário de campo, nº 38).

Diferentes questões foram surgindo neste encontro, onde “os CG são os porta-vozes dos cenários, das especializadas e dos afetos singulares percebidos – ou seja, de uma mediação e conexão que poderiam passar ao largo, pois muitas vezes fogem do controle dos instrumentos de avaliação e monitoramento – muito bem desenhados e aplicados” (Diário de campo, nº 30).

Para realizar essa entrada e este encontro foi preciso desbravar o território, construindo trilhas que foram se tornando mais sólidas no decorrer do processo. E foi no processo contínuo de formação das GC que, a partir da entrada em campo, ocorreu um processo de Educação Permanente em Saúde da GC. Estes encontros de EPS tinham como foco dialogar sobre a atuação da GC em sua prática no encontro com as especializadas, em seus múltiplos territórios, com a reflexão e preparação para o encontro seguinte a partir de um Termo de Referência elaborado pela coordenação pedagógica do projeto¹. As trocas entre as GC em seus diferentes agrupamentos² geravam conexões e produziam aprendizagens diversas, transformando cada uma de nós um pouco a cada encontro, construindo o processo do curso de especialização.

¹ A coordenação pedagógica da especialização propõe o TR a partir das discussões e acompanhamento das atividades em EPS da GC, e é no encontro de EPS que as GC discutem e o adequam à realidade onde estão inseridas.

² Para a realização dos encontros de EPS das GC, as Gestoras foram agrupadas em três pequenos grupos de reflexão da prática, e três Grupos de Apoio Territorial (GAT). Nos pequenos grupos foram acompanhadas por facilitadoras de aprendizagem e, no GAT, por apoiadoras matriciais.



Foi neste “entre” encontros com o território que o trabalho de nós, GC, também aconteceu. Ao pensar o território inserido, o encontro com as disparadoras e as estratégias pedagógicas, havíamos de pensar em como levar a proposta pedagógica para aquelas trabalhadoras, já não mais desconhecidas por nós.

O trabalho das GC, também de facilitadoras, disparadoras de processos e que não estavam nas equipes de Saúde, mas tiveram contato com a profissional de Saúde inserida na especialização, ao produzir ciclos de melhoria em conjunto com sua equipe, induziu uma mudança no modo de cuidar e nos processos de trabalho dos serviços, transformando o território. E, além do contato com a profissional de Saúde – especializanda –, tivemos o contato com os gestores de Saúde, no Comitê Local Cuida APS, o que pôde potencializar as ações previstas nos planos – uma nova intersecção.

Ao longo do curso, passando pelos módulos cujos temas foram as necessidades de saúde e a qualificação do cuidado de pessoas com condições crônicas, a EPS e a qualificação do cuidado de pessoas com condições crônicas no contexto local, e a abordagem territorial no cuidado longitudinal de pessoas com condições crônicas¹, nos deparamos com um território que desconhecia o próprio território muitas vezes, especialmente em suas necessidades e singularidades específicas.

O “desconhecimento” ou, por que não dizer, o apagamento e invisibilidade das comunidades tradicionais destes territórios, provocou e mobilizou as GC, produzindo movimentos para a descolonização do nosso olhar. Nosso estranhamento inicial nos fez perceber que nosso lugar de fala precisa dar espaço para o lugar de fala de quem vive o território e para a valorização das pessoas quanto às suas origens, raízes e pertencimento.

Este encontro com as múltiplas realidades do território nos mostrou que há muito a se explorar e aprofundar na produção do cuidado dos diversos territórios, da imensidão e diversidade do Brasil. Um olhar que deve ser realizado de forma cuidadosa ao adentrar o território do outro, considerando os diversos pontos de vista das diferentes vistas do ponto (BOFF, 1998), compreendendo neste contexto, portanto, como as trabalhadoras de Saúde se enxergavam nessas intersecções e quais eram as possibilidades para a promoção de saúde e melhorias de cuidado.

“ Foi neste “entre” encontros com o território que o trabalho de nós, GC, também aconteceu. Ao pensar o território inserido, o encontro com as disparadoras e as estratégias pedagógicas, havíamos de pensar em como levar a proposta pedagógica para aquelas trabalhadoras, já não mais desconhecidas por nós.

¹ Cabe sinalizar que a longitudinalidade do cuidado também incluiu a discussão sobre “equidade na Saúde”, por meio de um olhar autocrítico no campo da Saúde sobre a questão racial, de gênero e etnia.



Potências do trabalho/atividade da GC para a formação de trabalhadoras na atenção primária à saúde e para a educação permanente em saúde

Neste encontro com os múltiplos territórios, as GC encontraram uma diversidade também na composição das turmas. Mesmo com uma representatividade alta de enfermeiras, com 72% entre todas as matriculadas, as turmas também estavam compostas por odontólogas (10%), nutricionistas (4%), fisioterapeutas (3%), entre outras profissionais que compõem as equipes da Estratégia de Saúde da Família, além de trabalhadoras de outros setores e coordenadoras de APS (3%) (HAOC, 2023). Houve também uma pluralidade no tempo de formação destas trabalhadoras, onde 56% atuavam há menos de dois anos na APS e 46% há mais de três anos (HAOC, 2023).

Assim, no encontro do plural, a plasticidade da GC foi convocada a vir à tona, onde foram necessárias adaptações no que foi previsto e pactuado para as atividades de formação:

[...] essa dimensão subjetiva da atividade que o gestor de campo desenvolve atravessa a realização do encontro de formação¹. Determina a sua disponibilidade de operacionalizar, ou não, as atividades previamente pactuadas, em desenvolver, ou não, determinada tarefa/reflexão com a especializanda; enfrentar, ou não, um novo desafio que aparece (seja logístico, seja pedagógico, seja relacional) (Diário de campo, nº 33).

Em um território geograficamente localizado no interior do sertão central de Pernambuco, sertão da Bahia, locais marcados pela seca e ao mesmo tempo pelos recortes das águas do Rio São Francisco e suas transposições, onde os municípios pequenos com grandes áreas rurais marcadas também pelas longas estradas que ligam e entrecortam as cidades, e as vidas de seus moradores², e ainda no interior do Amapá, marcado pelas enchentes do Rio Amazonas, é que ocorre o processo de formação do Cuida APS.

¹ As GC realizam encontros de formação e pactuação das atividades a serem realizadas antes de cada encontro de especialização, onde também processam em formato de Educação Permanente em Saúde as atividades realizadas no encontro anterior.

² A violência no trânsito e as mortes precoces nas estradas do sertão puderam ser sentidas pelo curso de especialização, onde duas especializandas faleceram vítimas de acidente na estrada, uma na Bahia e outra em Pernambuco. Caso não raro, como relatos trazidos pelas próprias especializandas.



Este é um processo para além do encontro objetivo de formação, que tem a ver com a história, com a construção do lugar de trabalhador da saúde e de cada uma das pessoas envolvidas. Territórios marcados pelas histórias; construir aprendizagens com essas trabalhadoras foi central num processo de formação repleto de novidades.

Surge uma nova avaliação: o Cuida traz muitas informações, muitas novidades e uma forte exigência de ações por dentro (narrativas, avaliações e agora TCC?), mas por fora do “horário do curso”, as ações com a equipe, o fazer. O Cuida extrapola o “tempo” do relógio. Há pouco tempo para o processamento, são muitas demandas, devíamos ter mais tempo, um espaço maior de transição entre um módulo e outro (Diário de campo, nº 38).

Foi, portanto, a GC quem deu apoio na formação destas trabalhadoras, não só na problematização e reflexões teórico-práticas do processo de trabalho e do cuidado, mas também apoio na formação pedagógica de trabalhadoras para o uso da linguagem escrita, apresentações e recursos tecnológicos, que os encontros virtuais síncronos¹ exigiram dentro dos métodos de aprendizagem.

Os momentos de apresentação nas Mostras de Saúde, por exemplo, que as especializadas realizaram para compartilhar os movimentos com as demais especializadas de outras turmas, outras trabalhadoras das Unidades de Saúde e com a gestão, foram estratégicos para ampliar a visão sobre o impacto que os planos de melhoria podem provocar, tanto nos processos de trabalho das Unidades de Saúde quanto no processo do cuidado, sendo também elemento no processo formativo, que exigiu atenção e disponibilidade:

As apresentações foram feitas com PowerPoint, em um modelo simples e objetivo construído e disponibilizado pelas GC, que também apoiaram afetuosamente as especializadas – até o último minuto – na escrita e nas angústias dessa produção pré-evento [...] Tenho para mim que as escolhas e a atuação das GC nessa Mostra contribuíram para a aproximação das especializadas ao *métier* acadêmico/da produção científica, sem perder a centralidade na experiência e na produção de mudança (Diário de campo, nº 23).

¹ Os encontros, quando realizados de forma remota, foram desafiadores, pois muitas não tinham acesso a computador, sendo o celular o recurso possível, que limita a interação em alguns momentos, como no uso de documentos em Excel, Word, e/ou outros aplicativos. A conectividade de internet também foi um ponto desafiador, contudo transpor estes desafios e possibilitar o conhecimento de uso de novas tecnologias foi uma grande potência neste processo formativo.



Outro momento relevante foi o processo de escrita dos Trabalhos de Conclusão de Curso. Mesmo que este tenha sido um trabalho diferenciado quando comparado às pós-graduações convencionais, onde as especializadas produziram narrativas trazendo à tona um formato mais reflexivo, em um processo construído ao longo da caminhada do curso, exigiu apoio intensivo das GC, inclusive pela novidade neste formato, além do agravante que muitas das especializadas não possuíam computadores, sendo a escrita do TCC um desafio. A GC precisou então usar de diferentes estratégias para apoiar este processo, mantendo o engajamento das trabalhadoras, construindo possibilidades e local de escrita, apoiando essa formação e esse processo tão singular a cada uma.

Entre as novidades apresentadas, como as supracitadas, veio a necessidade do encontro destas trabalhadoras com suas equipes, algo previsto dentro da ESF, mas forjada do cotidiano destas equipes. O Cuida APS extrapolou, portanto, o encontro da especialização. Ao propor o desenvolvimento de ciclos de melhoria nas Unidades foi preciso que estas trabalhadoras revisitassem o lugar que ocupavam, que o problematizassem e o (re)encontrassem.

Nessa formação de trabalhadores para e na APS, não necessariamente todas realizaram esse movimento, mas foi visível na leitura das narrativas – em especial aquelas que envolveram a avaliação das especializadas sobre o curso – que ao final desse processo houvesse uma mudança e uma ativação das equipes envolvidas:

[...] da diferença, que foi vislumbrada na aplicação dos planos de melhoria nas equipes, realizados no primeiro módulo do curso. Mesmo fazendo ou recuperando o óbvio, o esperado para uma APS qualificadora do cuidado, as especializadas com seus singelos planos produziram abalos micropolíticos, que poderão produzir mudanças locais, nos arranjos plurais pensados para cada território, para cada equipe. Ressalta-se aqui que mais de 160 planos tiveram como objetivo central a gestão do trabalho em Saúde. Fazer reunião de equipe ainda pode ser invenção (Relatório de pesquisa, 2023).

(Re)pensar as práticas de cuidado à luz do encontro, neste caso das trabalhadoras do SUS com a GC, fazendo uso de metodologias ativas e da EPS, foi uma grande potência, onde distante de pensar “fôrmas” neste processo de formação, íamos ao encontro e direção de um perfil de competências para estas trabalhadoras.

Neste sentido, tomamos por base a EPS como uma estratégia político-pedagógica que toma como parte do desenvolvimento os problemas e necessidades emanados do processo de trabalho em Saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho, com vistas à produção de mudanças nos contextos em que se insere (BRASIL, 2018). Dos processos disparados pelas GC, a EPS permeou a metodologia de transformação do cotidiano, com o uso de reflexão de práticas e produção de novas possibilidades a partir do visto, do vivido ou do vislumbrado.



Na medida em que os encontros com o território foram acontecendo, novas estratégias surgiram, ou as antigas – há muito não vividas – foram retomadas de maneira a qualificar os processos de trabalho e as relações no território. Alguns encontros trouxeram falas interessantes como: “por vezes, apenas a oportunidade de conversas e as trocas de experiências já são consideradas como potencialidades para a resolução de problemas concernentes ao processo de trabalho” (Narrativa do Grupo de Pesquisa).

Os encontros das especializadas com as GC proporcionaram deslocamentos no modo de promover saúde, em como olhar para a realidade vivenciada e pensar estratégias de acordo com a governabilidade local: “percebemos que de maneira orgânica começamos a transformar o que experimentávamos nos encontros, onde já tínhamos algumas táticas e estratégias que nos chamavam mais atenção para a organização dos encontros” (Diário de Campo).

O que transformava o fazer de quem estas especializadas encontravam, no processo de interiorização, também refletia-se em mudanças promovidas no fazer das GC.

“ O decorrer da especialização e a retomada ou implementação de encontros – reuniões de equipe, por exemplo – trouxe uma leveza e refrescância aos processos de trabalho.

O decorrer da especialização e a retomada ou implementação de encontros – reuniões de equipe, por exemplo – trouxe uma leveza e refrescância aos processos de trabalho. Cabe ressaltar que muitos desses espaços foram conflituosos e apresentaram diferentes visões. Enquanto algumas equipes sustentaram seus encontros internos para promover Educação Permanente em Saúde e refletir sobre processos de trabalho e processos de mudança, outras se abdicaram desses espaços justamente devido às dificuldades de relação destes e os conflitos internos evidenciados pelas equipes. Segundo Cardoso (2015), a APS evidencia-se como objeto de transformação no processo de trabalho, que passa a ser revalorizado como centro privilegiado de aprendizagem. Ela parte do pressuposto da aprendizagem significativa, ou seja, daquilo que traz sentido para o indivíduo envolvido no processo, ao tempo em que deve provocar nesse indivíduo certo “desconforto” em situações vividas em campo.

Tais processos puderam ser percebidos com e pela inserção das GC nos territórios. Outro aspecto relevante se dá pela valorização dos espaços de encontro e como GC e especializadas se viram nos caminhos de construção coletiva. “O projeto Cuida APS faz olhar para o como fazer. Ele não é uma valoração sobre o que se está fazendo” (Narrativa de Seminário Compartilhado com as Especializadas). E neste contexto as GC viram como “elemento diferencial do trabalho”, pois foram identificadas como pessoas que auxiliaram as especializadas a construir junto a suas equipes, a serem menos impositivas e auxiliaram a trazer um sentido lógico e prático para o cotidiano.



Dialogando com o desafio que a EPS tem em si, como aponta Emerson Merhy (2002), evidenciou-se que todo processo comprometido com estas questões da Educação Permanente em Saúde tem de ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, que implica na força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematizações (MERHY, 2002) – fato que leva a um pensar do trabalhador no encontro com sua equipe e da especializanda, transformando a sua prática de promoção dialógica do cuidado.

Os processos promovidos pelas Gestoras de Campo geraram desconfortos no olhar para a realidade local e pensar no que poderia ser feito, mas também trouxeram encantamentos sobre modos diferentes de fazer, com invenções possíveis a partir da realidade já colocada. Cabe destacar a percepção de alguns dos polos:

[...] a Gestora de Campo foi essencial para o processo educativo, declarou: “minha forma de olhar o mundo mudou”, apontando que no início do curso estava com muita desconfiança de como fazer, de como implantar a equipe de melhoria, mas a cada encontro havia novidades e foi reaprendendo em como lidar com o território, melhorar o trabalho em equipe, aproximando todos os participantes da equipe (odontólogo que ficava afastado e os fisioterapeutas também se aproximaram no processo de saúde do território) (Narrativa de Seminário Compartilhado com as Especializandas).

Novas tecnologias, especialmente as tecnologias leves e leve-duras – promovidas também pelos encontros EaD – foram gradativamente incorporadas ao novo fazer. As especializandas relataram que o decorrer dos encontros as fez sentirem-se mais “empoderadas para o exercício de uma mediação fundamentada em experiências prévias, teóricas ou vivenciadas” (FONTE). Além disso, as Gestoras de Campo auxiliaram as equipes a relembrar boas práticas adormecidas e princípios do SUS que existiam no imaginário, mas difíceis de serem colocados em prática ou atribuídos a outras atrizes, que não elas.

Princípios como integralidade do cuidado e equidade, e dispositivos como acolhimento, ambiência, classificação de risco, gestão do cuidado e trabalho em rede foram despertados para o dia a dia das Unidades. “A GC potencializa dispositivos já conhecidos... ou que precisam ser (re)ativados nos territórios (Narrativa de Seminário Compartilhado com as Especializandas)”. As ações e intervenções das Gestoras de Campo como facilitadoras destas estratégias de Educação Permanente em Saúde afinaram a comunicação e produção assertiva na construção do sentido do fazer em Saúde.



Potências e desafios do trabalho da GC para a produção do cuidado

O exercício de leitura integral dos recortes das narrativas foi importante para observarmos muitas consonâncias em relação ao efeito do Cuida APS na construção do cuidado, alinhadas com o modelo de atenção que se pauta pelo vínculo com usuário e lógicas territoriais no fazer em Saúde na APS. Apesar do conceito de cuidado ser polissêmico, ganhou destaque, nas narrativas, a potência do projeto em relação a um certo “retorno” às práticas que seriam próprias das ESF, mas que ficaram interrompidas no período da pandemia de Covid-19.

Relataram algumas especializadas que durante a pandemia houve reorganização das atividades/atendimentos da Unidade Básica de Saúde, com a interrupção de atividades grupais (grupos educativos, reuniões de equipe etc.), redução de agendas de visitas domiciliares (limitadas a casos imprescindíveis) e pouca circulação dos próprios usuários nos serviços, descontinuando o acompanhamento. Se analisarmos o relatório de restituição do projeto, produzido a partir da análise dos planos de melhoria de todas as especializadas envolvidas, identificamos relação com a discussão supracitada: 55% dos planos estão relacionados com o eixo gestão do trabalho, sendo 62% destes relacionados à dificuldade na organização do processo de trabalho para rastreamento e acompanhamento de pessoas com doenças crônicas (HAOC, 2023).

Essa realidade também está sinalizada por Estrela et al. (2020), a partir de uma revisão em base de artigos publicados em periódicos e documentos oficiais durante a pandemia. Explicam as pesquisadoras que a reestruturação das UBS contou com massiva realocação de profissionais de Saúde para os hospitais e consultas eletivas foram canceladas – priorizando-se somente casos de urgência e emergência, de modo que usuários com condições crônicas não graves tiveram consultas e exames desmarcados. Alertam, nesse sentido, que 70% das pessoas que morreram em decorrência da Covid-19 eram usuárias com condição crônica.

Com esse contexto, as narrativas sinalizaram que os planos de melhoria, a partir do método Ativa APS, tiveram resultados mensuráveis na relação com o cuidado, como: retorno das reuniões de equipe para organização dos processos de trabalho e discussão de caso; construção de fluxos assistenciais; retomadas de grupos de educação em Saúde – sobretudo nos territórios de difícil acesso –, problematização da prática e do processo de trabalho, bem como o acompanhamento e monitoramento de casos.

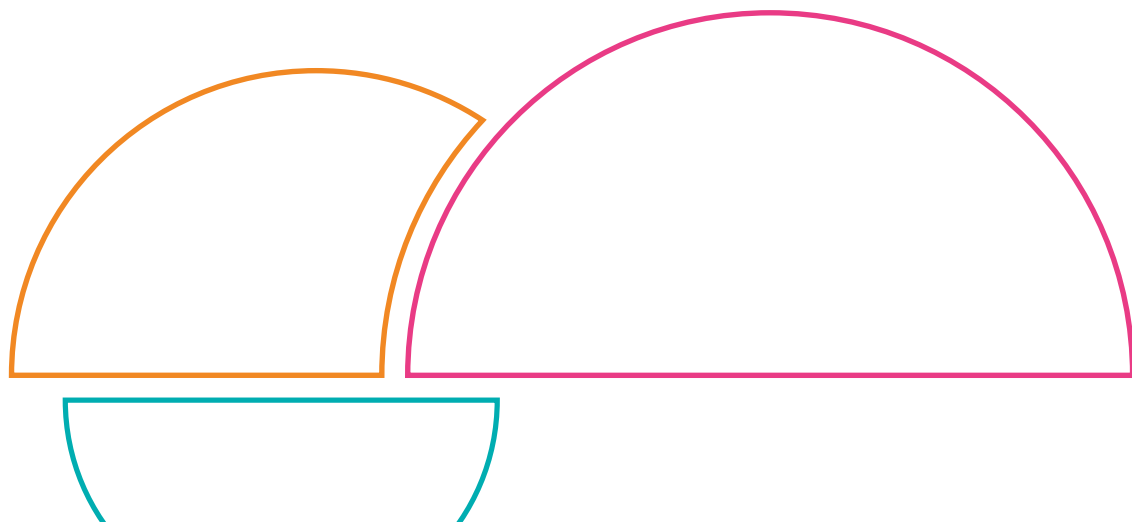
Apesar do conceito de cuidado ser polissêmico, ganha destaque, nas narrativas, a potência do projeto em relação a um certo “retorno” às práticas que seriam próprias das ESF, mas que ficaram interrompidas no período da pandemia de Covid-19.



O método Ativa APS (JANTSCH et al., 2022) induziu à construção de indicadores com a definição de metas a partir de problemas elencados pela equipe de melhoria, relacionados às doenças crônicas não transmissíveis. Fez parte do perfil de competência da especializanda, portanto, conhecer e aplicar instrumentos de análise de resultados, bem como o monitoramento e a avaliação comprometida com a melhoria dos processos de trabalho (HAOC, 2022). Desse modo, pode-se afirmar que o impacto do método produziu melhorias nos municípios, sobretudo nos indicadores de acompanhamento de pessoas vivendo com hipertensão e diabetes. Não podemos deixar de falar que, em relação a isso, houve efeitos do Previne Brasil no trabalho das equipes, induzidas pelo financiamento por desempenho, conforme sinalizou o relatório de restituição (HAOC, 2023).

“ Desse modo, pode-se afirmar que o impacto do método produziu melhorias nos municípios, sobretudo nos indicadores de acompanhamento de pessoas vivendo com hipertensão e diabetes.

Houve, entretanto, outros resultados que escaparam à mensuração dos instrumentos de análises mais duros, mas que transbordaram nas narrativas, merecendo destaque. São efeitos que dialogam com os desafios do cuidado em saúde no plano das tecnologias leves (MERHY, 2002), que põem em jogo o trabalho relacional, cotidiano e que se realizaram, portanto, no exercício de colocar lado a lado diferentes posições sobre as práticas de cuidado. Podemos citar a conexão das trabalhadoras com processos reflexivos sobre seu trabalho; valorizar suas ideias em relação a como melhorar o cuidado; resgate de vínculo entre a própria equipe a partir do diálogo; poder ser criativa em suas ações em Saúde etc. É possível relacionar esse transbordamento de resultados que estão no plano mais intensivo (que não se captura pelas metas) à opção educacional do projeto pela Educação Permanente em Saúde e metodologia ativa, com o trabalho das GC. Algumas narrativas, por exemplo, sinalizaram a importância da reflexão da prática no processo da especialização e outras destacaram a importância de valorizar os saberes prévios das especializandas, bem como produzir resignificação de ideias, práticas e reflexões profundas sobre o cuidado.





Mas como nem tudo são flores, tivemos bastante desafios sinalizados no conjunto de narrativas, como: o quanto ainda é preciso superar a lógica médico-centrada na relação com o cuidado; verificaram-se vínculos precarizados de muitas das trabalhadoras que estão no projeto e isso tem efeito no cuidado com as usuárias nos serviços; o impacto da falta de profissional médico nas equipes; a assimetria nas relações das equipes; sobrecarga dos profissionais; lógica da produtividade e da métrica; falta de medicamentos (apareceu em muitos dos planos melhoria, mas como há pouca governabilidade das equipes para esse problema, acabou não sendo escolhido como prioridade); e distância e precariedade das unidades rurais, entre outras dificuldades.

O papel da GC foi fazer diferentes costuras - a partir dos dispositivos pedagógicos - entre os planos de melhoria construídos pelas especializadas, cuidando para que o método não endurecesse o processo formativo. Correlacionar a estratégia pedagógica do Ativa APS com a prática da Educação Permanente em Saúde, valorizando a potência dos afetos, foi central nesse processo.





Considerações finais

Este foi um processo que nos deslocou em diferentes momentos e em diferentes formas.

Deslocamento foi uma palavra constantemente utilizada ao longo do processo formativo promovido pelo Cuida APS, tanto em relação às especializadas, quanto às GC, gestoras e equipe de coordenação do Projeto. Deslocamo-nos e deslocamos (em relação) a proposta inicial do método Ativa APS, fazendo-o conversar com as belezas e desafios de nossos sertões, trazendo a EPS para a centralidade das ações; deslocamo-nos e deslocamos processos de trabalho no projeto pela participação sempre ativa das Gestoras de Campo nos processos de reflexão da prática, problematização e construção conjunta do e sobre os Termos de Referências. Deslocamo-nos e deslocamos territórios físicos e existenciais.

A interiorização proposta pelo Cuida APS apresentou cenários nunca antes visitados e provocou as Gestoras de Campo a diversas experimentações: no lugar de educadora, em realidades muito distintas; pulsou, em muitos momentos, o desejo de função de apoio/sanitarista para ajudar os municípios em melhorias em relação às situações de saúde; além de entrar em contato com um Brasil pouco conhecido para grande parte de nós, que estávamos acostumadas a construir o SUS em cidades grandes ou capitais. Sentimos nosso corpo vibrátil nos convocar a todo momento (ROLNIK, 2016), problematizando a nossa própria prática, as intencionalidades do curso e as próprias Políticas Públicas do SUS. E não deveria ser diferente, haja vista as diversas intersecções que vivemos, nos diferentes caminhos que realizamos.

Vimos de perto a rotina de profissionais se desdobrando em mais de um vínculo de trabalho, enfrentando estradas e meios de transporte nem sempre seguros, com condições de trabalho precarizadas, ouvimos suas histórias, angústias e seus crescimentos. Nos tornamos porta-vozes dessa imensidão que é o cuidar em Saúde no Brasil. Os encontros de EPS e a escuta atenta da coordenação do projeto foi outra intersecção fundamental nessa caminhada. Sem isso, todos estes deslocamentos talvez não tivessem acontecido e o nosso corpo vibrátil teria sido silenciado.

Essas experimentações e deslocamentos fazem parte de movimentos de imanência e criação “que não se fecha num sentido, mas vale pelo máximo de variações que permite” (KASTRUP, 1995, n.p). São movimentos que não param de se erigir e de se entranhar, e um processo que não para de se alongar, de romper-se e de retomar (DELEUZE; GUATTARI, 2011).

Foi pelo estranhamento, por espaços coletivos não consensuais, pelas diferenças e pelos caminhos metodológicos do projeto que possibilitaram a construção coletiva – dentro de certos limites – para que não fôssemos mais as mesmas. Tampouco os territórios o são.



03 Potências do EAD na formação de gestoras e trabalhadoras da APS

Fernanda Ferreira Marcolino, Fernanda Rocco Oliveira

De onde nascem os cursos na modalidade de educação a distância no Projeto Cuida APS?

Ao longo dos anos, tem-se observado a densidade de propostas de cursos de formação na modalidade a distância, ofertados a partir de diferentes iniciativas públicas e parcerias público-privadas. Iniciativas importantes marcaram essa modalidade de formação de educação a distância, algumas atuais e outras finalizadas, como: Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde (AVASUS), Comunidade de Práticas, Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes e Portal Saúde Baseada em Evidências, que são espaços de fortalecimento e efetivação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Segundo o estudo de Lemos, Dutra e Rezende (2021), que apresenta mapeamento nacional da literatura científica sobre o uso de tecnologias digitais para o desenvolvimento de ações da PNEPS, e que foi utilizado como referência importante neste capítulo, o aumento crescente de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) no campo da educação em Saúde ocorre pelo potencial de ampliação do acesso a um grande número de trabalhadoras e pela capilaridade nos serviços de Saúde, principalmente em regiões mais remotas do país, devido à característica continental do Brasil.

As autoras destacam que “as TICs ganham especial atenção no contexto da saúde devido às especificidades dos profissionais atuantes nesse campo, principalmente quanto à disponibilidade para dedicação às atividades de formação, tendo em vista a quase sempre alta carga de trabalho” (LEMOS; DUTRA; REZENDE, 2021, p. 17). Essas particularidades fortalecem a implementação de processos formativos virtuais no campo da Saúde.



O Projeto Cuida APS teve como centro de suas ações a formação das trabalhadoras do SUS, num recorte especial das trabalhadoras da Atenção Primária à Saúde de todo país. Portanto, as discussões e pactuações feitas com Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde culminaram na inclusão, no escopo das ações e atividades do projeto, e na oferta de dois cursos formativos na modalidade EaD.

Com foco na qualificação do processo de trabalho e das práticas clínicas voltadas às pessoas com condições crônicas, os cursos ofereceram espaço para que profissionais e equipes de Saúde tivessem a oportunidade de se atualizar, de refletir sobre sua prática, ampliar suas competências e produzir novas formas de fazer saúde/cuidado.

O primeiro desenvolvido, Curso de Aperfeiçoamento Qualificação do Processo de Trabalho e do Cuidado de Pessoas com Condições Crônicas na APS, teve o propósito de qualificar o cuidado a pessoas com condições crônicas a partir da oferta de ferramentas, conceitos e instrumentos a profissionais de Saúde das equipes de APS, e foi ofertado com equipe de profissionais que desenvolveram moderação e tutoria às turmas. O segundo, Curso de Extensão Gestão dos Serviços de APS e Monitoramento do Cuidado de Pessoas com Condições Crônicas, foi proposto para oferecer conhecimentos que se aproximassem da necessidade da gestão dos serviços da Atenção Primária e, por isso, foi desenhado numa modalidade autoinstrucional.

Este capítulo pretende contar, brevemente, sobre a experiência de elaboração e proposição desses dois cursos de formação na área da Saúde, principalmente pela magnitude do desafio e pelo cuidado e qualidade na construção desse processo formativo. Toda a narrativa construída está ilustrada com os relatos das próprias trabalhadoras estudantes e facilitadoras de aprendizagem participantes dos cursos, e foram extraídos dos fóruns de discussão e da avaliação final. Analisar o resultado a partir de quem viveu o processo permite conferir, com maior autenticidade, os limites e as potencialidades destas propostas formativas para o campo da Saúde.

“ Portanto, as discussões e pactuações feitas com Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde culminaram na inclusão, no escopo das ações e atividades do projeto, e na oferta de dois cursos formativos na modalidade EaD.



Proposição e produção dos cursos

A premissa central para organização e elaboração dos cursos foi a conexão da vivência prática da profissional de Saúde em seu cotidiano e a construção de suas relações com o conhecimento produzido. Em consonância com a PNEPS e com outros estudos, aprende-se melhor aquilo que está intimamente relacionado à sua prática e ao seu conhecimento prévio (BRASIL, 2009; BUSSOTTI et al., 2016).

Todo o desenho inicial e a proposta pedagógica dos cursos foram construídos para trazer à tona desafios e problemas vivenciados por profissionais de Saúde, gestoras e suas equipes. As reflexões teórico-conceituais dispostas nas aulas e as diferentes atividades propostas nos cursos tinham a intencionalidade de suscitar nas trabalhadoras estudantes a reflexão e a identificação de ferramentas e respostas concretas aos desafios cotidianos, ampliando e qualificando a prática e a produção do cuidado na APS.

A construção dos conteúdos e recursos pedagógicos dos cursos foi norteada por essa premissa, propiciando, de fato, a aprendizagem significativa à trabalhadora estudante. Os relatos em fóruns de discussão puderam evidenciar esse reconhecimento: “esse módulo está demais, os exemplos são muito próximos do que vivemos no cotidiano” (estudante 01) e “este módulo nos levou à realidade do nosso cotidiano nas UBS. Amei os exemplos e com isso consegui mudar muitas coisas na minha unidade” (estudante 02).

Outro ponto essencial perseguido na proposição dos cursos foi a indissociabilidade entre atenção e gestão na produção do cuidado em Saúde.

Os temas concernentes tanto à gestão quanto à atenção à saúde se entremeiam nas discussões fomentadas nos cursos: “sempre procuro conversar com os profissionais da equipe sobre os casos mais complicados que atendo, buscando ajuda para avançar na situação. Uma dificuldade que temos após a pandemia é que as equipes não fazem mais reuniões, de modo que ficou mais difícil conversar com os profissionais” (estudante 03).

A interprofissionalidade, condição para a construção da clínica ampliada, da complementaridade do cuidado e do trabalho em equipe, em consonância com a integralidade em saúde, foi outra premissa relevante para a proposição dos cursos.

Algo que se refletiu no próprio edital, por meio da definição do público-alvo.



No Curso de Extensão, a proposta do edital abriu a participação de trabalhadoras atuantes no SUS, com nível superior, interessadas no tema da gestão dos serviços, compreendendo a riqueza da composição do olhar entre gestoras atuantes e profissionais que, agora em outra atribuição no SUS, frequentemente circulam entre as duas funções – assistência e gestão.

Uma breve análise da formação profissional das trabalhadoras estudantes matriculadas no Curso de Extensão mostra 56,2% de enfermeiras, seguidas de farmacêuticas (9,9%), fisioterapeutas (4,8%), nutricionistas (4,6%), médicas (4,2%) e assistentes sociais (3,0%), sendo que as demais categorias de Saúde e até mesmo outras formações, como em Administração, representaram menos de 2% cada. Ter a maioria das profissionais enfermeiras é algo esperado, visto que 50% das trabalhadoras da Saúde são da Enfermagem, sendo que 59,3% dessa força de trabalho está inserida no SUS (COFEN, 2015; 2016).

O edital do Curso de Aperfeiçoamento incluiu técnicas e auxiliares de Enfermagem e Saúde Bucal, para além das profissionais graduadas, que são habitualmente contempladas nos cursos ofertados nacionalmente, conforme apresentado no Gráfico 2, evidenciando a presença das técnicas de Enfermagem como a segunda categoria profissional de maior número no curso.

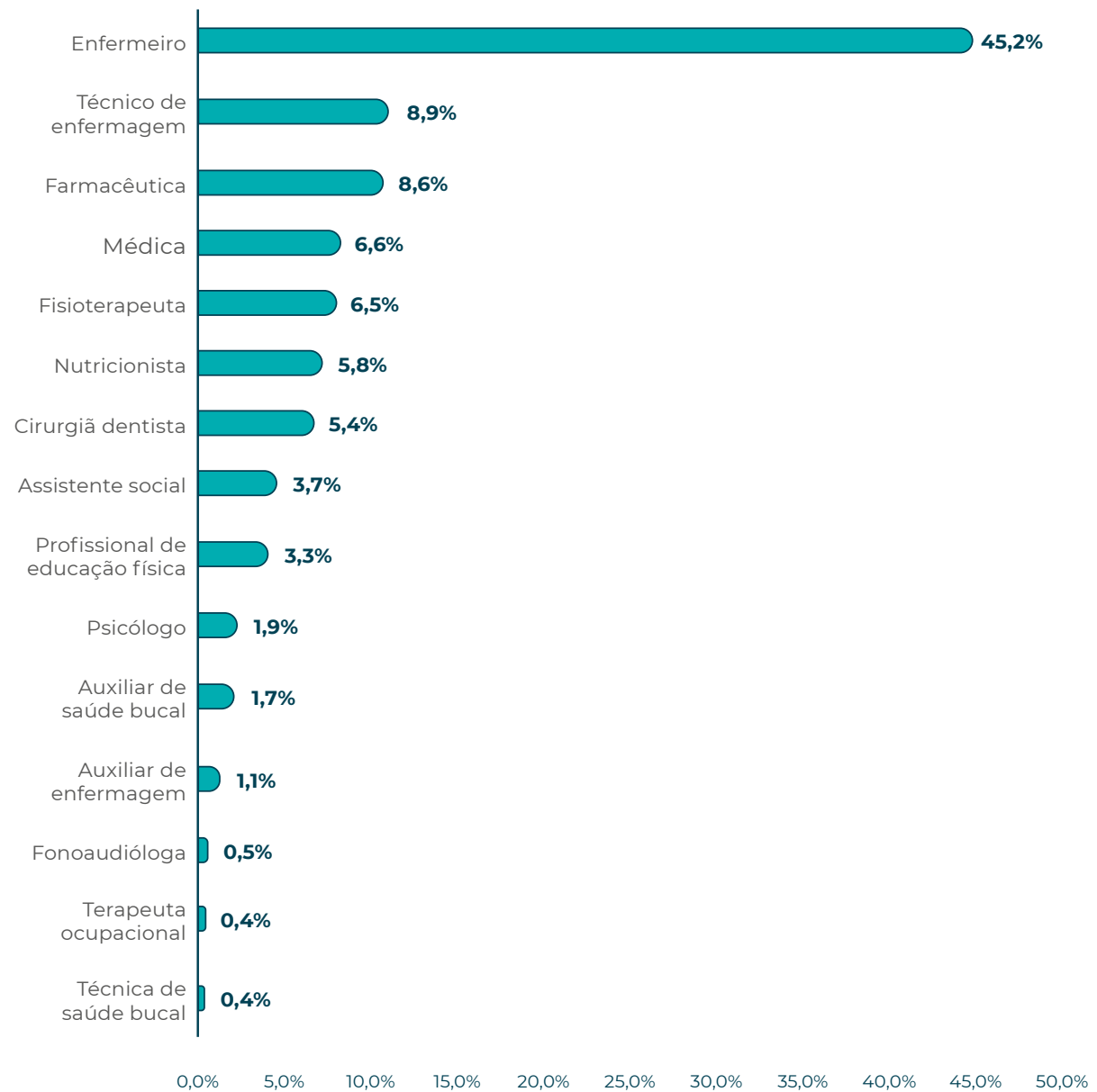
Compor o público-alvo com trabalhadoras estudantes de diferentes formações reforçou a configuração de equipe de Saúde e corroborou com a compreensão de que as discussões ganham qualidade quando os diferentes pontos de vistas são trazidos e quando as áreas específicas e os núcleos disciplinares¹ das diferentes categorias profissionais se aproximam, possibilitando a produção de modos de pensar incomuns e a busca por caminhos diferentes para resolução dos problemas vividos no cotidiano.

“ O Curso de Extensão mostra 56,2% de enfermeiras, seguidas de farmacêuticas (9,9%), fisioterapeutas (4,8%), nutricionistas (4,6%), médicas (4,2%) e assistentes sociais (3,0%), sendo que as demais categorias de Saúde e até mesmo outras formações, como em Administração, representaram menos de 2% cada.

¹ Os núcleos profissionais que compuseram o curso foram: Enfermagem (formado por enfermeiras, técnicas e auxiliares de Enfermagem), Farmácia, Medicina, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia (formado por dentistas, técnicas e auxiliares de Enfermagem), Serviço Social, Educação Física, Psicologia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.



Gráfico 2. Percentual de estudantes matriculadas no curso de aperfeiçoamento, categorizadas por profissões da Saúde



Fonte: Elaboração própria (2023).



Estrutura do Curso de Aperfeiçoamento Qualificação do Processo de Trabalho e do Cuidado de Pessoas com Condições Crônicas na APS

O curso foi proposto a partir do desejo de ofertar ferramentas para qualificar a prática desenvolvida pelas equipes. Inicialmente, com a encomenda de um recorte às condições crônicas, partiu-se de um desenho de matriz pedagógica que desse conta das principais condições crônicas sensíveis ao cuidado da APS. Com olhar à especificidade da clínica das diferentes categorias profissionais, a proposição das temáticas fez um mergulho em cada área para compreender a amplitude do recorte a ser feito e a interface entre os diferentes núcleos disciplinares, buscando trazer para o curso “costuras” e aproximações necessárias quando pensamos no cuidado integral de pessoas com condições crônicas.

Um segundo, mas concomitante movimento, que foi sendo desenhado na matriz pedagógica, partiu da necessidade de trazer reflexões da ordem do processo de trabalho das equipes, do campo da Atenção Primária e da saúde coletiva. Como discutir, por exemplo, a prática da Enfermagem no cuidado à pessoa com hipertensão arterial, sem falar sobre a organização da agenda, o monitoramento das prioridades, o método clínico centrado na pessoa, a prevenção quaternária e as práticas coletivas?

Por isso, o curso inclui em sua matriz elementos centrais como a interprofissionalidade e a reflexão do trabalho coletivo; a autonomia da equipe e a gestão da clínica; os diferentes arranjos estruturais e organizacionais dos serviços de APS e da rede de Saúde do país; e tecnologias e ferramentas transversais e estruturais da clínica da APS, comuns a toda trabalhadora da APS.

O desenho pedagógico do curso foi organizado em três eixos considerados técnico-conceituais, estruturados a partir dos objetivos gerais e utilizados para orientar a lógica pedagógica e execução do curso. Cada eixo foi composto por módulos, totalizando seis. Os módulos são unidades que agregam um conjunto de aulas.



EIXO 1

Fortalecimento do processo de trabalho da APS, os objetivos de aprendizagem intencionaram a discussão sobre o processo de trabalho das equipes, oferecendo ferramentas e métodos de trabalho que qualificam o dia a dia das profissionais e o cuidado de pessoas com condições crônicas. Neste eixo as trabalhadoras estudantes de diferentes núcleos profissionais cursaram conjuntamente os módulos e aulas, compartilhando os espaços interativos e de interlocução com colegas e moderadoras de aprendizagem.

EIXO 2

Qualificação da Prática Clínica da APS, os objetivos de aprendizagem intencionaram as discussões e a oferta de estratégias de apoio para tomada de decisão clínica no cuidado de pessoas com condições crônicas, na perspectiva da melhoria da qualidade assistencial. Neste segundo momento do curso as participantes foram divididas em turmas por núcleo profissional e foram acompanhadas por tutoras de sua respectiva categoria, permitindo um aprofundamento maior nas especificidades clínicas de cada profissão.

EIXO 3

Gestão do Conhecimento, abordou as bases e conceitos da Prática em Saúde Baseada em Evidências e orientou os parâmetros para estruturação de dúvidas clínicas e a busca de respostas na literatura. Foi ofertado sem mediação externa (moderadoras ou tutoras), contando com o apoio da equipe de gestão e coordenação do curso nos espaços comuns de interação, como fórum de dúvidas e integração da turma.

O desenho pedagógico organizado em três eixos, somado à proposta metodológica e à escolha dos recursos de aprendizagem, foi construído posteriormente à definição dos conteúdos, tornando laborioso o processo de construção do curso, trazendo desafios tecnológicos: a “passagem” do Eixo 1 para o Eixo 2 e o reagrupamento de turmas e a troca das facilitadoras de aprendizagem, de moderadoras para tutoras.

Esses desafios foram apontados pelas trabalhadoras estudantes em seus relatos e foram fortemente trabalhados pelas tutoras no apoio coletivo e individual às suas turmas de trabalhadoras estudantes. Essa percepção pôde ser evidenciada por relatos de avaliação das tutoras: “entendo que a tutoria deveria acompanhar as/os cursistas por todo o percurso do curso, e não apenas no Eixo 2” (tutora 01) e “considero o AVA muito intuitivo, de fácil acesso e usabilidade. Acredito que poderia ter sido ainda mais fácil sem a separação dos eixos” (tutora 02).



Nas avaliações das trabalhadoras estudantes, as dificuldades de acesso ao Eixo 2 foram evidenciadas, bem como a localização dos fóruns de discussão: “dificuldade em navegar na plataforma, só ontem que vi que o Eixo 2 e 3 estavam em outro lugar” (estudante 04). “Plataforma poderia ser mais fácil na parte do fórum” (estudante 05).

Apesar desses importantes obstáculos, destaca-se o caráter inovador na concepção do desenho pedagógico, quando oferta o conteúdo específico, que possibilita o fomento de discussões de núcleo para diversas categorias profissionais atuantes na APS, juntamente com temas fundamentais para a qualificação da prática interprofissional das equipes de Saúde, proposta pouco encontrada nos cursos ofertados atualmente.

O reconhecimento das trabalhadoras estudantes para as necessidades do seu núcleo profissional e a oferta propiciada pelo curso para qualificação da sua prática clínica se fez claramente expressa: “excelente a abordagem da fisioterapia, pois a grande maioria dos cursos voltados ao SUS e APS não contempla a atuação do fisioterapeuta” (estudante 06); “o curso me proporcionou um novo olhar às práticas do enfermeiro quanto à sua atuação nas linhas de cuidado na APS” (estudante 07); “o curso foi maravilhoso, cumpriu o objetivo de apresentar o cuidado farmacêutico no dia a dia e lançou sementes nos profissionais para a clínica” (estudante 08).



Estrutura do Curso de Extensão Gestão dos Serviços de APS e monitoramento do cuidado das pessoas com condições crônicas

O Curso de Extensão foi proposto na modalidade autoinstrucional. Esta modalidade de cursos de formação a distância tem sido uma das principais escolhas educativas para a agenda de Educação Permanente em Saúde no SUS, o que foi uma das encomendas do Ministério da Saúde para a proposição deste curso, que deveria dar conta de um amplo público, de diferentes localidades do país e com interesse na temática da gestão da APS.

Tendo em vista a agenda dinâmica que gestoras e profissionais de Saúde têm em seu cotidiano na APS, é indiscutível a facilidade da modalidade autoinstrucional para oferta em larga escala, por permitir que a trabalhadora estudante realize as atividades com maior flexibilidade, independência e autonomia de seu tempo. Conforme apontado por Lemos, Dutra e Rezende (2021, p. 31), “os cursos autoinstrucionais permitem que o público adulto realize as atividades com maior independência e autonomia decisória de como e quando estudar, já que todas as atividades são assíncronas [...] permite um processo de aprendizagem com maior rapidez e sem engessamento de local/tempo/horário”.

Em dois relatos trazidos no Curso de Extensão foi possível evidenciar o valor da oferta nesta modalidade. As falas foram muito significativas, pois agregam as singularidades da vida para além do trabalho, especialmente da mulher trabalhadora: “estou vivenciando minha primeira maternidade [...] O que auxiliou na realização do curso e conclusão, além de uma pequena rede de apoio, foi o prazo para conclusão” (estudante 09); “como precisei me ausentar temporariamente, imprimi todos os e-books e fui lendo antecipadamente. No momento disponível, cumpri com as demais atividades” (estudante 10).

Nesta perspectiva, o cronograma do curso foi apresentado como uma referência, para que a trabalhadora estudante pudesse desenvolver um ritmo de estudo, pois o grande desafio da modalidade autoinstrucional foi a organização e a disponibilidade da agenda pessoal para a realização. O processo de aprendizagem foi inteiramente on-line e de modo assíncrono, ou seja, cada participante do curso pôde acessar e realizar as atividades no seu tempo, sem necessidade de concomitância entre as diferentes participantes, configurando um processo de autogestão da trabalhadora estudante sobre o seu percurso de aprendizagem dentro do Ambiente Virtual de Aprendizagem.



Neste ponto é importante reforçar um princípio da andragogia, que compõe as premissas da EPS, onde um processo de formação de adultos deve possibilitar a tomada de decisões sobre o que e como se quer aprender, respeitando seus interesses, seu conhecimento prévio e suas necessidades pessoais ou de trabalho (LEMOS; DUTRA; REZENDE, 2021). A trabalhadora estudante tem um melhor gerenciamento do seu processo de aprendizagem e do tempo, especialmente quando todo o conteúdo está aberto e não modulado, possibilitando seguir sua própria trilha de aprendizagem. Dessa forma, a trabalhadora estudante pode estudar primeiramente aquilo que tenha maior interesse/curiosidade, pois a sequência das aulas não é determinante para um bom desempenho no curso.

As 13 aulas ofertadas apresentaram conteúdos relacionados aos atributos da Atenção Primária à Saúde, retomando diretrizes sobre o papel do serviço de Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e conceitos e ferramentas da gestão, como Planejamento, Informação em Saúde e Melhoria da Qualidade, ofereceram novos instrumentos para a trabalhadora estudante experimentar em sua realidade. Ainda na proposta de ofertas de ferramentas foram apresentadas aulas com a temática da gestão da clínica, conceitos sobre as Condições Crônicas, Evidências e Estratégias para o cuidado e possibilidades para a gestão do trabalho da equipe, Educação Permanente em Saúde, Gestão Participativa, Gestão de Pessoas e Saúde do Trabalhador, refletindo a importância e as responsabilidades da gestão no cuidado às pessoas com condições crônicas.

Para trazer maior interatividade nesta modalidade autoinstrucional, oferecer dinamismo à oferta dos conteúdos e aproximar as reflexões da prática vivida pelas trabalhadoras estudantes, o curso elaborou uma minissérie. Apresentada por meio de vídeos de animação, cuja proposta intencionava o envolvimento da gestora e a construção de um lugar de identificação/afinidade, a minissérie, contada no formato de episódios, apresentou uma gestora que vivencia situações comuns do cotidiano de uma Unidade de Saúde, com seus desafios, dúvidas, inseguranças, erros, tentativas e acertos.

O conteúdo das aulas conversava diretamente com a história e vice-versa, e a trabalhadora estudante foi convidada a refletir sobre o caminho possível apresentado na história e a pensar sobre sua prática. Este exercício de retorno ao cotidiano de trabalho e reflexão foi elemento central para uma aprendizagem significativa.



Quais recursos de aprendizagem compuseram a estrutura metodológica do curso?

Os recursos educacionais predominantes em cursos livres EaD em geral são os textos digitais, seguido de livros eletrônicos e vídeos (ABED, 2022), sendo esta também a nossa principal e mais robusta escolha nos dois cursos. Dentro dos **livros eletrônicos (e-books)** foram utilizadas representações gráficas e foi construída uma identidade visual própria, por meio da utilização das *tags*, que favorecem a apresentação e organização do conteúdo, tornando-o mais atrativo, dinâmico e pedagógico.



QUAIS SÃO AS TAGS?

Conceito-chave: destaque para conceitos fundamentais para a compreensão da aula.

Ligando Pontos: indicação de conceitos que serão ou que foram abordados em outra aula.

Pensando fora da caixa: indicação de conceitos contraintuitivos, inovadores, desfazedores de mitos em saúde.

Minha Prática: convite à reflexão da própria prática.

Pergunta de Reflexão: convite à reflexão central da aula, com direcionamento ao fórum de discussão. Ela está ao final da aula e pode ter cunho prático, como um caso resumido como disparador, por exemplo.

Conclusão de uma Ideia: um enunciado que sintetiza ou conclui uma ideia apresentada anteriormente no texto.

Saiba Mais: indicação de algum conteúdo que complemente o que está sendo abordado, podendo ser *link* de *website*, vídeos, indicação bibliográfica etc.



Experiências analisadas por Lemos, Dutra e Rezende (2021) relataram a aplicação dos pressupostos da aprendizagem significativa e da andragogia em cursos EaD, utilizando recursos e metodologias que promovam interação, colaboração, flexibilidade e autonomia, tais como: estudos de caso, situações-problema, programas de rádio, portfólios reflexivos, problematização da realidade e blogs, entre outros. Nos cursos aqui relatados, destacam-se a **minissérie, exemplos do cotidiano, casos ou fragmentos de casos** utilizados no percurso de algumas aulas como disparadores de reflexão sobre a prática, que foram compartilhadas nos fóruns: “achei a minissérie extremamente realista e me auxiliou em realizar a conexão entre teoria e prática” (estudante 11); “gostei muito de ter um ‘caso-exemplo’, facilitou a imersão nos temas propostos” (estudante 12).

Os **vídeos** são reconhecidos como um recurso potente no processo de aprendizagem e, por isso, quando eram pouco ofertados em determinadas aulas foram identificados por algumas trabalhadoras estudantes. No Curso de Aperfeiçoamento, os vídeos foram utilizados como recurso pedagógico somente em quatro aulas comuns e em um núcleo específico (Educação Física): “trouxe o que tem de atual na literatura, amei os vídeos, pós-leitura, esclarece muito o que fica subentendido nos textos (estudante 13); “os vídeos são uma ótima ferramenta para os estudos, minha sugestão é ter mais vídeos em cada aula” (estudante 14).

As sugestões advindas da avaliação do curso foram ao encontro do planejamento inicial desta oferta, onde vislumbrava-se a produção de vídeos demonstrativos da prática em pelo menos 13 aulas. Entretanto, a magnitude deste curso, com produção total de 81 aulas, além da oferta simultânea do Curso de Extensão, com a produção da minissérie, encontrou limitadores de tempo e de recursos humanos e financeiros para seguir, priorizando a conclusão dos *e-books* com maior rigor e qualidade técnico-conceitual, gráfica e textual, material inédito do Projeto Cuida APS, visto este ser o seu primeiro triênio.

Os cursos priorizaram atividades assíncronas, trazendo flexibilidade e autonomia para a trabalhadora estudante em seu percurso formativo, porém em momentos críticos identificados pela gestão do Curso de Aperfeiçoamento, como próximo ao período de recuperações intermediárias e finais, onde era necessário ampliar o apoio às trabalhadoras estudantes para melhora de seu desempenho, foram realizados encontros síncronos. O objetivo desses encontros foi esclarecer dúvidas de acesso ao ambiente virtual e aos recursos pedagógicos, bem como elucidar os critérios para aprovação, o que produziu resultados no desempenho e aprovação de algumas trabalhadoras estudantes, como este relato: “tive dificuldade com a tecnologia, até o momento que entendi, após uma *live*, como funcionava” (estudante 15).



É preciso considerar o **recurso audiovisual**, seja síncrono ou assíncrono, como um elemento complementar e não único ou principal em ofertas educacionais amplas, pois o seu acesso depende de uma conexão estável de internet, o que não é uma realidade em algumas localidades do país: “videoaulas são ótimas, mas para quem está com dificuldade de acesso dificulta o acompanhamento de qualidade” (estudante 16).

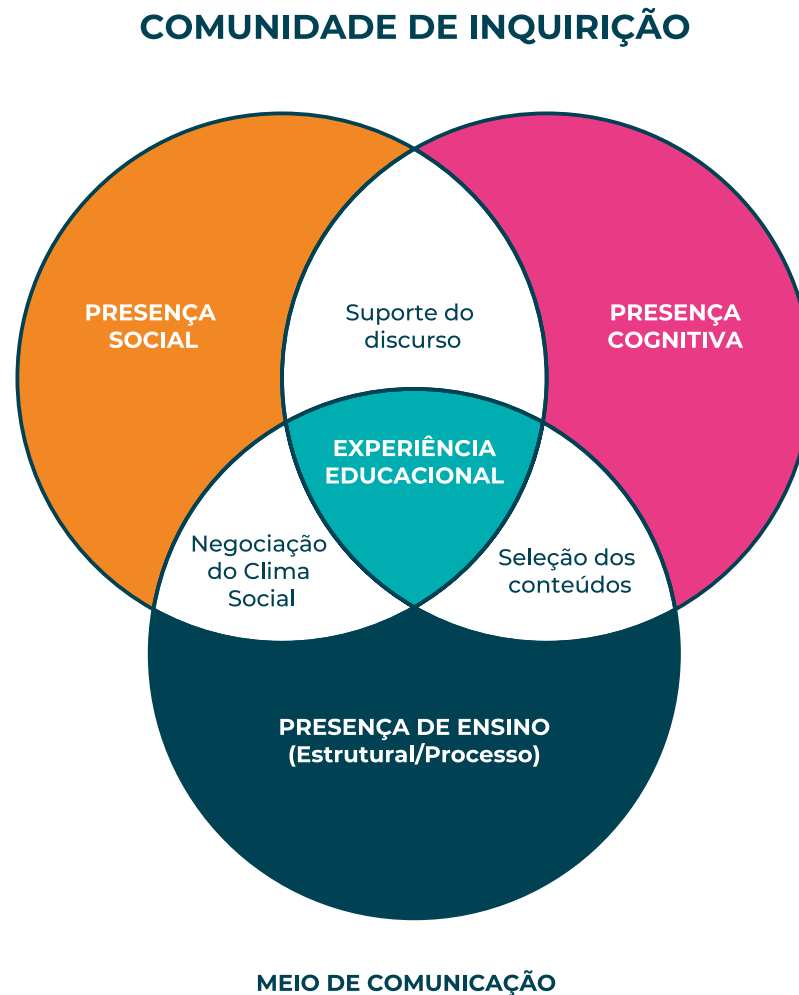
Apesar de os cursos terem ocorrido em um ambiente virtual “fechado”, com as devidas restrições de acesso e matrícula, outra premissa é que o conhecimento é aberto e deve ser compartilhado. Dessa forma, o compartilhamento dos materiais, como os *e-books* disponíveis para *download*, pode ser uma ferramenta para os processos de EPS das equipes, que mesmo não sendo participantes diretas do curso, são afetadas pela mobilização da trabalhadora estudante: “vou me apropriar melhor sobre a asma na região e com certeza utilizar esse material para apoiar as enfermeiras das unidades (estudante 17); “o curso veio num momento oportuno, estamos aproveitando as estratégias aprendidas e tenho aplicado na minha prática, e ensinado a minha equipe” (estudante 18).

Os relatos vão ao encontro do referencial teórico da EPS, quando o ensino e o aprendizado são incorporados no cotidiano do trabalho, provocando mudanças nas práticas não de uma profissional isolada, mas sim elegendo a equipe como ponto de interação (CECCIM, 2005; PETRA et al., 2015). Para efetivação da EPS como parte do processo de trabalho é preciso articulação da atenção, da gestão, do ensino e do controle social, conforme relato:

[...] gostaria de ter maior apoio da gestão para poder realizar atividades do curso em horário de trabalho, pois tive dificuldade para conciliar meu tempo livre para dedicar à sua realização e sinto que poderia ser mais proveitoso se toda a equipe fosse incentivada a participar, para podermos colocar em prática os recursos valiosos ensinados aqui. Recomendo fortemente que seja uma estratégia utilizada em larga escala na APS (estudante 19).

Outro recurso educacional presente ao longo de todos os módulos do Curso de Aperfeiçoamento foi o **fórum de discussão** como espaço de diálogo, interação, aprendizagem colaborativa e construção de comunidades de aprendizagem.

A estrutura teórica que reconhece a formação de comunidades de aprendizagem em ambientes virtuais como essencial para apoiar a aprendizagem colaborativa e alcance de melhores níveis de aprendizagem não data de anos recentes, e já se mostra fortemente consolidada. Um dos primeiros autores que identificou dimensões sociais e cognitivas na aprendizagem on-line foi Henri, em 1992 (GARRISON, 2007), que inspirou Garrison, Anderson e Archer (2000) a desenvolverem a estrutura teórica da aprendizagem on-line, conhecida como Comunidade de Inquirição e composta por três elementos: presença social, de ensino e cognitiva.

**Figura 5.** Modelo da Comunidade de Inquirição.

Fonte: GARRISON; ANDERSON; ARCHER (2000, adaptado).

A **presença social** se refere à interação entre as pessoas, conectadas socialmente e emocionalmente, vistas e dialogando como “pessoas reais”, apesar da virtualidade do ambiente assíncrono. Destaca-se o valor da presença social como um importante condicionante para o desenvolvimento da presença cognitiva (GARRISON; ANDERSON; ARCHER, 2000; GARRISON; ARBAUGH, 2007). O relato da trabalhadora estudante no Curso de Extensão exemplifica a presença social e a afetividade nas relações: “já de cara, lendo todas as apresentações, meu sentimento estava correto em aderir a este curso; encontrar pessoas de bem, comprometidas e que não só acreditam, mas que querem ajudar/melhorar o sistema público” (estudante 20).



Garrison e Arbaugh (2007, p. 163, tradução nossa) definem a **presença de ensino** como “o desenho, a facilitação e a direção de processos cognitivos e sociais com o objetivo de obter resultados de aprendizagem com significado pessoal e valor educacional”, que inclui o planejamento da estrutura do curso, a interação e contato frequente estudante-estudante e estudante-tutora, a observação individual das estudantes, a orientação dos caminhos de estudo, a partilha dos conhecimentos e o apoio frente às dificuldades advindas do curso. Os relatos das moderadoras exemplificam esta presença: “neste momento ‘pego’ essas experiências dos relatos trazidos e faço correlação com o rico material teórico do curso, tentando fazer significado para a reflexão das diferentes categorias profissionais” (moderadora 01); “busco o caminho de valorizar a postagem dos alunos, resumindo as contribuições, além de usar o recurso de perguntas problematizadoras [...] também peço que busquem interagir uns com os outros para fomentar a construção coletiva” (moderadora 02).

A **presença cognitiva** pode ser definida como a capacidade das estudantes em construir um conhecimento significativo por meio da reflexão e da comunicação entre pares, a partir de evento desencadeador, da exploração, da reflexão crítica e aplicação de um novo conhecimento na sua prática ou local de trabalho (GARRISON; ANDERSON; ARCHER, 2001). O modelo teórico desenvolvido para a aprendizagem on-line guardou íntima relação com os pressupostos da abordagem construtivista no ensino, presentes na concepção pedagógica deste curso.

O diálogo entre duas trabalhadoras estudantes sobre a possibilidade de realização de grupos pela fisioterapeuta exemplificou a presença cognitiva: “estamos presos à mesmice... rsrs. Bons grupos a serem explorados! Já tive grupos específicos para hipertensos, mas não exclusivo para pós-AVE... muito menos para pacientes respiratórios... Vale muito a reflexão... Cuida APS abrindo nossos olhos!” (estudante 21); “a proposta de atividade em grupo para esses pacientes é excelente, uma vez que podem compartilhar suas vivências e se sentir parte de um grupo” (estudante 22).

Os três elementos da comunidade de inquirição estiveram intrinsecamente ligados e a interdependência das três presenças se expressou na atuação das moderadoras e das tutoras, que desempenharam o papel de facilitadoras da aprendizagem significativa junto às trabalhadoras estudantes.

As facilitadoras de aprendizagem realizaram a mediação por meio do estímulo à reflexão e à argumentação, fazendo perguntas que problematizavam e dialogavam com o contexto real de trabalho das profissionais; da inter-relação das contribuições das estudantes, conectando ideias entre elas e com o conteúdo teórico disponibilizado; do incentivo ao compartilhamento de experiências; da problematização de questões relevantes; e da proposição de novos desafios nos fóruns de discussão.



Todo esse processo é uma potente estratégia de EPS que, além da troca de experiências relacionadas aos processos de trabalho, possibilita a discussão e a resolução de problemas específicos no território (CEZAR et al., 2019), como evidenciado no relato: “este fórum me ajudou muito na minha prática diária, principalmente em relação à asma e demência, onde eu tinha muita dificuldade. As práticas avaliativas me ajudaram a um melhor acompanhamento dos pacientes” (estudante 23).

Em apoio ao relato acima há evidências de que redes e comunidades podem ser criadas on-line e que estão fortemente associadas à aprendizagem (GARRISON, 2007). A presencialidade pode significar estar juntas virtualmente; o espaço físico dá lugar ao ciberespaço ou ao CiberespaSUS, com trabalhadoras compartilhando e ressignificando suas práticas, e construindo uma rede de aprendizagem (PRETI, 2002; TEIXEIRA, 2013). A internet pode operar como via de troca, intercâmbio, inter-relações, interação e construção do conhecimento; como um instrumento que facilita a emergência de um pensamento coletivo (PETRA et al., 2015)

Os relatos a seguir exemplificaram a potencialidade dos fóruns e o uso da tecnologia como meio de propiciar o “encontro”: “muito bom ver relatos no fórum tão próximos da realidade que vivencio no cotidiano do meu trabalho. Saber que os obstáculos e as dificuldades são parecidos me leva a crer que o erro não está no meu modo de trabalhar, e sim no conjunto de fatores que independem da minha vontade” (estudante 24).

“ A prática pedagógica fundamentada no construtivismo e na relação dialógica, seja ela na educação presencial ou a distância, compartilham propósitos em comum. “Ambos buscam a inter-relação, o encontro, fazendo uso dos mais diferentes meios e ocorrendo em espaços e tempos diferenciados. Não importa, o que se busca são processos educativos por meios comunicacionais que possibilitem a troca, o diálogo e a mudança” (PRETI, 2002, p. 6).

O Curso de Extensão, sendo autoinstrucional, não contou com fóruns de discussão ao longo de suas aulas, mas destaca-se a presença do Fórum de Boas Conversas como espaço de apresentação e troca de experiências. Essa ferramenta se assemelha ao café virtual ou WebCafé, utilizada em outros cursos para um diálogo mais aberto, marcando a presença social (FRATUCCI, 2015). Apesar de ser um espaço único e sem a presença de uma facilitadora, sua relevância para formação de rede e compartilhamento de experiências foi reconhecida pelas trabalhadoras estudantes: “esse encontro nosso, mesmo que virtual, nos permite conhecer mais sobre a coordenação da APS de outros estados... Muita experiência boa!” (estudante 25).



O processo de Educação Permanente em Saúde, intrínseco nos cursos, também contemplou as facilitadoras e coordenadoras de facilitação, sendo um importante ponto de fortalecimento das ações do Curso de Aperfeiçoamento. Além das oficinas de formação realizadas na abertura do Eixo 1 e do Eixo 2, e a disponibilização dos manuais da facilitadora de aprendizagem, ao longo de todo processo foram realizadas:



Paradas pedagógicas: reuniões on-line mensais entre equipe de coordenação e as coordenadoras de facilitação, e entre coordenadoras de facilitação e seu grupo de facilitadoras, com espaço de escuta e discussão sobre o monitoramento das turmas e do processo de trabalho da facilitação.



Oferta da Jornada da Moderadora/Tutora: roteiro com o cronograma de ações sugeridas para a facilitadora realizar a cada novo módulo ou bloco.



Oferta de vídeos tutoriais sobre ferramentas de gestão do AVA, como extração e análise de relatório de notas e de conclusão de atividades.



Fóruns de discussão: espaço para diálogo da equipe de facilitação e equipe do projeto.

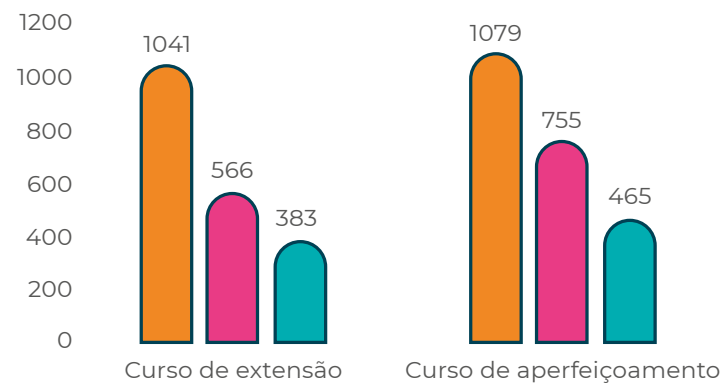
Assim, como relatado por Lemos, Dutra e Rezende (2021) sobre a importância da formação inicial e processos contínuos de Educação Permanente em Saúde entre coordenação pedagógica e tutoras para o exercício pleno de suas funções, a avaliação das facilitadoras explicitou a importância destes espaços de EPS, das ações e do vínculo construído: “a coordenadora da turma nos ajudou a todo momento [...]. As paradas pedagógicas e o primeiro encontro [...] também me aproximaram mais da metodologia utilizada e atividades que seriam desempenhadas por mim” (tutora 03). “Participar dos projetos PROADI é, realmente, especial. O investimento feito na Educação Permanente dos Moderadores impactará em outras atividades que executamos no SUS” (moderadora 03).



Atravessamentos e breves considerações sobre o público de estudantes dos cursos

Todo o processo relatado neste capítulo se deu com a participação de 566 trabalhadoras estudantes que realizaram o Curso de Extensão (1ª edição)¹ e 755 trabalhadoras estudantes que realizaram o Curso de Aperfeiçoamento, conforme gráfico 3, além de 660 especializadas que guardaram particularidades na composição deste último curso e que será explorado a seguir.

Gráfico 3. Trabalhadoras estudantes selecionadas, matriculadas e concluintes dos cursos de aperfeiçoamento e extensão.



- Selecionadas:** profissionais que se inscreveram no processo seletivo, cumpriram todos os requisitos e foram aprovadas.
- Matriculadas:** profissionais que acessaram o AVA e realizaram ao menos uma atividade do curso.
- Concluintes:** profissionais que finalizaram o curso e atingiram ao menos média 7,0 e 7,5% de frequência nas atividades.

Fonte: Elaboração própria (2023).

¹ Até a conclusão deste capítulo, a 2ª edição do Curso de Extensão estava sendo ofertada, por isso os dados não são apresentados aqui.



Para além do apontamento sobre o desafio de desenvolver a gestão de cursos com esta oferta ampla de estudantes, é relevante fazer uma breve análise e reflexão sobre a taxa de evasão apresentada a partir deste gráfico. Há diferenças conceituais sobre a definição de evasão, mas habitualmente a evasão é compreendida como a estudante que iniciou o curso e não o concluiu (OLIVEIRA; OESTERREICH; ALMEIDA, 2018). As ofertas do projeto obtiveram uma taxa de evasão de 32,3% no Curso de Extensão e 38,4% no Curso de Aperfeiçoamento, similar a outros cursos ofertados por instituições da rede UNA-SUS, com 28% e 38% de evasão (TRISTÃO et al., 2018; MATTOS et al., 2019) e compatível com os dados nacionais de cursos livres que apontam evasão de 16% a 50% (GASQUE et al., 2020).

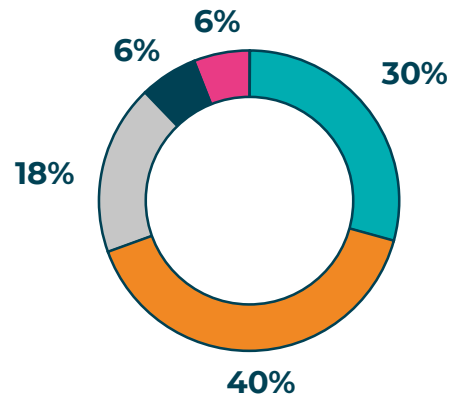
Por outro lado, há autores que consideram a evasão com um conceito mais amplo, incluindo quem nunca acessou ou se manifestou no decorrer do curso, não iniciando nenhuma atividade proposta (FAVERO, 2006; RODRIGUES et al., 2018). A partir desta definição, considera-se o total de estudantes selecionadas como denominador para o cálculo da taxa de evasão e encontram-se 63,2% no Curso de Extensão e 56,9% no Curso de Aperfeiçoamento. Um estudo que investigou a evasão de um curso de gestão em Saúde ofertado pelo Sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB) encontrou evasão de 55,6% (RODRIGUES et al., 2018), assim como a evasão média de 69,1% nos cursos autoinstrucionais da rede UNA-SUS (GASQUE et al., 2020).

A evasão é um tema muito problematizado e estudado em cursos EaD, sendo levantados trabalhos teóricos e pesquisas com amostra de estudantes que apontam motivos como dificuldade de gestão do tempo, excesso de trabalho, mudanças profissionais, questões familiares, falta de relações sociais e interpessoais com colegas e tutoras, dificuldades de acesso à internet, conteúdo que não atende às expectativas e material didático inadequado (RODRIGUES et al., 2018; GASQUE, 2020; LEMOS; DUTRA; REZENDE, 2021). Fatores pessoais e familiares, como presença de filhos pequenos, separação ou doença, além da dificuldade de conciliar as demandas de trabalho com o estudo também são frequentemente citadas (OLIVEIRA; OESTERREICH; ALMEIDA, 2018; RODRIGUES et al., 2018).

Importante ressaltar a potencialidade da moderação e da tutoria do Curso de Aperfeiçoamento proposta na gestão do processo de evasão das trabalhadoras estudantes. Tanto no processo de aprendizagem como no trabalho de engajamento das estudantes, as ações da tutoria e moderação foram reveladas, conforme identificado nos relatos a seguir: “hoje consegui o resgate de mais um aluno, que se rendeu ao envio das mensagens!” (tutora 04); “entre ontem e hoje, mais quatro alunos recuperados!!! Detalhe é que não acessavam há mais de 50 dias (tutora 05).”

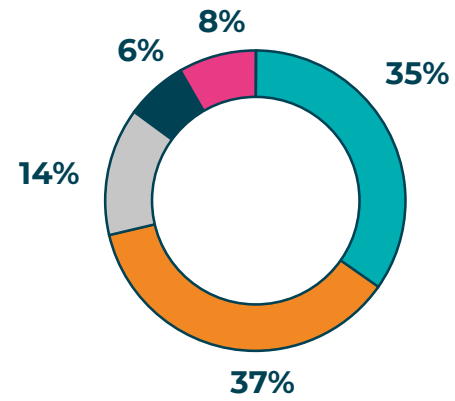


Gráfico 4. Distribuição regional das estudantes matriculadas no Curso de Extensão



● Nordeste ● Sudeste ● Sul ● Centro-oeste ● Norte

Gráfico 5. Distribuição regional das estudantes matriculadas no Curso de Aperfeiçoamento



Fonte: Elaboração própria (2023).

Os dois cursos seguiram tendência similar aos dados da UNA-SUS¹, com predominância de 35,3% das ingressantes da região sudeste, seguido da região nordeste, com 30,9% e da região sul, com 13%, mas um pouco aquém das ingressantes da região norte, com 11,3% e da região centro-oeste, com 9,5% de estudantes (BRASIL, s.a.).

No Curso de Aperfeiçoamento há que se destacar que a porcentagem de trabalhadoras estudantes matriculadas da região nordeste foi bem próxima da sudeste, o que nos leva à hipótese do fato de que a inserção/intervenção territorial do projeto² ter sido realizada em 52 municípios da Bahia e Pernambuco, com articulações em nível municipal e estadual, potencializou a divulgação nesses dois estados e conseqüentemente a procura das profissionais pelo Curso de Aperfeiçoamento. Por outro lado, ao analisar o terceiro Estado da inserção/intervenção territorial, o Amapá, encontramos somente uma trabalhadora estudante matriculada. Isso nos convocou ainda mais ao desafio de novas estratégias de divulgação nacional e apoio para a capilarização do acesso aos cursos EaD nos Estados da região norte para fomentar a estratégia de democratização da EPS para trabalhadoras do SUS que estão em Regiões de Saúde localizadas em áreas com pouca ou nenhuma oportunidade de educação presencial (GASQUE et al., 2020).

¹ Dados extraídos da plataforma pública UNA-SUS em números (BRASIL, s.a.), utilizando o recurso filtro para seleção de período de junho de 2022 a julho de 2023 e considerando todos os cursos ofertados por todas as instituições da rede UNA-SUS.

² A inserção/intervenção territorial foi apresentada no Capítulo 1, "Cuida APS em movimento (o projeto em ato)".



Ao longo deste capítulo foram apontadas diferentes potencialidades e desafios vivenciados na oferta dos dois cursos com modalidade de ensino a distância. Um dos desafios pressupõe a leitura de outros capítulos deste livro, pois trata da interface delicada que foi proposta no projeto, especificamente no Curso de Aperfeiçoamento e sua relação com o Curso de Especialização, oferta que também compõe as entregas do projeto.

“ O Curso de Aperfeiçoamento incluiu entre suas participantes trabalhadoras estudantes do Curso “Especialização em Melhoria do Cuidado das Pessoas com Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde – APS” e em sua organização curricular compôs o Módulo 1 da especialização, denominado “Qualificação do processo de trabalho da APS e o cuidado das pessoas com condições crônicas”, na modalidade EaD.

Na composição das docentes da especialização destaca-se a figura da Gestora de Campo¹, responsável pelo desenvolvimento e avaliação das atividades educacionais e com forte vínculo com as estudantes especializadas. A Gestora de Campo não acompanhou as atividades dentro do Ambiente Virtual de Aprendizagem, papel desempenhado por moderadoras e tutoras do Curso de Aperfeiçoamento. À medida em que o Módulo 1 se desenvolvia no AVA, as Gestoras de Campo desenvolviam os demais módulos, com atividades presenciais e remotas (síncronas) por dentro da especialização. Dessa forma, o Módulo 1 (Curso de Aperfeiçoamento) aconteceu de forma paralela às atividades da especialização e alheio às demais atividades pedagógicas desenvolvidas.

Vale destacar, portanto, os efeitos produzidos por essa configuração, não apenas no processo de gestão de ambos os cursos – Aperfeiçoamento e Especialização – mas principalmente no percurso formativo da especializada. As maiores dificuldades de flagradas foram no âmbito técnico-operacional do Módulo 1, como o acesso ao AVA, a identificação das atividades a serem realizadas e o cumprimento de prazos, como exemplificado neste relato: “tive dificuldades com alguns prazos devido à especialização presencial” (estudante 27).

¹ A relação da Gestora de Campo com a especialização é descrita no Capítulo 2, “O encontro das Gestoras de Campo com o território: provocações e invenções”.



Para suprir essas lacunas foram realizados diversos momentos de alinhamento entre as coordenações dos dois cursos e elaboradas estratégias para facilitar o aproveitamento da especializanda no curso. Entretanto, tais ações ficaram centradas na gestão acadêmica, como regularidade de acesso ao AVA, notas alcançadas e recuperação das atividades, com poucas possibilidades de integração entre o processo de aprendizagem vivenciado no EaD e suas atividades educacionais e a prática vivenciada nos encontros da especialização.

Destaca-se que apesar da identificação de uma lacuna de integração pedagógica sistemática do Módulo 1 (Curso de Aperfeiçoamento) com a especialização, algumas especializandas, a partir de suas necessidades, fizeram essa conexão e exploraram o valor de uso do conteúdo em um processo genuíno de aprendizagem significativa e mudança de prática. Os relatos explicitaram a “costura” feita pelas especializandas e o alcance do objetivo final de qualificação e fortalecimento das equipes de Saúde da APS para o cuidado das pessoas com condições crônicas: “a estratificação de risco não era utilizada de rotina, porém se tornou uma meta do meu plano de melhoria da especialização e está sendo implementado no acompanhamento dos pacientes durante as ações do HIPERDIA” (estudante 29); “o curso (de aperfeiçoamento) me ajudou bastante a compreender o objetivo do curso de especialização. Percebi que se tratava de uma parte teórica em relação à especialização e passei a explorar ainda mais o conteúdo” (estudante 30).

“ Circunstâncias como essas foram efeitos da construção coletiva, de uma proposta inicial, comumente evidenciadas nos momentos avaliativos dos primeiros triênios de projetos PROADI-SUS. Como apresentado, as trabalhadoras estudantes encontraram caminhos e fizeram suas conexões quando misturaram aquilo que receberam, leram e discutiram com a realidade vivida no cotidiano de sua prática na APS/SUS.

Neste capítulo a intenção foi compartilhar ganhos e desafios experienciados na produção de cursos de ensino a distância em larga escala, para que possam servir como referência para iniciativas que tenham este mesmo propósito.





04 Reflexão da prática: um caminho para a qualificação da prática educacional

Maria Delzuita de Sá Leitão Fontoura Silva, Maria Lúcia Teixeira Machado, Sueli Fatima Sampaio

Reflexão da Prática no Projeto Cuida APS

O relato de experiência sobre reflexão da prática ocorreu pela escolha desta proposta educacional, desenvolvida em um projeto vinculado ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil, em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

O Projeto “Cuida APS: cuidado das pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)” se inseriu na agenda estratégica do Sistema Único de Saúde e objetivou fomentar e qualificar o cuidado das pessoas, favorecendo o avanço do cuidado integral, o que é previsto no arcabouço legal do SUS.

Neste contexto, o Projeto Cuida APS oferece estratégias de qualificação e fortalecimento das Equipes de Saúde da APS para o cuidado de pessoas com condições crônicas, apresentando objetivos em consonância às normativas do Ministério da Saúde e foco de execução em unidades federativas municipais. O escopo de trabalho do projeto contempla todo o território nacional, com intervenções *in loco* e a distância, junto às Equipes de Saúde e por meio de oferta ampla de cursos com conteúdo e instrumentais pertinentes, buscando impactar positivamente a saúde da população brasileira (HAOC, 2022, p. 6).

As iniciativas educacionais se desenvolveram com vistas ao protagonismo dos sujeitos e aprendizado continuado, tendo na Educação Permanente em Saúde e seus modos de operar um elemento essencial, com a criação de espaços em que se privilegia a reflexão da prática de docentes, aqui designadas Gestoras de Campo, com a intencionalidade de refletir sobre seu desempenho e, assim, poder aprimorar as capacidades desenvolvidas e se desafiar para o alcance de outras, necessárias para a sua atuação.



Outrossim, os desafios de um projeto de grande porte em termos de abrangência e profundidade para a formação de profissionais, somados às implicações da proposta para todas as regiões do país, reforçaram como a qualificação de docentes precisa ser cuidada.

Espaços de reflexão da prática são considerados fundamentais para a reflexão de processos de trabalho importantes, para que provoquem a tomada de decisões frente ao que precisa ser aprimorado e, conseqüentemente, qualifiquem não só as ações profissionais, mas o próprio objeto de intervenção, no caso, a formação de profissionais de Saúde atuantes no Sistema Único de Saúde.

Assim, os pequenos tesouros já construídos por outras autoras, colegas mais próximas ou distantes, mas de qualquer forma pessoas que consideram a perspectiva da Educação Permanente em Saúde como modo da reflexão da prática para avaliar a formação educacional, nos provocaram a trilhar por este caminho tão valoroso e desafiador contido nas iniciativas educacionais do Projeto Cuida APS.

Pressupostos da reflexão da prática com base em princípios da Educação Permanente em Saúde

Estabelecendo como ponto de partida do trabalho neste projeto as prerrogativas de atuação das profissionais na Atenção Primária à Saúde, os territórios de chegada para a intervenção e o processo formativo composto por um cenário onde circulava um conjunto de trabalhadoras, gestoras, instituições de ensino e pesquisa, foi imprescindível pensarmos uma trajetória formativa orientada por uma metodologia participativa e dialógica, bastante alinhada com as propostas de um currículo orientado por competência.

Neste sentido, foi elaborado um Perfil de Competência para Gestoras de Campo (HAOC, 2022) orientado pelas dimensões de atenção à saúde e de gestão do trabalho e da educação como docente-facilitadora de aprendizagem do “Curso de Especialização em melhoria do cuidado das pessoas com condições crônicas na Atenção Primária à Saúde”, com o desafio de apoiar a implementação de planos de melhoria com o método Melhoria Contínua da Qualidade e favorecer o aprendizado das participantes do curso.

Simultaneamente, a coordenação pedagógica do projeto, por meio das Coordenadoras de Gestoras de Campo (CGC), teve o desafio de apoiar estas docentes facilitadoras – Gestoras de Campo – a ampliarem suas capacidades em processo, considerando o perfil de competência deste grupo (HAOC, 2022).



O cenário do ensino em Saúde no Brasil e no mundo passa por contínuas transformações, a partir do reconhecimento da necessidade de desenvolvimento de novas competências compatíveis com as necessidades sociais de saúde e da vida, em um movimento de ruptura com um modelo formativo hegemônico pautado pela lógica da fragmentação na abordagem dos conteúdos e das práticas de ensino-aprendizagem.

A mudança do olhar sobre o processo de ensino-aprendizagem e as abordagens metodológicas têm sido alguns dos elementos centrais da proposição da transformação de práticas educacionais, em que o modelo tradicional progressivamente vem sendo complementado e/ou substituído por modelos educacionais que entreguem à sociedade profissionais críticos, reflexivos, capazes de lidar com problemas complexos, que trabalhem bem em equipe e que incorporem ao cuidado o compromisso ético com a singularidade de cada pessoa e sua coletividade.

Tendo em vista estes movimentos e os modelos pedagógicos de formação em Saúde, que atendam estas necessidades, emergiram os conflitos e necessidades de apoio para a transição de uma prática de ensino baseada na transmissão de conhecimentos, na qual a facilitadora de grupo se enquadrava como uma especialista no assunto e a especializanda como uma observadora, para o modelo em que a docente se tornou uma facilitadora do processo, favorecendo à especializanda o protagonismo em seu aprendizado.

As escolhas foram feitas e as apostas foram na direção de uma oferta educacional que privilegiou como eixo condutor do percurso o espaço de reflexão da prática pedagógica. A reflexão da prática favoreceu a troca de experiências e aprendizagens entre pares, em espaço protegido, favorecendo a redução de angústia, superação de lacunas no desempenho da ação educacional e a apropriação de novas competências.

De acordo com o denominado Relatório Delors (1998), a educação deve se desenvolver em torno de quatro aprendizagens fundamentais, que são para o indivíduo os pilares do conhecimento: aprender a conhecer indica o interesse, a abertura para o conhecimento, que verdadeiramente liberta da ignorância; aprender a fazer mostra a coragem de executar, de correr riscos, de errar mesmo na busca de acertar; aprender a conviver traz o desafio da convivência que apresenta o respeito a todas e o exercício de fraternidade como caminho do entendimento; e aprender a ser que, talvez, seja o mais importante por explicitar o papel do cidadão.



Vygotsky (1998), afirma que a formação e a aprendizagem somente acontecem através de uma relação dialética entre sujeito e sociedade ao seu redor, ou seja, destaca a importância da interação que cada pessoa estabelece com o seu meio, uma vez que é através dessas experiências que os significados aparecem e são incorporados.

Assim, o papel da Gestora de Campo passava por ser facilitadora de aprendizagem do Curso de Especialização, a partir dos preceitos da Educação Permanente em Saúde e das metodologias ativas de ensino-aprendizagem; por apoiar a construção de intervenções locais que promovessem a melhoria da qualidade e fomentar o desenvolvimento de liderança nas equipes de Saúde da Família (territórios), em um espaço protegido para a sustentabilidade das ações.

O perfil de competência mencionado anteriormente orientou as dimensões no âmbito do desenvolvimento de capacidades na gestão do trabalho e da educação na Saúde, adotando a concepção do cuidado centrado na pessoa, a partir das necessidades de saúde e as melhores evidências encontradas.

Ao longo do percurso foram realizados encontros presenciais e remotos para o aperfeiçoamento destes desempenhos, por meio de atividades educacionais que compuseram um cenário simulado com oferta de processamento de situações-problema, exposições dialogadas, entre outras ofertas para o cenário real, como o espaço de reflexão da prática.

A ideia constitutiva do espaço de reflexão prática é polissêmica e possibilitou à facilitadora revisitar sua própria prática e descobrir caminhos vivos que favoreceram e ampliaram capacidades para o desempenho da sua atividade.

O apoio ao desenvolvimento da docente facilitadora por meio da reflexão da prática foi por nós entendido como um movimento central na formação docente, valorizando a experiência na dimensão pedagógica, promovendo a troca e a produção de saberes, assumindo a formação docente como um processo vivo, interativo e dinâmico. A reflexão crítica sobre a prática dialogicamente permitiu uma ancoragem na teoria que se desdobrou em embasamento para uma constante transformação da prática pedagógica.

Nóvoa (1992) nos lembra que a troca de experiências e o compartilhamento de saberes concretizam espaços de formação mútua e, por isso, refletir sobre a prática pedagógica inclui o indivíduo, com suas singularidades e afetos.



Intencionalidade da atividade de reflexão da prática

Como em todas as atividades educacionais desenvolvidas no Projeto Cuida APS, a intencionalidade educacional esteve presente enquanto uma forma de indicar qual a intenção agregada à atividade. Negri (2016) entende a Intencionalidade Pedagógica como a intenção do professor que, por meio de sua postura, atitude e ação conscientes, media o processo de aprendizagem em cenário pedagógico, considerado como espaço relacional das participantes.

A intencionalidade educacional proposta para a atividade reflexão da prática foi a de proteger o espaço de troca, escuta e análise de incidentes críticos no desenvolvimento das atividades no território, promovendo a reflexão da prática com contribuições do grupo e da Coordenadora de Gestoras de Campo.

A atividade de reflexão da prática foi desenvolvida como todas as atividades do projeto, em pequenos grupos (de oito a 12 participantes), como propõe a metodologia escolhida para a formação educacional, ou seja, as metodologias ativas, sendo que Lima (2018, p. 61) aponta que um dos desafios no uso destas metodologias na educação está relacionado “aos investimentos necessários nos recursos educacionais para as atividades em pequeno grupo”. E no projeto este foi um propósito garantido à luz das escolhas para um processo de ensino-aprendizagem qualificado.

O projeto assumiu e compreendeu a reflexão da prática como um modo de Educação Permanente em Saúde, já que se propôs à problematização das práticas educativas, desenvolvidas pelas docentes (GC), com vistas a ajustes no desenvolvimento das atividades educacionais.

Ribeiro e Lima (2018) entendem que a Educação Permanente na gestão das iniciativas educacionais se propõe à melhoria da trajetória educacional e à transformação das práticas educativas.

Como intencionalidade educacional, a reflexão da prática se dispôs a ser um espaço para que as GC possam identificar problemas ou desafios e processá-los, com o apoio das Coordenadoras de Gestoras de Campo, facilitadoras de aprendizagem desta iniciativa educacional. De acordo com Ribeiro e Lima (2018, p. 119), o papel da facilitadora “visa a potencializar o processamento de situações trazidas pelos participantes, com o uso de tecnologias que favoreçam o diálogo e os pensamentos complexo, crítico-reflexivo e estratégico, no contexto das práticas”.

Entendemos que a dinâmica do grupo se tornou imprescindível, tendo aí a facilitadora a importância de propor movimentos que pudessem trazer à tona os problemas ou desafios, de forma que pudessem ser processados.



O primeiro movimento facilitado foi o de que as GC pudessem inicialmente buscar identificar, sistematizar e escolher o que desejavam compartilhar com o grupo, para que recebessem contribuições ou, num sentido mais amplo, aquilo pudesse ser processado. Ceccim e Ferla (2009) compreendem que o método educativo, para além da estrutura didático-pedagógica, agrega relações sociais e afetivas para a aprendizagem, já que se dá num campo de aprendizado afetivo de experiências vivas do estar junto, o que possibilita prazer e harmonia no aprender, de forma coletiva.

Almeida (2009) indica estes problemas ou desafios como um incidente, considerado como qualquer atividade humana observável, que permite inferências e previsões a respeito da pessoa que executa um ato, sendo que para ser considerado crítico ocorre em uma situação na qual a observadora tenha clareza das consequências.

Neste sentido, Felisberto et al. (2010) referem que as pesquisas na área da Saúde buscam por situações comportamentais, como erros na assistência em saúde, avaliação de competência para alguma atividade e indicadores de qualidade na área da gestão.

Matheus e Fustinoni (2006) indicam a “técnica de incidentes críticos” como aquela que consegue captar fatores culturais, valores, experiências, sentimentos e emoções dos sujeitos que vivenciaram uma situação caracterizada por um comportamento e uma consequência.

Na sequência, o movimento foi de que cada GC apresentasse o problema ou desafio que escolheu compartilhar e, assim, se processasse de forma sequencial, como uma rodada, para que todas pudessem se expressar, o que garantia que houvesse a oportunidade da fala. A observação atenta e a escuta ampliada por parte da facilitadora se tornaram imprescindíveis, como forma de capturar não só falas, mas gestos e expressões, que pudessem indicar emoções e afetos naquilo que se narrava.

Dutra (2002) entende a narrativa como uma forma de comunicação que reflete a experiência humana com conteúdo emocional e sensorial, constituindo significados e compreensões de aspectos individuais e culturais.

No terceiro movimento, a facilitadora da atividade apresentava, a partir das vivências narradas no compartilhamento, os núcleos de sentido, ou melhor, as naturezas relativas aos aspectos compartilhados, constituindo um conjunto das informações, em que o grupo escolhia o que deseja processar, em termos de contribuições, reflexões e encaminhamentos.

Fleury (1999) compreende que o acolhimento do grupo permite a expressão de sentimentos, compartilhamentos e até mesmo confrontos, o que favorece o acompanhamento das experiências de cada uma.



A proposta para o quarto movimento foi de que cada GC pudesse, não como finalização, mas como fechamento temporário da atividade, já que acreditamos que um processo de reflexão reverbera para além do tempo proposto no encontro, realizar a avaliação da atividade em termos de participação e contribuições, ou não. Com a possibilidade de se autoavaliar, avaliar pares e a facilitação realizada.

Cabe ressaltar que ao finalizar o método o grupo poderia identificar lacunas de conhecimento em relação aos temas abordados na atividade, o que provocava naturalmente a necessidade de buscas individuais, com vistas à construção de aprendizado, bem como permitiu que outras estratégias educacionais pudessem ser consideradas e ofertadas, como no caso dos Encontros de Educação Permanente de Gestoras de Campo.

A partir das intencionalidades educacionais definidas para o percurso formativo das GC e/ou por necessidades de apoio apreendidas na reflexão da prática, podemos destacar também que foram oportunizadas outras estratégias, como viagens educacionais e respectivos compartilhamentos prévios aos momentos de reflexão da prática, oficinas de trabalho, *talk show*, *Team Based Learn* (TBL), entre outros, contribuindo para a atuação em campo.

Avaliação da reflexão da prática na perspectiva de potências e desafios

Sobre o período correspondente ao desenvolvimento do Projeto Cuida APS, de encontros presenciais ou remotos de reflexão da prática, apresentamos aqui uma avaliação desta vivência na perspectiva de potências e desafios identificados pelas envolvidas no método – Gestoras de Campo e facilitadoras.

Destacamos que além da identificação da reflexão da prática como um espaço acolhedor, construtivo e necessário, compreendemos também como seguro para o processamento de ações e questões para a reflexão crítica, ressignificação e transformação de práticas.

Constatamos que na reflexão da prática houve uma circulação de sentimentos e provocações que permitiram compreensões mais aprofundadas e coletivas da atuação em campo, a partir do compartilhamento e troca de ideias e pensamentos divergentes, das estratégias e ferramentas adotadas no percurso pedagógico vivenciado ao longo do projeto.



Ao refletirmos sobre o que agrega à reflexão da prática após o período no Cuida APS, alguns pontos chamaram atenção, como o fortalecimento e amadurecimento das especializadas, exemplificado por mais tolerância ao se autoavaliarem; maior sensação de segurança, conforto e tranquilidade; e percepção de transformação pessoal e profissional.

Houve também relatos sobre agregar, a partir da reflexão da prática a clareza sobre a necessidade do exercício de reflexão sobre nossas ações, a confiança nos processos coletivos e a potência do grupo. E, como aprendizagens, listam-se as formas de fazer e se relacionar, a estar mais aberta, a se colocar à disposição, sendo possível acompanhar, apoiar a si, à outra, de modo cuidadoso e fortalecendo a si e às outras.

Na perspectiva das Gestoras de Campo, a partir do vivido neste recurso educacional no Projeto Cuida APS, identificou-se o que foi percebido como potências e desafios.

“ Reconhecer o acolhimento, a escuta, o afeto, a generosidade e até a dinâmica grupal como potências na reflexão da prática não exige identificar como desafios importantes a construção da grupalidade e de um espaço mais afetivo e de confiança.

Houve referência da reflexão da prática como um espaço ou recurso educacional “sem identidade carimbada”, possivelmente demonstrando uma dificuldade de compreensão do que é uma reflexão da prática, algo que ao longo do percurso, com o desenvolvimento do trabalho grupal, foi sensivelmente se modificando e se expressando em palavras e atitudes, e se configurando em um espaço legítimo, com identidade para o desenvolvimento de capacidades.

Consideramos como um desafio relevante o receio inicial de expor ideias, os fatos ou incidentes críticos ocorridos no território, desvendando, junto, fragilidades e inseguranças. Diferentemente, para outras GC a vontade de falar por vezes se sobrepunha à de ouvir. Inversamente, foram vistas como potências a “oportunidade de aprender, mesmo quando a reflexão inicial era de já ter aprendido”, o crescimento, o amadurecimento, o movimento, a transformação e a aprendizagem a partir da escuta da experiência da outra, recheando a “caixa de ferramentas”.

A forma de operar coletivamente, no espaço do pequeno grupo de reflexão da prática, surgiu como um desafio inicial de não ser prescritivo com a colega, a ela dizendo o que deveria fazer ou ter feito em determinado contexto; reconhecendo a potência da reflexão da prática na ênfase colocada no compartilhamento, na prática colaborativa, em trocas valiosas, seja de “angústias ou alegrias”.



Foi uma grande potência que na reflexão da prática pontos críticos da prática vivenciada nos territórios sejam refletidos da forma mais aprofundada e acolhedora possível, contudo, de maneira associada vem um de seus maiores desafios: a tão complexa gestão do tempo. Recordamos que, de maneiras diferentes, as especializadas lembraram da falta de capacidade de síntese de muitas informações recentes e mobilizadoras, e da dificuldade para acolher e conciliar várias demandas de fala, decorrentes de muitos incidentes críticos etc.

Para isso foi desafiador ter tempo, mas também disposição para avançar no enfrentamento destas dificuldades. E são importantes potências apontadas para lidar com elas a Educação Permanente em Saúde e a formação da facilitadora/docente, propriamente dita, que busque aprofundar reflexões coletivas sobre o que é a aprendizagem e a prática docente significativas.

E, finalmente, um tema apareceu, quase literalmente, tanto como desafio quanto como potência, fazendo todo sentido: “características e modos diferentes de pensar e agir das pessoas” que compuseram os grupos. Uma potência registrada, que talvez simbolize esse processo e que levou a uma compreensão da boniteza que há em sermos diferentes: “limpar a lente dos óculos para enxergar melhor os processos desse ser/fazer”.





Considerações

Consideramos inicialmente que foi necessário reconhecer a proposta e o compromisso firmado pela coordenação e assessoria pedagógica da existência de um espaço para reflexão da prática de Gestoras de Campo no Projeto Cuida APS, em razão da nem sempre conhecida intencionalidade desse movimento educacional refletido nas ações de gestão e atenção à saúde, com importância desvelada ao longo do caminho percorrido pelas próprias Gestoras de Campo.

Consideramos também que o conjunto de Gestoras de Campo e facilitadoras, de forma gradativa, se propôs a viver a experiência, ainda que inicialmente de forma mais tímida, mas que aos poucos foi ganhando o reconhecimento da relevância como um espaço de Educação Permanente em Saúde, já que a troca de ideias e conhecimentos sempre provocaram a autorreflexão do próprio caminhar no campo educacional.

Consideramos, ainda, que a construção contínua e permanente de aprendizados, por meio da ação-reflexão-ação, proporcionou um estar ativo e participativo no trabalho vivo que se constitui o campo da formação de profissionais e trabalhadoras na área da Saúde, podendo a reflexão da prática ser considerada um modo de contribuir para a transformação de realidades.



05 A função apoio e os mapas dos planos de melhorias

*Américo Yuiti Mori, Débora Alcântara Mozar,
Flávio Adriano Borges*

A função apoio no Projeto Cuida APS

O Cuida APS contou com diversos dispositivos de formação e apoio ao grupo de Gestoras de Campo para que essas, por sua vez, pudessem ofertar apoio técnico, metodológico e conceitual às especializadas dos municípios envolvidos, em prol da implantação e do uso de estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2022), monitoramento e avaliação da atenção prestada. Entre os dispositivos ofertados, o grupo de apoio territorial consolidou-se como um espaço de Educação Permanente em Saúde das Gestoras de Campo, concatenando práticas de ensino, produção do cuidado e gestão e organização dos serviços da APS, relacionando processos de formação, gestão do cuidado e o fortalecimento institucional do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007).

Neste texto, vamos apresentar e discutir a experiência do GAT no Cuida APS. Foram formados três GAT compostos, cada um, por um(a) assessor(a) matricial referência para um grupo de GC responsáveis por diferentes polos educacionais, aos quais as especializadas e respectivos municípios faziam parte. A escolha dos grupos buscou preservar semelhanças nos arranjos territoriais e nas redes de atenção locais e uma maior articulação entre elas a partir das trocas de informações, composições de possíveis parcerias e pactuações de ações intermunicipais.

Participaram de cada GAT, em média, dez Gestoras de Campo. Cada GC era referência para um polo educacional, cada um constituído por uma quantidade específica de municípios do interior do Amapá, Bahia e Pernambuco. Assim, 11 GC integraram o GAT 1, composto de seis polos representados por 23 municípios; 12 GC compuseram o GAT 2, com dez polos e 22 municípios, e dez GC estavam à frente do GAT 3, com quatro polos e 11 municípios.



O GAT foi um dispositivo que inserido no cotidiano do Cuida APS e passou por processos de reestruturação em sua composição, formato e intencionalidade. Assim como o Projeto, esse dispositivo também foi se modificando com o passar do tempo, para melhor responder às necessidades de formação e de apoio às GC em seu trabalho no território.

Num primeiro momento, o foco principal do GAT foi apoiar as GC na condução do processo de elaboração dos planos de melhoria no território. Tais planos compunham o rol de estratégias educacionais do curso de especialização para induzir a aprendizagem no cotidiano de trabalho na APS, devendo ser construídos pelas especializadas em conjunto com as suas respectivas “equipes de melhoria”.

Com o passar do tempo, os próprios planos de melhoria construídos pelas especializadas passaram a ser objeto de reflexão do GAT. Estrategicamente, colocamos em análise as escolhas e o percurso que foi realizado por elas no desenvolvimento desses planos, construindo um analisador potente para induzir processos de EPS. Assim, ganhou consistência uma nova configuração do GAT, dando passagem para uma experimentação singular que dialogou com a proposta político-pedagógica do Cuida APS.

Os planos de melhoria “em análise” permitiram problematizar o trabalho das GC no território e os seus diferentes encontros com as especializadas e as singularidades da rede de atenção e dos serviços de APS. A análise dos atravessamentos que disputavam os planos de melhoria de forma interseccionada com a reflexão crítica da GC, do seu trabalho e sua implicação na condução das especializadas no trabalho de elaboração dos planos, se mostrou uma estratégia potente para mobilizar aprendizagens inéditas nos GATs.

A reflexão da experiência do GAT sugeriu o apoio como uma ação política, clínica e institucional na medida em que gerou interferência no fazer das GC, que estiveram situadas nos espaços concretos em que a vida pulsa, ou seja, no cotidiano da APS; atentas às brechas e abertas às possibilidades de transformação, elas se movimentam “entre” sujeitos, saberes e poderes instituídos, processos de trabalho e serviços de Saúde, ativando processos de formação e aprendizagens na intersecção da rede de atenção com as práticas de gestão existentes no território.



A reflexão da experiência do GAT sugeriu o apoio como uma ação política, clínica e institucional na medida em que gerou interferência no fazer das GC, que estiveram situadas nos espaços concretos em que a vida pulsa, ou seja, no cotidiano da APS; atentas às brechas e abertas às possibilidades de transformação, elas se movimentam “entre” sujeitos, saberes e poderes instituídos, processos de trabalho e serviços de Saúde, ativando processos de formação e aprendizagens na intersecção da rede de atenção com as práticas de gestão existentes no território.

A prática do apoio produz efeitos nos modos das pessoas estarem consigo, afinal, tais práticas nunca são neutras e são produtoras de ações políticas no momento que interferem, produzem desvios e novos arranjos no curso do processo (PAVAN; TRAJANO, 2014). O trabalho do GAT consistiu, portanto, numa experimentação colaborativa e integrativa que, através do apoio às GC, buscou a melhoria da qualidade do atendimento às pessoas com DCNT por meio do processo de EPS. Ao interferir nos modos de fazer e apoiar o trabalho das GC, a experiência produzida pelo GAT sugere que ele foi um dispositivo estratégico para apoiar trabalhadoras cujo trabalho se efetua “entre” diferentes superfícies, relações e processos, por exemplo, ativar processos de Educação Permanente em Saúde no cotidiano da APS. Para as trabalhadoras que se movimentaram “entre”, o apoio foi uma oportunidade para a elaboração das vivências e para a experimentação de novos arranjos de relações potencialmente capazes de gerar novas aprendizagens e ampliar o potencial das intervenções educacionais no cotidiano de trabalho das equipes no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Importante sublinhar que o grupo de GC do projeto foi composto por trabalhadoras com experiência no SUS que estão implicadas ética e politicamente com esse projeto. No cotidiano de trabalho com o grupo, a assessoria matricial combinou a problematização/análise dos planos de melhorias com intervenções que privilegiassem trocas de experiências entre as GC, valorizando a sua bagagem teórica e as vivências singulares de cada uma nos diferentes contextos de atenção à saúde, gestão do cuidado, processos de trabalho em saúde e EPS e/ou formação de profissionais para a área da Saúde.

Ao interferir nos modos de fazer e apoiar o trabalho das GC, a experiência produzida pelo GAT sugere que ele é um dispositivo estratégico para apoiar trabalhadoras cujo trabalho se efetua “entre” diferentes superfícies, relações e processos, por exemplo, ativar processos de Educação Permanente em Saúde no cotidiano da APS. Para as trabalhadoras que se movimentam “entre”, o apoio é uma oportunidade para a elaboração das vivências e para a experimentação de novos arranjos de relações potencialmente capazes de gerar novas aprendizagens e ampliar o potencial das intervenções educacionais no cotidiano de trabalho das equipes no contexto da Atenção Primária à Saúde.



Os movimentos disparados a partir do encontro com as Gestores de Campo e o território

A assessoria matricial, facilitadora dos GATs, construiu sua prática por meio da elaboração de Termos de Referência (TR) e diálogo com a equipe pedagógica e de coordenação. Utilizaremos o resgate das metodologias com suas intencionalidades de forma comentada para que seja possível ilustrar essa trajetória de aproximação e trabalho do suporte matricial junto às GC.

Inicialmente, destacamos o desafio encontrado para desenvolver o suporte matricial em um projeto que já havia caminhado um tempo construindo reflexões a partir de outras perspectivas: tivemos que construir vínculo e relação de grupalidade com o coletivo de GC e, somado a isso, tivemos a curiosa percepção de que as demandas que superaram a discussão do método Ativa APS estavam reprimidas, mas ainda não se sabia muito como tal processo aconteceria. A sensação foi de um misto de empolgação, com o início de trabalho nessa nova configuração dos GAT, e receio, marcado por um certo tensionamento oriundo das experiências anteriores. Foi necessário refundar o espaço dos GAT a partir do acolhimento mútuo e de uma atenta escuta das GC, como também da Coordenação do projeto e Coordenadoras das GC, que já vinham nesse caminhar com o grupo.

Nossa escolha esteve alinhada com a encomenda que foi feita pela coordenação do Projeto Cuida APS, qual seja, problematizar o suporte à especializanda a partir dos Planos de Melhoria e pensar junto com a GC o seu papel na análise e suporte em relação aos achados obtidos até o momento, ou seja, um lugar técnico e pedagógico. Esse foi o fio condutor da mediação entre as demandas das GC, advindas do encontro com os territórios e as encomendas da Coordenação, inerentes à condução para o alcance dos objetivos e entregas previstas pelo projeto.

Dessa perspectiva foram debatidos temas como: impactos e transformações nos processos de trabalho, leitura sobre o engajamento das equipes, capacidade de construção e análise dos indicadores propostos, entre outros movimentos do Plano de Melhoria no cotidiano das equipes envolvidas. A todo momento colocando em evidência como a GC poderia contribuir a partir do lugar que ocupava e quais seriam os movimentos possíveis de serem feitos com sua turma para auxiliar no processo de incorporação.



As oficinas de trabalho (OT) para Apoio Territorial que as “matriciais” apresentaram às GC tiveram como pauta: pensar sobre o lugar de facilitação das Gestoras de Campo, suas fragilidades e potencialidades no território e na relação com as especializadas. Formamos uma dupla composta por um(a) assessor(a) matricial e uma coordenadora de GC em cada grupo, na intenção de realizar “uma passagem de bastão” a respeito desse espaço. A atividade favoreceu entendermos um pouco sobre o perfil das respectivas integrantes dos GAT 1, 2 e 3, e nos deu subsídios para começarmos a focar nos planos de melhoria para análises que davam luz aos processos de trabalho, indicadores de qualidade, dificuldades e potências nas escolhas realizadas, para além do foco no próprio método, que as GC vinham sinalizando que não supria uma parte de fatores que sua aplicação demandava.

A título de exemplificação do trabalho desenvolvido nos GAT, trazemos abaixo o TR com algumas intencionalidades trabalhadas no momento de transição e chegada “das matriciais”.



TR AGOSTO/2022 – REMOTO

Título da atividade: Simulando a Oficina de Trabalho: “A integralidade e longitudinalidade do cuidado nos planos de melhoria”.

Na intenção educacional de favorecer o olhar crítico- reflexivo da Gestora de Campo a respeito do seu manejo nas oficinas de trabalho com as especializadas, em apoio aos planos de melhoria a EPS realizou no GAT um ambiente simulado da atividade, ou seja, entre pares, para problematizar e realizar no território.

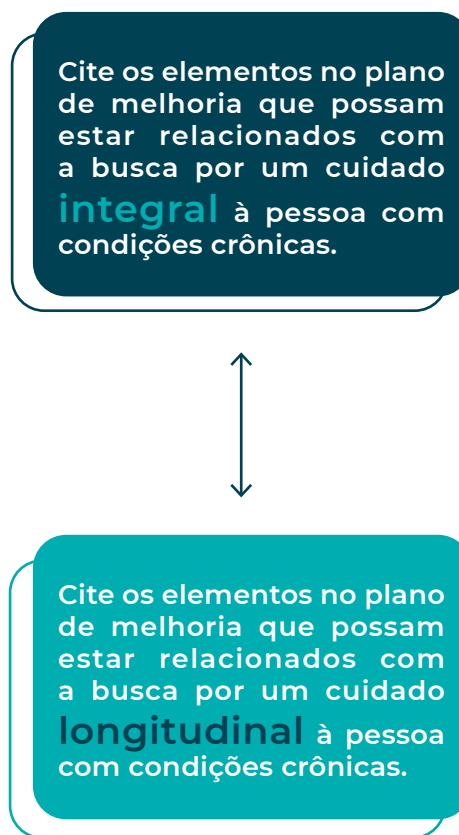
A atividade trouxe elementos para favorecer a explicitação dos desafios e potências no desenvolvimento desta ação educacional e apoiar a discussão e orientação do referencial identificado no projeto sobre a integralidade e a longitudinalidade do cuidado de pessoas com condições crônicas, assim como famílias e territórios de referência. A expectativa foi identificar os desafios da prática da facilitação e favorecer a aproximação com a equipe matricial.

A cada encontro o GAT elaborou as problematizações através de diferentes metodologias, ainda desenhadas em parceira direta com as Coordenadoras de Gestoras de Campo, como citado anteriormente, nesse processo de transição de facilitação e criação de identidade da equipe Matricial.



Dinâmica: a atividade teve de ser realizada nos GAT, em simulação, com participação da Assessora Matricial do referido grupo. As GC foram convidadas pelas facilitadoras a realizarem a simulação desta atividade, conforme o termo de referência do 6º encontro de especialização. A primeira rodada colocou o grupo na realização de um exercício de mapeamento prévio dos planos de melhoria que teve como foco a temática proposta, a partir do Quadro 1, a seguir.

Quadro 1. Sistematização individual a partir do plano de melhoria.



Fonte: CUIDA APS (2022).

No segundo momento da atividade, divididas em dois pequenos grupos, tendo como ponto de partida as respostas individuais das especializadas, as GC orientaram que nos pequenos grupos as especializadas compartilhassem as reflexões individuais que fizeram e foram registradas no quadro 1. Após o compartilhamento, cada grupo produziu uma síntese coletiva sobre o ponto que segue no tópico a seguir.



O que este pequeno grupo compreende por longitudinalidade e integralidade quando se trata de planos de melhoria?

Essa atividade de transição foi importante para realizarmos a inserção de assessores matriciais, mas gerou algumas dúvidas sobre qual seria a função desse novo espaço. Embora a intencionalidade e o processo colocassem em evidência a delicadeza do momento de transição, também ficou explícito para nós, integrantes da nova equipe, que foi necessário realizarmos um mergulho mais preciso nos planos de melhoria e no compartilhamento dos diferentes manejos que as GC adotavam a partir dos TR construídos para a especialização.

Assim, foi necessário identificar com as GC os limites, benefícios e malefícios dos processos de adaptação necessários e perpassados durante a trajetória do Cuida APS.

Essa percepção marcou nossa trajetória ao longo da construção dos demais encontros de GAT na relação com as GC e sua relação com o território e, por isso, entendemos que valia destacar através da ilustração o descritivo do primeiro TR que realizamos a facilitação.

O Termo de Referência a seguir (de setembro de 2022) descreveu o início da aproximação crítica das GC com os planos de melhoria nos espaços do GAT, propriamente dito, e para nós, o que trouxe sentido e relação de confiança neste espaço.

O primeiro encontro presencial do GAT teve a intencionalidade de estimular a reflexão e análise crítica dos planos de melhoria a partir do mapa de acompanhamento. Um mapa de acompanhamento se tratou de uma planilha em que cada GC preencheu com os principais dados dos planos de melhoria de cada especializanda.

No primeiro momento realizamos a retomada das expectativas expostas no último encontro, a partir do disparador que aconteceu de forma remota, com a construção da nuvem de palavras pelas GC para retomar as expectativas, dialogando com o objetivo do GAT. Momento ainda marcado por muita desconfiança e dúvida se este espaço realmente agregaria ao processo.



Para romper com algumas construções metodológicas que o grupo já estava familiarizado e evidenciar diferentes propostas de aproximações que dispararam a reflexão técnica, o segundo momento trouxe uma vivência de sensibilização para despertar o corpo ao movimento de uma análise crítica dos planos de melhoria. Para aproximar um pouco a leitora do que estamos falando, optamos por deixar as ferramentas disparadoras descritas na íntegra, a seguir.

Cada GAT foi subdividido em três pequenos grupos, que trabalharam a partir de três disparadores diferentes:

Disparador 1: um poema

Romance em doze linhas (Bruna Beber)

*quanto falta pra gente se ver hoje
quanto falta pra gente se ver logo
quanto falta pra gente se ver todo dia
quanto falta pra gente
se ver pra sempre
quanto falta pra gente se
ver dia sim dia não
quanto falta pra gente se ver às vezes
quanto falta pra gente se
ver cada vez menos
quanto falta pra gente não querer se ver
quanto falta pra gente não
querer se ver nunca mais
quanto falta pra gente se ver
e fingir que não se viu
quanto falta pra gente se
ver e não se reconhecer
quanto falta pra gente se ver e nem
lembrar que um dia se conheceu*

Disparador 2: uma música: “Acorda Pedrinho – Jovem Dionísio” (DIONÍSIO, 2022)



Disparador 3: um objeto: uma lata de água



A partir dos disparadores as GC descreveram a mensagem direta e literal do disparador do seu pequeno grupo. Após a descrição, o pequeno grupo escreveu o que o disparador despertou e fez pensar sobre a análise feita, considerando o repertório e a afetação de cada GC e, para finalizar, todas se encontraram na plenária de compartilhamento da atividade.



Realizamos um intervalo e com os corpos em estado de atenção sobre impressões, afetações e possíveis análises, apresentamos a análise das matriciais realizadas a respeito dos planos das GC de cada GAT, através de uma exposição de impressos espalhados pela sala.

A partir daí, os assessores matriciais apresentaram suas respectivas análises das planilhas preenchidas, questionando e validando, por meio dos seguintes questionamentos: será que esses temas emergem a partir do Previne Brasil? Trata-se da análise epidemiológica do próprio território? Isso, de fato, reflete a demanda que as trabalhadoras têm percebido na APS? Trata-se da influência do tema do projeto (Cuida APS)?

Essa oficina inaugurou de fato um propósito mais significativo para a existência dos GAT e apesar do movimento crescente de avaliação desse espaço pelas GC, essa oficina foi uma das mais citadas e lembradas durante o restante do ano. As GC relataram que a experiência abriu a possibilidade de outros formatos de reflexão coletiva e oportunizou a abertura para se aproximarem dos planos de melhoria por meio dos mapas com menor estigma. A partir da ludicidade foi possível realizar atividades mais tecnicamente objetivas que auxiliaram a criar outras construções de suporte às especializadas.

Para seguir com a descrição do amadurecimento desse espaço, apresentamos a descrição de um TR que elucidou a análise dos mapas de forma compartilhada e seus desdobramentos.

“ **Aqui, o que sentimos relevância de destacar foi o carácter matricial potente que foi possível construir, depois de criarmos uma identidade de equipe que permitiu elaborar os TR a partir da nossa análise e leitura das manifestações das GC. O alinhamento conceitual e a complementaridade das experiências práticas dos três assessores matriciais foi determinante para essa trilha construída.**

Para finalizar a ilustração da diversidade de metodologias utilizadas nos GAT, descrevemos um encontro remoto que se tornou fonte das análises de desenvolvimento de abordagens dos planos de melhoria e foi também quando as GC destacaram que passaram a conseguir olhar para os planos e suas especializadas a partir de uma visão mais ampliada e seus significados sanitários para a rede de Saúde de cada região.



TR AGOSTO/2022 – REMOTO

A partir dos mapas dos planos de melhoria, as GC foram provadas a identificar a “narrativa contida com os dados descritos”, na busca de elementos que merecem ser destacados para uma análise coletiva do elemento atual dos planos de melhoria. Para isso, cada matricial apresentou uma produção artística sobre os elementos de análise contidos em cada GAT, como devolutiva do que tem surgido nas convivências individuais entre matricial e GC.

Após tal disparador, cada minigrupo recebeu um mapa aleatório para extrair os elementos de análise que consideravam ser relecantes/representativos para descrever o estado atual dos planos de melhoria a os participantes presentes. A análise do grupo foi permeada pelas seguintes perguntas mobilizadoras:

- *O que queremos olhar?*
- *Que elementos identificados, quais evidencial mudanças na prática do cuidado?*
- *Quais elementos de organização do trabalho, de aparente impacto indireto, são importantes de serem evidenciados?*

Nos dois fragmentos dos TR acima explicitamos um elemento que também consideramos relevante destacar, por se manifestar como diferencial deste espaço, que foi o de processar previamente algumas análises feitas pelos assessores a partir dos mapas, em prol de mobilizar reflexões, estratégias e revisões em conjunto com as GC – movimento que trouxe perspectivas interessantes sobre o lugar da GC e suas possibilidades de aporte às especializandas.

Depois de descrever alguns encontros quase que na íntegra da proposta metodológica, a seguir destacamos apenas a intencionalidade de alguns Termos de Referências que consideramos centrais para o entendimento da evolução temporal e de abordagem desse espaço de EPS para as GC.

Em novembro de 2022, de forma remota, a intencionalidade foi a preparação para o encontro da especialização em que foi realizada a apresentação do estado atual dos planos de melhoria e encontro de EPS de dezembro, para contribuir com a análise dos planos de melhoria e a produção de uma devolutiva coletiva de resultado parcial do Cuida APS em cada polo.



No mês de dezembro de 2022 aconteceu o encontro presencial em Salvador/BA, em que os matriciais levaram suas análises dos encontros nos polos para as gestoras dos Estados e com as GC; num outro momento, a proposta foi, a partir de apreensões e expressões produzidas por meio de intervenção fotográfica, explicitar elementos que foram o cerne da experiência e dos fatores relevantes contidos nos planos de melhoria da qualidade da Atenção Primária.

Já em janeiro de 2023, no encontro realizado de forma remota, voltamos a problematizar de maneira mais direta a análise dos mapas de acompanhamento dos planos de melhoria. A pedido dos assessores matriciais, as GC elegeram dois mapas de acompanhamento dos planos de melhoria a serem problematizados e analisados pelo grupo, partindo da consigna de que estes mapas as auxiliassem na reflexão sobre os avanços e desafios existentes nas diferentes realidades e com os seguintes critérios: “divergir entre si tanto na completude quanto na densidade de informações”.

Por fim, em março de 2023, também em encontro remoto, a ideia foi propiciar discussão sobre necessidades ou lacunas de conhecimento selecionadas no acompanhamento dos planos de melhoria das especializadas e buscar estratégias para lidar com elas de forma coletiva, esclarecendo dúvidas e apoiando na busca por materiais de referência teóricos e técnicos.

Ao destacarmos as intencionalidades dos encontros ao longo da trajetória do GAT, foram perceptíveis as dimensões e caminhos percorridos dentro da proposta de matriciamento, pensadas a partir das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que também utilizou outros recursos metodológicos, por vezes exploratórios e objetivos. Tais apostas visaram construir mobilização e formação das GC, e oportunizar entregas no que tange às responsabilidades do projeto, principalmente no campo dos planos de melhoria, que foram vivenciados na lógica do Método Ativa APS e, mais fortemente, do processo de cuidado em saúde.

A novidade da proposta, com um enfoque maior para o cuidado, e não necessariamente às etapas do Método Ativa APS em si, fez com que os ciclos de melhoria se tornassem um orientador e uma potente ferramenta de qualificação do cuidado por meio da sua utilização na perspectiva da problematização do processo de trabalho em Saúde, na lógica da EPS.



O GAT é o território do cuidado

Como parte da avaliação processual do Projeto Cuida APS foram realizados momentos de “restituição”, que constituíram-se como marcos importantes de observação das ações do projeto. Desenvolvidos no formato de oficinas para o compartilhamento de seus resultados, contaram com a participação de diversos atores que estavam envolvidos na trajetória da sua execução, entre eles representantes das gestões municipais e estaduais de Saúde, dos COSEMS e do Ministério da Saúde.

Em um dos recortes de análise dessa trajetória, os assessores matriciais se ocuparam da sistematização das informações relativas ao desenvolvimento dos planos de melhoria, obviamente, mediados pelos encontros com as GC.

O olhar sobre os planos de melhoria, construídos junto às GC, trouxe apontamentos de desafios, aprendizados e análises do estado da arte como parte dos resultados do projeto e serviu de insumo para um diálogo constituído com as GC, mas também destas com atores locorregionais, na lógica de restituição e com a perspectiva de pensar coletivamente os próximos passos no desenvolvimento e desdobramento das ações dos planos de melhoria junto às equipes de Saúde.

A sistematização desses produtos intermediários da trajetória do curso de especialização foi nomeada de Microprocessos. Estes podem ser traduzidos como o que observamos que o curso de especialização provocou junto às equipes envolvidas. Os microprocessos foram encontros na produção do cuidado em saúde, provocados pela perspectiva da EPS, construída ao longo curso.

O olhar sobre os planos de melhoria, construídos junto às GC, trouxe apontamentos de desafios, aprendizados e análises do estado da arte como parte dos resultados do projeto e serviu de insumo para um diálogo constituído com as GC, mas também destas com atores locorregionais, na lógica de restituição e com a perspectiva de pensar coletivamente os próximos passos no desenvolvimento e desdobramento das ações dos planos de melhoria junto às equipes de Saúde.

Esse olhar sobre os planos de melhoria e acompanhamento da sua produção junto aos GAT, como em um processo cartográfico vivenciado pelas GC junto aos territórios, nos dão pistas de afetações e deslocamentos interessantes das trabalhadoras especializadas (PASSOS; KASTRUP, ESCÓSSIA, 2010). Representaram o efeito dos disparadores, processos apoiados de aprendizado e invenções que são fruto dos movimentos de planejamento e ação sobre as trabalhadoras.



Também representam temáticas e análises que são resultado do processo de apoio produzido junto aos GAT, sendo potencializadas nas trocas entre as GC e das GC com os assessores matriciais, em formato de ofertas junto ao coletivo e também em encontros de apoio entre GC e assessoria matricial, em demandas mais específicas de cada polo. Um dos resultados mais interessantes dos GAT no que diz respeito ao processo de EPS foi a identificação dos microprocessos no desenvolvimento do curso, efeito do trabalho das GC no cotidiano das equipes.

Neste sentido, a seguir seguem tópicos dessa perspectiva de análise, que chamamos de microprocessos identificados e trabalhados na lógica da EPS junto aos GAT.

A reunião como dispositivo para melhoria da relação e processo de trabalho das equipes

A reunião de equipe, frequentemente, apareceu como tema ou ação relevante nas discussões que circularam nos GAT, seja pela sua instituição ou recuperação como espaço de planejamento, qualificação da equipe, discussão de caso e organização estratégica do cuidado. Explica-se pela retomada do encontro entre profissionais e equipes, bem como a reorganização do processo de trabalho após longo período de recomendação de distanciamento social e ações de trabalho direcionadas para o enfrentamento da pandemia.

Então, por óbvio, foi necessário retomar a organização do processo de trabalho em equipe na APS para lidar, entre tantas outras atribuições, com o cuidado e acompanhamento longitudinal de pessoas com doenças e condições crônicas.

O espaço de encontro, seja entre as trabalhadoras e especializadas, seja das especializadas com as GC, no formato do curso, tornou-se um exercício pedagógico e terapêutico, assim como a retomada do “arroz com feijão” na produção do cuidado em saúde na APS, um arranjo simples e potente, mas também desafiador, como é o caso da reunião de equipe: essencial no engajamento de equipes e movimentos de planejamento propostos pelo Ativa APS, que se mostrou oportuno na organização das ações das equipes, mas também pela retomada das relações entre as trabalhadoras das próprias equipes de Saúde.





O movimento de monitoramento e avaliação para qualificação do processo de trabalho

A elaboração dos planos de melhoria utilizando o método Ativa APS previu, como toda matriz de planejamento, o elenco e monitoramento de indicadores e a avaliação dos resultados. Nesse caminhar, observaram-se desdobramentos, claramente identificados pelo movimento das trabalhadoras especializadas em atualizar seus dados e informações sobre o território, qualificando seu manejo dos sistemas de informação da Atenção Básica e, como esperado, o desenvolvimento de competências para avaliação e acompanhamento da situação de saúde do território.

A necessidade de alcance das metas estabelecidas pelas próprias equipes em seus planos as provocou a pensar estratégias de melhoria do acesso, captação e vinculação dos usuários. Observaram-se iniciativas de deslocamento da equipe para atendimento nas áreas de difícil acesso e a preocupação com a revisão dos fluxos de acesso da unidade.

Claramente essa disposição para o acompanhamento de indicadores teve forte influência também na institucionalização do programa ministerial Previne Brasil, que adotou um conjunto de indicadores para o financiamento por desempenho das equipes de APS (BRASIL, 2019). Resguardadas as críticas relativas ao caráter focalizado e produtivo desse programa de governo (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020), consideramos que a mobilização das equipes para monitoramento de indicadores e alcance de metas foi um aspecto positivo do ciclo de melhorias, sendo que a política de financiamento por desempenho mostrou-se como um forte indutor desse processo.

Neste sentido, houve convergência entre a realidade das trabalhadoras e a gestão local com as ofertas e suporte oferecidos pelo curso, haja vista que o método Ativa APS buscou a mesma perspectiva de melhoria contínua da qualidade.

Ainda assim, é importante ressaltar que foi perceptível a fragilidade das equipes na questão do elenco, monitoramento e avaliação de indicadores, que também tem como base dificuldades na alimentação e manejo do próprio sistema de informação, no caso, o e-SUS. Por isso, este foi um tema recorrente nos GAT, na relação de apoio junto às GC e destas com as trabalhadoras especializadas. Tal fato convocou-nos a apontar que essa temática de indicadores, monitoramento e avaliação a partir do manejo do Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) ainda é um importante desafio na qualificação das trabalhadoras e trabalhadores de Saúde, e da própria APS no Sistema Único de Saúde.



A identificação e acompanhamento de pessoas com doenças ou condições crônicas

A identificação e o acompanhamento de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis ou em condições crônicas levaram as equipes a pensarem em estratégias como: busca ativa, estratificação de risco cardiovascular, acesso ou acompanhamento das pessoas em áreas de difícil acesso, atendimento ou ofertas de cuidado em saúde mental, retomada do acompanhamento do HIPERDIA e territorialização e diagnóstico situacional do território. Somado a isso, o planejamento de estratégias de cuidado às pessoas com doenças e/ou condições crônicas, ativado pelos planos de melhoria, levaram as equipes a pensar no cuidado a médio e longo prazo, na perspectiva da longitudinalidade do cuidado e também da necessária articulação da Rede de Atenção à Saúde.

Embora a longitudinalidade do cuidado ou outros atributos da APS não tenham sido temáticas diretamente abordadas de forma transversais no acompanhamento territorial, estiveram constantemente presentes na perspectiva da problematização ou abordagem dos planos de melhoria. Por outro lado, talvez tenha faltado aprofundamento nestas abordagens, não do ponto de vista de alinhamento teórico-conceitual, mas do alinhamento do GAT na problematização e abordagem destas questões junto aos planos de melhoria desenvolvidos pelas trabalhadoras especializadas.





Considerações finais

Consideramos que a estratégia do GAT, no contexto deste projeto, foi fundamental para manter a sustentação do desenvolvimento dos Planos de Melhoria como um dos dispositivos de qualificação do cuidado no processo educacional, vivenciado entre GC e trabalhadoras especializadas.

Foi estratégico também para dar suporte ao percurso metodológico do Cuida APS, qual seja, a indução da formação-intervenção no território. Conclui-se disso que processos de EPS dependem de uma estrutura de apoio que auxiliem o trabalhador posicionado no “entre”, concatenando as expectativas do projeto (os objetivos e resultados esperados) às necessidades concretas da formação a partir do encontro com as singularidades do território.

O cenário da APS, acolhido e compartilhado pelas GC, inevitavelmente transbordou a intencionalidade pensada para os espaços de EPS propostos pelo projeto, ainda mais em se tratando de um período pós-pandemia e de tantos retrocessos nas Políticas Públicas no Brasil, inclusive de Saúde. Tal fato trouxe atravessamentos constitutivos nas propostas do apoio matricial, quando eram compartilhados cenários de uma situação de precarização das condições e relações de trabalho, sobrecarga, necessidade de qualificação e resgate de entendimentos basais sobre o modelo de atenção calcado na APS, que tem a Saúde da Família como estratégia.

Esse contexto implicou na necessidade de resgatar questões estratégicas, por exemplo, a reunião de equipe, territorialização, atributos da APS e organização da agenda da equipe. E aí residiu um rico movimento das GC e do Projeto Cuida APS, ao ter sensibilidade em manejar e produzir esse processo na perspectiva da EPS, considerando esse cenário e essas necessidades constituintes no processo de desenvolvimento dos planos de melhoria a partir da aplicação do Método Ativa APS.

Todavia, esse desenrolar pode ser potencializado quando há articulação entre as necessidades identificadas no desenvolvimento dos planos de melhoria e as ofertas de qualificação para o seu desenvolvimento. Algumas fragilidades ou demandas temáticas mapeadas não puderam ser aprofundadas no GAT de forma homogênea devido à diversidade e singularidades de cada território, além da diversidade do perfil na composição dos GAT.



Sugere-se, portanto, a circulação de saberes e habilidades não somente entre pares, realizadas em momentos de oficinas de trabalho, reuniões de planejamento e avaliação. No arranjo da estratégia de matriciamento podemos pensar outras ofertas complementares, além de acompanhamento longitudinal dos GAT por meio dos planos de melhoria e suas demandas direcionadas a um único assessor ou facilitador. É possível incluir também estratégias de apoio temático, lançando mão de outros recursos, inclusive acessando pontualmente outros atores que não só tenham saber acumulado sobre determinada temática, como também possam contribuir com a inovação das práticas e construção de soluções aplicadas à realidade. Houve demandas que não foram possíveis de serem supridas em sua totalidade, pois eram da ordem do exemplo prático, seja de boas práticas ou mesmo de experiências exitosas que enfrentaram problemas parecidos aos vivenciados e elencados pelas equipes em seus planos de melhoria.

Em suma, vale frisar que o espaço dos GAT se fez potente para o desenvolvimento e condução do projeto como um todo e se deu em grupo, na análise coletiva e afetuosa partilhada nos momentos dos encontros de EP, sendo essa uma escolha da possibilidade de agenda na configuração de cada coletivo.





Referências Bibliográficas

ABED – Associação Brasileira de Educação a distância. Censo EAD.BR: relatório analítico da aprendizagem a distância no Brasil 2020. Curitiba: InterSaberes, 2022.

AGUIAR, D. R. C. A estrutura curricular em ciclos de aprendizagem nos sistemas de ensino: contribuições de Paulo Freire. 2011. 359f. Tese (Doutorado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2011.

AKOTIRENE, C. O que é Interseccionalidade? RIBEIRO, D. (Coord.). Série Feminismos Plurais. Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ALMEIDA, L. R. O incidente crítico na formação e pesquisa em educação. Rev. Educ. Ling., v. 12, n. 19, p. 181-200, 2009

ALMEIDA, S. O que é racismo estrutural? Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ANDREAZZA, R.; GUIMARÃES, C. F. Invenções e produções na formação e no cuidado em saúde nos territórios vividos do Cuida APS. São Paulo: HAOC, 2022.

BEBER, B. Romance em doze linhas. Disponível em: <<https://brunabeber.com.br/portfolio/romance-em-doze-linhas/>>. Acesso em: 23 de nov. 2022.

BOFF, L. A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1998,

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). UNA-SUS em números: cursos ofertados pela rede UNA-SUS. Visão geral dos territórios – estadual. s.a. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/numeros/arouca>>. Acesso em: 17 de jul. 2023.

BRASIL. Portaria GM/MS no 1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Diário Oficial da União. 20 de agosto de 2007.

BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2009. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf>. Acesso em: 9 de ago. 2023.

BRASIL, 2018. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.



BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. Brasília: Diário Oficial da União, 13 de novembro de 2019.

BRASIL. Manual Ativa APS: Descrição de um Método para implementação de melhoria da qualidade na Atenção Primária brasileira. Projeto PROADI-SUS 2021-2023 São Paulo: Ministério da Saúde; Hospital Alemão Oswaldo Cruz, 2022.

BUSSOTTI, E. A. et al. Capacitação on-line para profissionais da saúde em três regiões do Brasil. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 69, n. 5, p. 981-985, set-out. 2016.

CARDOSO, P. F. A. Análise de experiências de educação permanente na gestão federal do Sistema Único de Saúde. 2016. 136f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

CARON, E. Experimentações intensivas: psicofármacos e produção de si no contemporâneo. 2019. 260f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação em saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-454, nov. 2008/fev. 2009.

CECCIM, R. B. Educação permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v. 9, n. 16, p. 161-77, set.2004/fev.2005.

CEZAR, D. M. et al. Percepções dos médicos sobre a educação a distância e a contribuição da especialização em Saúde da Família. Interface, Botucatu, Sup. 1, v. 23, p. e180037, 2019.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Enfermagem: uma força que transforma o SUS. Enfermagem em revista, v. 16, p. 24-29, 2016.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem. 2015. Disponível em: <<https://encurtador.com.br/kwBR8>>. Acesso em 15 ago. 2023.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia 2. v. 1. OLIVEIRA, A. L. de; GUERRA NETO, A.; COSTA, C. P. (Trad.). São Paulo: Editora 34, 2011.

DELORS, J. L. J. Os quatro pilares da educação. In: Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI (Trad. José Carlos Eufrázio). São Paulo: Cortez. Brasília: Unesco, 1998, p. 89-102.



DIONÍSIO, J. Acorda Pedrinho. YouTube, 2022. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=d-tx9D4a8dc>>. Acesso em: 15 de ago. 2023.

DUTRA, E. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estud. Psicol.* 2002; 7(2):371-8.

ESTRELA, F. M. et al. Covid-19 e doenças crônicas: impactos e desdobramentos frente à pandemia. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 34, 2020.

FAVERO, R. V. M. Dialogar ou evadir: Eis a questão! Um estudo sobre a permanência e a evasão na Educação a Distância. 2006. 167f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

FELISBERTO, E. et al. Sustainability analysis of an evaluation policy: the case of primary health care in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, v. 26, n. 6, p.1079-1095, 2010.

FLEURY, H. J. A dinâmica do grupo e suas leis. In: ALMEIDA, W. C. (Org) et al. *Grupos: a proposta do psicodrama*. São Paulo: Ágora, 1999.

FRATUCCI, M. V. B. Ensino a distância como estratégia de educação permanente em saúde: impacto da capacitação da equipe de Estratégia de Saúde da Família na organização dos serviços. 2015. Tese (Doutorado em Odontologia Social) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 48. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

GARRISON, D. R. Online Community of Inquiry review: social cognitive and teaching presence issues. *Journal of Asynchronous Learning Networks*, v. 11, n. 1, p. 61-72, 2007.

GARRISON, D. R.; ANDERSON, T.; ARCHER, W. Critical thinking and computer conferencing: A model and tool to assess cognitive presence. *American Journal of Distance Education*, v. 15, n. 1, p. 7-23, 2001.

GARRISON, D. R.; ANDERSON, T.; ARCHER, W. Critical inquiry in a text-based environment: computer conferencing in higher education. *The Internet and Higher Education*, v. 2, n. 2-3, p. 87-105, 2000.

GARRISON, DR; ARBAUGH, JB. Pesquisando sobre o modelo da comunidade de Inquirição: Revisão, questões e perspectivas futuras. *The Internet and Higher Education*, 2007, p. 157-172.

GASQUE, K. C. S. et al. Sistema UNA-SUS como ferramenta de democratização da Educação Permanente em Saúde: perfil dos usuários e capilarização dos cursos autoinstrucionais. *Revista Brasileira de Aprendizagem Aberta e a Distância*, São Paulo, v. 20, n. 1, p.1-31, 2021.



GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc. Saúde Colet.*, 25(4):1475-1481, 2020.

GUATTARI, F. *Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

HOLDSWORTH, C.; SKINNER, E. H.; DELANY, C. M. Using simulation pedagogy to teach clinical education skills: A randomized trial. *Physiotherapy Theory Pract.*, v. 32, n. 4, p. 284-295, 2016.

HAOC – Hospital Alemão Oswaldo Cruz . *Especialização em Melhoria do Cuidado das Pessoas com Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde – APS: Caderno de curso*. São Paulo: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Hospital Alemão Oswaldo Cruz, 2022.

HAOC – Hospital Alemão Oswaldo Cruz. *Relatório de restituição de março de 2023*. São Paulo: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Hospital Alemão Oswaldo Cruz, 2023.

JANTSCH, A. G., et al. *Manual Ativa APS: descrição de um método para implementação de melhoria da qualidade na Atenção Primária brasileira*. São Paulo: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Hospital Alemão Oswaldo Cruz, 2022.

KASTRUP, V. Autopoiese e subjetividade: sobre o uso da noção de autopoiese por Deleuze e Guattari. *Revista do Departamento de Psicologia da UFF*. v.7 (1), 87-97, 1995.

LEMOS, A. S. P.; DUTRA, E. B.; REZENDE, M. J. Tecnologias digitais para a educação permanente em saúde: uma revisão de escopo de experiências nacionais. In: GUIZARDI, F. L.; DUTRA E. B.; PASSOS, M. F. D. (Org.). *Em mar aberto: perspectivas e desafios para uso de tecnologias digitais na educação permanente da saúde*, p. 15-73. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2021.

LIRA, G. V.; NATIONS, M. K.; CATRIB, A. M. F. Cronicidade e cuidados de saúde: o que a antropologia da saúde tem a nos ensinar? *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 13, n. 1, p. 147-155, 2004.

LOURAU, R. *Implicação e sobreimplicação* (1990). In: ALTOÉ, S. (Org.). *Analista Institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2003.

MATHEUS, M. C. C.; FUSTINONI, S. M. *Pesquisa Qualitativa em Enfermagem*. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2006.

MATTOS, R. C. O. et al. (2019). Formação profissional como ação estratégica para implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 44, p. e24, 2019.



MEDIANA, M. et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(8):e00149720

MÉLLO, R. P. Em metodologias tenso ativas, pesquisam-se agregados em redes heterogêneas. In: LANG, C. E; BERNARDES, J. S; RIBEIRO, M. A.; ZANOTTI, S. V (Org). *Metodologias: pesquisa em saúde, clínica e práticas psicológicas*, p. X-X. Maceió: Edufaz, 2015.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. *Em Fractal Revista de Psicologia*, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2008.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. B.; FARIA, T. W. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 9, e00040220, 2020.

NEGRI, P.S. A intencionalidade pedagógica como estratégia de ensino mediada pelo uso das tecnologias em sala de aula. 2016. Disponível em: <<https://encurtador.com.br/wBET3>>. Acesso em: 4 de jul. 2023.

NÓVOA, A. *Os professores e a sua formação*. Lisboa: Dom Quixote, 1992.

OLIVEIRA, P. R. de; OESTERREICH, S. A.; ALMEIDA, V. L. de. Evasão na pós-graduação a distância: evidências de um estudo no interior do Brasil. *Educ. Pesqui.*, São Paulo, v. 44, p. e165786, 2018.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.) *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2010.

PAVAN, C.; TRAJANO, A. R. C. Apoio institucional e a experiência da Política Nacional de Humanização (PNH) na Freguesia do Ó, Brasilândia, São Paulo, Brasil. *Interface, Botucatu*, v. 18, Supl I., p. 1027-1040, 2014.

PETRA, T. et al. EaD Colaborativa no SUS: Uma Proposta da Comunidade de Práticas para os Trabalhadores da Saúde. *Revista Teknos*, v. 15. n. 2, p. 49-59, 2015.

PIMENTA, SG & LIMA MSL. *Estágio e docência*. 8.ed. Cortez Editora: São Paulo, 2018.

PRETI, O. *Bases epistemológicas e teorias em construção na Educação a Distância*. Curitiba: Liber Livro NEaD/UFMT, 2002.

RIBEIRO, E. C. O.; LIMA, V. V. Gestão de iniciativas educacionais: a educação permanente em questão. In: LIMA; V. V.; PADILHA, R. Q. *Reflexões e inovações na educação de profissionais de saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.



RODRIGUES L. S. et al. A evasão em um curso de especialização em Gestão em Saúde na modalidade a distância. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 889-901, 2018.

ROLNIK, S. *Cartografia Sentimental: Transformações contemporâneas do desejo*. 2. ed. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2016.

SARTI, T. D. A (bio)política da saúde da família: adoecimento crônico, micropolítica do trabalho e o governo da vida. 2015. 211f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

SAVIANI, D. Formação de professores no Brasil: dilemas e perspectivas. *Poiesis Pedagógica*, v.9, n. 1, p. 7, 2011.

SCHÖN, D. *The reflective practitioner: how professional think in action*. New York: Basic Books, 1983.

SILVA, M. D. S. L. F. Formação e trabalho em saúde: os desafios na convergência entre o saber e o fazer no processo de ensino-aprendizagem no SUS. 2013. 121f. Dissertação (Mestrado em Processos em Desenvolvimento Humano e Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

SILVA, Y. C. A produção do cuidado na atenção domiciliar: Relações de poder e estratégias de resistência. 2015. 140f. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

TEIXEIRA, R. R. CiberespaSUS. 2013. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/61298-ciberespasus>>. Acesso em: 2 de ago. 2023.

TRISTÃO, A. C. L. et al. Evasão em um curso de pós-graduação a distância: perfil dos estudantes do curso de gestão da assistência farmacêutica. 2018. Disponível em: <<http://www.abed.org.br/congresso2018/anais/trabalhos/9663.pdf>>. Acesso em: 13 de ago. 2023.

VIEIRA, B. D. M. Letramento racial. *Revista Espaço Acadêmico*, v. 21, p. 53-64, abr. 2022.

VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente*. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

WOODS, P. *Inside schools: ethnography in educational research*. London: Routledge and Kegan, 1986.



Colaboradoras

Adriana Paula de Almeida: Gestora de Campo - Cuida APS - HAOC.

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva (UFF). Especialista em Gestão de Sistemas de Saúde (Unifesp)

Américo Yuiti Mori: Assessor Matricial. Mestre em Ciências (FSP-USP) e Especialista em Apoio em Saúde (UNICAMP). Enfermeiro de Família e Comunidade da Saúde da Família da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal.

Bárbara Galvani: Auxiliar de pesquisa. Psicóloga (UNIMAR). Especialista em saúde- Residência Multiprofissional (UNIFESP). Mestranda em saúde coletiva (UNIFESP)

Camila Aleixo de Campos Avarca: Gestora de campo; Psicóloga; Especialista em Gestão de Serviços de Saúde (UNIFESP); Mestre em Psicologia Social (PUC-SP) Doutora em Psicologia Social (PUC-SP)

Cristian Fabiano Guimarães: Pesquisador. Professor da Unifesp. Doutor em Psicologia Social e Institucional (UFRGS), Mestre em Saúde Coletiva (UNISINOS).

Débora Alcântara Mozar: Apoiadora Matricial; Mestre em Ciências da Saúde. Unifesp Baixada Santista; Especialista em Gestão da Clínica- IEP; Residência em Saúde da Família- UFSCar; Graduada em Terapia Ocupacional - São Camilo.

Fernanda Ferreira Marcolino: Consultora técnica. Nutricionista. Mestre em Ciências (Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).

Fernanda Rocco Oliveira: Consultora Técnica. Fonoaudióloga. Mestre em Comunicação Humana e Saúde (Faculdade de Fonoaudiologia - PUC-SP). Especialista em Saúde Coletiva (CFFa). Especialista em Educação e Formação em Saúde (FASM).

Flávia Landucci Landgraf: Coordenadora do Cuida APS de fev/22 a ago/23, analista do projeto de mai/21 a jan/22. Mestre em Cultura e Sociedade (UFBA) Bacharel em Relações Internacionais (USP)

Flávio Adriano Borges: Apoiador Matricial. Enfermeiro. Doutor em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (EERP-USP) e Mestre Profissional em Gestão da Clínica pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Residente Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela UFSCar. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSCar.



Franciele Finfa da Silva: Gestora de Campo - Polo Salgueiro/PE. Enfermeira Mestre em Ciências - Saúde Coletiva (UNIFESP). Residência Multiprofissional em Saúde da Família (UEL), Especialista em Gestão da Atenção à Saúde (IEP-Sírio Libanês), Especialista em Gestão dos Serviços de Saúde (UNIFESP).

Lara Paixão: Consultora de Educação, Gestão do Trabalho e Articulação Territorial. Doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP- USP); Mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (ENSP- Fiocruz). Especialização em Educação para Apoio ao uso de Evidências na Gestão da Saúde (IEP - HSL)

Luciana Soares de Barros: Assessora pedagógica e Coordenadora do Curso de Especialização em Melhoria do Cuidado das Pessoas com Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde. Doutora e Mestre em Saúde Coletiva (UNIFESP/EPM). Especialista em educação para o apoio ao uso de Evidências na Gestão da Saúde e em Processos Educacionais na Saúde (IEP/HSL) e Especialização em Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde (UFRGS).

Maria Delzuita de Sá Leitão Fontoura Silva: Coordenadora de Gestor de Campo- Cuida APS - HAOC. Professora do curso de medicina da Universidade São Caetano do Sul, campus São Paulo. Mestre Psicologia em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde- UNB. Especialista em Processos Educacionais na Saúde - IEP HSL. Especialista em Gestão da Clínica nas redes de Atenção à Saúde IEP-HSL. Especialista em Bioética-UNB. Fisioterapeuta.

Maria Lúcia Teixeira Machado: Coordenadora de Gestoras de Campo; Profa Sênior da UFS-Car; Graduação em Nutrição (IN-UFRJ); Residência multiprofissional em Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ); Especialização em Educação na área da saúde (NUTES-UFRJ); Especialização em Processos Educacionais: ênfase metodologias ativas (IEP-HSL); Especialização em Educação para Apoio ao Uso de Evidências na Gestão da Saúde (IEP-HSL); Mestrado em Fundamentos da Educação (PPGE-UFSCar); Doutorado em Saúde Coletiva (FCM-UNICAMP)

Mariana Fonseca Paes: Assessora Pedagógica. Farmacêutica e Sanitarista. Doutorado e Mestrado em Saúde Coletiva pela UNIFESP. Residente Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela UFSCar. Especialista em Processos Educacionais na Saúde pelo IEP/HSL, em Gestão das Redes de Atenção à Saúde pela ENSP/FIOCRUZ, em Gestão de Serviços Públicos de Saúde e Informática em Saúde pela UNIFESP.

Mavie Eloy Kruschewsky: Gestora de Campo - HAOC Cuida APS - Polo Abaré/BA Psicóloga Sanitarista. Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família. Especialista em Saúde Mental. Especialista em Gestão em Saúde Pública Especialista em Preceptoria no SUS

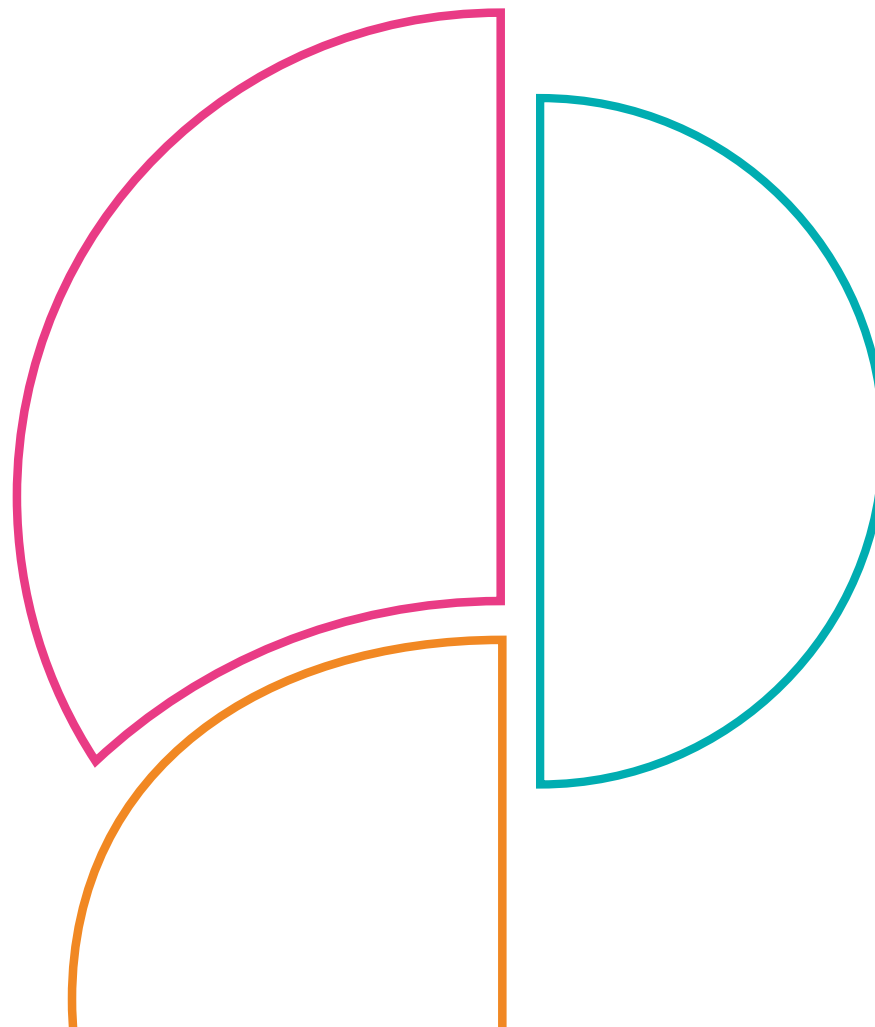


Mawusi Ramos da Silva: Gestora de Campo. Doutoranda em Planejamento, Política e Gestão na Unifesp. Mestre em Gestão de Saúde Coletiva - Gestão de Redes de Atenção à Saúde - Unicamp. Especialista em Processos Educacionais (Sírio-Libanês). Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade - Unesp - Botucatu. Graduação em Fisioterapia - UFSCar

Rosemarie Andreazza: Graduada em Nutrição pelo Centro Universitário São Camilo (1983), mestrado em Epidemiologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) 1993, doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2000). Pós-Doutoramento no Instituto Universitário de Lisboa-Iscte em 2009-2010 na área da sociologia da saúde. Professora associada do Departamento de Medicina Preventiva (DMP) da Escola Paulista de Medicina da Unifesp

Samara Kielmann Almeida Dos Reis: Gerente de Projetos do Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Psicóloga Sanitarista. Especialista em Gestão da Clínica
Mestranda em Saúde Coletiva. Área de Política, Planejamento e Gestão (UNIFESP)

Sueli Fatima Sampaio: Coordenadora de Gestoras de Campo
Profa Sênior da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar); Especialização em Processos Educacionais: ênfase metodologias ativas (IEP-HSL); Especialização em Educação para Apoio ao Uso de Evidências na Gestão da Saúde (IEP-HSL)
Mestrado em Educação (PUC-Campinas); Doutorado em Enfermagem (USP-SP)





Parte 2

Invenções na educação de trabalhadores do SUS na APS



06 A avaliação cartográfica do Cuida APS

*Cristian Fabiano Guimarães, Bárbara David Galvani,
Larissa Maria Bragagnolo, Rosemarie Andreazza*

Neste capítulo, trataremos do plano de investigação da pesquisa “Invenções e produções na formação e na gestão do cuidado nos territórios vividos no projeto Cuida APS”, uma pesquisa que entrou no meio e pelo meio. Nosso objetivo, neste capítulo, é apresentar o método de avaliação cartográfica, ferramenta teórico-conceitual utilizada para orientar a produção de dados junto ao projeto Cuida APS.

Para captar e avaliar o apoio aos microprocessos de gestão do cuidado em regiões dos estados do Amapá, Pernambuco e Bahia, é preciso considerar as particularidades locais em que o projeto foi desenvolvido. Elas se expressam a partir de diversas narrativas das realidades locais e dos conhecimentos localizados produzidos ao longo do desenvolvimento do projeto, e ainda por questões locais enfrentadas pelas trabalhadoras e gestoras da região. Contudo, não é possível desenvolver o projeto e a pesquisa sem se envolver com os saberes locais.

Portanto, a cartografia se destaca como método de investigação no sentido de aumentar a potência do mergulho no território e suas particularidades. Mostra-se como importante estratégia de investigação que utilizamos para gerar conhecimento no encontro e a partir da relação com as participantes do projeto.

Também apostamos na ideia da “avaliação” como ferramenta para gerar conhecimento sobre a experiência produzida pelo Cuida APS. Contudo, afirmá-la como componente metodológico estratégico para o nosso estudo exige um deslocamento conceitual.

No campo da Saúde Coletiva, dois aspectos têm caracterizado os estudos de avaliação de políticas, projetos e programas: o julgamento de valor e o processo de tomada de decisão.



O ato de avaliar sempre pressupõe julgar a qualidade de um objeto qualquer que, no nosso caso, é uma intervenção e, para isso, é necessário que os critérios para esse julgamento estejam explícitos e sejam pactuados com os envolvidos na avaliação. O segundo ponto pressupõe que, ao avaliar, estejamos intervindo sobre dada realidade a partir dos resultados da avaliação, ou seja, é necessário que o processo avaliativo esteja promovendo mudanças, pois, do contrário, poderemos dizer que estamos realizando apenas um diagnóstico (BRASIL, 2010, p. 27).

De modo geral, os estudos de avaliação em Saúde estão preocupados em relacionar o singular à norma, produzindo um efeito de normalização das experiências. Assim, avaliar significa um procedimento de padronização do objeto, medindo e calculando aquilo que é singular. Para nós, avaliar não significa lançar mão de conhecimentos e ferramentas para valorar coisas e objetos. No nosso estudo, tivemos como eixo central encontrar as diferenças, ou seja, **mapear planos e intensidades** para dar visibilidade aos elementos diferenciais que expressam as potências do Cuida APS.

Na nossa pesquisa a avaliação se torna um componente estratégico para a cartografia, e com a utilização dessa estratégia de investigação, objetivou-se tornar evidente os diferentes planos de visibilidade, experiências e perspectivas marcadoras da singularidade do projeto Cuida APS. Também nos interessa identificar as principais contribuições do projeto para os gestores, tomadores de decisão e trabalhadores do SUS, bem como identificar elementos que possam contribuir para a construção de projetos futuros que abordem o tema da educação-formação para gestores e trabalhadores da APS.

Contextualização do método

Para a escolha da abordagem metodológica de pesquisa, consideramos fundamental a afirmação de Lapoujade (2017, p. 11), que diz que “aquilo que realmente existe não são as coisas feitas, mas as coisas se fazendo”. Partimos também da afirmação de Lapassade (2016, p. 88), de que “o método qualitativo [...] comporta constantemente uma parte de invenção, de improvisação necessária para adaptar-se à situação e realizar a pesquisa”. Por isso, optamos por uma abordagem de natureza qualitativa, que tomou como estratégia de investigação um dispositivo de intervenção denominado “avaliação cartográfica”.



Para Cintra et. al (2017, p. 45), “a cartografia é uma das possibilidades de se estudar objetos de caráter mais subjetivos e que exigem do pesquisador a habitação de diferentes territórios, na perspectiva de transformar para conhecer, como na produção de conhecimento por meio de pesquisas participativas do tipo pesquisa-intervenção”. Tais características conferem à cartografia uma diferenciação em relação aos métodos tradicionais de pesquisa, que defendem uma suposta neutralidade do pesquisador, além de sua separação do objeto. Assim, a cartografia considera que sujeito e objeto estão juntos na mesma experiência, o conhecimento é tido como criação e a pesquisa é compreendida sempre como intervenção (ROMAGNOLI, 2009).

Nas metodologias de pesquisa-intervenção, pesquisar e intervir pressupõem transformação processual do objeto de pesquisa, além de lançar mão de elementos metodológicos capazes de favorecer a análise das instituições, da complexidade do contexto e das implicações do pesquisador, fomentando seu olhar crítico sobre o modo instituído de produção da realidade. Desta maneira, assim como aponta Romagnoli (2014), assumir a avaliação como dispositivo da investigação cartográfica, aqui, significa construir um processo avaliativo do Cuida APS como um movimento composto por múltiplas narrativas que advêm de diferentes vistas do ponto e pontos de vista, da multiplicidade de sujeitos que compõem a rede formativo-interventora proposta.

Aqui, os processos reflexivos com trabalhadoras e equipes, conectados em rede com e pelo projeto, compõem os mapas cartográficos e os processos analíticos-avaliativos. A ferramenta para fortalecer a investigação cartográfica é a **avaliação e análise com as pessoas**, aprofundando os processos analíticos, de modo a superar a ideia original de avaliação no campo da Saúde como produção de um juízo de valor sobre os objetos.

Assim, o desenho metodológico deste estudo foi concebido como um “dispositivo de intervenção” construído para operar “por dentro” do projeto Cuida APS, enquanto vetor transversal, que amplifica os processos de ensino e aprendizagem.

A pesquisa, como um dispositivo gerador de conhecimentos e, ao mesmo tempo, disparador de aprendizagens coletivas, colocou em ato três movimentos para responder aos objetivos gerais e específicos propostos neste estudo:

- 1** Deglutindo o antrope-indivíduo que existe em nós (coletivo de pesquisadores);
- 2** Deformando a ideia da “avaliação” com um juízo de valor sobre o projeto;
- 3** Agenciando a multiplicidade de olhares e saberes singulares do processo de investigação avaliativo-cartográfico das potências do Cuida APS.



Os dados foram produzidos a partir dos encontros com experiências territoriais, processos de trabalho das Gestoras de Campo e atividades de Educação Permanente em Saúde e de apoio territorial, realizadas de forma sistemática.

Resumidamente, podemos esquematizar da seguinte forma o escopo das estratégias de produção de dados que fizeram parte do nosso estudo:

- 1. Produção de narrativas livres da experiência vivida pelas Gestoras de Campo e leitura compartilhada no grupo de pesquisa;**
- 2. Visitas ao território, utilizando o recurso da observação participante, com produção de narrativa:**
 - a. Observação guiada da experiência das Gestoras de Campo no território (imersão no território com o olhar guiado e produção de narrativas da experiência);
 - b. Observação guiada no território dos Comitês Locais Cuida APS.
- 3. Observações participantes e registro em diários cartográficos:**
 - a. Dos encontros presenciais e virtuais de Educação Permanente em Saúde das Gestoras de Campo;
 - b. Nos Grupos de Apoio Territorial;
 - c. Nas Reuniões de Avaliação do processo de Educação Permanente em Saúde das Gestoras de Campo, junto à coordenação-geral do Projeto Cuida APS.
- 4. Análise dos mapas de registro em diário cartográfico:**
 - a. Planos de melhoria;
 - b. Termos de Referência e registro em diários cartográficos;
 - c. Projeto Pedagógico original do Cuida APS.
- 5. Composição de narrativa da experiência da realização de rodas de conversa:**
 - a. Seminários compartilhados com as especializadas no território;
- 6. Análise dos Termos de Referência e suas modificações no tempo;**
- 7. Composição de grupo de pesquisa para processamento e análise das narrativas e dos diários cartográficos, locus privilegiado do processamento dos achados.**



Todas essas estratégias compõem a máquina do projeto e a pesquisa. Foram, ainda, utilizados os seguintes procedimentos de produção de dados no percurso da investigação avaliativo-cartográfica: análise documental, observações participantes nos diferentes cenários do Cuida APS e entrevistas semiestruturadas com informantes-chave. Todos esses movimentos foram registrados pelas pesquisadoras em **diários cartográficos**.

Na avaliação cartográfica, o registro das diferentes experimentações em diários cartográficos foi muito importante. Diários são documentos construídos pelas pesquisadoras; anotações das suas vivências e afetos, ensaios reflexivos, registros das inquietações e das tensões, problemas e as escolhas feitas. Diários cartográficos se diferenciam dos diários de campo porque são pensados como mapas, cujos traçados vão sendo desenhados na intersecção de diferentes planos e matérias.

Muitos pesquisadores colecionam anotações em diários, entendendo que tais registros devem descrever, de forma neutra e objetiva, a realidade observada. O diário cartográfico não está interessado em tornar-se uma cópia da realidade, porque as anotações na lógica cartográfica não são estanques e/ou acabadas. Ao contrário. São anotações incompletas e inacabadas.

O diário cartográfico é uma superfície de experimentação para o pensamento e foi uma importante ferramenta para mapear o Cuida APS enquanto experiência. Analisar esse projeto como experiência significa abordá-lo enquanto duração, isto é, como movimento de repetição e diferença.

É central para a produção das narrativas e para a escrita dos diários cartográficos compreender o dispositivo da observação participante como recurso estratégico para a investigação avaliativo-cartográfica. A observação participante é uma técnica de coleta de dados que deriva da etnografia, fazendo retornar o conhecimento produzido pelo pesquisador aos membros do grupo social observado, de modo a produzir uma ação enquanto instrumento de mudança do grupo (LAPASSADE, 2016).

Lapassade (2016, p. 69) explica que “a observação participante é a técnica fundamental da pesquisa etnográfica”, caracterizada pela inserção do pesquisador no campo de pesquisa e pela interação social entre aquele e os sujeitos, objetivando a coleta e o registro sistemático de dados a partir do compartilhamento de experiências – as restituições. Ao invés de explicar a experiência, o objetivo do pesquisador etnográfico é a sua compreensão (olhar por dentro), esforçando-se para adquirir um “conhecimento de membro”, construído a partir de um equilíbrio sutil entre distanciamento e participação. Contudo, quando utilizada na cartografia, a estratégia da observação participante trata de um processo de experimentação, destituindo a posição hierárquica do pesquisador em relação ao objeto.



A investigação cartográfica está assentada sob um plano epistemológico distinto daquele da pesquisa-ação, plano sob o qual se construiu o território da chamada pesquisa-intervenção. A principal torção epistemológica que diferencia a pesquisa-ação da pesquisa-intervenção diz respeito justamente ao entendimento da **relação entre pesquisador-objeto/ sujeito de pesquisa**. Enquanto na pesquisa-ação esses lugares permanecem muito bem delimitados e em uma relação hierarquizada, na pesquisa-intervenção, pesquisador, objeto de pesquisa e sujeitos são construídos no próprio movimento de construção do campo de pesquisa, dos seus problemas e suas estratégias de investigação, de forma ativa e cooperativa.

O olhar do pesquisador na cartografia deve estar atento e colaborar com a montagem de dispositivos interventores, acompanhando seus efeitos sobre os sujeitos e o campo de pesquisa. Os encontros entre pesquisador e campo de pesquisa implicam em um processo de coprodução do sujeito e dos objetos, sendo apenas a partir desses diferentes encontros que as estratégias de investigação vão se modulando e sendo inventadas. A pesquisa-intervenção é, ela mesma, um dispositivo de intervenção.

Sendo assim, podemos também caracterizar o método da avaliação cartográfica na presente pesquisa como um dispositivo de intervenção a produzir conhecimento sobre os resultados do projeto Cuida APS. E como funciona a observação participante nesse contexto? Certamente não como um conhecimento de um membro a ser compreendido, construído a certa distância (modelo da etnografia), tampouco como um conhecimento do pesquisador a ser devolvido ao grupo para que uma mudança se produza (modelo da pesquisa-ação).

No nosso estudo, a observação participante foi construída como efeito dos encontros entre as pesquisadoras, o campo de pesquisa e de seus afetos. Na avaliação cartográfica, a observação é uma experimentação gerada pelos diferentes encontros que são produzidos quando os corpos estão dispostos a afetar e serem afetados. Nesse sentido, **observar é um procedimento de coprodução de sujeitos e dos objetos de estudo**.

Nos “n” encontros entre pesquisadoras e os diários cartográficos, percebemos que o Cuida APS também pode se expressar como potência de experimentação. Analisar o Cuida APS enquanto experiência implica mapear as forças e as intensidades que disputam e capturam essa potência para transformá-las em modos de existência. Indagar a experiência na duração é estratégico para entender as potências do Cuida APS.



Olhar em perspectiva e antropofagia

Propomos, então, o deslocamento da vista do ponto sobre o tema do qual estamos nos aproximando, para que, dessa maneira, seja possível habitar outras vistas do ponto e, assim, trazer à cena novos pontos de vista. Ao habitar um plano de diferentes visibilidades, passamos a abordar o campo problemático do nosso estudo, cartografando as experiências narradas por quem viveu o cotidiano do projeto Cuida APS, ao prestar atenção às suas múltiplas vozes, que se constroem a partir das diferentes vistas dos pontos e de pontos de vista.

O grupo de pesquisa foi, sem sombra de dúvida, uma ferramenta metodológica estratégica para problematizar o Cuida APS. Pensando inicialmente como espaço de planejamento para gerar dados, foi se constituindo como uma operação de intervenção no Cuida APS, como espaço privilegiado para construir a pesquisa, acompanhar o seu desenvolvimento e produzir e validar os achados.

Tal arranjo se construiu a partir da participação de trabalhadoras que ocupavam distintas posições na organização hierárquica do projeto e que desempenhavam diferentes funções. Habitar o grupo de pesquisa significa, antes de tudo, se deslocar do lugar de Gestora de Campo, de coordenação do projeto, de apoiadora territorial, para o lugar de pesquisadora.

Participar do grupo de pesquisa significava habitar um espaço de análise, reflexão e produção de conhecimento no qual todas as trabalhadoras são também pesquisadoras, independentemente da posição ocupada ou da função que desempenharam no projeto. A participação das trabalhadoras nas atividades do grupo de pesquisa fez emergir a trabalhadora-pesquisadora do Cuida APS.

Isso provocou o deslocamento da trabalhadora da posição de objeto – que deve ser conhecido – para a posição de sujeito ativo na produção do conhecimento sobre os resultados do projeto no qual ela está diretamente implicada. Deslocamento esse que demandou, no processo de análise das experiências, um esforço de colocar em suspenso por alguns instantes o lugar que a pessoa ocupa no projeto. Esse esforço é fundamental para produzir deslocamentos do olhar para avaliar, compor e decompor diferentes perspectivas.

No grupo de pesquisa, tivemos trabalhadoras-pesquisadoras compartilhando saberes da experiência construídos no cotidiano do seu trabalho. Saberes parciais e localizados a partir de uma vista do ponto, ou seja, do que pode ser visto na posição ocupada pela trabalhadora no projeto e no exercício da sua função. Saberes que são fundamentais para construir um mapa do Cuida APS a partir de diferentes perspectivas.



Assim, no grupo de pesquisa, tivemos trabalhadoras-pesquisadoras compartilhando saberes da experiência construídos no cotidiano do seu trabalho. Saberes parciais e localizados a partir de uma vista do ponto, ou seja, do que pode ser visto na posição ocupada pela trabalhadora no projeto e no exercício da sua função. Saberes que são fundamentais para construir um mapa do Cuida APS a partir de diferentes perspectivas.

De forma simples, deslocar-se de uma posição do olhar significa mudar a vista do ponto (deslocar-se do lugar, posição e identidade) para compor e ampliar os pontos de vista sobre a realidade. Abordar os objetos de diferentes perspectivas compondo planos de visibilidade para localizar os vetores transversais do Cuida APS significa exatamente isso: ampliar os pontos de vista mudando nossa vista do ponto, movimento importante do corpo e dos afetos capazes de gerar um plano de análise com o rigor necessário para produzir conhecimentos que desviam do campo do julgamento e juízo de valor sobre a realidade.

Mas então como vamos, ao final do nosso percurso de pesquisa, gerar resultados a partir da avaliação cartográfica do Projeto Cuida APS? Será sob o domínio da **antropofagia**¹, das misturas e das (de)composições de diferentes olhares e perspectivas que buscaremos construir um mapa que apresente os resultados desse projeto.

Entendamos melhor: Oswald de Andrade inicia o Manifesto Antropofágico afirmando: “Só a antropofagia nos une. Socialmente. Economicamente. Filosoficamente” (ANDRADE, 1990, s/p). Para Rolnik (2000), a principal característica da antropofagia oswaldiana está no deslocamento que ela produz do plano da representação e/ou da interpretação, dirigindo nosso olhar para o movimento processual das forças que disputam a composição dos objetos e da cultura.

Essa torção no olhar operada pela perspectiva antropofágica é central para o processo da avaliação cartográfica. As narrativas construídas pelas trabalhadoras-pesquisadoras são textos que aglutinam uma multiplicidade de vozes. Algumas narrativas contam experiências/vivências de forma descritiva da realidade, no sentido mais objetivo, relatando o vivido; outras subvertem a descrição do vivido e misturam em seus textos outras línguas e afetos mobilizados a partir do encontro com o território e a experiência. Essas narrativas foram processadas e analisadas pelo grupo de pesquisa em um segundo momento. Grupo este composto por essas narradoras-pesquisadoras, de forma coletiva, não com o intuito de interpretar os textos, mas de compreender o campo de forças que está em disputa e seus elementos constitutivos.

¹ Antropofagia: movimento polêmico ocorrido nos anos 1920, no contexto do Modernismo no Brasil, no qual destacam-se a figura e a obra de Oswald de Andrade (1990).



Rolnik (2000) ajuda compreender a importância da operação antropofágica para a avaliação cartográfica:

Estendido para o domínio da subjetividade, o princípio antropofágico poderia ser assim descrito: engolir o outro, sobretudo o outro admirado, de forma que partículas do universo desse outro se misturem às que já povoam a subjetividade do antropófago e, na invisível química dessa mistura, se produza uma verdadeira transmutação (ROLNIK, 2000. p. 10).

A deglutição do “antropo” introduz uma variação na vista do ponto e nos pontos de vista do “antropo-pesquisador”, de seus procedimentos e sua caixa de ferramentas (técnicas), modificando o modo tradicional metódico e técnico de processar dados de pesquisa. Ao deglutirmos esse pesquisador tradicional, com seus saberes e técnicas padronizadas, damos um salto na maneira como analisamos os dados e na análise do projeto Cuida APS, que passa a comportar um cenário bastante heterogêneo, com conexões e fluxos em disputa.

Essa transmutação ocorre no plano da interpretação dos dados, deixando de lado a análise do significado ou do significante das experiências e vivências narradas. Passamos então a acompanhar o plano intensivo das forças que disputam os objetos e os sujeitos, para compreender suas formas de expressão e seus sentidos. Convém sublinhar que o objetivo central da investigação cartográfica é justamente esse: **se aproximar do plano intensivo onde sujeito e objeto se afirmam como processo de produção.**

Na composição do dispositivo investigativo da avaliação cartográfica, a operação antropofágica é, portanto, um elemento central para gerar conhecimento enquanto produção do coletivo (GUIMARÃES; SILVA, 2015). Esse conhecimento impessoal não objetiva (re)apresentar o mundo para atribuir valor aos objetos. Ao contrário, está implicado em produzir múltiplos planos de visibilidade, conjugando elementos de diferentes ordens para afirmar o conhecimento como multiplicidade.

Para concluir esse tópico, ainda apresentamos um breve comentário retomando a ideia de “avaliar” um objeto ou coisa no campo da Saúde Coletiva. O termo “avaliar”, dependendo da vista do ponto e do ponto de vista daquele que julga, tanto pode ser demonizado como santificado.

Entendemos, sim, como fundamental “avaliar” os resultados de projetos financiados com recursos públicos e, por essa razão, vamos utilizar a “avaliação” das experiências como um dispositivo cartográfico. Contudo, não estamos interessados na avaliação como um valor, mas enquanto movimento coletivo de produção de sentidos que adquirem consistência no processo de elaboração da experiência vivida por diferentes pessoas que compõem o projeto Cuida APS.

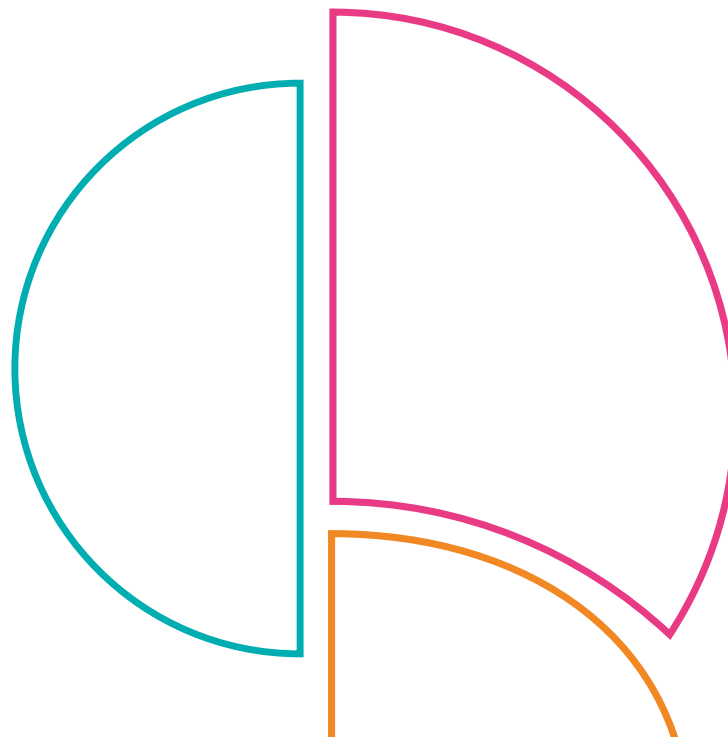


De qualquer modo, a esse respeito, já podemos marcar a progressão do sentido ao valor, da interpretação à avaliação [...]: o sentido de alguma coisa é a relação dessa coisa com a força que se apodera dela; o valor de alguma coisa é a hierarquia das forças que se expressam na coisa enquanto fenômeno complexo (DELEUZE, 2018. p. 17).

Assim, o resultado deste estudo não será composto pela interpretação das experiências vividas pelas diferentes integrantes do projeto. Isso porque queremos fugir de um conhecimento no qual a avaliação é compreendida como um recurso para mensurar as coisas e valorar os objetos. Perspectivas avaliativas que propõem comparar, medir e calcular o resultado de experiências singulares produzem como efeito a padronização e a normalização dessas experiências. Por isso, muitas delas sobre o campo da Saúde, demasiadamente presas à categoria da norma, produzem resultados parciais e enganosos.

Em contraponto, a avaliação cartográfica é uma estratégia de investigação que desloca a hierarquia entre pesquisador e objeto/sujeito de estudo; ela também é um recurso para fazer variar e compor as vistas dos pontos e os pontos de vista, apostando em um percurso de investigação e análise coletiva. Por isso, a utilização dessa estratégia de pesquisa objetiva tornar evidente os diferentes planos, experiências e perspectivas marcadoras da singularidade do projeto avaliado, assim como suas principais contribuições para gestores, tomadores de decisão, trabalhadores e para a construção de outros projetos que abordem o tema da APS.

O foco do plano de análise, portanto, consiste em se aproximar das experiências, prestando atenção naquilo que há de singular em cada uma delas, tendo em vista destacar os elementos diferenciais que as compõem. Essa perspectiva parece ser de muita importância, pois é capaz de compor muita diversidade de olhares e fazeres quando nos aproximamos de contextos e processos de trabalho não homogêneos e recortados por processos formativos, como é o caso do projeto Cuida APS.





A avaliação cartográfica e as suas potências

Abordar os resultados do Cuida APS a partir do método da avaliação cartográfica no decorrer da pesquisa representou uma “novidade”, assim como a entrada de uma nova dupla de trabalhadoras “no meio e pelo meio” do projeto. “Novidade” porque rompe com um plano de investigação tradicional idealizado para medir o resultado de um arranjo que não deu certo e que precisou ser modificado.

A entrada das pesquisadoras “no meio e pelo meio” no Cuida APS se deu no contexto singular da mudança de perspectiva do projeto, após a passagem por um momento de “crise”. Crise significa neste estudo a experimentação de tensões, disputas de forças e conflitos de diferentes ordens. Para a investigação avaliativo-cartográfica, momentos de crise abrem passagem para a produção de rupturas ou cortes, modificando um objeto e seu modo de existir, que passa a se compor e recompor de maneira singular.

“Novidade”, sim, mas não em função de não ter sido prevista a realização de uma pesquisa na proposta original. Ao contrário, essa exigência compõe um dos objetivos específicos do Projeto Cuida APS, qual seja, “produzir e disseminar conhecimento mediante a avaliação dos resultados do projeto no cuidado das pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis, por meio da realização da pesquisa científica Estudo Cuida APS” (HAOC, 2023, s/p).

Portanto, para que seja possível identificar achados que contribuam para avaliar o projeto Cuida APS é estratégico realizar dois movimentos no plano da investigação avaliativo-cartográfica:

- 1 Problematizar o movimento da **“crise-ruptura”** entendendo o traçado genealógico de produção da crise e as condições que permitiram que uma ruptura fosse afirmada; e
- 2 Acompanhar as aberturas (mudanças) produzidas pelo movimento da crise-ruptura, cartografando as **singularidades e as potências** do Cuida APS;

Esses dois movimentos não se operacionalizaram de forma isolada ou ordenada (primeiro um e depois do outro). Eles se instalaram ao mesmo tempo no percurso avaliativo-cartográfico, compondo o conhecimento no encontro das pesquisadoras com o campo de pesquisa e seus diferentes atores.

Assim, a avaliação cartográfica mostrou-se como uma fértil e produtiva estratégia para deslocar a hierarquia entre pesquisador e objeto de estudo; ela também é um recurso para intervir no cotidiano, apostando num percurso de investigação e de análise compartilhada com as diferentes pessoas envolvidas no Cuida APS, ampliando os olhares e as possibilidades das formas de fazer.



07 Análise das experimentações das gestoras de campo no território: o devir da gestora de campo e a gestora de campo no devir

Cristian Fabiano Guimaraes, Camila Aleixo de Campos Avarca, Olívia Felix Bizetto, Rosemarie Andreatza

Introdução

Por que escrever outro capítulo sobre a Gestora de Campo? Na primeira parte deste livro, no capítulo intitulado “O encontro das Gestoras de Campo com o território: provocações e invenções”, as próprias gestoras de campo discutiram de forma crítica e reflexiva as suas vivências práticas e experimentações. Agora, interessa problematizar a Gestora de Campo a partir do material empírico acumulado no percurso avaliativo-cartográfico.

Ora, por que destiná-la outro capítulo, sendo ela uma invenção apenas pode ser pensada no contexto que a demanda/modela/modula? Sendo a Gestora de Campo construída para responder às expectativas e alcançar os objetivos do Projeto Cuida APS, qual o sentido de, outra vez, problematizá-la? Vamos abordar essa trabalhadora neste capítulo para investigar quais as suas potências nos processos de EPS com trabalhadoras da APS.

Afirmamos, de imediato, que a problematização da Gestora de Campo na experiência do Cuida APS pode trazer contribuições para pensar estratégias de EPS no SUS, por isso a importância de colocá-la em análise, para entender as suas potências. Portanto, não estamos escrevendo um capítulo para confirmar a sua importância específica para o Projeto, porque isso é evidente. Problematizar a Gestora de Campo no encontro com a experiência do Cuida APS pode contribuir para avançar o conhecimento no campo da Saúde Coletiva sobre aquelas trabalhadoras que operam no “entremeio”.

“Apoiadora institucional” é a denominação mais comum dessas trabalhadoras que se ocupam no SUS com a tarefa de articular atenção à saúde, processos de gestão, Educação Permanente em Saúde e práticas de participação social (CECCIN; FEUERWERKER, 2004). Produzindo encontros, essa trabalhadora opera “entre” diferentes sujeitos, grupos e processos de trabalho, provocando equipes de Saúde, serviços e/ou os arranjos de cuidado instituídos a se movimentarem no sentido de fortalecer a Política Pública de Saúde brasileira.



Embora, por vezes, o seu trabalho tenha sido pensado para atingir uma finalidade específica, por exemplo, induzir relações de ensino e aprendizagem, e disparar processos de formação (como é o caso da Gestora de Campo, objeto da nossa reflexão); ou provocar a gestão e os processos de governança para, de forma participativa, inventar novas práticas; ou ainda focar na produção do cuidado e na modelagem das Redes de Atenção à Saúde no território, é possível afirmar que o seu trabalho sempre implica a articulação dessas diferentes dimensões, concomitantemente.

Tal característica é o primeiro traço comum dessa trabalhadora; o segundo – não menos importante – é o seu desafio de operar “entre” outras trabalhadoras, equipes, gestoras e serviços de Saúde, agenciando as Políticas de Saúde no território de modo a contribuir para o fortalecimento do SUS.

Portanto, com a problematização da Gestora de Campo na experiência do Cuida APS, pretendemos contribuir para avançar no conhecimento das trabalhadoras cujo trabalho é constituído nesse registro comum no SUS. Colocar “em análise” esse arranjo híbrido e multifacetado apelidado como “Gestora de Campo” no Projeto Cuida APS é tarefa desafiadora, especialmente porque nos interessa partir de uma perspectiva crítica. A problematização da Gestora de Campo, da maneira como vamos propor neste capítulo, busca “desertar” da tradição racionalista para abordá-la no registro da multiplicidade (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

Não temos a intenção de definir/objetivar a Gestora de Campo caracterizando-a como objeto cuja estrutura e função devem ser conhecidas. Dito de outra forma: não nos interessa abordar a Gestora de Campo a partir da análise da sua forma e da interpretação dos seus significados. Queremos entender como a Gestora de Campo se expressa e quais as suas potências.

Assim, nosso ponto de partida para a cartografia da Gestora de Campo implica que a desloquemos do plano das formas e da representação para pensá-la enquanto experimentação. A partir dessa torção no pensamento será possível chamar atenção para **o devir da Gestora de Campo e a Gestora de Campo no devir**. Problematizar a Gestora de Campo a partir do desenho metodológico do nosso estudo – a avaliação cartográfica e a análise antropofágica – nos permitirá conhecê-la a partir de uma perspectiva teórico-metodológica da multiplicidade. Desse modo, a Gestora de Campo já não é mais uma forma que se expressa como um corpo organizado, mas um corpo sem órgãos (DELEUZE; GUATTARI, 1996) a deslizar no deserto. A partir dessa inflexão torna-se possível problematizar a Gestora de Campo não como forma instituída, mas como multiplicidade e experimentação; mapeando as forças que disputam a sua existência, seus agenciamentos, prestando atenção às suas diferentes formas de expressão e aos seus devires. Exercício analítico fundamental para compreender “o que pode a Gestora de Campo e quais as suas potências para a EPS?”.



Nos interessa construir mapas que conjugam planos, superfícies e intensidades, chamando a atenção para a geografia que disputa a Gestora de Campo e os seus modos de existência. O Cuida APS como fora proposto e, em especial, a experiência acumulada com o desenrolar do Projeto sugere que ele próprio foi, experimentalmente, se inventando. Portanto, não parece ser possível problematizar a Gestora de Campo sem levar em conta os problemas, as crises e as rupturas que se produziram ou não no próprio projeto como experiência. Esse processo de experimentação é estratégico para nossa análise e central para começar a responder à questão-problema colocada acima.

De imediato, a cartografia dessa personagem sugere pelo menos três vetores de forças que a disputam:

- 1** O modo de existência **“Gestora de Campo”**, uma certa identidade que gruda nessa personagem, a desafiando;
- 2** A sua posição de **“entre-meio”**, que a torna uma analisadora privilegiada para avaliar as potências do Cuida APS; e, ao mesmo tempo,
- 3** O seu **“agenciamento coletivo”**, arranjo inventado para movimentar processos de Educação Permanente em Saúde com trabalhadoras do SUS, em especial no contexto da APS.

Três mapas para acompanhar a invenção da Gestora de Campo no Cuida APS e as suas potências. Cartografar essas personagens e as suas “máscaras” (BERTUSSI, 2010) é uma aposta analítica para escapar da tendência de produzir um conhecimento que objetiva a Gestora de Campo, a ela atribuindo um significado acabado ou um sentido único. Tal perspectiva não combina com as escolhas teóricas e metodológicas da nossa pesquisa, tampouco dialoga com a nossa posição ético-política na qual o conhecimento é sempre parcial e situado. Para nós, tanto a concepção quanto a montagem das estratégias utilizadas no estudo, assim como a coleta, processamento e a análise do material empírico, compõem saberes implicados. Desde sempre, estivemos imbricadas no trabalho de pesquisar e implicadas com e no conhecimento que produzimos. Pensamos a Gestora de Campo destacando aquilo que há de transversal no seu trabalho que contribui para os processos de EPS com trabalhadores e equipes da APS.





1. A construção da “Gestora de Campo” como modo de existência no Cuida APS

Por que “Gestora de Campo” e não outro nome qualquer?

Analisamos, inicialmente, o papel atribuído à Gestora de Campo conforme proposto na concepção original do Projeto Cuida APS. Exercício analítico que tem a função de entender como essa personagem foi pensada e quais atividades lhe foram atribuídas. Para entendê-la, resgatamos o Caderno do Curso de Especialização em “Melhoria do Cuidado das Pessoas com Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde – APS”. Nesse documento, a Gestora de Campo é apresentada num subcapítulo denominado “O papel do especializando e do Gestor de Campo”; e no Apêndice I, “Perfil de Competência do Gestor de Campo” (HAOC, 2022).

Curiosamente, a primeira vez que o termo “gestor de campo” – neste texto denominada “Gestora de Campo”, por escolha ética, política e implicada – aparece no documento é na “Tabela 1 – Perfil de Competência dos Especializandos”, no segundo grupo de dimensões de competência, denominado “Gestão do Trabalho e Educação na Saúde”. Na ação-chave que propõe que o especializando desenvolva a competência para “identifica[r] suas necessidades de aprendizagem e de sua equipe, favorecendo a constituição de práticas de Educação Permanente em Saúde”, a Gestora de Campo aparece como componente estratégico para o cumprimento de um requisito de desempenho do especializando, qual seja, “identifica[r] suas lacunas de conhecimento, dialogando sobre elas com o Gestor de campo”. Assim, “os especializandos serão convidados, durante todo o curso, a identificar as necessidades de aprendizagem e desenvolver ações que visam à construção de competência, com o apoio e mediação do Gestor de Campo na construção destes conhecimentos” (HAOC, 2022, p. 12-13)

Na sua primeira aparição, a Gestora de Campo é enunciada como figura que apoia o especializando e que media a aprendizagem, incentivando sua autonomia e acompanhando seu desempenho. Contudo, é no subcapítulo “O papel do especializando e do Gestor de Campo” que encontraremos a definição dessa personagem como um arranjo composto por seis funções que a definem. “Gestores de Campo” são “docentes responsáveis pelo desenvolvimento e avaliação das atividades relacionadas às iniciativas educacionais e pelo apoio à implantação dos ciclos do ‘Ativa APS’, vinculadas a um município/região” (HAOC, 2022, p. 13).

Sua definição e as funções que lhe foram atribuídas ajudam a compreender como a Gestora de Campo foi pensada/concebida na engrenagem formativo-pedagógica que compõe o Cuida APS. O título desse subcapítulo é sugestivo para iniciarmos a problematização dessa personagem: não é possível pensá-la sem levar em conta o papel atribuído à especializanda no processo de ensino e aprendizagem.



Ora, é preciso entender que a concepção educacional adotada pelo Cuida APS “tem como premissa o respeito aos princípios de autonomia e participação no processo de construção coletiva” (HAOC, 2022, p. 6). A maneira como a perspectiva da intervenção foi proposta no Projeto original – como oferta de um conjunto de instrumentos e atividades práticas – é exemplo de um arranjo montado para “estimular” a autonomia das especializadas, investindo na fabricação de trabalhadoras “autônomas” no contexto da APS. Essa concepção implica no pressuposto de que a especializanda assuma papel ativo no processo de ensino-aprendizagem e na implantação dos ciclos do Ativa APS (JANTSCH et al., 2021).

Dessa maneira, podemos afirmar que o modo de existência “Gestora de Campo” só é possível de ser pensado de forma interseccionada com a “engrenagem pedagógico-formativa do Cuida APS” e a partir do encontro com o papel atribuído à especializanda no processo de ensino e aprendizagem. Essa personagem está investida do lugar de docente e do encargo de apoiar processos de melhoria da qualidade no cotidiano das equipes da APS. Não obstante, é também uma trabalhadora, sendo o seu modo de existência o efeito de uma multiplicidade de forças, entre elas a questão da sua “identidade” como trabalhadora, agir numa complexa rede de relações. Além de dar conta das tarefas que envolvem o fazer da docência, atribui-se a essa personagem a função de suporte aos processos de mudança, com vista à melhoria da qualidade do cuidado na APS.

Conquanto, não podemos deixar de lado um traço importante que não aparece nos documentos oficiais do Projeto, embora fundamental para compreender o seu modo de existência: a Gestora de Campo, além de docente e indutora de processos de mudança, é efeito das relações de trabalho e vínculo trabalhista que se assemelha às formas instituídas no cotidiano das especializadas. Para melhor compreender as forças que disputam essa personagem é preciso analisar com atenção esse terceiro vetor constitutivo da Gestora de Campo, qual seja, seu lugar de trabalhadora-prestadora de serviço e suas implicações.



Podemos afirmar que o modo de existência “Gestora de Campo” só é possível de ser pensado de forma interseccionada com a “engrenagem pedagógico-formativa do Cuida APS” e a partir do encontro com o papel atribuído à especializanda no processo de ensino e aprendizagem.



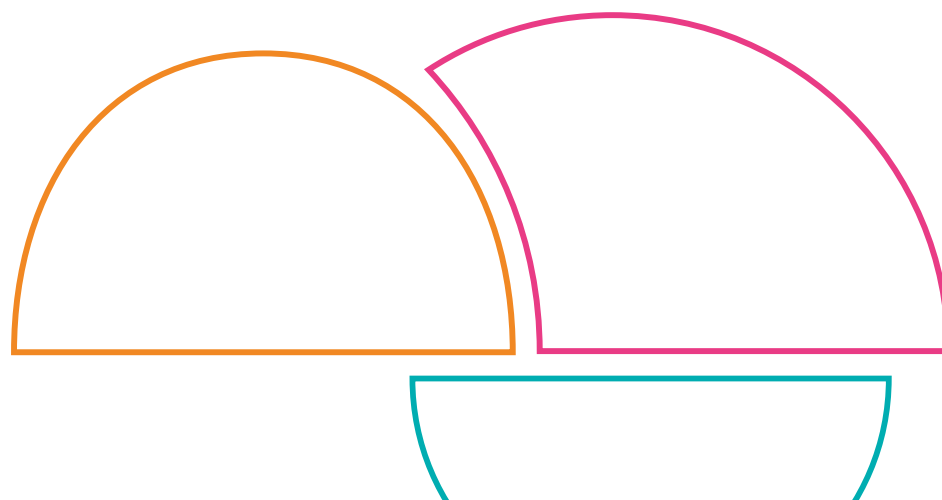
Nesse sentido, é importante destacar que a Gestora de Campo não está sozinha no Projeto: ela está organizada em grupo – o grupo das Gestoras de Campo – e compondo relações com outras trabalhadoras que também estão organizadas em grupos. A Gestora de Campo é uma personagem que interage com outras Gestoras de Campo, assim como com trabalhadoras que fazem parte de outros grupos, tais como o da coordenação do projeto, das apoiadoras matriciais, das orientadoras pedagógicas, das pesquisadoras, das especializadas etc.

É possível que a leitora atenta já tenha se dado conta de que a Gestora de Campo é uma trabalhadora que está inserida numa rede de hierarquias e burocracias comum aos diferentes contextos de trabalho. Do ponto de vista da gestão e da organização do processo de trabalho, o Cuida APS foi inicialmente proposto como um arranjo de relações hierárquicas entre trabalhadoras agrupadas por segmento.

Relações hierarquizadas nem sempre significam maior grau de verticalidade nas relações, rigidez, controle e/ou autoritarismo. A avaliação cartográfica do Cuida APS evidenciou, inclusive, como o Projeto foi se transformando ao longo do tempo, aprendendo com o “desenrolar” da experiência, com os diferentes espaços de reflexão e com a participação dos diferentes grupos de trabalhadoras (espaços de Educação Permanente em Saúde). O êxito de projetos como o Cuida APS depende fortemente de um tipo de trabalho “abstrato”, no qual é fundamental o uso do conhecimento, da cooperação e da comunicação.

Nesse sentido, as Gestoras de Campo foram pensadas, inicialmente, como personagens autônomas e segmentadas, num agrupamento de trabalhadoras do Cuida APS convidadas a incorporar as hierarquias e se adaptar às rotinas do projeto, com o encargo de fazer funcionar na prática a novidade do Projeto: a estratégia pedagógica da formação-intervenção. Cabe mencionar que o processo seletivo das Gestoras de Campo ocorreu no governo de Jair Bolsonaro e os projetos PROADI-SUS, naquele momento, acabaram sendo também um refúgio das profissionais sanitárias implicadas com a construção do SUS.

Nesse sentido, não é possível pensar a Gestora de Campo descolada das tensões, do momento histórico-político, das disputas e das escolhas que foram (des)construindo o Cuida APS. As evidências sugerem que as Gestoras de Campo foram as principais mobilizadoras de uma importante ruptura no Projeto.





2. A Gestora de Campo é efeito de múltiplos agenciamentos e processos de desterritorialização

Como podemos perceber, a Gestora de Campo é forjada a partir de uma ampla rede de interseções, que não se reduz apenas aos exemplos apresentados anteriormente. Ela é a expressão de um corpo que é agenciado de modos diferentes, enquanto efeito das múltiplas interseções e dos diferentes vetores de forças e planos de intensidade que são atualizados no encontro com a singularidade de cada uma das Gestoras de Campo, seus conhecimentos e vivências.

Essa rede dinâmica de relações de forças e suas diferentes intensidades disputam a subjetividade da Gestora de Campo, objetivando essa personagem. Abordar a Gestora de Campo como agenciamento é uma alternativa para se deslocar do campo da representação dessa personagem. Um agenciamento é “uma relação de implicação recíproca entre a forma do conteúdo (regime de corpos ou maquínico) e a forma da expressão (regime de signos ou de enunciação)” (PELLEJERO, 2016, p. 14). Além disso, qualquer agenciamento apresenta, por um lado, uma estratificação mais ou menos dura. Deleuze (2018), p.153-4) diz: “uma concreção de poder, de desejo e de territorialidade ou de reterritorialização, regida pela abstração de uma lei transcendente”. Mas, por outro lado, compreende pontas de desterritorialização, linhas de fuga por onde se desarticula e se metamorfoseia (“onde se liberta o desejo de todas as suas concreções e abstrações”) (DELEUZE, 1975, p. 154).

O agenciamento que disputa a Gestora de Campo é composto por diferentes linhas que ora operam sobre um polo mais duro e conservador, ora movimentam-se compondo arranjos móveis e maleáveis. Para Agamben (2009), dispositivo é

[...] qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres viventes. Todo dispositivo implica, com efeito, um processo de subjetivação, sem o qual o dispositivo não pode funcionar como dispositivo de governo, mas se reduz a um mero exercício de violência. Foucault assim mostrou como, em uma sociedade disciplinar, os dispositivos visam através de uma série de práticas e de discursos, de saberes e de exercícios, a criação de corpos dóceis, mas livres, que assumem a sua identidade e a sua ‘liberdade’ enquanto sujeitos no processo mesmo do seu assujeitamento. O dispositivo é, na realidade, antes de tudo, uma máquina que produz subjetivações, e enquanto tal e uma máquina de governo (AGAMBEN, 2009, p. 56).

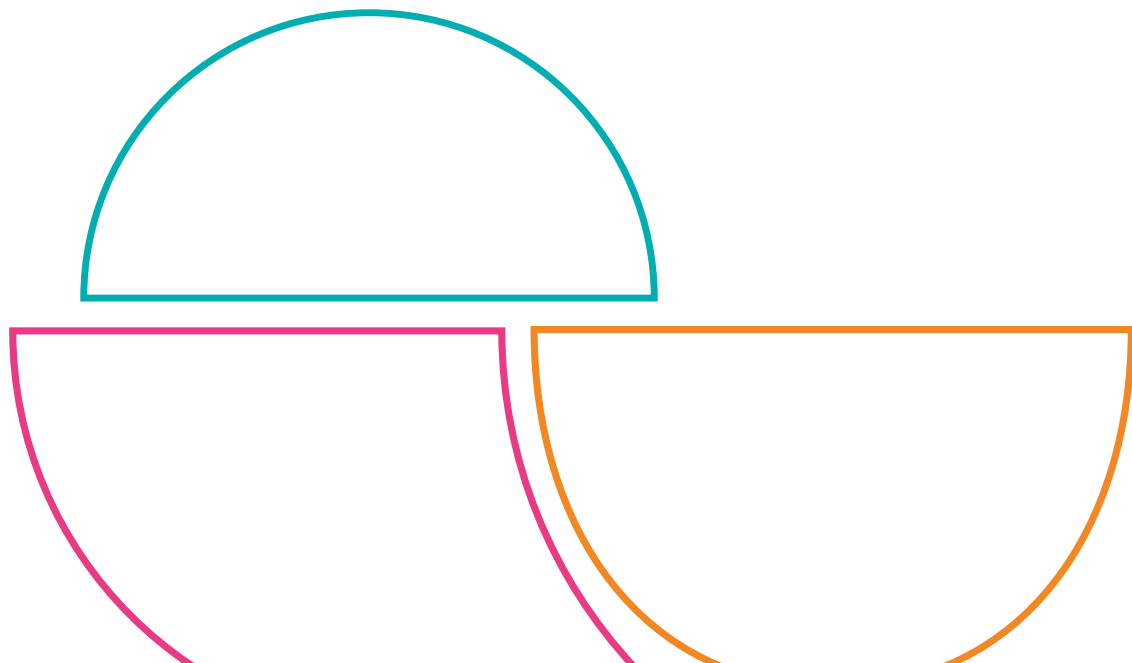


A Gestora de Campo agenciada como um dispositivo de intervenção no Cuida APS para ativar processos de EPS no território é um sujeito que se interpõe no cotidiano da formação, ou seja, ela “vem entre”, “entrevem”. Esta é a sua potência: meter-se de permeio para interferir no território, mobilizando afetos e aprendizagens.

No agenciamento deriva a singularidade de cada Gestora de Campo e a potência do seu trabalho no encontro com as especializadas, o território e os desafios do processo de ensino e aprendizagem. A partir dessa reflexão, percebe-se que o Projeto Cuida APS, na sua forma original, compõe a Gestora de Campo enquanto corpo que é afetado por uma rede de relações e arranjos interseccionados. O modo como cada corpo singular se afeta pelos diferentes arranjos de intersecções se expressa nos processos de trabalho cotidiano da Gestora de Campo, compondo tanto agenciamentos conservadores quanto aqueles mais maleáveis.

Prestar atenção para o tipo de agenciamento que cada Gestora de Campo coloca em movimento no seu cotidiano de trabalho é um possível vetor para avaliar transversalmente os processos de Educação Permanente em Saúde disparados pelo Cuida APS, as ferramentas educacionais utilizadas e o trabalho dos apoiadores territoriais.

Nada aprendemos com aquele que nos diz: faça como eu. Nossos únicos mestres são aqueles que nos dizem “faça comigo” e que, em vez de nos propor gestos a serem reproduzidos, sabem emitir signos a serem desenvolvidos no heterogêneo. Em outros termos, não há ideo-motricidade, mas somente sensório-motricidade. Quando o corpo conjuga seus pontos relevantes com os da onda, ele estabelece o princípio de uma repetição, que não é a do Mesmo, mas que compreende o Outro, que compreende a diferença e que, de uma onda e de um gesto a outro, transporta esta diferença pelo espaço repetitivo assim constituído. Aprender é constituir este espaço do encontro com signos, espaço em que os pontos relevantes se retomam uns nos outros e em que a repetição se forma ao mesmo tempo em que se disfarça. Há sempre imagens de morte na aprendizagem, graças à heterogeneidade que ela desenvolve, aos limites do espaço que ela cria (DELEUZE, 2018, p. 35).





3. Estar no “entremeio”: a função do apoio matricial na construção da Gestora de Campo e do seu trabalho no território

Para pensar na função entremeio da Gestora de Campo, retomamos algumas memórias de diferentes encontros do projeto, sobretudo junto a espaços de reflexões da prática das Gestoras de Campo e momentos de discussão com as apoiadoras matriciais – intitulado espaço do GAT. Uma rápida percepção: faz parte das atribuições das apoiadoras matriciais o manejo da ansiedade das Gestoras de Campo. O GAT é um importante dispositivo de reflexão/elaboração, mas também aprendizagem, sugerindo um estilo e estratégias de manejo que podem ser replicadas pelas Gestoras de Campo no trabalho com as especializadas.

As primeiras manifestações das Gestoras de Campo que nos chamaram atenção podem ser resumidas na seguinte fala: “situações-problema do território tendem a encontrar soluções no próprio território”. Esta Gestora de Campo tem toda a razão. Porém, lembrar ao próprio território a solução de problemas que derivam dos processos formativos/pedagógicos pode significar um movimento de simplificação da questão que está em jogo, um reducionismo que esvazia a potência que essa reflexão contém.

Sim, situações-problemas tendem a encontrar soluções no território, porém em contextos mais estruturados/estáveis.

Contudo, considerando a multiplicidade de arranjos/modelos de APS nos municípios aderidos ao Projeto Cuida APS e as singularidades territoriais; os desafios e as inconstâncias geradas no cotidiano de trabalho das equipes de APS, devido à rotatividade de profissionais e/ou existência de vínculos de trabalho frágeis; e, para não estender mais, tendo em vista haver poucos Comitês Locais Cuida APS funcionando como mecanismos de governança, garantindo consistência para os processos formativos/pedagógicos no território, percebe-se sim haver dificuldades concretas para encontrar soluções às situações-problemas no próprio território.



Não levar em conta, pelo menos, esses três argumentos (devem existir outros), contentando-se com a resposta de que “situações-problema do território” produzidas pela engrenagem formativo-pedagógica em movimento “tendem a encontrar soluções no próprio território”, além de recortar e reduzir o campo problemático que envolve essa temática, deposita a reponsabilidade de fazer funcionar essa engrenagem, exclusivamente, na figura da Gestora de Campo.

Não por acaso, o grupo avançou a conversa apontando para a necessidade de pensar “qual é o lugar da Gestora de Campo” nessa engrenagem, percebendo a armadilha desse discurso explicativo simplificado e reducionista, e suas pesadas implicações.

Repetem-se aqui pedidos para que o apoiador matricial intervenha junto à coordenação do projeto para provocar o maior envolvimento dos gestores municipais. Ao que tudo indica, opera no território um campo de forças composto de concepções distintas que geram tensões de difícil manejo, estabelecendo um cenário de guerra entre o técnico, o pedagógico e o político. Algumas Gestoras de Campo cochicharam para as pesquisadoras-cartógrafas que a repetida insistência em demandar um papel mais ativo da coordenação do projeto na busca do envolvimento dos gestores municipais é uma estratégia de resistência do grupo, ou seja, uma maneira de dividir a responsabilidade caso lacunas de aprendizagem se tornem evidentes em razão do não envolvimento dos gestores municipais no processo de formação, falta de comprometimento com a indução de processos de mudança e de apoio à implementação dos planos de melhoria construídos pelas especializadas e pelas gestoras de campo no cotidiano dos serviços da APS. “Não nos culpem, depois, por esse fracasso” é a mensagem! Nesse contexto, uma Gestora de Campo faz um “desabafo” no grupo, narrando uma experiência recente vivida por ela:

A sensação que eu tenho é que há um movimento desses trabalhadores de não querer estar ali, todos com as câmeras desligadas, ou quando ligadas, com cara de mau humor. Essa é a reação das especializadas durante o curso. Toda vez eu tenho que dar carga no grupo, eu passo o tempo inteiro fazendo gestão da crise... eu quero ser um pouco feliz também (Diário Cartográfico I).

Essa reflexão que traz a sensação de “ter que dar carga o tempo inteiro” e que demonstra a dificuldade de encontrar maneiras para despertar na especializada o desejo de “querer estar” ocupando o espaço formativo é importante, pelo menos por duas razões: 1) ela subverte a linha de raciocínio do grupo, deslocando o diálogo do campo do senso comum, que recorta e simplifica o tema e o campo problemático em debate; e 2) recoloca no centro da discussão do grupo o debate sobre a engrenagem formativo-pedagógica proposta pelo Cuida APS, suas ferramentas, estratégias e processos.

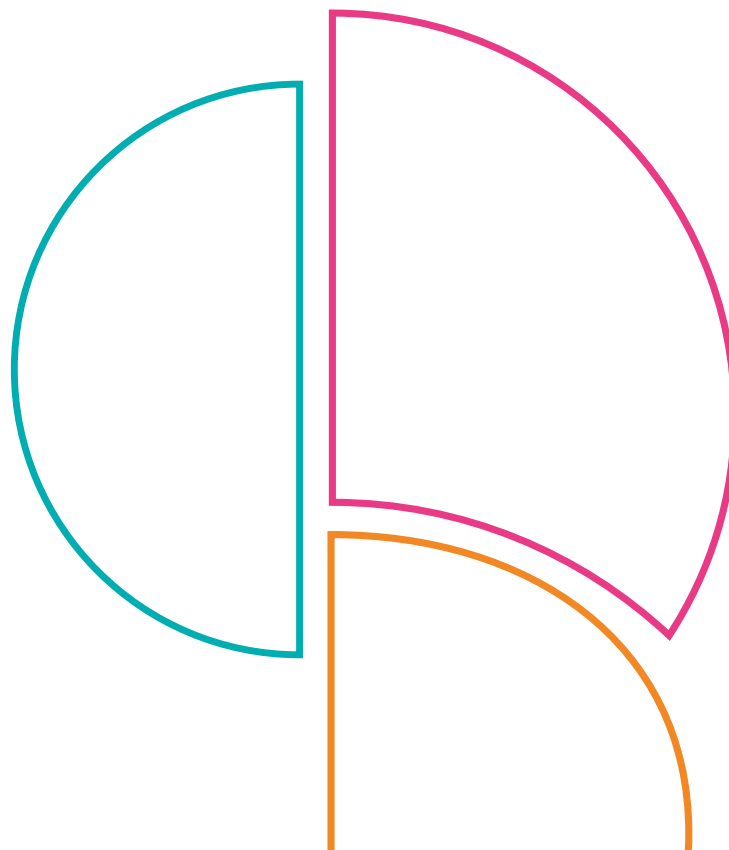


Esta fala não é um simples desabafo; ela é barulhenta. Vamos escutar esse barulho para utilizá-lo como porta de entrada para construir uma primeira aproximação: **o que pode a engrenagem formativo-pedagógica do Cuida APS? Como essa engrenagem tem se movimentado no cruzamento entre os processos de aprendizagem, as demandas e as singularidades dos territórios?**

Essas duas questões não são superficiais e, por essa razão, não encontraremos respostas de imediato. Contudo, são provocações que demandam aprofundamento e reflexão. Tais questões instauram um campo a ser cartografado, com potência para disparar a avaliação da engrenagem formativo-pedagógica do Cuida APS.

E o barulho produzido durante a discussão do grupo faz sentido para aquelas pessoas, e outra Gestora de Campo manifesta sua opinião: “o especializando projeta no curso a sua frustração, porque o curso aborda problemas do cenário que esse trabalhador está inserido e os processos de trabalho. Eu disse pra eles: vocês falam que o curso se repete, mas quem repete são vocês. Vocês fazem o tempo todo as mesmas perguntas” (Diário de Campo).

Nos diferentes GATs parece pulular o mesmo problema: a experiência do encontro com o território desafia a Gestora de Campo a estar o tempo todo em movimento. Essa gestora é do tipo maleável. **Quais estratégias têm sido ativadas pela engrenagem formativo-pedagógica do Cuida APS para contribuir para a formação dessa Gestora de Campo móvel e maleável? Quais dispositivos essa engrenagem tem produzido/ofertado para compor a caixa de ferramentas da Gestora de Campo?**





Ao que tudo indica, a cada nova viagem das Gestoras de Campo para os territórios, ou mesmo a cada encontro virtual com o seu grupo de especializadas, a realidade de cada contexto se impõe com força, bagunçando aquilo que fora preparado previamente. A cada novo encontro com o território e com as especializadas, uma nova forma de relação precisa ser inventada. Saber lidar com o efeito surpresa de cada novo encontro, ter capacidade de mobilizar o corpo e os afetos para compor um jeito de se relacionar diferente do habitual são importantes habilidades a serem desenvolvidas com as Gestoras de Campo para promover ações de Educação Permanente em Saúde na APS.

Um ponto de atenção a ser observado, portanto, pela engrenagem formativo-pedagógica, diz respeito ao desenvolvimento de habilidades e competências capazes de ativar o tipo maleável da Gestora de Campo. Desenvolver nas Gestoras de Campo habilidades para improvisação e espontaneidade seria um exemplo. O desafio que se impõe a essa engrenagem é que ela própria seja contaminada pela perspectiva do maleável, compondo recursos pedagógicos flexíveis e móveis a serem disparados em diferentes direções, capazes de gerar o que uma Gestora de Campo chamou de “um caos produtivo”.

Essa reflexão é uma primeira aproximação da engrenagem formativo-pedagógica e, por essa razão, uma visão precária e insuficiente. Contudo, é um pontapé inicial para compreender esse elemento que ocupa posição central no Projeto, qual seja, a formação especializada dos trabalhadores da APS, utilizando metodologias ativas, na perspectiva da Educação Permanente em Saúde.

Além do debate sobre a ação dessa engrenagem no desenvolvimento de habilidades e competências para o trabalho das Gestoras de Campo no território é necessário explorar o seu funcionamento e seu efeito sobre os processos de aprendizagem das especializadas. Ainda não temos dados suficientes para avançar nessa direção. Algumas Gestoras de Campo afirmam que escutam relatos das especializadas, que dizem: “o ‘Cuida’ é meu espaço de respiro e cuidado”. Contudo, essa reflexão não é a que predomina nas discussões do GAT. Desse modo, questiona uma Gestora de Campo:

O desafio que se impõe a essa engrenagem é que ela própria seja contaminada pela perspectiva do maleável, compondo recursos pedagógicos flexíveis e móveis a serem disparados em diferentes direções, capazes de gerar o que uma Gestora de Campo chamou de “um caos produtivo”.



O quanto o curso está fazendo sentido e gerando valor de uso na realidade cotidiana de cada especializando? Para mim, encontro remoto é folga para os trabalhadores. Orientações de TCC, uso da metodologia ativa, essa tentativa de produzir uma torção... é muito grande a dificuldade das especializadas para construir os problemas junto com sua equipe de trabalho, por exemplo (Diário Cartográfico I).

As Gestoras de Campo falaram do seu incômodo com a experiência de construção dos planos de melhoria. Seu papel consistia em atuar como tutoras, acompanhando o percurso das especializadas na construção desses planos. Ao que tudo indica, a estratégia de elaboração dos planos de melhoria, a partir da ferramenta Ativa APS, aprimorada durante a formação das Gestoras de Campo, foi a aposta pedagógica central nos primeiros oito meses do curso. Originalmente, o plano de melhoria foi pensado como um recurso pedagógico que oportunizaria à especializada identificar um problema do seu cotidiano e propor um plano de intervenção viável a ser implantado, modificando a realidade (gerando efeito concreto no cotidiano dos serviços e das equipes de APS). A construção do plano de melhoria seria também uma excelente estratégia para adensar os conteúdos teóricos dos primeiros módulos do curso.

Para a engrenagem formativo-pedagógica, os planos de melhoria davam materialidade à formação das trabalhadoras da APS através das metodologias ativas de ensino e aprendizagem. Construídos os planos, iniciava-se o segundo momento, qual seja, sua aplicação, de modo a ativar processos de mudança na APS, perfazendo o “ciclo de melhoria” característico de ferramentas de planejamento. Inicialmente, a proposta era que as equipes desenvolvessem vários ciclos, estabelecendo um movimento de melhoria em seu cotidiano de trabalho. A estratégia foi muito bem planejada, mas não teve força suficiente para se sustentar.

Qual a razão que fez com que essa estratégia tão bem pensada não vingasse? A resposta para essa pergunta não é simples e não pode ser respondida apenas pelo viés pedagógico. Não obstante, esse eixo de análise é capaz de oferecer uma possível explicação para essa questão. Tal explicação deriva da vivência das Gestoras de Campo durante a construção dos planos de melhoria, prestando atenção nas especializadas, compreendendo o processo de trabalho das equipes e a dinâmica dos serviços de APS em cada território.





O incômodo das Gestoras de Campo com a construção dos planos de melhoria advém de uma consistente percepção extraída das suas próprias vivências, mesmo com “repetidas provocações [das especializadas] para a reflexão da sua prática [muitas vezes refletir sobre a prática não fazia sentido!] num território que se desestabiliza o tempo todo” (Diário de Campo). Portanto, uma possível explicação para a pergunta que consta no parágrafo anterior estaria: a) na concepção de um projeto pedagógico de formação pensado para cenários ou contextos mais homogêneos e estáveis (nosso cenário, ao contrário, é heterogêneo e instável); b) os arranjos de APS no interior do Brasil são modelagens instáveis, que se desestabilizam com facilidade; e c) a frequência e a velocidade dessa desestabilização trazem consigo uma intencionalidade bastante evidente: age sobre o pensamento e os afetos dos trabalhadores da APS, produzindo neles comportamentos repetitivos/mecanizados e um bloqueio para refletir sobre o seu processo de trabalho.

Esses três elementos sugerem a maneira como a APS está interiorizada no Brasil, em especial nos Estados do nordeste e do norte, compondo um conjunto de desafios a serem considerados para a proposição de estratégias de Educação em Saúde no trabalho nesses contextos. Soma-se a isso a dificuldade dos Comitês Locais para sustentar politicamente processos de mudança, impactando no trabalho na APS

Perceber como estamos implicados com as questões do cotidiano do nosso trabalho e quais são as relações e os afetos geradores de sofrimento põe as condições para que novos afetos, relações de trabalho e aprendizagem se instituem. Na formação dos atores que dão vida ao Projeto Cuida APS e, em especial, nos processos de Educação Permanente em Saúde das Gestoras de Campo, valorizar estratégias formativas ou de apoio técnico-supervisionado que valorizam práticas de aprendizagem baseadas na análise crítico-reflexiva de problemas extraídos do cotidiano do trabalho parece ser fundamental.





Concluindo com devires e potências da Gestora de Campo

Se a Gestora de Campo é, de fato, esse corpo móvel e maleável que é disputado por modos de existência (apresentamos um deles nesse texto) e, ao mesmo tempo, um agenciamento que se expressa como dispositivo de intervenção com função de provocar aprendizagem, a forma de expressão (modo de ser) e a prática concreta da Gestora de Campo são singulares.

Portanto, o que interessa entender é a tendência que se expressa com o arranjo micropolítico forjado no processo de tornar-se Gestora de Campo. Tornar-se Gestora de Campo implica se desprender dos modos de existência (atribuídos por outrem ou construídos pelo próprio indivíduo) para abrir passagem à invenção de uma personagem inédito. Ao colocarmos a Gestora de Campo “em análise” no Cuida APS, percebemos que essa personagem é tanto mais potente para disparar processos de ensino-aprendizagem quanto maior a sua desconstrução e maleabilidade para se mover, de modo a compor relações e encontros inéditos.

Processos de Educação Permanente em Saúde com trabalhadores da APS se diferenciam das propostas de educação continuada não apenas porque pressupõem que a aprendizagem seja disparada a partir da reflexão crítica de problemas extraídos do cotidiano do trabalho. Ativar práticas de Educação Permanente em Saúde implica a produção de um agenciamento que entende que a aprendizagem de novas habilidades, competências, atitudes e comportamentos está articulada com o cotidiano da gestão do cuidado, necessidades de saúde e singularidade do território. Processos educacionais não como oferta de produtos pontuais, mas como um componente que faz parte do cotidiano de trabalho, com potência para intervir nele.

Do ponto de vista das especializadas, a utilização de algumas ferramentas aprendidas no curso em seu fazer diário foi capaz de engajar colegas de equipe que não cursavam a especialização, na análise e proposição de soluções para algumas dificuldades do cotidiano. Para ilustrar, podemos citar a retomada das reuniões de equipe e das atividades de planejamento e análise do território, e das suas necessidades de saúde; das atividades de grupo (promoção e prevenção) e/ou a oferta de novos grupos; e das visitas domiciliares, que haviam sido suspendidas na pandemia.



A retomada de atividades básicas do cotidiano da APS na maioria dos polos em que o projeto foi realizado, ou seja, o resgate das tecnologias leves é um dos resultados do Cuida APS. Extrapolar a especializanda e fazer a aprendizagem transbordar, tendo em vista interferir nos processos de trabalho e nos arranjos de cuidado, é estratégico no trabalho com EPS. Tais exemplos sugerem que o Cuida APS foi um território no qual se produziram diferentes experimentações de EPS.

O trabalho da Gestora de Campo é, fundamentalmente, construir as condições de possibilidade para que essa translação se efetue em “n” direções. Desafio central para qualquer trabalhador do SUS que, estrategicamente, se movimenta no “entremeio”. A problematização e a análise da Gestora de Campo no Cuida APS sugere que não é com diferentes máscaras ou na rigidez de um modo de existência que esse trabalhador, aos poucos, inventará um dispositivo suficientemente potente que sirva de superfície para as translações.

A translação é um exemplo do agenciamento entre Gestora de Campo no devir, o devir da Gestora de Campo e a aprendizagem como devir. Pensar a Gestora de Campo não como um indivíduo, mas como um agenciamento. Olhando para a Gestora de Campo no desenrolar do projeto, a sua engrenagem fica evidente. Disputa entre o móvel e maleável e como um objeto cujo pensamento linear, em geral, está associado a um fazer que impõe regras e regulamentos.

Faz parte do agenciamento linhas de experimentação de pensamento forjadas em um território intervalar, uma espécie de “entre” (DELEUZE; GUATTARI, 1995). Supomos que essa perspectiva é mais interessante para pensar a Gestora de Campo. Provocar esse agenciamento das contribuições mais marcantes do trabalho da Gestora de Campo. Durante o processo formativo, nos territórios onde esse movimento foi possível, as narrativas das especializandas evidenciam a importância da maleabilidade da Gestora de Campo no processo da aprendizagem, trazendo elementos que permitem afirmar que essa dupla função é estratégica.

O devir da Gestora de Campo é o esforço da trabalhadora para driblar tudo aquilo que insiste na sua fixação em modos de existência. Arriscar regras e certezas, meter-se em crise e se desconstruir: dispor o corpo para afetar e ser afetada. Potência que afirma uma Gestora de Campo em devir.

O devir da Gestora de Campo e a Gestora de Campo no devir são processos pelos quais desliza a Gestora de Campo na intersecção com a máquina Cuida APS e a sua engrenagem (e o seu esforço para atribuir um modo de existência, mas também para compor essa personagem como um agenciamento que funciona como dispositivo de intervenção nos processos de formação de trabalhadores na APS), em um movimento permanente de ressignificar a produção do cuidado a partir da potência de cada encontro, com as especializandas e com o território.



08 O que pensam as especializadas sobre o cuida APS?

Bárbara David Galvani, Franciele Finfa da Silva, Mavie Eloy Kruschewsky, Cristian Fabiano Guimarães, Rosemarie Andrezza

As especializadas que participaram do projeto Cuida APS “Melhoria do Cuidado das Pessoas com Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde (APS)” são profissionais da Saúde de nível superior, em sua grande maioria trabalhadoras da APS¹. Algumas profissionais, em menor número, de outras áreas ligadas às instâncias da vigilância epidemiológica, da imunização e membros da equipe de gestão de Saúde dos municípios, entre outras, também integraram o curso. Uma composição diversa dado o encontro das diferentes realidades locais, onde cada polo educacional e seu Comitê Local Cuida APS desenvolveu uma estratégia para o processo seletivo e a composição das turmas.

Acreditamos ser válido apresentar algumas características do local onde este projeto foi implementado para uma melhor visualização de onde vivem e atuam as especializadas. O semiárido brasileiro apresenta como característica ambiental uma forte insolação, temperaturas consideravelmente altas e regime de chuvas marcado pela escassez, irregularidade e concentração das precipitações em um curto período, em média, de três a quatro meses, apresentando volumes de água insuficientes para abranger as necessidades da população (EMBRAPA, 2010). Outro recorte importante a ser destacado é que, de acordo com o IBGE (2021), no recorte regional, nordeste (48,7%) e norte (44,9%) apresentam as maiores proporções de pessoas pobres na sua população.

Um território marcado geograficamente, que carrega marcas históricas da seca nessas famílias – especialmente no sertão da Bahia e Pernambuco (Região de Saúde PEBA) – que em parte migraram para o sudoeste brasileiro em busca de mudanças em seus ciclos familiares. Neste território há estratégias que marcam também uma recente reparação social; a transposição do Rio São Francisco, por exemplo, trouxe mudanças sentidas e contadas pelas especializadas durante o curso.

¹ Segundo dados do relatório de restituição aos gestores municipais e estaduais, das 556 especializadas matriculadas no curso de especialização, 72% são enfermeiras, 10% odontólogas, 4% nutricionistas, 3% fisioterapeutas, 3% de coordenadoras da APS, seguidas de outras profissionais da equipe multiprofissional (HAOC, 2023).



Já na região sudoeste do Amapá, local da Floresta Amazônica e do Rio Amazonas, o isolamento das cidades, a dificuldade do acesso e as constantes cheias dos rios são marcas do território. A água, em seu excesso e em sua falta, e as longas distâncias se expressam nos relatos e nas vivências das especializadas nos encontros com as GC durante o processo de Educação Permanente em Saúde – o curso de especialização.

Há pesquisas que apontam que a atuação dos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família no interior do nordeste brasileiro é desafiada por problemas consistentemente encontrados na literatura que colocam em risco a garantia da atenção à saúde, principalmente nas áreas rurais, nos pequenos povoados, incluindo aldeias indígenas; espaços de muitas vulnerabilidades (JARDIM et al., 2022).

A avaliação do projeto Cuida APS indicou a importância de fortalecer as condições de trabalho mediante estratégias de ampliação dos vínculos estáveis e investimento na contratação de mais recursos humanos, com o objetivo de reduzir a escassez em lugares mais distantes e certamente suprir um financiamento adequado para compra de insumos, equipamentos e materiais. A falta de resolução desses problemas, que persistem no trabalho em Saúde, foi ainda mais notória no momento da crise sanitária da pandemia de Covid-19; fato que valida a necessidade de intervenções para qualificar a assistência à saúde das populações e fortalecer a Atenção Primária.

A implementação do Cuida APS ocorreu no contexto pós-pandêmico no interior do nordeste e na Floresta Amazônica. As Gestoras de Campo foram o principal elo com as especializadas e com as múltiplas realidades, desafios e potências encontrados nesses territórios. Mesmo distantes há um SUS nessas localidades, que resiste, que cria saídas, na força das suas equipes, e que produz cuidado.

Para o desenvolvimento das atividades foram compostos 20 polos educacionais, com 33 turmas e 556 especializadas (87% mulheres). Foi no Comitê Local Cuida APS, formado pelos representantes da gestão municipal de Saúde – nomeados como interlocutores – e as Gestoras de Campo que o formato de cada turma foi desenhado. Cada Gestora de Campo articulou com seu comitê o processo seletivo das especializadas. O número total de vagas previsto correspondeu ao número de equipes da Estratégia de Saúde da Família de cada município. Porém, no encontro das multiplicidades dos territórios e suas necessidades, a composição das turmas ganhou diferentes configurações.

A implementação do Cuida APS ocorreu no contexto pós-pandêmico no interior do nordeste e na Floresta Amazônica. As Gestoras de Campo foram o principal elo com as especializadas e com as múltiplas realidades, desafios e potências encontrados nesses territórios. Mesmo distantes há um SUS nessas localidades, que resiste, que cria saídas, na força das suas equipes, e que produz cuidado.



Os singulares formatos encontrados nos territórios abriram possibilidades de diálogo com as realidades locais, o que permitiu distintas alternativas para viabilizar o desenvolvimento do projeto, de acordo com o contexto social-geográfico onde as participantes estavam inseridas. Como vimos na primeira parte do livro, não poderia ser diferente, pois a prerrogativa pedagógica adotada foi a da corresponsabilização das especializadas com todo o processo educacional. Nesse sentido, as metodologias ativas tiveram centralidade e os princípios da Educação Permanente em Saúde foram os eixos estruturantes. Assim, a cada momento as especializadas eram convidadas à reflexão sobre suas práticas profissionais, ao identificar suas necessidades de aprendizagem articuladas com planos de melhoria em seu processo de trabalho, a partir do dispositivo Ativa APS. Tal dispositivo propiciou não apenas reconhecer e eleger o problema a ser enfrentando, como também planejar, juntamente com as equipes locais, atividades e ações para a sua resolução, o que caracterizou um processo de formação-intervenção (HAOC, 2022).

O Ativa APS é inspirado no método de Melhoria Contínua da Qualidade. Para a sua aplicação no curso de especialização, a partir da lógica de EPS, problematizaram-se as práticas de cuidado e o trabalho em Saúde. Por fim, com o uso das ferramentas ofertadas pelo Ativa APS, já em composição com os contextos territoriais diversos, foram propostos de forma sistematizada planos de melhoria, com objetivos e metas a serem alcançados (JANTS-CH et al., 2022). Essa metodologia coloca para as especializadas a necessidade de encontro com seu território e sua equipe, promovendo diferentes ações que extrapolaram, em diversos momentos, as metas e objetivos inicialmente traçados dentro dos planos de melhoria.

Compreender melhor a visão das especializadas, seu contexto e o processo de encontro delas com o projeto Cuida APS, bem como os diferentes desafios com os quais tiveram que lidar, trazendo sua perspectiva, é a proposta deste capítulo. Sem dúvida é um desafio escrever sobre um processo formativo com múltiplas entradas¹, porém a proposta aqui colocada é de não falar **por**, mas buscar falar **com** as especializadas. Nesse sentido, buscamos algumas estratégias de produção de dados que ampliassem a escuta, a lateralidade e a transversalidade nesta escrita.

¹ Foram múltiplas as estratégias de formação das especializadas, o que inclui um primeiro módulo do curso realizado 100% pela estratégia EaD, que ocorreu simultaneamente ao desenvolvimento dos módulos 2, 3 e 4 onde havia encontros presenciais no território dessas trabalhadoras-especializadas, intercalados por encontros remotos síncronos, com as GC de cada turma.



Utilizamos os achados empíricos produzidos pelo grupo de pesquisa que acompanhou o projeto Cuida APS, sendo estes: os relatórios dos encontros do grupo de pesquisa, as gravações dos seminários compartilhados realizados para e com as especializadas, e as narrativas produzidas pelas Gestoras de Campo-pesquisadoras.

Foram realizados seminários compartilhados com as especializadas em 13 polos educativos, que ocorreram no formato de grupo focal com a presença de oito a 15 especializadas¹, com duração de até duas horas. As GC não estiveram presentes no decorrer dessa atividade, tendo em vista a implicação direta no processo. A partir de duas questões disparadoras as especializadas trouxeram suas perspectivas em relação ao curso e seus desdobramentos de forma mais aberta e livre possível, sem o viés da presença daquelas que as acompanharam quase integralmente no processo.

A estratégia de trabalhar com narrativas, elaboradas pelas pesquisadoras², do seminário compartilhado com as especializadas, permitiu trazer para a cena situações e análises que, a partir do processamento delas no grupo de pesquisa, permitiu novos deslocamentos e novos agenciamentos. Dito de outra maneira, foi possível produzir um corpo vibrátil (ROLNIK, 2016) para que o próprio grupo se colocasse em análise, ao compartilhar a leitura das narrativas, como pessoas implicadas no processo da APS, como sujeitas *in-mundo*, transitando entre distintos territórios (ABRAÃO et al., 2014). Ressaltamos neste ponto que as pesquisadoras e autoras do texto não são pessoas neutras, mas sujeitas implicadas no processo. Como dito por Lourau (1995, p. 16), “o cientista confere à ciência os seus próprios valores, independentemente da posição ideológica que possui (seja esquerda, direita ou centro). Logo, a neutralidade axiológica, a decantada ‘objetividade’, não existe”.

Para compor esse capítulo também foram utilizadas as avaliações e as respostas às questões abertas disponibilizadas às especializadas ao final de cada encontro do curso. Foram 18 encontros de especialização, cada um com dois dias de atividade; uma caminhada de um ano e meio de curso, realizado de forma híbrida: encontros presenciais, nos territórios das especializadas, e encontros síncronos, realizados no formato virtual, utilizando-se a plataforma Zoom e outros aplicativos digitais como ferramenta na produção de encontros.

Para análise dos achados empíricos as autoras se dividiram para leitura e escuta das gravações, e a partir daí emergiram dois planos de visibilidades, que serão discutidos na sequência.

¹ As especializadas foram convidadas a participar do seminário compartilhado.

² As pesquisadoras que compõem o grupo de pesquisa são GC, equipe da coordenação pedagógica e de Ensino a Distância do Cuida APS, e pesquisadoras da UNIFESP.



“Minha forma de olhar o mundo mudou”: o encontro das trabalhadoras de Saúde com a especialização

Ao serem convidadas a participar de um curso de Melhoria de m Cuidado às Pessoas com Condições Crônicas de Saúde na APS, muitas das especializadas esperavam por uma pós-graduação *lato sensu* em um formato tradicional de ensino e logo no primeiro momento perceberam que este seria diferente, pois a metodologia adotada oportunizou, entre outras coisas, a troca de experiências entre elas. De alguma forma, o sentimento de solidão em suas práticas diárias, tão presente entre elas, foi superado, pois percebiam a existência de problemas comuns em suas rotinas, em nossas atividades cotidianas, e assim conseguiam compreender o trabalho em Saúde a partir de diferentes pontos de vista que eram colocados no grupo, de forma participativa, com dinâmicas leves, a partir da reflexão de situações que envolviam a realidade diária. O curso abria possibilidades de novos pensamentos e maiores iniciativas para o desenvolvimento do trabalho. A consciência de que era preciso mudar apoiou o protagonismo das trabalhadoras, pois foi a partir delas que as mudanças aconteceriam, mas esta constatação era vista como um imenso desafio.

O uso de metodologias ativas de aprendizagem, com diferentes estratégias, deslocou as especializadas em suas perspectivas de cuidado em saúde e influenciou, em muitos casos, suas percepções de mundo e de vida: “para mim, é nova a experiência com essa metodologia que não tinha costume de utilizar, mas desejo [...] me envolver mais e aprender para meu uso na prática em serviços de saúde no meu trabalho e para aplicar em minha vida pessoal (Narrativa de Seminário Compartilhado, Juazeiro da Bahia)”. As especializadas demonstraram um encantamento com a metodologia, que superou as expectativas e as transformou: “(...) hoje sou outra pessoa, baseada em tudo que aprendi até aqui (Narrativa de Seminário Compartilhado, Juazeiro da Bahia)”. Elas constataam: “Muitas vivências são parecidas com a nossa, apesar de serem em cidades diferentes, mas as regiões são muito parecidas, só estão limitadas geograficamente em municípios específicos” (Narrativa de Seminário Compartilhado, Juazeiro da Bahia). A desconfiança inicial com a proposta pedagógica do curso e a sensação de impotência frente aos contextos locais transformaram-se, com o decorrer do processo, em força produtiva, pois “em cada encontro havia novidades e eu fui reaprendendo como lidar com o território, melhorar o trabalho em equipe, aproximando todos os participantes da equipe, pois o odontólogo que ficava muito afastado da equipe. Os fisioterapeutas também se aproximaram no processo de saúde do território) (Narrativa de Seminário Compartilhado, Remanso).

Porém, muitas esperavam encontros com aulas mais direcionadas e elencaram as dificuldades para participação das aulas: “moramos um tanto isolado e com isso tenho dificuldades para realizar o curso” (Narrativa de Seminário Compartilhado, Remanso). Embora não haja consenso com relação à estratégia do ensino à distância, o formato virtual de alguns encontros diminuiu as dificuldades de acesso e elas afirmam que “apesar de alguns contratempos (com) a internet, prefiro essa metodologia, uma vez que moro em um município distante do polo (educacional) e tenho que me deslocar por conta própria” (Narrativa de Seminário Compartilhado, Remanso).



Essa vantagem apontada por algumas especializadas não encontrava uma ressonância imediata, pois boa parte delas se queixava dos encontros remotos, realizados de forma síncrona, e solicitava que os encontros fossem presenciais, “(...) pois o método on-line é bem cansativo e desafiador. Me sinto prejudicada por não conseguir acompanhar o processo de forma satisfatória, devido a problemas com o aparelho celular” (Narrativa de Seminário Compartilhado, Remanso). Contudo, ao final da especialização, com a realização das orientações para escrita e entrega dos trabalhos de conclusão de curso, os encontros virtuais foram mais bem avaliados, pois a tecnologia aumentou a proximidade entre orientadoras e orientandas.

O apoio da gestão municipal foi citado em diferentes momentos como fundamentais para a participação nas aulas e no desenvolvimento dos planos de melhoria: “queria mais apoio da gestão do meu município para que quando for dia do curso, nas palestra on-line, estejamos realmente liberados e não sejamos convocados para trabalhar no dia, pois dificulta a aprendizagem” (Narrativa de Seminário Compartilhado, Petrolina). Situação que reforça o papel central dos Comitês Locais Cuida APS para o desenvolvimento desse processo e a dimensão de afastamento da gestão local ao projeto, em alguns territórios.

Elas reconhecem o trabalho das Gestoras de Campo como uma fortaleza do curso. Uma diferença, um dispositivo de mudança e de deslocamento das especializadas: vínculo, afeto e proximidade com as necessidades das trabalhadoras e das suas equipes oportunizaram novas aprendizagens, ou seja: “ao ler o manual do Ativa APS, eu fiquei com medo de não conseguir sensibilizar minha equipe trabalho. Tinha muitas dúvidas, estava desmotivada. Achei tudo muito complicado. Mas depois desses encontros [...] foi possível estabelecer estratégia de como motivar os demais atores envolvidos no cuidado e, a partir daí, podudemos juntos constituir a equipe de melhoria em saúde da Unidade de Saúde que trabalho” (Narrativa de Seminário Compartilhado, Remanso).

O ritmo do curso de especialização foi mudando no decorrer dos meses. Da intensidade das descobertas que marcaram o início do curso foi sendo aberto espaço para a construção de vínculos entre GC e especializadas, diante do desafio de aplicar os planos de melhoria propostos. Algumas avaliações expressam o sentimento de frustração ao construir ou implementar os planos de melhoria nas Unidades de Saúde. Por essa razão, as especializadas afirmam que fazer o curso foi um desafio, tendo em vista “a necessidade de conciliar as atividades laborais, aulas presenciais e atividades on-line, pois [...] o curso exige muita dedicação e compromisso” (Narrativa de Seminário Compartilhado, Síntese do Grupo de Pesquisa).

“**queria mais apoio da gestão do meu município para que quando for dia do curso, nas palestra on-line, estejamos realmente liberados e não sejamos convocados para trabalhar no dia, pois dificulta a aprendizagem”**



Tirar da gaveta práticas engavetadas – desafios e expectativas

A formação proporcionada pelo Cuida APS na avaliação das especializadas é positiva; são longas as descrições relacionadas às mudanças experimentadas no dia a dia das Unidades de Saúde no decorrer da experiência vivida no encontro com o processo de formação. As equipes de saúde se sentiram desafiadas e contagiadas com a proposta do curso, pois ele propiciou aprendizagens sobre como planejar os processos de trabalho de forma colaborativa, valorizando o trabalho em equipe multiprofissional. Como nos conta uma especializada, “o curso envolveu profissionais excluídos que se sentiam isolados da equipe” (Narrativa Senhor do Bonfim). A palavra “resgate” foi repetidas vezes mencionada nos seminários compartilhados, com ênfase no resgate das reuniões da equipe multiprofissional, visitas domiciliares e atividades de grupo de promoção e prevenção da saúde.

Prática considerada comum no trabalho em saúde – em especial na Atenção Primária – as reuniões de equipe foram descontinuadas na pandemia de Covid-19, chamando atenção para um fenômeno que se intensificou nos estados em que o Cuida APS foi realizado, qual seja, a priorização de um modelo de cuidado ambulatorial e fragmentado e com lógica de pronto atendimento. As narrativas produzidas a partir dos Seminários Compartilhados evidenciam que a formação ofertada e as estratégias educacionais utilizadas ajudaram as equipes a reorganizar os processos de trabalho, modificar a lógica do cuidado e interferir no arranjo da Atenção Primária no território. Os relatos reforçam a potência das trocas a partir de uma perspectiva multiprofissional, como por exemplo: “[o Cuida APS] trouxe conhecimento entre as trocas e entre os profissionais envolvidos no curso [multiprofissional] e também na minha forma de me colocar. Em muitas situações algumas coisas pareciam óbvias, mas eram óbvias apenas para mim e não para todos os profissionais” (Narrativa de Chorrochó).

Ceccin e Feuerwerker (2004) afirmam que a integralidade da atenção necessita de uma compreensão ampliada da clínica, o que envolve um maior conhecimento sobre a realidade, do trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, e de uma ação inter-setorial. Já Merhy (1997) e Cecílio (1994) afirmam que para se alcançar a integralidade do cuidado é fundamental o acolhimento às diferentes necessidades das pessoas que procuram os serviços, o vínculo e a responsabilização dos profissionais com os problemas de saúde sob seu cuidado. Para esses os autores, tais ações têm uma forte capacidade de impactar a atenção à saúde, pois propiciam maior autonomia dos usuários em seus “modos de andar a vida” e aumentando a resolutividade da atenção.

Ao frisar a valorização da equipe multiprofissional e, assim, retomar a prática interprofissionais, o planejamento em equipe também foi bastante citado, sendo percebido no decorrer da sua implementação.



Uma “planejação” que acontecia nos encontros entre profissionais e as GC durante o curso, mas que, ao mesmo tempo, desencadeava novos encontros das especializadas com suas equipes. Um processo de multiplicação do conhecimento.

“ Observamos, diante dos relatos, que proporcionar encontros oportunizam o emprego da tecnologia leve dentro dos diferentes contextos de Saúde. Por vezes, apenas a oportunidade de conversas e trocas de experiências já eram consideradas como potencialidades para a resolução de problemas concernentes ao processo de trabalho.

Somado a isso, a oportunidade de trocas e, até mesmo, a resolutividade de dúvidas, em um ambiente informal (mais leve), propiciou uma interação entre as profissionais de Saúde.

A ampliação do diálogo e das relações de troca entre as trabalhadoras - oportunidade criada com a instauração dos dispositivos educacionais do Cuida APS, à exemplo da retomada das reuniões das equipes multiprofissionais, foi terreno fértil para compartilhamento de conhecimentos e aprendizagens. Com isso, foi possível atingir um dos objetivos estratégicos do Projeto, qual seja, ampliar o protagonismo das especializadas no cuidado às condições crônicas no cotidiano da APS nos polos educacionais no interior do Amapá, Bahia e Pernambuco.

Os encontros que o projeto proporcionou possibilitaram a horizontalidade das relações, causando entre as profissionais uma compreensão ampliada sobre o seu trabalho no contexto da APS. Houve, assim, um fortalecimento das relações entre profissionais do curso e delas com suas equipes. Tal afirmação foi observada em diversas narrativas. Dentre elas, foram citadas a mudança das hierarquias das relações nas Unidades de Saúde, pois a enfermeira não era mais a única protagonista ou não era a única que liderava as ações da equipe, acentuando que os passos coordenados para o cuidado passaram a ser elaborados por outras profissionais também.

Ainda sobre as relações dentro das equipes foi ressaltado que algumas profissionais eram “excluídas” da equipe, em particular a dentista, mas o projeto modificou tal situação. As especializadas ainda destacaram maior potência para o desenvolvimento do seu trabalho, pois ganharam autonomia, uma autogestão que não era percebida antes: “me estimei e levei esse estímulo para a equipe. Bastou uma pessoa para levantar a equipe”. As ferramentas simples e que estão ao alcance de todas, que o projeto ofertou, propiciaram um prazer de estar novamente em equipe. A partir deste ponto, notamos um sentimento de pertencimento e a possibilidade de ele existir também nos integrantes da equipe multiprofissional. Notamos que a maior autonomia profissional alterou a relação de forças dentro da equipe multiprofissional.



É importante destacar que diversas especializadas frisaram o momento pós-pandêmico em que o projeto se iniciou. Para elas, este período afrouxou as relações que a equipe tinha com os usuários. O termo “resgatar” é novamente mencionado para apontar como o projeto desencadeou uma retomada desses vínculos que estavam até mesmo perdidos. Neste mesmo contexto, afirmam que a partir do curso recuperaram um olhar para a população e puderam refletir como ela estava sendo assistida.

Movimento que trouxe mais usuários para a Unidade.

Desta forma, outro resgate constantemente mencionado é da busca ativa e das visitas domiciliares. Ações que estavam adormecidas no período pós-pandêmico, seja pelo afastamento natural diante da mudança de função das UBS, que centrou suas atividades na testagem para Covid-19, seja pela falta de experiência de algumas profissionais. A alta rotatividade dos profissionais na APS é um fato destacado por elas, o que leva à entrada de profissionais recém-formados.

No trajeto educacional as especializadas enfrentaram diversos desafios. Entre eles destacamos aquele que produziu maior ansiedade: a elaboração do TCC, pois estavam aprendendo novos conteúdos, mas ao mesmo tempo continuavam na assistência na UBS. Percebemos que ao longo deste trajeto esteve presente um sentimento de gratidão pela possibilidade de novos conhecimentos. Entretanto, algumas sugestões de melhorias do projeto surgiram, como a possibilidade de se fazer em duplas os planos de melhoria para, assim, dividir mais o trabalho; ter um tempo maior para a escrita do TCC, usando os momentos previstos no próprio projeto do Cuida APS; e ampliar a disponibilidade de facilitadores para auxiliarem no TCC.

Os encontros que o projeto proporcionou possibilitaram a horizontalidade das relações, causando entre as profissionais uma compreensão ampliada da função dos colegas.

Foram mencionados desafios relacionados à estrutura disponibilizada para o envolvimento e desenvolvimento do projeto. Para as especializadas, diversos fatores locais dificultaram a acessibilidade, afetando o melhor aproveitamento dos conteúdos. Dentre estes, a internet é constantemente mencionada, visto que em múltiplas vezes as atividades foram realizadas de forma remota. Foi apontado que a internet local não é adequada, seja pela falta de sinal, seja pela oscilação da rede.

Reforçam, desta forma, uma predisposição para os encontros presenciais, tanto devido a questões técnicas quanto para a participação das colegas. Mesmo com a tendência da preferência dos encontros presenciais aos remotos, as especializadas também passaram por desafios nos encontros presenciais, pois muitas tiveram dificuldades na locomoção, pois nem sempre o local era de fácil acesso para todas. A falta de um ambiente adequado (alagamentos, falta de cadeira para escrever) e o pouco investimento da gestão da Saúde local para a realização do curso são pontos destacados pelas especializadas.



Por fim, notamos a transformação do olhar das profissionais, na perspectiva da humanização em Saúde.

“**É perceptível também que as mudanças de postura/atitude relatadas são frequentemente vinculadas aos relatos sobre aprendizados, ampliação de repertório e mudanças no entendimento acerca do cuidado e/ou do papel dos trabalhadores da APS. Percebemos o desenvolvimento de habilidades e de fluxos de comunicação, tanto nos membros da equipe quanto na relação com o usuário. Há casos em que foi possível instaurar ou retomar momentos coletivos de planejamento.**

Mesmo nos serviços onde não foi possível a aplicação das ferramentas de planejamento, as especializadas relatam que foi possível a realização com periodicidade das reuniões da equipe, com melhorias no fluxo de trabalho e na troca de informações entre profissionais e/ou entre equipes, de maneira a corroborar para a longitudinalidade e para a integralidade do cuidado.

Notamos, inclusive, situações em que as especializadas observaram mudanças por parte dos usuários, mais cientes dos caminhos de acesso aos serviços de Saúde e dos processos referentes ao seu acompanhamento pela rede. Um transbordamento do aprimoramento da comunicação entre usuário e profissional, que se manifesta quase como uma ação de Educação em Saúde orgânica e continuada.

A Educação Permanente em Saúde parte da suposição da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e supõe que a transformação das práticas profissionais deva estar fundamentada na reflexão autocrítica sobre o trabalho cotidiano de profissionais reais em ação na rede de serviços, em articulação com a gestão. Desta forma, os processos de qualificação das profissionais da Saúde devem ocorrer a partir da problematização do seu processo de trabalho, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tendo como referencial as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em Saúde.



09 Os desafios da cogestão dos processos de educação permanente nos territórios: os comitês locais do Cuida APS

Rosemarie Andrezza, Mavie Eloy Kruschewsky, Violeta Rodrigues Aguiar, Tatiana Clarkson Mattos, Guilherme Ávila Salgado, Cristian Fabiano Guimarães

Os Comitês Locais Cuida APS dos polos educativos do projeto Cuida APS foram espaços de permanente tensão nos territórios, sempre citados, ora pelas Gestoras de Campo, ora pelas especializadas. Sua constituição e formas de funcionamento ocorreram de maneira bastante heterogênea. Tanto os(as) secretários(as) municipais de Saúde como também as equipes de gestão intermediárias: coordenadores de Atenção Primária à Saúde, de Educação Permanente em Saúde, entre outras, a depender do tamanho e da estrutura organizacional dos municípios que integravam cada polo, tiveram um envolvimento que variou de uma ausência quase total a uma presença potente.

Mais do que descrever os processos de cogestão do projeto, das instâncias de poder e de disputa do SUS no âmbito local, nos interessou neste capítulo analisar as dinâmicas de poder que foram se configurando, a partir dos procedimentos pensados para a condução do projeto Cuida APS nos territórios. Ao longo deste texto utilizaremos a grafia entre aspas quando nos referirmos ao material empírico transcrito como dito nos diferentes momentos de produção de dados para a pesquisa.



A aposta dos comitês como espaços de governança

Vejamos, sinteticamente, o percurso complexo para o desenvolvimento do projeto Cuida APS. Passada a etapa de pactuação entre os coordenadores do projeto (vinculados ao PROADI-SUS do HAOC) e o Ministério da Saúde, que demandava uma ação relacionada à melhoria da qualidade da atenção à saúde das doenças crônicas, a coordenação percorre os procedimentos institucionais próprios do SUS. Ou seja, sua execução é acordada junto ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e ao CONASS. Definidos os Estados e as Regiões de Saúde onde o projeto se desenvolveria, de acordo com alguns indicadores de saúde, necessidades de formação apontadas pelos próprios gestores e condições políticas para a sua execução, estabelece-se que em cada polo será constituído um comitê gestor, à semelhança dos processos de governança do próprio SUS. Esses comitês, pelo menos num primeiro momento, tinham também o encargo de “selecionar” e “indicar” os trabalhadores do seu município para realizar o Curso de Especialização. Pressupunha-se assim que funcionariam nos territórios como linha de transmissão direta das pactuações realizadas anteriormente.

Os comitês seriam compostos por representantes da gestão municipal da Saúde e Gestoras de Campo, cada um no seu papel de mandatário e interlocutor dos anseios e necessidades dos seus representados. Cada um com suas demandas e desejos, cada um com seu propósito e objetivo. Caberia a cada um, dentro do seu cada qual, encontrar um caminho em buscar o que seria nosso, como uma música que precisa ser tocada a muitas mãos. Caberia, portanto, às Gestoras de Campo, como maestras que conhecem a partitura, começar a reger a orquestra.

Sendo assim, é possível inferir, já nesse primeiro momento, que o paradigma do estrutural-funcionalista, hegemônico no campo da gestão da Saúde, toma forma. Pois acordada a missão, definidos os valores e os papéis, as organizações e estabelecimentos de Saúde cumpriram seus objetivos de forma harmônica (CECILIO, 2007; GAULEJAC, 2015).

Esses comitês, pelo menos num primeiro momento, tinham também o encargo de “selecionar” e “indicar” os trabalhadores do seu município para realizar o Curso de Especialização. Pressupunha-se assim que funcionariam nos territórios como linha de transmissão direta das pactuações realizadas anteriormente.



Tal premissa está em consonância com o conjunto atual de conhecimentos de gestão em Saúde. A base discursiva das disciplinas vinculadas a esse campo revela um alto grau de intencionalidades que visa, ao fim e ao cabo, prever, controlar, avaliar, monitorar e corrigir disfuncionalidades da organização, no caso em análise: o projeto Cuida APS. Para tanto, estão dados os instrumentos de gestão, que por si só, se bem aplicados, conseguiriam atingir os objetivos da organização. A base discursiva expressa uma série de disciplinas científicas do campo da administração e não está desvinculada do atual regime de governamentalidade da sociedade, onde há uma naturalização dos processos de gestão da própria vida.

O “governo” do projeto expressava, inicialmente, nos instrumentos de planejamento, nos indicadores de desempenho, nas metas a serem cumpridas, entre outros aspectos, o conteúdo do processo de governança nos territórios. Desta forma, não é estranho que no Projeto original do Cuida APS o tema da governança apareça até de forma tímida. Ele está lá, no final do capítulo que apresenta a proposta pedagógica prática do curso, momento em que é sugerida a criação de um Comitê Local do Cuida APS em cada território. Curiosamente, este termo aparece apenas duas vezes ao longo do texto principal que compõe o documento oficial do Projeto. Nessas duas breves aparições, é definido como “responsável por apoiar a sustentação da especialização em cada polo educacional” (HAOC, 2023, p. 12) e como a instância que a Gestora de Campo deverá se reportar para ajustar as atividades a serem realizadas no território, a fim de “customizar o cronograma, conforme as necessidades/possibilidades de cada polo” (HAOC, 2023, p. 18).

Contudo, é uma nota de rodapé que caracteriza com maior precisão o papel e as atribuições do Comitê Local Cuida APS:

O Comitê Local Cuida APS constitui-se como um espaço estratégico para a realização do Projeto Cuida APS nas regiões. Ele tem como principais atribuições realizar a gestão estratégica para sustentabilidade do projeto nos municípios com reuniões periódicas; garantir o desenvolvimento do projeto nos municípios; garantir agenda protegida das especializadas para as atividades decorrentes do projeto; e construir estratégias para a sustentabilidade das ações de melhoria da qualidade nos municípios ao final do projeto (HAOC, 2023, p. 24).

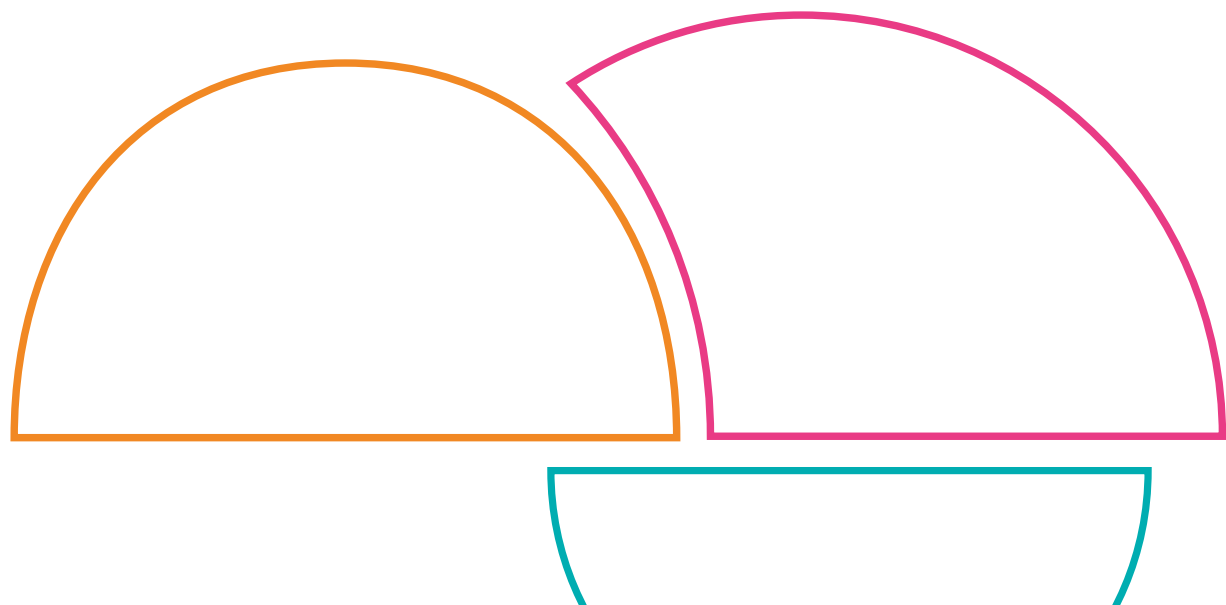
Há, portanto, uma sugestão para que fosse tanto um “espaço estratégico para as regiões” como um mecanismo para garantir e sustentar o Projeto Cuida APS em nível local (municipal). Traz, então, de certa forma, uma contraproposta aos mecanismos gerencialistas hegemônicos e traduz a cogestão como força motriz, considerando a coparticipação como direito, capaz de ensejar maior comprometimento e melhor performance no trabalho (DORICCI; GUANAES-LORENZI, 2021).



Portanto, nesta concepção dos comitês também está contida uma aposta – ambiciosa e desafiadora – para que esses mecanismos igualmente se configurem como espaços decisórios solidários e de ação política que respeitasse as subjetividades e protagonismos, e sustentassem os processos de mudança e melhoria da qualidade nos serviços. Seja funcionando como instância de diálogo com as especializadas, de modo a contribuir com a customização e adequação dos instrumentos e técnicas propostas durante as atividades práticas do curso, seja agindo de modo a cocriar condições capazes de viabilizar a implantação e manutenção das ações de melhoria da qualidade no território e na Região de Saúde.

Em suma, o que está posto para esses Comitês é que eles se comportem como mecanismos de governança locais, cabendo às Gestoras de Campo implantá-los numa articulação com os atores institucionais no âmbito dos territórios. Um comitê local, a vir-a-ser: um espaço possível de construção da cogestão.

Ao adentrar nos territórios surgem as singularidades, as distintas dinâmicas de poder. No mesmo polo há gestores municipais mais comprometidos, engajados, frequentes e entusiasmados, mas há aqueles que já não estão mais, pois a alta rotatividade dos gestores da saúde é uma realidade conhecida no SUS; e há, ainda, aqueles que nunca vieram e aqueles que dizem: “que pena que os gestores não estão aqui”. Nas diferentes avaliações surge uma conhecida realidade do SUS: mudanças políticas no território levam a mudanças na gestão. O campo problemático da gestão local do SUS, aqui analisada a partir do engajamento dos Comitês Locais Cuida APS ao projeto, se expressa constantemente e permanece, ainda ao final, quando é exposto nas instalações finais de avaliação do curso, na forma de poesia e de esquetes de cenas, pelas Gestoras de Campo. Fato que nos revela que o problema da governança do projeto nos territórios pode também ser visto como um analisador da governança da Atenção Primária.





Situação agravada pela pandemia de Covid-19, que atingiu também e de sobremaneira as ações e atividades da APS; quadro que se associou a uma baixa direcionalidade do ente federal (do MS) na condução da política de Atenção Básica à Saúde, que ficou resumida à organização do acesso por demanda espontânea e a um conjunto de indicadores ligados ao Previnir Saúde (nova forma de financiamento da APS). O próprio processo de gestão do trabalho em saúde, que nos municípios sofre influências das novas formas de relação trabalhistas, por contratos temporários e dos tetos de gastos, expresso na política de responsabilidade fiscal, foi uma realidade trazida pelas Gestoras de Campo e pelas especializadas, que impactaram a produção do cuidado no âmbito da APS. Todas essas situações associadas ao processo eleitoral para governadores e para a presidência do país, no ano de 2022, configuraram um contexto político e social complexo. Ele foi permanentemente enunciado pelas Gestoras de Campo e especializadas. Fato que pudemos ver e escutar, seja nas observações realizadas nos espaços de Educação Permanente em Saúde das Gestoras de Campo, seja nos encontros de restituições, seja nas Mostras Cuida APS com as equipes gestoras locais, ou ainda enfatizada nos seminários compartilhados com as especializadas e, também, nas narrativas produzidas pelas trabalhadoras-pesquisadoras, processadas no grupo de pesquisa.

A ida e a observação nos territórios durante a primeira Mostra do Cuida APS evidenciou, a partir das narrativas de 12 polos, o campo problemático da gestão local. Entre uma ausência-incômodo, que se revelou de distintas formas, e uma presença-engajada, a gestão do SUS local surgiu como tema. Ele era enunciado não só na apresentação dos planos de melhoria produzidos nas equipes durante a 1ª Mostra, mas sobretudo nas palavras, reações, constrangimentos e nos silêncios dos presentes, em particular das equipes de gestão. Esse campo problemático foi recorrente, na 2ª Mostra, nas falas durante o seminário compartilhado com as especializadas e nas instalações finais das Gestoras de Campo, denotando os diferentes circuitos presentes nas diferentes cidades, diferentes dinâmicas de poder e um SUS que resistia e resiste nas multiplicidades.

“ **Nas diferentes avaliações surge uma conhecida realidade do SUS: mudanças políticas no território levam a mudanças na gestão.** ”



Nesses espaços ficava evidente que a formação dos trabalhadores da APS e produtos gerados nesse processo não conversavam com os atores responsáveis pela tomada de decisão. A restituição dos achados, dispositivo metodológico utilizado pela pesquisa e pela coordenação do projeto (ALTOÉ, 2004) nesse contexto, foi uma tentativa de restabelecer esse diálogo para:

- 1 **Comprometer** os gestores com o processo de formação;
- 2 **Abrir caminho** para a implementação dos planos de melhoria construídos pelas especializadas; e
- 3 **Fortalecer** os processos de cogestão, ensino e aprendizagem, e o trabalho das Gestoras de Campo no território, de forma articulada com a gestão municipal.

O projeto Cuida APS se desenvolveu em territórios distantes e diferentes entre si. Eles não podem ser vistos apenas com um olhar, natural, externo e neutro, tal como vimos acontecer, de certa forma, pela própria gestão do projeto em seu início e que ainda acontece de forma hegemônica nas diferentes instâncias de gestão do SUS e nas próprias Políticas de Saúde. As dificuldades do funcionamento dos Comitês Locais Cuida APS, tal qual previsto inicialmente no projeto, denunciam que a externalidade e a “neutralidade”, colocadas em sua composição e, centralmente, em sua implementação, não cabiam nas multiplicidades de situações encontradas, seja no interior do sertão da Bahia e de Pernambuco, seja nos territórios de florestas e rios do Amapá.

Nem sempre presente, nem sempre ausente: os Comitês Locais Cuida APS e o desafio deste circuito de gestão local do SUS

A despeito das dificuldades e do contexto político que a avaliação do projeto identificava há, como um achado, no mergulho que realizamos nas observações e nas narrativas produzidas pelas trabalhadoras-pesquisadoras, para a avaliação deste projeto, um encantamento pelas experiências vividas e trazidas pelas trabalhadoras-especializadas nos territórios: “as equipes fazem mágicas, é mágico que com tanta ‘falta’ e ‘ferrugem’ haja tanta produção do cuidado”. O “Cuida” foi “água que permeou os diferentes chãos dos territórios”. Há um abismo entre a gestão local (“quem vai nos salvar?”) e as equipes locais. Mas há pontes possíveis.



Os encontros de restituição do projeto – as Mostras – com os Comitês Locais Cuida APS, em suas ambivalências de presença e de ausência, nos revelaram experiências de criação de mundos de cuidado no interior do Brasil. Um SUS feito de terra, de água e de céu intenso, em suas longas distâncias. Um SUS sertanejo, que como se diz, antes de tudo é um forte. Invenções diárias das trabalhadoras e trabalhadores da ponta, que se reinventam (e o curso de especialização foi mola para mais transformações e deslocamentos) e se atualizam em um *vir-a-ser* trabalhadora da Saúde em ato.

É nesta ambivalência que o projeto Cuida APS atuou, sempre numa corda bamba, pois para alguns polos sequer a certeza da liberação das trabalhadoras-especializadas estava garantida, com o também compromisso para a sustentabilidade do projeto. Nesses casos, foram as Gestoras de Campo com as especializadas que encontraram soluções não previstas sem a ajuda do Comitê Local Cuida APS.

Assim, havia um esforço das Gestoras de Campo para a montagem das mostras e dos encontros como gestoras locais. Um convite reiterado para a atividade com força para intervir no governo do sistema de Saúde local e influenciar na tomada de decisão. Nessa interação, a coordenação do Cuida APS e Gestoras de Campo forjavam espaços para dialogar com o Comitê Local Cuida APS, produzindo um movimento na relação instituída, caracterizada pela dificuldade de diálogo com os gestores dos polos com maior dificuldade de interlocução, a fim de evitar curtos-circuitos neste possível espaço de cogestão.

A restituição não se caracterizou apenas como um momento de “devolução” ou de “síntese” daquilo que se produziu até então. Dito de outra maneira, os encontros de restituição com os Comitês Locais Cuida APS eram uma tentativa de (re)composição de um Comitê que por um momento existiu, ou que nunca existiu e que, mesmo com a restituição, não viria a existir. É possível assumir que talvez tenha sido possível chamar a atenção de gestores e gerentes para a importância do seu engajamento no processo formativo; talvez aqueles atores teriam se sensibilizado e passariam a olhar com maior atenção a formação e os produtos que dela derivam.

“ As especializadas, nos seminários compartilhados, reconheciam e denominavam a existência de uma “gestão enferrujada”, entendida aqui como aquela que perdeu protagonismo, perdeu vitalidade, que está emperrada e precisa ganhar novas possibilidades.





Tais dinâmicas de poder nos municípios e entres os municípios levam a uma sensação de solidão do profissional da ponta; uma solidão do interior, do agreste, do rio São Francisco, dos imensos espaços de terra, floresta e céu das zonas rurais, nas pequenas aldeias, indígenas, inclusive. Um território complexo, uma gestão pouco presente e atenta, e um conjunto de trabalhadoras encantados com o possível e o impossível que conseguiam produzir em suas relações, na micropolítica do cotidiano do cuidado. Se transformavam, como água que invade, que nutre a terra; o Cuida APS, com sua radical engrenagem formativa pedagógica, ia se espalhando e eles e elas perguntavam, com receio, “onde estão os gestores?”. Convocavam e invocavam os gestores, “eles deveriam também fazer o curso, pois tudo é muito frágil”; nesse sentido, não recusavam a gestão e compreendiam sua função primordial na gestão sistêmica e organizacional do cuidado no sistema local (CECILIO, 2011). Ao mesmo tempo reconheciam, como uma fortaleza no projeto, o fato de ele não ser mais uma atribuição que a gestão exigia dos trabalhadores.

As especializadas, nos seminários compartilhados, reconheciam e denominavam a existência de uma “gestão enferrujada”, entendida aqui como aquela que perdeu protagonismo, perdeu vitalidade, que está emperrada e precisa ganhar novas possibilidades. Há membros dos Comitês Locais, convocados pelas urgências e “apagamentos de incêndio”, que não foram capazes de perceber os planos de melhoria como potencialmente aptos para sugerir caminhos/soluções que contribuam para qualificar o processo de gestão e impactar na rede de atenção municipal. O precário conhecimento, ou até total ignorância, por parte dos gestores e gerentes, dos planos e propostas de melhoria construídos por trabalhadoras/especializadas ao longo do processo formativo desencadeado pelo Cuida APS e, ao mesmo tempo, a ausência de espaços de diálogo entre gestores-gerentes-especializadas, sugerem haver pouca relação entre os produtos gerados pela formação e o seu desdobramento em material estratégico para a tomada de decisão da gestão e, ainda, para movimentar a equipe, os usuários e o território, com potencial para provocar mudanças e melhoria do cuidado.

“**Enferrujada, segundo as especializadas, porque os problemas identificados pelas trabalhadoras/especializadas e as estratégias propostas para intervir sobre eles e modificá-los tendem a reduzir-se ao contexto local da trabalhadora e à sua experiência imediata. Os planos de melhoria – ferramenta educacional que expressa o encontro entre a formação e a intervenção; instrumento que materializa um plano de soluções para problemas do cotidiano da APS –, tocados pela inércia dos Comitês Locais Cuida APS, perdem potência e necessitam ser reconstruídos. Deixa-se de perceber que esses instrumentos materializam um conjunto de ideias concretas que podem ser utilizadas para solucionar problemas semelhantes no território; ou que tais propostas podem ajudar gestores municipais e gerentes da APS na gestão e no planejamento da APS.**



A Governança em Saúde

Voltamos então para analisar as dinâmicas de poder dos Comitês Locais Cuida APS ao significado da palavra governança. Não é fácil esta definição, em especial no campo da Saúde. As ideias de Fontes (2018) podem ajudar a compor uma definição um tanto deformada, se comparada com o pensamento hegemônico sobre a gestão, mas suficientemente abrangente para atender ao objetivo deste capítulo.

Tendo como base as ideias de Fontes (2018), definimos governança em Saúde como a composição de um dispositivo de governo capaz de construir modelos analíticos e induzir processos de tomada de decisão. Este dispositivo necessita ser construído em redes interativas e interrelacionáveis, concatenando temas ou práticas a uma multiplicidade de atores multissituados e que estão localizados em níveis diferentes de interação. Não por acaso, esse assunto dominou grande parte do debate do encontro de Educação Permanente em Saúde em Salvador quando, após a primeira mostra das experiências nos territórios, houve uma primeira restituição do projeto para as representações dos gestores estaduais e federais. Um dos gestores representantes do COSEMS do seu Estado, por exemplo, em algum momento expressou sua percepção de “haver dificuldades de articulação e comunicação no território”.

A complexa teia entre a ausência e a presença dos Comitês Locais Cuida APS foi um analisador do tema da governança em Saúde, pois ao revelar-se sempre como um assunto truncado, sugere um paradoxo: a governança ora é desejada, ora é esquecida, por vezes “odiada” pelo gestores das diferentes esferas do SUS. Tudo isso indica que adentramos num território delicado, sensível e gerador de afetos contraditórios, estes últimos especialmente vividos pelos atores que mais deveriam se entusiasmar com o sucesso da governança: os gestores municipais.

Estava exposto o espanto. A demanda produzida pelo Projeto Cuida APS, no encontro com o território, ou seja, o governo local das demandas operacionais-administrativas geradas a partir da engrenagem pedagógico-formativa era necessário para o seu bom desempenho e para os atingimentos dos seus objetivos e resultados. Mas, sobretudo, era necessária a produção de uma capacidade estratégica-político-decisória para interferir na realidade local do sistema de Saúde, sustentando a implementação dos planos de melhorias elaborados pelas especializadas.



O Comitê Local Cuida APS, embora apareça de forma tímida no documento oficial do Projeto, é um vetor central da proposta. A promessa de “qualificar o cuidado das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis”, através da melhoria da qualidade da APS, apenas poderá ser cumprida se esses Comitês cumprirem aquilo que lhes fora atribuído. Ou seja, para cumprir os objetivos do projeto e chegar ao foco originalmente proposto, foi se mostrando central a participação ativa de um mecanismo locorregional com a função de promover a governança operacional-administrativa e a governança estratégica dos produtos e dos efeitos produzidos no encontro com a engrenagem formativo-pedagógica, e com o processo de formação das especializadas no território.

Em geral, compor mecanismos de governança mais participativos é prática estranha para os gestores e para os trabalhadores, acostumados com lógicas de gestão tradicionais, gerencialistas e centralizadas.

Observa-se que comitês fortes e bem estruturados ampliaram, potencialmente, as aprendizagens, contagiaram os processos de trabalho e as equipes, e agiram no sentido da mudança do sistema local de Saúde, de fazer gestão municipal, do modelo de atenção e do arranjo de cuidado existente na APS. Por outro lado, comitês fracos potencialmente foram entraves que podiam desmobilizar as especializadas e frustrar novas aprendizagens.

Associando a timidez que caracteriza a abordagem desses Comitês no projeto original, sua composição no Cuida APS não é um movimento óbvio ou um processo natural no território, como já dito. Em geral, compor mecanismos de governança mais participativos é prática estranha para os gestores e para os trabalhadores, acostumados com lógicas de gestão tradicionais, gerencialistas e centralizadas. Se compor um arranjo de governança, por si só, já é gerador de dificuldades, sustentar o seu funcionamento se torna um desafio.

Ora, o que essa reflexão indica, de modo bastante claro, é não ser possível ao Projeto Cuida APS, haja vista sua intencionalidade, conceber como natural ou óbvia a construção dos Comitês Locais Cuida APS e, assim, a composição da governança no território. Esquecer essa dimensão na formação, o seu caráter estratégico para os processos de ensino e aprendizagem, significa colocar em segundo plano a formação **no e em** gestão. É nesses Comitês e, a partir do desafio de instituir processos de governança, que encontramos um campo problemático potente para a indução de processos de criação de ensino e aprendizagem sobre o tema da “gestão do SUS” e os seus desafios.



Lançar mão de recursos de Educação Permanente em Saúde de modo a articular a formação das especializadas aos Comitês Locais Cuida APS e seus arranjos de governança, permite alcançar um dos objetivos do Projeto, qual seja, “intervenção junto às equipes de APS e da gestão”. Desafiar os gestores locais e as especializadas a agir também no campo da construção dos processos de governança locais pode disparar experimentações/aprendizagens interessantes no campo da gestão, além de colocar em movimento os Comitês e seus padrões de governança.

Um plano de consistência para o fortalecimento da governança local

Os achados e os relatos indicam que o Projeto Cuida APS possui, em sua natureza, uma relação de dependência direta com o envolvimento e a interação dos gestores municipais de Saúde (secretários, coordenadores, gerentes da Atenção Primária etc.), com participação ativa e responsável durante as etapas de planejamento, articulação, acompanhamento, avaliação e, especialmente, nos momentos em que as Gestoras de Campo estão no território, realizando as atividades pedagógicas do curso de especialização com seu grupo.

É importante salientar que não se trata de exigir que o gestor municipal esteja presente e/ou participe integralmente de todos os momentos formativos propostos pelas Gestoras de Campo. Contudo, abordar o problema da relação dos gestores municipais com o Projeto Cuida APS se justifica, como afirma uma Gestora de Campo, exemplificando como o envolvimento do gestor municipal influencia os processos de aprendizagem: “A dimensão política impacta na decisão das especializadas, na escolha dos problemas e na proposição de soluções no plano de melhorias”.

Com esta sujeição reconhecida, nos deparamos com as fragilidades no engajamento de alguns gestores municipais de Saúde na composição de um plano de consistência para que os processos de Educação Permanente em Saúde se efetuem. Há que se suportar e manejar, com a “presteza de gestor” e com “força política”, os efeitos que a aplicação desse dispositivo produz: a cocriação/proposição de novas e boas ideias, as críticas e as provocações, os incômodos que estão relacionados à organização e/ou aos processos de trabalho, a crítica ao modelo de atenção proposto no território, entre outros. Sair dos encontros de restituição, nas Mostras dos planos de melhoria, como vimos acontecer, silenciar ou mesmo se ausentar gera impactos sobre os processos de intervenção construídos **com** e **pelos** equipes da APS.

A decisão por parte dos gestores pelo tipo e qualidade do envolvimento no Projeto Cuida APS tem impacto no processo de aprendizagem das trabalhadoras, encorajando-as ou desencorajando-as a identificar, analisar e escolher problemas, e pensarem em propostas de melhoria mais potentes ou mais simplificadas, que realmente provoquem mudança do território.



“ É necessário que o gestor municipal compreenda que as críticas, provocações ou incômodos gerados durante o processo formativo são, grande parte das vezes, oportunidades de melhoria. São derivações de um processo educacional organizado para intervir “por dentro e a partir de dentro” nas equipes de APS, que ativam aprendizagens que mobilizam os trabalhadores. Processo que, ao mesmo tempo, fortalece a trabalhadora e o trabalhador da APS como protagonista do cuidado, movimentando formas de trabalho rígidas e cristalizadas, e provoca mudança de postura/atitudes nas trabalhadoras.

E tão mais importante ainda é perceber, de forma inteligente, que pode contar com as equipes na implantação de muitos processos de mudança, especialmente naquilo que lhes compete. Contudo, não se fazem mudanças sem o apoio e o olhar atento do gestor municipal. Processos formativos que não são sustentados por esse plano de consistência tendem a gerar frustração nas equipes e afetos negativos com relação ao trabalho.

O que o Projeto Cuida APS demandava dos gestores municipais (a contrapartida) para que a proposta pudesse se afirmar com toda sua potência e contribuir para a melhoria da APS no território foi a composição e a sustentação desse plano durante o período do curso de especialização. Esse recurso é fundamental, por exemplo, para apoiar a ação das Gestoras de Campo no território. Ele é essencial também para potencializar nas equipes de APS os conteúdos e ferramentas aprendidas durante o curso, mobilizando, envolvendo e contagiando outras trabalhadoras da mesma equipe. Por fim, é um importante estímulo à implementação de propostas de melhorias construídas pelas especializadas nos processos de trabalhos das equipes da APS ou nos serviços, qualificando o cuidado prestado às mulheres e homens que procuram o SUS diariamente, em diversos momentos de suas vidas.

Tensionar os gestores municipais para a composição desse plano de consistência, ao que tudo indica, é um importante e necessário movimento para fortalecer o Projeto Cuida APS e a cogestão no âmbito do SUS. Ademais, esse plano é fundamental na composição da rede de governança local, sustentando o projeto e suas atividades no território.





Esses Comitês, pelo menos num primeiro momento, tinham também o encargo de “selecionar” e “indicar” trabalhadores do seu município para realizar o curso de especialização. Como observamos em alguns territórios, esses Comitês se potencializaram, funcionando como mecanismo de apoio e suporte para os processos educativos e até como mecanismo de governança local. Embora poucos Comitês tenham se transformado em mecanismo de governança local, nos municípios onde esses dispositivos foram ativos, as Gestoras de Campo relataram haver maior envolvimento dos gestores municipais e/ou gerentes com o Projeto. Os gestores locais percebem também que, nesses territórios, há melhor manejo das críticas e novas e boas ideias geradas durante o processo formativo são integradas ao processo de trabalho como solução para alguns dos problemas identificados, conforme um exemplo trazido por uma Gestora de Campo: “No município X, a Secretaria da Saúde construiu uma imagem do Comitê como um observatório da Atenção Primária e um espaço pedagógico; ela criou um verdadeiro laboratório de gestão da APS”.

Nos territórios/municípios onde esses Comitês foram esquecidos ou desconstruídos, a “especializanda é a porta-voz do processo, agindo de forma solitária”, como afirma uma Gestora de Campo. Outras Gestoras de Campo concordam com a fala de uma colega: “o Comitê Local não aparece como uma aposta dos gestores municipais, pois nos sentimos muito distantes deles. Tenho a impressão de que o comitê é composto por pessoas sem legitimidade para a tomada de decisão nos municípios do polo, em que eu sou gestora”.

“**Tensionar os gestores municipais para a composição desse plano de consistência, ao que tudo indica, é um importante e necessário movimento para fortalecer o Projeto Cuida APS e a cogestão no âmbito do SUS.**”

Podemos concluir que originalmente um dispositivo de governança local foi “plantado” em cada um dos territórios, os Comitês Locais Cuida APS. Inicialmente, esses dispositivos foram instituídos para “selecionar” e “indicar” os profissionais da APS que fariam o percurso formativo especializado proposto pelo Cuida APS. Contudo, ao término do primeiro ano: 1) alguns poucos Comitês se potencializaram, constituindo-se como mecanismos de governança locais estratégicos para dar consistência aos processos formativos, contribuindo para fortalecer o Cuida APS no município e processos de gestão participativas locais; e, 2) a maioria não vingou e/ou foi despovoado pela própria gestão municipal, gerando uma distância entre o Comitê, especializandas e gestor municipal da Saúde, dificultando os processos formativos e, por consequência, diminuindo a potência do Cuida APS para provocar mudança nos processos de trabalho das equipes da APS e qualificar o cuidado nesse nível de atenção.



Encerramos esse capítulo colocando algumas perguntas e levantando duas hipóteses, para ao fim fazer uma afirmação conclusiva. Se havia um objetivo e um papel com duração no tempo atribuídos para esses Comitês, quais mecanismos formais (e informais) vinham induzindo sua permanência na existência por parte da coordenação do projeto (quais os mecanismos utilizados para que esses organismos se mantivessem vivos)?

A partir dessas questões surgem duas hipóteses. A primeira supõe que, na proposta original do Projeto, instituir Comitês para, a partir deles, compor um mecanismo de governança local para potencializar os processos formativos, tinha como base o campo racional e a perspectiva teórico-conceitual hegemônica, utilizada para pensar a APS. Pode-se ainda formular uma segunda hipótese: apesar de existir na proposta original uma aposta e um objetivo para os Comitês, o barulho produzido com o movimento de “crise-ruptura-mudança”, a partir da análise não apenas dos espaços “de governo”, de poder, mas das dinâmicas de poderes, fez surgir uma nova finalidade para que Comitês se movessem da posição de suporte administrativo local, para se tornarem mecanismos de governança local e de suporte para os processos formativos.

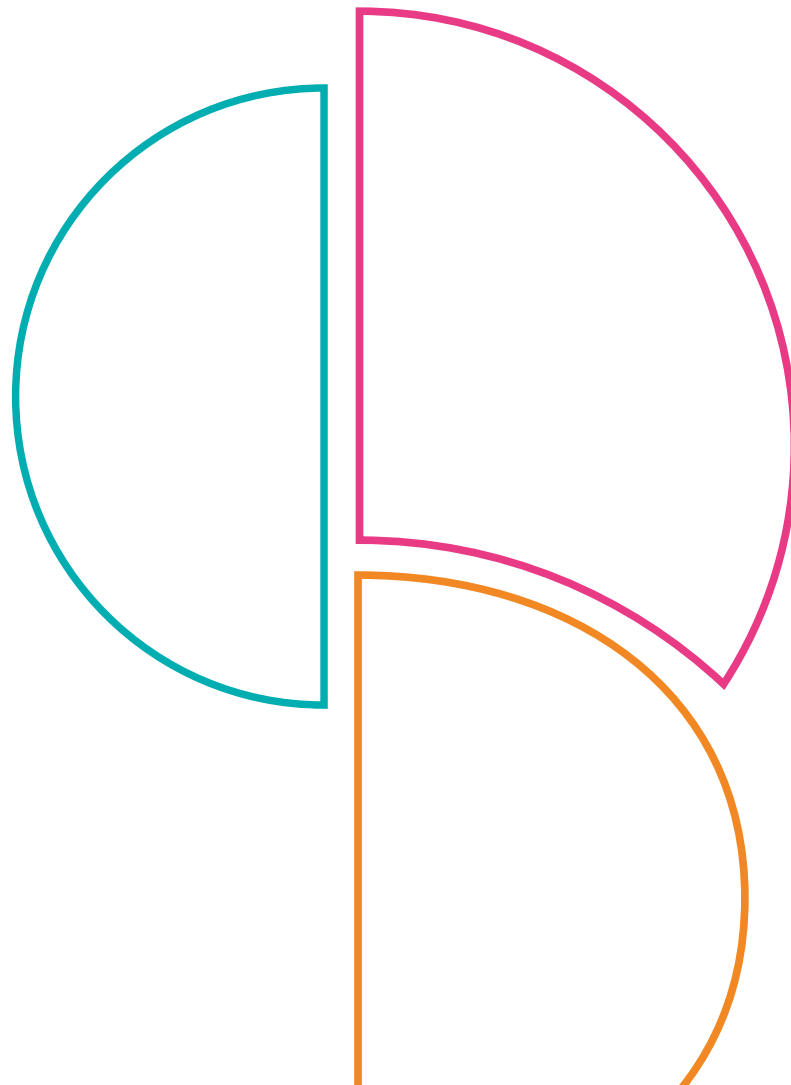
Entretanto, sejam as duas hipóteses, ou qualquer uma delas, verdadeiras ou falsas, o importante é compreender que a torção produzida no Projeto Cuida APS, essa “virada de chave”, trouxe consigo uma necessidade de vital importância: fazer com que os Comitês Locais Cuida APS funcionassem como mecanismos de governança, não na lógica instrumental dada pela hegemônica visão do estrutural-funcionalismo. Ao longo deste capítulo sugerimos algumas pistas para ajudar nesse processo: compor esses Comitês a partir de um plano de consistência e de um processo de governança diferente, que tenha em perspectiva as dinâmicas de poder local e os territórios-multidão. Enfim, que seja capaz de suportar os processos formativos e as afecções e afetos que dele derivam, ou seja, manejar as possíveis crises que emergem no movimento do aprender; e, não menos importante, contribuir ativamente e politicamente para que produtos e/ou propostas criativas e inovadoras possam ser integradas aos processos de trabalho das equipes, qualificando os serviços de APS e a Rede de Atenção municipal.

Contudo, apostar no Comitê Local Cuida APS enquanto um dispositivo de governança a agir sobre a formação e multiplicar processos de mudança na produção do cuidado e no arranjo da APS demanda um movimento diferente. Fazer reverberar as inquietações e os produtos educacionais gerados pelas trabalhadoras/especializadas durante a formação, seja no plano da gestão e do planejamento da APS, seja com vista a sustentar/suportar processos de mudança, implica que o Cuida APS compreenda os Comitês como dimensão do processo de formação.



Compreender os Comitês Locais de forma natural e dissociada do processo de formação foi um limite do Cuida APS. Natural no sentido daquilo que é espontâneo e que, por essa razão, não exige atenção, pois já está dado de antemão; como prática corriqueira no território, intrínseca à gestão. Ao naturalizar o Comitê, o problema da gestão e do governo da APS no território é dissociado da formação.

Dissociar-se da formação significa não fazer parte do processo de aprendizagem. O sintoma mais evidente dessa relação é a dificuldade de implementar os planos de melhoria. O Comitê Local Cuida APS, naturalizado, não compõe a engrenagem formativo-pedagógica do Cuida APS, a não ser pontualmente (auxiliando na burocracia ou como depósito de restituição). Tanto o Comitê quanto seus personagens não participam da formação, sendo essa evidência um limite a ser superado no processo de formação baseado no modelo da EPS. Ao fim é preciso potencializar o encontro do Comitê Local Cuida APS como um espaço de formação e Educação Permanente em Saúde, encontrar estratégias para interlocução entre as trabalhadoras e gestoras municipais, de modo que os planos de melhoria sejam acolhidos como um projeto de Saúde do município. Sendo assim, pensar um Cuida APS que também envolva a formação para gestão é pensar estratégias e ferramentas para viabilidade da tão esperada contrapartida por parte da gestão municipal.





10 As potências do cuida APS

Cristian Fabiano Guimarães, Rosemarie Andrezza

“(...) como cada um de nós era vários, já era muita gente”

(Gilles Deleuze e Félix Guattari)

Iniciar este capítulo que se propõe a apresentar as potências do Projeto Cuida APS requer um exercício de síntese, nem sempre simples de se fazer. De um lado, os capítulos da primeira parte abordam de forma crítica, cada um com um recorte específico, um saber original construído pelas gestoras-autoras, a partir dos seus diferentes encontros com o trabalho, seus problemas, desafios e afetos mobilizados; uma autoria compartilhada, diretamente implicada com o tema do cotidiano da gestão e concepção do trabalho. Por outro, na segunda parte do livro são apresentados os primeiros resultados da pesquisa que, embora parciais, já sugerem algumas pistas para pensar os efeitos e as potências do Cuida APS. Dessa maneira, temos em mãos não apenas uma coletânea de textos que indagam o Projeto nas suas “n” dimensões e pontos de vista, mas também uma multiplicidade de perspectivas a compor e disputar os planos de visibilidades, a partir do plano de corte das potências.

O trecho escrito por uma das Gestoras de Campo-pesquisadora, em alguma medida, nos fala da “alma do livro”, dos afetos e sentimentos que acompanharam o projeto na sua potente engrenagem formativa-pedagógica, realizado no sertão da Bahia e Pernambuco, e na imensidão de águas e florestas do Amapá.

Durante a jornada do Cuida APS, dentre tantos, um sentimento transitou por todas essas pessoas em diferentes posições. Na grande maioria mulheres, em algum momento, a solidão foi companheira de todas e de cada uma. Durante o percurso das longas viagens, diante de um novo modo de aprendizagem, diante do desafio da tomada de decisão sobre qual problema de gestão (do território, do serviço, do cuidado) priorizar e qual abandonar. A solidão de não saber o que fazer, como fazer e por que ainda continuar fazendo esse trabalho que nos demanda tanto. Somos trabalhadoras e, estando no SUS, nossas decisões interferem na vida de outras pessoas, sobre suas vidas e modos de viver e morrer [...]. Diante da solidão de cada uma, os encontros do Cuida APS também foram espaços de cura e afeto, de compartilhamento de medos, de “não saberes” e de desenvolvimento da sororidade entre as mulheres trabalhadoras do SUS.



Para Deleuze e Guattari (2009, p. 18), “o ideal de um livro [clássico] seria expor toda coisa sobre um tal plano de exterioridade, sobre uma única página, sobre uma mesma paragem: acontecimentos vividos, determinações históricas, conceitos pensados, indivíduos e formações sociais”. Não é o caso deste livro, pois ele não buscou revelar um sujeito, uma interioridade de um projeto, “uma substância”. Ele foi constituído, e não poderia ser diferente, pelo que foi o Cuida APS, por suas multiplicidades, pois como dizem os mesmos autores, “um livro não tem objeto nem sujeito; é feito de matérias diferentemente formadas, de datas e velocidades muito diferentes” (DELEUZE; GUATTARI, 2009, p. 11). Trata-se de um livro vivo no sentido de que a pergunta que o guia “não é o que ele quer dizer”, mas como ele funciona em conexão com o que ele faz ou não passar, em que outras multiplicidades ele se introduz e se modifica.

“**Desta forma, falar das potências do Cuida APS significa começar a desenhar o mapa dos seus resultados. Mapa aqui entendido não como um decalque da realidade, mas um mapa aberto voltado para uma experimentação, que foi o Projeto Cuida APS.**”

Desta forma, falar das potências do Cuida APS significa começar a desenhar o mapa dos seus resultados. Mapa aqui entendido não como um decalque da realidade, mas um mapa aberto voltado para uma experimentação, que foi o Projeto Cuida APS. Ele é conectável, desmontável, reversível e suscetível de receber modificações constantemente (DELEUZE; GUATTARI, 2009). O mapa, portanto, terá como base inicial o conhecimento produzido na pesquisa, resultado da aplicação do método da avaliação cartográfica e do plano de análise antropofágica.

Como detalhado no capítulo sobre a “avaliação cartográfica”, os achados são fruto do próprio grupo de pesquisa *locus*, de processamento dos achados produzidos durante todo o processo do Cuida APS, composto pelas Gestoras de Campo, pela coordenação do projeto e por nós – coordenadores da pesquisa. O material empírico foi produzido a partir de diferentes técnicas: restituições do projeto, no formato de reuniões ou mostras dos planos de melhoria elaborados pelas especializadas junto às suas equipes na APS; realização de seminários compartilhados com as especializadas; e de um intenso processo de observação participante de todos os espaços do projeto (incluindo os encontros de Educação Permanente em Saúde com as Gestoras de Campo, dos grupos matriciais e reuniões de coordenação), com a elaboração de diários de campo e narrativas. Estávamos todos e todas mergulhadas no processo de pesquisar e ser pesquisado. Os mecanismos do grupo de pesquisa e de leitura das narrativas produzidas pelas trabalhadoras-pesquisadoras eram lidos em duplas, sempre diferente dos autores delas, o que deu “línguas” aos relatos narrados e aumentou a polifonia e a transversalidade. Resumidamente, esta foi a maquinaria da pesquisa, que atuou “no meio e pelo meio” do projeto.



Neste capítulo buscaremos mapear as linhas transversais que compõem o Cuida APS. Ao mapearmos as linhas de transversalidades que o disputam e nele se expressam, será possível evidenciar as transversalidades desse projeto e as suas potências.

Linha 1: A gestão intuitiva

A primeira linha de transversalidade que foi identificada no Cuida APS diz respeito à gestão e à governança do próprio Projeto. Nele, o exercício do governo, apesar de se organizar de forma hierarquizada, é uma prática quase invisível, pois este foi um projeto cuja execução e resultados dependiam da composição de um plano com alianças e intersecções com diferentes atores e planos distintos de acordos e pactuações.

As características do Cuida APS – uma formação-intervenção no interior do Brasil – exigem uma constante atenção ao conhecimento que se acumula no seu desenrolar enquanto experiência. Ao longo do tempo, o projeto afetou e foi afetado, se modificando. A experiência foi entendida como superfície de experimentação de novas aprendizagens, de produção e acúmulo de conhecimentos originais.

Inicialmente, porém, de maneira informal e pouco estruturada, isto é, com saberes que ainda não foram processados racionalmente e sistematizados.

Combinar de diferentes formas essas aprendizagens e conhecimentos que vão se acumulando com o desenrolar do projeto enquanto experiência, estabelecer relações entre eles, montar arranjos possíveis e desmontá-los tantas vezes quanto necessário foi um exercício útil para movimentar o pensamento, aprofundar o seu conhecimento e aguçar a sua percepção.

O Cuida APS é um tipo de projeto que se movimenta e produz resultados num agenciamento, que como máquina:





1. Implica na montagem de uma engrenagem que se movimenta em duas direções, que não estão dissociadas uma da outra:
 - a. Instituinto uma rotina burocrática e administrativa; e
 - b. Operacionalizando uma segunda engrenagem, a pedagógico-formativa;
2. Envolve uma multiplicidade de sujeitos segmentados, agrupados por função que se distribuem e interagem de forma hierarquizada;
3. Depende de um importante combustível para colocar a engrenagem em movimento, qual seja, os saberes e as experiências acumuladas das suas trabalhadoras-Gestoras de Campo, fundamental para cumprir os seus objetivos e atingir os resultados almejados;
4. Conecta uma rede de gestores públicos com interesses difusos e com distintas dinâmicas de poder e de autonomia de governo;
5. Acontece em diálogo com a estratégia de negócio de um hospital privado de referência, que deixa de recolher impostos para executar projetos para qualificar o SUS; e
6. Precisa suportar as crises e permitir a passagem de forças móveis e maleáveis, sustentando rupturas que podem, inclusive, trazer para o projeto uma nova rota ou direção, produzindo efeito nos diferentes grupos que compõem o projeto, nos processos de trabalho, nas diferentes dimensões que fazem parte da sua estrutura e na forma de ver os resultados.

A gestão do projeto atuou para além das atividades burocráticas relacionadas à administração das trabalhadoras-Gestoras de Campo, pois associou ao monitoramento e controles exigidos para o cumprimento dos produtos e metas relacionados ao Cuida APS a experiência de fazer a gestão das multiplicidades que adivinham os territórios, a partir de uma engrenagem-formativa que implicava um conjunto de trabalhadoras-especializadas que atuavam na “ponta”. Especializadas que, por sua vez, tinham que, ao aprender, formular planos de melhoria para suas equipes, nos diferentes estabelecimentos de Saúde responsáveis pela APS, que não tinham, necessariamente, o pretendido envolvimento dos comitês gestores locais.

Foi, nesse sentido, uma gestão intuitiva, porosa e aberta às demandas e às reflexões críticas produzidas nos encontros de Educação Permanente em Saúde das trabalhadoras-Gestoras de Campo. Produziu-se uma dobra analítica, em ato, do próprio projeto, e experimentou-se também um processo de EPS. Foi potência ao acolher, ainda, os sentimentos de solidão e os receios “do que fazer” e do “como fazer” das Gestoras de Campo, modificando o projeto pelo meio e no meio.



Linha 2: Antropofagia do método nas singularidades do território

São os territórios físicos-geográficos, mas sobretudo são os territórios existenciais e sociais que irão possibilitar movimentos por dentro do projeto. As singularidades trazidas pelas Gestoras de Campo, em conexão com suas turmas de especializadas nos diferentes polos educacionais, alimentaram o projeto de um SUS real, em permanente produção. Um primeiro espanto: estávamos em um projeto a *vir-a-ser*, diante dos múltiplos territórios, em suas singularidades, que chegavam pelas línguas e afetos das Gestoras de Campo.

Singularidades das trabalhadoras-especializadas, dos territórios, de uma APS em (des) construção após um período pandêmico, de um modelo de Estado neoliberal que contradiz, em boa medida, os próprios preceitos constitucionais do SUS. Como garantir a integralidade, e com isto qualificar o cuidado das pessoas com condições crônicas de saúde, sem uma efetiva e radical implementação dos princípios da universalidade e da equidade?



A REALIDADE QUE ADVINHA DOS SINGULARES TERRITÓRIOS TINHAM EM COMUM:

A alta rotatividade de profissionais na APS, em particular a ausência de médicos;

A retomada das ações da APS após a pandemia de Covid-19;

A contratação de profissionais recém-formados, com pouca experiência no SUS, na APS;

Os contratos de trabalho temporários, com recontrações nem sempre garantidas;

Uma gestão municipal nem sempre presente ou efetivamente envolvida com o projeto;

Um financiamento do SUS sempre aquém das necessidades locais, regionais e nacionais; e

Um novo formato de financiamento da APS, via Previde Brasil, com sua lógica produtivista na linha de cumprir metas para chegar aos indicadores de “qualidade” e, portanto, garantir o repasse de recurso financeiro para o município.

Num momento político de incertezas, dado o negacionismo não só científico, mas de tudo que havia sido acumulado, de destruição das conquistas constitucionais de direito, entre elas do direito à saúde, como combinar tais singularidades com um único método de intervenção, o método da melhoria contínua da qualidade (MCQ), conhecido como Projeto Ativa APS?



Foi nesse campo de forças, associado a outras características dos territórios, que o projeto aconteceu. Ele se efetivou nas singulares territorialidades produzidas nos encontros das trabalhadoras Gestoras de Campo com as trabalhadoras especializadas. Para Guattari e Rolnik (2007, p. 388), “o território é sinônimo de apropriação, de subjetivação [...]. Ele é o conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais e culturais, estéticos e cognitivos”.

A potência do projeto ocorreu nas singularidades das territorialidades produzidas na micropolítica dos encontros de formação-intervenção com as especializadas e delas com sua equipe.

Os planos de melhoria produzidos, resultado de uma antropofagia do próprio método de melhoria contínua da qualidade, se transformaram em dispositivos potentes de mudanças no cuidado. Foram recuperadas práticas mais coletivas de conversação (as reuniões de equipe), aplicados instrumentos para o mapeamento de fatores de risco para hipertensão e diabetes no território, ampliadas e qualificadas as visitas domiciliares, expandidos os muros da Unidade Básica, com as equipes indo ao encontro dos usuários nos pequenos povoados, distantes da sede do município, e a invenção de novos arranjos de cuidado.

O Ativa APS abriu-se às singularidades dos territórios nos espaços micropolíticos onde o cuidado acontece. Essa é a potência do Ativa APS enquanto método de trabalho nos processos de Educação Permanente em Saúde para trabalhadores do SUS.

O projeto acontecia no SUS, que é real em sua constante transformação. Está lá no interior do Brasil, na inegável capilaridade do APS. Um SUS que resiste na força de seus e de suas trabalhadoras. O processo de Educação Permanente em Saúde, um eixo fundamental do projeto, se modificou e ganhou potência ao reconhecer as singularidades dos territórios. **A produção de novas territorialidades e de novos agenciamentos de governança da engrenagem formativa-pedagógica ganha expressão.**

“ O encontro com as singularidades do território mostrou como a APS interiorizada é “mágica” em encontrar saídas, mesmo diante de realidades tão adversas, que deveriam contar com maior atenção e apoio dos governos. Foram essas singularidades que agenciaram o método de formação, e não o contrário.



Linha 3: A gestão enferrujada: quem quer melhoria?

A experiência do Cuida APS mostrou que processos de formação no modelo da EPS não podem prescindir de uma estratégia focada e fortemente integrada com os gerentes das Unidades de Saúde e com os gestores municipais e suas respectivas equipes. Ser processo de EPS é incluir a gestão de forma indissociável aos processos pedagógicos-formativos e analíticos, próprios dessa estratégia que é, sobretudo, também de gestão. Sem sua presença e compromisso, os movimentos de aprendizagem-intervenção próprios da EPS não encontraram ressonância para sua necessária expansão, capazes de levar as transformações necessárias para a produção do cuidado com mais qualidade (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

As trabalhadoras-especializadas enunciavam esta compreensão a partir da própria experimentação que vivenciavam e sentiam. Iam além, pois tinham a clara percepção de que o Projeto Cuida APS não era um curso comum, não era “mais um” treinamento exigido pela gestão. Assim, reforçavam uma visão que não se tratava apenas de a gestão apoiá-las para fazer o curso, ao garantir as condições de transporte e de liberação do trabalho; a gestão tinha que pertencer ao projeto. Eles, os gestores locais, as coordenações locais de APS ou de Educação Permanente em Saúde, deveriam “fazer o curso” também, e esta era a expressão usada pelas especializadas, analisadora do afastamento da gestão local ao projeto.

Os entraves para a constituição dos comitês gestores locais, para a produção de uma cogestão do projeto nos polos educacionais, também foi analisador das fragilidades, resistências e, até, da pouca qualificação dos responsáveis pela condução do SUS em cada um dos municípios. Esta realidade se impôs ao projeto, pela voz das especializadas e pela voz das Gestoras de Campo. Fato que gerou movimento no projeto, pois ao longo da sua execução foram criadas estratégias para envolver os gestores locais, conforme abordado no capítulo “Os desafios da cogestão dos processos de Educação Permanente”.

“ Iam além, pois tinham a clara percepção de que o Projeto Cuida APS não era um curso comum, não era “mais um” treinamento exigido pela gestão.

“Gestão enferrujada” foi o termo usado no seminário compartilhado pelas especializadas. Isto nos intrigou: enferrujada em que sentido? Na lógica de alguns gestores municipais era preciso melhorar os indicadores de cuidado das pessoas vivendo com condições crônicas, pois assim o município conseguiria um maior aporte financeiro. Uma visão instrumental, onde a preocupação recai, apenas e tão somente, na melhoria da qualidade dos indicadores, que mecanicamente repercutiriam na melhoria da qualidade do cuidado.



Tal perspectiva está ancorada na linha hegemônica da gestão de Saúde, linha que tem no gerencialismo, ou no estrutural-funcionalismo, sua base epistemológica e metodológica. Cumprir as metas e aumentar a produção de consultas seria uma “quantofrenia”, como denominado por Gaulejac (2015). Nessa perspectiva, os(as) trabalhadores(as) seriam peças de uma engrenagem de produção contínua, e se eles e elas não derem conta, substituíamos as peças. Ou seja, uma gestão que produz um apagamento da complexidade inerente aos processos de cuidado para dar conta das necessidades de saúde dos usuários. Necessidades que não se traduzem apenas no aumento das consultas e dos cadastros das pessoas (no caso hipertensos e/ou diabéticos), mas como aponta Cecilio (2009), para atendê-las é preciso garantir a melhoria das condições de vida, possibilitar acesso a todas as tecnologias demandadas para o cuidado, produzir vínculo com o profissional e/ou equipe, e atuar no sentido de aumentar a autonomia dos usuários para o andar da vida (CECILIO; LACAZ, 2012).

Os planos de melhoria foram produzidos, com ou sem a gestão, e o movimento instituinte das especializadas produziu novos agenciamentos para a produção do cuidado, amplificando os processos analíticos relacionados ao território, às singulares necessidades dos usuários e aos processos de trabalho em e nas equipes.

Deixaram a ferrugem, que expressa uma impotência da gestão, uma imobilidade confortável onde a cobrança de metas e de produtividade basta para a produção do cuidado. Elas limparam pontos onde a ferrugem parecia crescer e impingir aos seus cotidianos, em seus corações, um ressentimento constante, que corrói como ferrugem, e protagonizaram na micropolítica de suas relações transformações no cuidado que produziam. Saíram de uma posição de “camelo” – que carrega a carga, se ressentido e se frustra – para uma posição de “leão”, ao se abrirem para novas experimentações, novos protagonismos e novos encontros com os usuários e com os territórios, produzindo novas territorialidades para a produção do cuidado.

Contudo, os planos de melhoria produzidos tiveram maior ou menor potência de qualificação do cuidado, pois em alguns polos a dimensão organizacional e sistêmica do cuidado continuou presa (enferrujada), trincada, pouco aberta para uma melhoria para além das metas e dos indicadores (CECILIO, 2009). Situação analisadora do próprio cenário político-social brasileiro, que desde o golpe de 2016 assume, com maior radicalidade, a construção de um estado ultraneoliberal, que diminuiu direitos não só trabalhistas, mas que destruiu políticas de inclusão e de diminuição das desigualdades, com efeitos deletérios na Saúde e na Educação.



Ao trabalhar com a APS, em sua ampla rede, capilarizada no interior do Brasil, o projeto evidenciou quão difícil é manter o SUS em seus princípios de universalidade, de integralidade e de equidade quando a opção é por um Estado menos cuidador de sua população. Opção que exclui algumas existências e privilegia outras. Foi esse o cenário encontrado: um agenciamento de misérias com uma resistência teimosa das suas trabalhadoras. Uma força que não se deixa capturar pela ferrugem, pela solidão, pela impossibilidade e cria mundos, múltiplas saídas para a produção do cuidado.

Linha 4: As “apertadoras de mente”

A potência da Gestora de Campo é a terceira linha transversal do Cuida APS. Nessa linha, fica evidente o lugar estratégico das trabalhadoras “entre-meio” nos processos de Educação Permanente em Saúde. Elas são “apertadoras de mente” conforme as definem as especializadas/especializadas. A “apertadora de mente” é um estilo-educadora potente para os processos de Educação Permanente em Saúde na APS. A Gestora de Campo é um dispositivo de intervenção a agir “entre” o trabalho cotidiano e o processo de formação em serviço dos trabalhadores da APS.

Três aspectos chamaram a atenção com relação a esse dispositivo “entre-meio”: a Gestora de Campo é 1) efeito de um agenciamento que pode movimentar linhas móveis ou duras nos processos de EPS; 2) um analisador estratégico para o projeto; e 3) uma trabalhadora desejante e um “objeto” de investimento para movimentar a engrenagem do Cuida APS.

Enquanto efeito de agenciamento, a Gestora de Campo pode ser capturada em uma forma rígida, situação que faz com que o seu trabalho no cotidiano da formação seja pouco permeável aos problemas e singularidades do território. A experiência do Cuida APS evidenciou que a Gestora de Campo, capturada pela dureza da engrenagem formativo-pedagógica, torna-se impotente para expressar o que há de maior potência nessa trabalhadora “entre-meio”: mover-se e agir nas singularidades dos diferentes encontros, compondo o processo formativo como experimentação e invenção de sujeitos e mundos (de si mesma, das especializadas e dos serviços de Saúde no território).

A introdução desse dispositivo no cotidiano do projeto contribuiu para deslocar posições hierarquizadas e misturar as diferentes vistas do ponto e pontos de vista das pessoas que fizeram parte do projeto.



A segunda potência das Gestoras de Campo foi percebida com a implantação do grupo de pesquisa. A introdução desse dispositivo no cotidiano do projeto contribuiu para deslocar posições hierarquizadas e misturar as diferentes vistas do ponto e pontos de vista das pessoas que fizeram parte do projeto. Ao experimentar uma relação de maior horizontalidade, essas participantes contribuíram para produzir conhecimento transversal sobre o Cuida APS. Os Grupos de Reflexão da Prática e os Grupos de Apoio Territorial – dispositivos que, além da pesquisa, compuseram a engrenagem do Cuida APS – também contribuíram com esse processo, porém com foco na preparação da Gestora de Campo para a realização do processo formativo no território.

Contudo, o entre-lugar privilegiado da Gestora de Campo foi analisador estratégico para produzir a avaliação cartográfica do Cuida APS. Portanto, a potência dessa trabalhadora “entre-meio” reside no fato de que ela própria é o efeito do agenciamento produzido como resultado da intersecção de todos os pontos que compõem a máquina Cuida APS e que fazem funcionar a sua engrenagem. Sua posição estratégica (entre-meio) a torna um sujeito de conhecimento central para dar visibilidade às transversalidades do projeto e às suas potências. A Gestora de Campo é uma força potencial geradora de curto-circuito e produção de crise a movimentar o instituído, tanto com relação à proposta pedagógica propriamente dita, quanto nas práticas das equipes e dos serviços da APS.

Essa potência de produção de crise torna a Gestora de Campo tanto um “objeto” de desejo quanto de investimento, sendo essa a terceira característica importante dessa trabalhadora “entre-meio”. A potência da Gestora de Campo expressou a resistência ativa dessas trabalhadoras ao controle do seu corpo e dos seus afetos pela engrenagem formativo-pedagógica e o seu desejo de regular o pensar e o agir. Não obstante, também é preciso considerar que a prática da Gestora de Campo e o saber por ela acumulado na experiência foi importante combustível para desconstruir o projeto e movimentá-lo noutra direção. Ora, é fundamental considerar que o saber acumulado da Gestora de Campo, quando devidamente percebido pela gestão intuitiva, ajuda a sustentar o Projeto e contribui para pensar a sua continuidade.



Linha 5: As potências móveis e maleáveis do Cuida APS

Pelas linhas transversais anteriormente apresentadas é evidente que o projeto viveu uma crise. É, portanto, fundamental compreender o significado da expressão “crise”, tal como estamos utilizando neste estudo. Para Deleuze (2021), é sempre na crise que podemos descobrir novas linhas de experimentação que ajudam a perceber as singularidades dos objetos que nos interessam, a exemplo do Cuida APS. A avaliação cartográfica, como enunciamos e concebemos, tem especial interesse pelas crises, pois elas provocam “abalos” que são produzidos pelos movimentos sísmicos das forças que disputam a existência dos corpos e dos objetos. São esses “abalos” que abrem passagem para linhas moventes e criativas que tanto podem ser capturadas (quando há esforço em sufocar a crise e fazer retornar a “suposta normalidade” existente no momento pré-crise), quanto expressar ruptura com um modo de existência que faliu.

A crise produz curto-circuito nas forças e nas relações de forças que disputam e modulam os arranjos e os seus modos de existência, no caso em análise, o projeto Cuida APS. A crise é um momento estratégico e decisivo: gera oportunidade singular para desmontar os arranjos instituídos e agitar as forças, criando as condições de possibilidade para a invenção de arranjos inéditos.

Contudo, a experimentação aberta pela crise pode ter dois desdobramentos, ou seja, há dois destinos possíveis para essas forças “livres”: ou elas serão capturadas e, rearranjadas, repetirão de forma melhorada o arranjo que existia antes da crise; ou, em cooperação, essas forças “livres” podem disputar novos arranjos originais e singulares, utilizando estrategicamente a experiência da crise para gerar rupturas que desestabilizam o instituído.

É um momento alegre, no sentido espinozista do termo. A ruptura coloca em potência um mundo a ser povoado, em devir. O abalo sísmico que tocou o Projeto Cuida APS provocando a crise e a corajosa afirmação da ruptura (sustentada pelas gestoras do Projeto) são dois movimentos importantes que, a partir de um dado momento, trouxeram as condições de possibilidade para a composição um mapa radicalmente novo e singular. Temos aqui uma importante potência do Cuida APS: as variações de direções e de fazer derivam essas intensidades nas múltiplas dimensões que envolvem o Projeto, produzindo mudanças.



Temos aqui uma importante potência do Cuida APS: as variações de direções e de fazer derivam essas intensidades nas múltiplas dimensões que envolvem o Projeto, produzindo mudanças.



A experimentação do movimento da “crise-ruptura-mudança” é um marcador importante do Projeto Cuida APS. O processo que fora afirmado pelos gestores, que contagiou as Gestoras de Campo-trabalhadoras e que deveria provocar efeitos no plano de formação das especializandas-trabalhadoras da APS entrou em crise, pelas linhas transversais expostas anteriormente. **É possível afirmar que a experiência da crise-ruptura ampliou o envolvimento dos diferentes atores que fizeram parte do Projeto, na construção coletiva do Cuida APS.**

Ao final do primeiro ano, dada a crise, um novo projeto começou a ser inventado: aberto e em movimento, inacabado. Montar um mapa desse percurso de transformação do Cuida APS foi, e ainda é, o trabalho da investigação cartográfica, assim como avaliar as linhas ou os vetores de forças que diminuíram ou ampliariam o marcador transversal conquistado pelo Projeto, qual seja, **a potência de sustentar as variações de direções e de fazer derivar essas intensidades nas suas múltiplas dimensões. Seria esse o projeto ético-político da Educação Permanente no campo da Saúde? O Projeto Cuida APS haveria encontrado uma pista para pensar a formação de trabalhadores do SUS, disparar processos de mudança e promover a qualidade do cuidado na APS?**

A entrada dos pesquisadores “no meio e pelo meio” com o Cuida APS se deu no contexto singular da mudança de perspectiva do Projeto, após a passagem por um momento de “crise”. Mudou-se a estratégia metodológica e epistemológica da investigação, que se abre não para um avaliar externo, ao final, um avaliar dos produtos, mas um avaliar com os atores que fazem o projeto. A nova investigação, portanto, parte de outra concepção epistemológica e o grupo de pesquisa assume uma horizontalidade. Uma mistura, onde gestão-investigação e formação perdem seus contornos rígidos; eles estão lá, mas há uma reflexão conjunta, que nos desloca dos papéis instituídos.

Conclusão:
As potências
do Cuida APS





Novos começos? O devir Cuida APS e o Cuida APS em devir

O Cuida APS é um laboratório para pensar estratégias e processos de EPS na formação de trabalhadores na Atenção Primária.

É diferente de outras estratégias financiadas pelo Ministério da Saúde, que insistem em considerar na formação processos focados na lógica da educação continuada, mesmo que sob a denominação de “educação permanente”. Uma “eterna” repetição de práticas educacionais que não consideram as diversidades dos territórios, os processos políticos e sociais de cada contexto, as multiplicidades de ações e de agir dos trabalhadores no cotidiano, e no seu encontro com as singularidades dos usuários, tendem a não produzir significado para os trabalhadores, pouco modificando a realidade instituída. Neste sentido, as transversalidades do Cuida APS sugerem que essa engrenagem traz pistas inovadoras para modular políticas e processos de Educação Permanente em Saúde para trabalhadores da APS e do SUS.

Mesmo num contexto político e social adverso no interior do Brasil, o Cuida APS possibilitou engajar equipes da APS em processos de mudança, resgatando premissas fundamentais do processo de trabalho nesse espaço de cuidado. Se num primeiro momento as especializadas desconfiaram da proposta do curso, naquele momento percebido como “apenas mais um curso de capacitação”, ao término da formação elas assumiram maior protagonismo e autonomia no processo de produção do cuidado e no trabalho em equipe, no cuidado às pessoas em condições crônicas na APS.

O Projeto Cuida APS abre uma questão primordial: como sensibilizar os gestores públicos da Saúde, com vista a dar consistência e suporte às aprendizagens construídas durante o percurso de formação das trabalhadoras? Esta continua sendo a questão central, embora com uma abordagem diferente. Agora, tomamos esse problema não mais como uma questão local, prestando atenção no processo de governança sob o ponto de vista do gestor municipal e do seu território.

Começamos a traçar aqui um caminho que aborda a dimensão estratégica e o posicionamento do Projeto Cuida APS no campo institucional da gestão do SUS. A importância desse tópico se justifica por ter sido assunto abordado nos diferentes eventos de restituição e de avaliação do projeto.

A finalidade deste tópico é destacar possíveis caminhos e/ou linhas de ação para ampliar a governança institucional do projeto e de outros que virão.



a) Promover o projeto utilizando a estrutura de governança institucional do SUS

Este tópico sugere a montagem de uma estratégia para envolver e conectar o projeto aos gestores do SUS, fortalecendo a atuação nas instâncias formais de governança estrutural do SUS, tais como as Comissões Intergestores Regionais (CIR) e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), assim como nos Conselhos Municipais de Saúde. Promover discussões nas reuniões interfederativas pode ser estratégico para ampliar os resultados do Projeto, gerando pautas específicas com os gestores municipais, tais como problematizar os Planos de Melhorias no âmbito da CIR para ativar processos no território, discutindo-os em âmbito regional. Outra alternativa de ampliação da intervenção do Projeto no âmbito regional seria a integração com as ações do Planejamento Regional Integrado (PRI).

Um aspecto importante que poderia contribuir para fortalecer o Cuida APS é pensar em como fortalecer o Projeto que gere impacto nas Regiões de Saúde, na constituição viva das redes de cuidado. Por exemplo, sabe-se que a melhoria da APS impacta na redução da demanda de acesso para serviços especializados nos municípios de referência, que fornecem estrutura de média e alta complexidade para os municípios menores. Esse seria um eixo de análise importante para medir a força dos processos formativos produzidos pelo Cuida APS, na mudança do modelo de atenção da APS.

Por fim, outra alternativa seria articular ao Projeto as equipes de apoiadores dos COSEMS estaduais, tendo em vista potencializar as ações de forma a produzir uma sinergia institucional e operacional capaz de aumentar a força do Cuida APS e das suas intervenções.



b) Criar uma narrativa de apoio aos municípios para fortalecer o projeto no SUS

A aprendizagem acumulada pela equipe do Projeto Cuida APS demonstrou que o dispositivo Cuida APS funciona como um laboratório de experimentações capaz de contribuir de forma assertiva com a produção de uma Política de Educação Permanente em Saúde para a APS. Alguns aspectos reforçam essa constatação:

I As reflexões produzidas a partir da experiência do Cuida APS são derivadas do encontro com uma APS interiorizada, implicando no contato com uma **multiplicidade de arranjos e modelos de atenção**, e a singularidade de cada território. A experimentação gerada nesse encontro permitiu construir saberes e acumular conhecimentos sobre a educação em Saúde em cenários múltiplos e singulares, aspecto importante que ajuda a deslocar a lógica tradicional de produção de Políticas Públicas para o SUS.

II Assim, o dispositivo Cuida APS, além de concatenar uma multiplicidade de experiências, funcionou como **importante disparador de processos** formativos e experimentações no território, com maior ou menor consistência, a depender da existência ou não de um processo de governança local bem articulado.

III O processo formativo, por sua vez, vem garantindo a oferta de ferramentas para a qualificação do cuidado na APS, buscando a implicação dos gestores no próprio processo de formação, tendo como desafio **ampliar a rede de aprendizagem local**, mexendo “por dentro e a partir de dentro” dos processos de trabalho e de gestão no território, fortalecendo o cuidado na APS.

Para concluir, os resultados da pesquisa “Invenções e produções na formação e no cuidado em saúde nos territórios vividos do Cuida APS” (ANDREAZZA; GUIMARÃES, 2022) evidenciou que o Cuida APS é um dispositivo educacional potente para provocar processos de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária à Saúde. Diferentemente de outros projetos financiados pelo Ministério da Saúde, o Cuida APS mobiliza redes de cooperação entre trabalhadores e mobiliza os afetos, tendo em vista a qualificação do cuidado às condições crônicas. A experiência do Projeto mostrou outras lógicas de planejamento em Saúde que fogem aos modelos gerenciais e administrativos mais tradicionais, mostrando que é possível, através da Educação Permanente em Saúde, contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado e modificar arranjos de gestão que reproduzem a lógica ambulatorial e/ou de pronto atendimento na APS.



Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, A. L. et al. O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde (a título de fechamento, depois de tudo que escrevemos). In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Org.). Pesquisadores In-Mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental, p. 155-170-X. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

AGAMBEN, G. O que é um dispositivo? In: G. Agamben. O que é o contemporâneo? e outros ensaios (pp. 25-54). Chapecó: Argos, 2009.

ALTOÉ, S. (Org). René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004.

ANDRADE, O. de. [1990]. Manifesto antropófago. Revista de Antropofagia, ano I, n. I, São Paulo, maio de 1928.

ANDREAZZA, R.; GUIMARÃES, C. F. Invenções e produções na formação e no cuidado em saúde nos territórios vividos do Cuida APS. São Paulo: HAOC, 2022.

BERTUSSI, D. C. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde. Rio de Janeiro: UFRJ, 2010.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A melhoria contínua da qualidade na Atenção Primária à Saúde: conceitos, métodos e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: revista de Saúde Coletiva, v.14, p. 41-65, 2004

CECILIO, L. C. O. (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011.

CECILIO, L. C. O. Balanço de itinerário: o segundo deslocamento. In:____ A micropolítica do hospital: Um itinerário ético-político de intervenções e estudos. 2007. 266f. Tese (Livre Docência em Política, Planejamento e Gestão em Saúde no Departamento de Medicina) –Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.

CECILIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. Interface, Botucatu, v. 13, p. 545-555, 2009.



CECILIO, L. C. O.; LACAZ, F. A. C. O trabalho em saúde. 2012. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/70-Trabalho-em-Saúde.pdf>>. Acesso em: 12 de ago. 2023.

CINTRA, A. M. S. et al. Cartografia nas pesquisas científicas: uma revisão integrativa. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 29, n. 1, p. 45-53, jan. 2017

CUNHA, T. J. F.; GUIMARÃES F. C., et al. Caracterização do Semiárido brasileiro: fatores naturais e humanos. Em: *Semiárido brasileiro: pesquisa, desenvolvimento e inovação*. Petrolina: Embrapa Semiárido, 2010. p. cap. 1, 18-48.

DELEUZE, G. Diferença e repetição. MACHADO, R. (Trad.). Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra/Graal, 2018.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. 1995-1997. *Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 2011.

DORICCI, G. C.; GUANAES-LORENZI, C. (2021). Revisão integrativa sobre cogestão no contexto da Política Nacional de Humanização. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 26, v. 8, p. 2949-2959, 2021.

GAULEJAC, V. *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. São Paulo: Editora Ideias & Letras, 2015.

GUATTARI, F.; DELEUZE, G. *Mil platôs. Capitalismo e Esquizofrenia – volume 3*. Rio de Janeiro: 34, 1996.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

GUIMARÃES, C. F.; SILVA, R. A. N. D. A. Notas para a problematização do coletivo no campo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 3, p. 913-924, mar. 2015.

HAOC – Hospital Alemão Oswaldo Cruz. *Especialização em Melhoria do Cuidado das Pessoas com Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde – APS: Caderno de curso*. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde Hospital Alemão Oswaldo Cruz. São Paulo, 2022.

HAOC – Hospital Alemão Oswaldo Cruz. *Projeto Cuida APS: Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis - Relatório de Restituição*. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde. São Paulo, 2023.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Em 2021, pobreza tem aumento recorde e atinge 62,5 milhões de pessoas, maior nível desde 2012. Disponível em: <<https://encurtador.com.br/pHO05>>. Acesso em: 16 de ago. 2023



JANTSCH A. G. et al. Manual Ativa APS: descrição de um método para implementação de melhoria da qualidade na Atenção Primária brasileira. São Paulo: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Hospital Alemão Oswaldo Cruz, 2022.

JANTSCH, A. G. et al. Manual Ativa APS: descrição de um método para implementação de melhoria da qualidade na Atenção Primária brasileira. São Paulo: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Hospital Alemão Oswaldo Cruz, 2022.

JARDIM, R. et al. Atuação Profissional e Condições de Trabalho na Atenção Primária à Saúde no Interior do Nordeste Brasileiro. *Recima21 – Revista Científica Multidisciplinar*, v. 3, n. 3, p. e331196, 2022.

LAPASSADE, G. Grupos, organizações e instituições. Rio de Janeiro: Idalina Ferreira, 2016.

LAPOUJADE, D. William James, a construção da experiência. LENCASTRE, H. S. (Trad.). São Paulo: n-1 edições, 2017.

LOURAU, R. Análise Institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ, 1995.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación Permanente em Salud: Uma estratégia para intervir em la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006.

PELLEJERO, E. Entre dispositivos e agenciamentos: o duplo deleuziano de Foucault. *Margens*, v. 6, n. 7, p. 11-22, 2016.

ROLNIK, S. Cartografia Sentimental: Transformações contemporâneas do desejo. 2. ed. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2016.

ROLNIK, S. Esquizoanálise e Antropofagia. São Paulo: Editora 34, 2000.

ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia & Sociedade*, v. 21, n. 2, p. 166-173, mai. 2009.

ROMAGNOLI, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicologia & Sociedade*, v. 26, n. 1, p. 44-52, jan. 2014.



Colaboradoras

Bárbara Galvani: Auxiliar de pesquisa. Psicóloga (UNIMAR). Especialista em saúde- Residência Multiprofissional (UNIFESP). Mestranda em saúde coletiva (UNIFESP)

Camila Aleixo de Campos Avarca: Gestora de campo; Psicóloga; Especialista em Gestão de Serviços de Saúde (UNIFESP); Mestre em Psicologia Social (PUC-SP) Doutora em Psicologia Social (PUC-SP)

Cristian Fabiano Guimarães: Pesquisador. Professor da Unifesp. Doutor em Psicologia Social e Institucional (UFRGS), Mestre em Saúde Coletiva (UNISINOS).

Franciele Finfa da Silva: Gestora de Campo - Polo Salgueiro/PE. Enfermeira Mestre em Ciências - Saúde Coletiva (UNIFESP). Residência Multiprofissional em Saúde da Família (UEL), Especialista em Gestão da Atenção à Saúde (IEP-Sírio Libanês), Especialista em Gestão dos Serviços de Saúde (UNIFESP).

Guilherme Ávila Salgado: Gestor de Campo - Polo Remanso/BA
Fisioterapeuta Sanitarista. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade - UFSCar. Especialista em Governança no SUS. Mestre em Gestão do Cuidado - UFSCar. Doutorando em Saúde Coletiva - PPGSC - UNIFESP

Larissa Maria Bragagnolo: Gestora de Campo Polo Sobradinho/BA
Doutoranda em Saúde Coletiva. Área de Política, Planejamento e Gestão na UNIFESP. Mestre em Ciências (UNIFESP). Especialista em gestão de Serviços Públicos de Saúde (UNIFESP). Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (UFSCar). Graduação em Fisioterapia (UFSCar)

Mavie Eloy Kruschewsky: Gestora de Campo - Polo Abaré/BA. Psicóloga Sanitarista. Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família. Especialista em Saúde Mental. Especialista em Gestão em Saúde Pública Especialista em Preceptoría no SUS

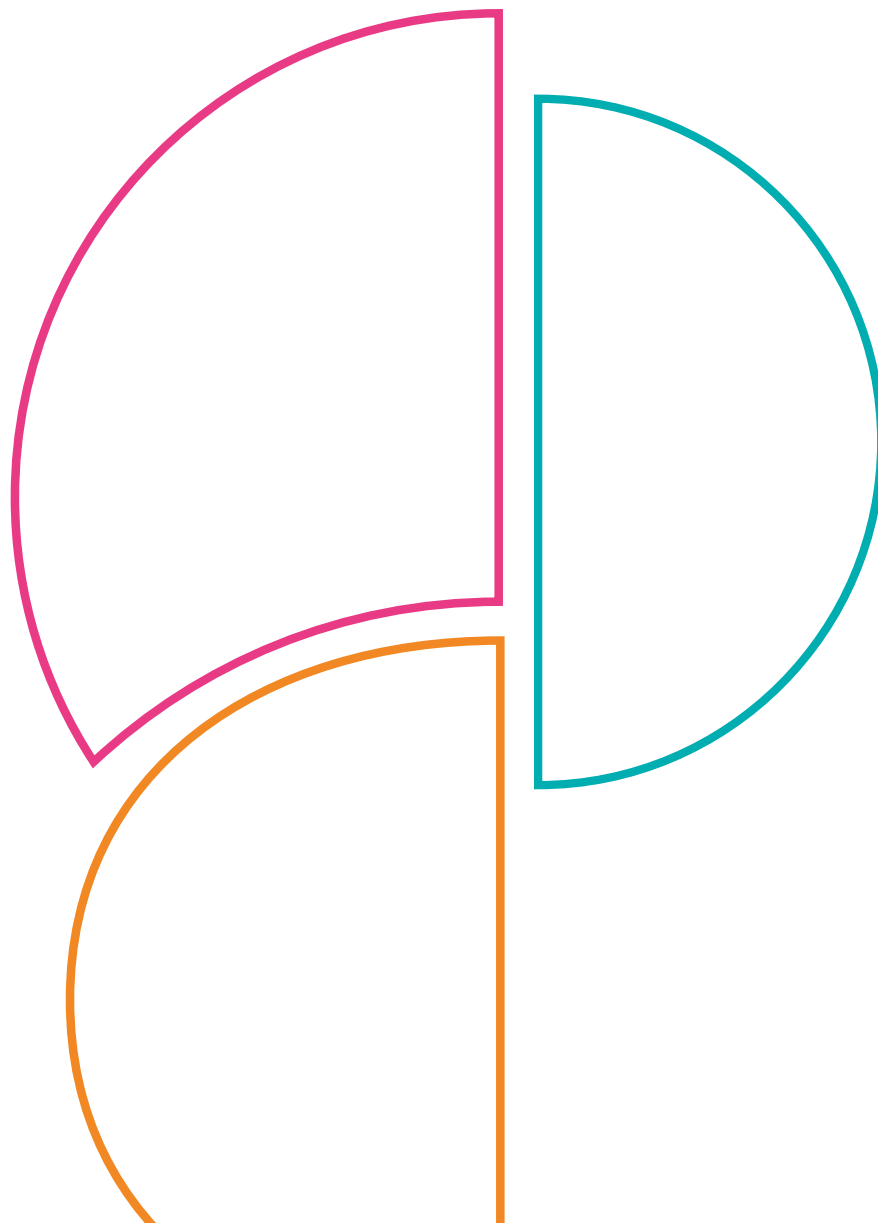
Olívia Felix Bizetto: Gestora de Campo - Polo Petrolina/PE
Fisioterapeuta (UFSCar). Residência Multiprofissional em Saúde da Família (Faculdade Santa Marcelina). Especialista em Gestão de Serviços de Saúde (UNIFESP). Especialista em Processos Educacionais na Saúde com Ênfase em Tecnologias Educacionais Construtivistas (Instituto de Ensino e Pesquisa - Hospital Sírio-Libanês). Mestre em Ciências - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UNIFESP)



Rosemarie Andreazza: Graduada em Nutrição pelo Centro Universitário São Camilo (1983), mestrado em Epidemiologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) 1993, doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2000). Pós-Doutoramento no Instituto Universitário de Lisboa-Iscte em 2009-2010 na área da sociologia da saúde. Professora associada do Departamento de Medicina Preventiva (DMP) da Escola Paulista de Medicina da Unifesp

Tatiana Clarkson Mattos: Gestora de Campo - Polo Salgueiro/PE
Graduada em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense - UFF (2006). Especialização em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social - pela ENSP/FIOCRUZ (2008), Mestrado em Educação Profissional em Saúde na EPSJV/FIOCRUZ (2013). Doutoramento pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFESP/SP (2020).

Violeta Rodrigues Aguiar: Gestora de Campo Polo Ouricuri/PE
Especialista em Saúde Coletiva-Residência Integrada em Saúde GHC. Mestre e Doutora em Saúde Bucal Coletiva (UFRGS).





MINISTÉRIO DA
SAÚDE

