

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO RIO DAS OSTRAS
INSTITUTO DE HUMANIDADES E SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Taylane da Silva de Lima

**Cuidado na atenção básica através dos efeitos produzidos pelo Nasf/Macaé
nas oficinas de equipes.**

Rio de Janeiro - Rio das Ostras

2017

Taylane da Silva de Lima

Cuidado na atenção básica através dos efeitos produzidos pelo Nasf/Macaé nas oficinas de equipes.

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Iacã Machado Macerata

Rio das Ostras

2017

Cuidado na atenção básica através dos efeitos produzidos pelo Nasf/Macaé nas oficinas de equipes.

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Iacã Machado Macerata (orientador)
Universidade Federal Fluminense

Prof^a. Dr^a Daniela Costa Bursztyn
Universidade Federal Fluminense

Rosana Mira Nunes Limeira
Psicóloga Especialista em saúde da família na modalidade residência
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz

Aprovado em: ___/___/2017

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiro a Deus, seu amor benevolente e sua misericórdia constante me sustentou e inspirou durante toda a vida, e nos últimos cinco anos com mais intensidade do que nunca.

Aos meus pais, Marcos e Tiana, por me incentivarem a viver meus sonhos, por me mostrarem, através de suas vidas o que é responsabilidade, respeito, empatia e honestidade. Agradeço a minha dinda, Crenilda, por me ensinar tanto sobre a vida durante nossos cafés e conversas tarde da noite, meus avós, seus exemplos me motivam. Tios, primos e amigos (vocês são muitos para nomear <3) obrigada por me apoiarem, sua presença naquele dia especial me fez sentir amada, importante. Amo todos vocês!

Mirian, obrigada por cuidar de mim, sinto falta de nossas conversas, o trajeto Unamar X Rio das Ostras não é produtivo sem você. Dani, Gabi, Babs e Thai, meus ombros amigas, meu suporte, conselheiras, me fizeram rir, me ouviram chorar. Dividimos o peso das angústias, ansiedades, saudades e principalmente os sonhos. Obrigada por rechear esses anos de amor e histórias engraçadas.

Aos mestres; Daniela Bursztyl e Iacã Macerata, obrigada por compartilharem sua paixão pela psicologia. Dani, obrigada por aconselhar e se preocupar com as escolhas que temos pela frente. Você é um exemplo de mulher bem sucedida e profissional de qualidade que resiste e luta. Que seu bichinho do SUS sempre dê cria. Iacã, obrigada pela paciência e disposição para me ajudar a entender minhas ideias, seus puxões de orelha me ajudaram a concluir essa etapa com satisfação.

Obrigada a equipe do Nasf saúde mental de Macaé, por me mostrarem que a universidade é esperta mas não sabe todas as coisas. Andar pelas ruas me ensinou que o cuidado está nas mínimas ações. Ser recebida dentro das casas, conhecer as famílias foi totalmente fora dos estereótipos que a universidade apresenta, obrigada por compartilharem essa difícil, porém inspiradora, experiência.

Ao mais, me despeço-me da graduação agradecendo a Uff, a instituição fez despertar meu senso político, e desejo de lutar por uma educação de qualidade, para que gerações futuras não precisem superar as barreiras que foram impostas a mim.

“Dando graças constantemente a Deus Pai por todas as coisas, em nome de nosso Senhor Jesus Cristo”.

RESUMO

Esta pesquisa se deu através de uma experiência de estágio no dispositivo do Nasf (Núcleo de apoio a saúde da família). Trata-se de uma pesquisa qualitativa com uso de diário de campo e entrevistas semi estruturada com profissionais da equipe do Nasf. O trabalho visa investigar os efeitos da oficina de equipes, um dispositivo de gestão do processo de trabalho e gestão da clínica, no cuidado construído pelas equipes de saúde da família. Quais influências da oficina de equipes sobre a prática do cuidado das equipes de referência, a partir das perspectivas do Nasf, nos serviços e territórios e para enfrentamento dos vários níveis de exclusão e fortalecimento do trabalho das equipes de saúde da família.

Descritores: Nasf; atenção básica; cuidado do território.

ABSTRACT

This research was done through an internship experience in the Nasf (Family Health Support Nucleus) device. This is a qualitative research using field diary and semi-structured interviews with Nasf staff professionals. The work aims to investigate the effects of the office of equipment, a device of management of the work process and management of the clinic, without care built by the family health teams. What information about the equipment office about the practice of care of the reference units, from the positions of the Nasf, our services and territories and to address the various levels of exclusion and strengthening of the work of the family health units.

Descriptors: Nasf; Primary care; Care of the territory.

Sumário

Introdução -----	8
Oficina de equipes-----	9
Ampliação do cuidado territorial através do apoio-----	11
Metodologia-----	22
Discussão de Resultados-----	23
Conclusão-----	31
Bibliografia-----	34
Anexo-----	38

Introdução

Neste trabalho busca-se conhecer, um pouco mais, sobre um dos dispositivos da Atenção básica em saúde. A atenção básica é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários ao sistema de saúde. É um atendimento que objetiva orientar sobre a prevenção de doenças e solucionar os possíveis casos de agravos. São serviços de ordenação da rede de saúde.

A atenção básica, dispõe de uma série de dispositivos, alguns desses dispositivos serão abordados neste trabalho: as Estratégias em Saúde da Família (ESF), o Programa de Agente Comunitários (PAC) e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Através de um projeto entre a Universidade Federal Fluminense/Rio das Ostras e a Secretaria de Atenção Básica do município de Macaé, foi possível realizar um estágio de psicologia no Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família foram criados em 2008, pelo Ministério da Saúde, com intenção de apoiar as Equipes da Estratégia de Saúde da Família. Trabalham nos NASFs, profissionais de diferentes categorias, que devem atuar de forma compartilhada com as Equipes de referência das ESF, a partir da estratégia do matriciamento.

Através da vivência do estágio foi possível conhecer a prática do Nasf. Muitas são as suas estratégias de apoio a ESF e a população. As duas equipes, (Nasf e ESF) juntas, realizam visitas domiciliares, interconsultas, terapias comunitárias, grupos de artesanato, entre outras ações.

Todas essas atividades são realizadas com participação da comunidade, o cuidado que Nasf apoiando a Esf por intermediário. No entanto, uma atividade que não era realizada com a comunidade nos interessa aqui: a oficina de equipes. Essa atividade foi escolhida como objeto de pesquisa pois, foi identificado como um espaço que poderia potencializar o cuidado que os profissionais da ESF produziam ao território.

A oficina de equipes é realizada entre profissionais do Nasf e equipes que trabalham nas estratégias de saúde. É uma metodologia de trabalho que prevê momentos de interação e troca de saberes a partir de uma horizontalidade. Nesta lógica formulou-se a hipótese de que tal dispositivo de gestão refletia no cuidado do território da ESF. Este trabalho visa investigar se o funcionamento da Oficina de equipes, realmente, favorece o cuidado do território. Tal análise será realizada através da perspectiva dos profissionais que apoiam as ESF, os profissionais do NASF, e a partir da depreensão vivida pela autora, como estagiária deste serviço.

Oficina de equipes

Oficina de equipes é um dispositivo, assim denominado, na rede de saúde da cidade de Macaé localizada no Estado do Rio de Janeiro. Pertencente à Região Norte Fluminense do estado, Macaé possui uma área total¹ de 1.216,846 km², correspondentes a 12,5% da área da Região Norte Fluminense. Dividido em seis distritos – Sede, Cachoeiros de Macaé, Córrego do Ouro, Glicério, Frade e Sana. A cidade de Macaé, conta atualmente com uma população estimada de 239,471 habitantes².

De acordo com pesquisa realizada, a atenção básica em Macaé conta, atualmente (2015/2016), com “30 equipes de saúde da família, com 100% de cobertura da região serrana e o total de 38% da população do município”³.

A Atenção Básica é formada por quatro eixos, sendo eles: equipe do Consultório nas Ruas; Saúde na Escola; Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Cada um tem suas finalidades e responsabilidades, mas, com a perspectiva na atenção integral por meio da promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde.

A experiência de estágio permitiu que pudesse conhecer as práticas de um dos dispositivos da Atenção básica, o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (Nasf).

A política do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, estratégia de oferta de Apoio Matricial às equipes de Saúde da Família, objetiva ampliar a abrangência das ações na Atenção Básica/ESF, aumentando sua resolutividade, além de promover mudanças na atitude e atuação dos profissionais. O Nasf promove o apoio matricial que se dá tanto na dimensão de suporte assistencial quanto pelo suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.

O Núcleo de apoio a saúde da família de Macaé é dividido em Nasf - Saúde Mental e Nasf - Saúde. O Nasf - saúde é uma equipe multidisciplinar que oferece apoio as ESF, de

¹Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=330240> disponível em 28/05/17.

² idem

³ Trecho retirado de Entrevista concedida pelo, então secretário de saúde do município de Macaé, Pedro Reis ao site da Prefeitura Municipal de Macaé

acordo com a política do Nasf. A equipe de saúde mental existe desde 2001. Uma equipe multidisciplinar que oferecia suporte às unidades de saúde quanto aos atendimentos específicos em saúde mental. Com a regulamentação do Nasf, a equipe de saúde mental foi absorvida pelo programa, e passou a ser identificada como Nasf Saúde mental (Nasf SM).

A Oficina de equipes é uma das ações de apoio promovidas pelo Nasf SM, nas Estratégias de Saúde da Família. A experiência de estágio se refere a realização das oficinas de equipe nas ESF's do Frade, Ajuda de cima, Morro de São Jorge, Barra, Brasília e Centro da cidade de Macaé. Cada Estratégia era responsabilidade de dois profissionais de diferentes categorias, neste período de oito meses foi possível acompanhar, 01 fisioterapeuta, 02 terapeutas ocupacionais, 01 psicóloga, 01 fonoaudióloga, 02 assistentes sociais.

Os profissionais do Nasf (SM e saúde) vão as ESF entre uma e duas vezes por semana. Dentro desta agenda semanal, a cada quinze dias o Nasf SM realiza as Oficinas de equipes. Uma atividade técnico pedagógica, que intenta capacitar os profissionais que trabalham na ESF: equipe de referência e Nasf saúde. A demanda pedagógica, educacional é um trabalho constante para o Nasf, assim como promover assistência ao trabalhador da ESF.

A Oficina de equipes é uma reunião proposta pelo Nasf SM, na qual os profissionais da ESF são avisados quanto ao dia da realização com antecedência. Os participantes se dispõem em círculo, possibilitando melhor contato visual entre os integrantes, ainda que em algumas ocasiões seja necessário sinalizar esta necessidade ou convidar alguém para sentar-se na roda. Inicia-se a oficina com alguma dinâmica, ou leitura de texto que seja relevante para as situações que a ESF esteja vivendo e começam uma discussão sobre a dinâmica ou o texto.

Todos os profissionais podem trazer propostas de temas, ou situações para serem discutidas durante a Oficina. Geralmente são discutidas ações que precisam ser realizadas na comunidade, conduções de casos, realização de grupos e estudos sobre temas em saúde mental. A oficina se configura também, como espaços de escuta das angústias e dificuldades sentidas pelos profissionais diante da realidade em que atuam.

As discussões durante as oficinas possibilitam que os participantes se apropriem de determinados temas relacionados ao cuidado na Atenção Básica e Reforma Psiquiátrica. Os debates promovidos nas oficinas priorizam um trabalho integrado entre as equipes de Nasf e

da ESF. Discute-se o uso de dispositivos que possam ampliar as ações de cuidado; troca de saberes nas equipes, alternativas de articulação com a rede de saúde; cuidado da equipe e gestão do processo de trabalho em rede.

Ao pesquisar a oficina pretende-se descobrir qual o efeito real que ela produz no cuidado do território. Como essa oficina potencializa, qualifica, e apoia os profissionais da Estratégia em saúde da família.

Ampliação do cuidado territorial através do apoio.

No período de 1964 a 1985, um momento político de grandes mobilizações a reforma sanitária ganhou força e apoio, o que legitimou a causa que a reforma defendia: reconhecimento da necessidade de uma atenção voltada para o cidadão, ao invés do sistema, como no modelo que pretendia-se superar. A reforma sanitária culminou em um novo modo de pensar a estrutura da saúde.

Nesse contexto, em 1994 a Atenção Básica (AB) em saúde constitui-se como um espaço de intervenção, com uma estratégia significativa focada em divisão territorial. Através de um conjunto de ações em saúde desempenhadas pelo programa Saúde da Família, que demanda intervenções em múltiplas realidades, objetivando a qualidade de vida da população (Pereira e Barcellos, 2006).

Dessa forma o exercício da AB utiliza-se de saberes variados para que possa alcançar ampla eficácia e resolutividade *saberes tanto específicos* da saúde como de outros campos de conhecimento, como cultura, assistência social, *gestão, esporte, lazer etc.*, (Brasil, 2009). Compreendendo um exercício permanente de interdisciplinaridade.

Na lógica em que foi instituída, a Atenção básica caracteriza-se como primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, sendo facilitador de pontos fundamentais: acesso, continuidade do cuidado, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro do sistema, priorizando a atenção à saúde centrada na família e comunidade.

Com a posição estratégica no SUS de garantir a universalidade do acesso e a cobertura universal, cabe à atenção básica: a efetivação de integralidade; integração de ações

programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços (Brasil, 2009).

Os princípios da AB são: atuação no território através do diagnóstico situacional, enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo; juntamente com a integração a instituições e organizações sociais e ser espaço de construção da cidadania (Brasil, 2009).

Este novo paradigma, de atenção em saúde, permite a incorporação da interdisciplinaridade como campo de conhecimento e da intersetorialidade como campo de prática.

Atenção básica promove o acompanhamento longitudinal do cuidado a partir das ofertas demandas do território. Acompanha o percurso do usuário na rede sem repassar a responsabilidade para outro serviço hospitalar, porém compartilhando. Deve ser acessível geograficamente, culturalmente, promotora e preventiva na saúde. É composta por equipes multidisciplinares que operam o cuidado orientado pela coletividade.

Em termos oficiais a AB faz a função ordenadora dentro do sistema de saúde. Auxiliando no não sucateamento dos serviços secundários e terciários, desafogando o fluxo de procura aos serviços ambulatoriais e emergenciais, pois se propõe a ter unidades de saúde em territórios mais próximos da população (Tanaka e Ribeiro, 2009). Cuidando integralmente do indivíduo, contexto social, familiar e cultural, promovendo saúde e garantindo acesso à rede disponível no município. Um dos dispositivos estruturantes da atenção básica, presente nos territórios e mais próximo da população, é a Estratégia em Saúde da Família (ESF).

A Estratégia Saúde da Família é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar os profissionais de saúde bucal. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir toda população do território, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma

determinada área, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde (Brasil, 2009). Esses profissionais formam a equipe de referência que cada estratégia em saúde da família deve possuir.

A Estratégia de saúde da família orienta-se pelos princípios da atenção básica, e acrescenta-se a responsabilização, humanização e participação social, independentemente da presença ou ausência de problemas de saúde. A cartilha do Ministério da Saúde para treinamento de Agentes comunitários em saúde complementa com:

As ações e serviços de saúde devem ser pautados pelo princípio da humanização, o que significa dizer que as questões de gênero (feminino e masculino), crença, cultura, preferência política, etnia, raça, orientação sexual, populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos etc.) precisam ser respeitadas e consideradas na organização das práticas de saúde. Significa dizer que essas práticas devem estar relacionadas ao compromisso com os direitos do cidadão. (Ministério da Saúde, Brasil, 2009)

Uma das formas de receber o usuário e praticar os princípios citados é através do acolhimento. Acolher a todos que procuram os serviços. O Agente comunitário de saúde (ACS) tem um papel importante no acolhimento, pois é um membro da equipe que faz parte da comunidade, o que pode ajudar a criar confiança e vínculo, facilitando o contato direto com a equipe.

A relação do território com os usuários é possível através do ACS, um profissional de saúde que mora na comunidade e faz o elo entre instituição e território. A posição do ACS perante as ações de saúde vai ditar o tipo de relação que existirá entre demanda e demandando, seu trabalho consiste em: desenvolvimento de ações que integram as equipes e as populações; participação do planejamento e avaliação das ações de saúde; desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde por meio de atividades educativas, da participação social e do trabalho intersetorial; monitoramento de situações de risco; dirige estas ações de prevenção e monitoramento aos grupos específicos às doenças prevalentes (Brasil, 2009).

No entanto, deve-se haver uma preocupação em não relativizar o modelo de cuidado produzido pelas ESF. A Estratégia em saúde da família produz um cuidado que vai além do corpo, cuida do território onde está inserida. A territorialização é um dos pressupostos básicos

do trabalho da ESF. Essa tarefa possui, no mínimo, três sentidos diferentes e complementares: demarcação de limites das áreas de atuação; reconhecimento da população e da dinâmica social das áreas; e estabelecimento de relações com outros serviços adjacentes e centros de referência (Pereira, Barcellos, 2006).

O território é um conjunto de sistemas naturais e artificiais que engloba indivíduos e instituições, independentemente de seu poder. Deve ser considerado em suas divisões jurídicas e políticas, suas heranças históricas e seus aspectos econômicos e normativos. É nele que se processa a vida social e nele tudo possui interdependência, acarretando no seu âmbito a fusão entre o local e o global. Como decorrência, as equipes de Saúde da Família precisam conhecer a realidade do território em suas várias dimensões, identificando as suas fragilidades e possibilidades, figurando-a como algo vivo e dinâmico (Pereira, Barcellos, 2006).

Esta é a definição de território utilizada no cadernos de Atenção Básica número 27, onde descreve como é o espaço em que os profissionais de AB trabalharam, contudo anterior a discussão dos significados do território precisamos entender como surgiu essa delimitação.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado com três princípios básicos: universalidade, equidade e integralidade, no entanto a má distribuição e organização dos recursos e serviços apontaram a necessidade de diretrizes auxiliares, como a descentralização, regionalização e hierarquização (Teixeira, 2011).

Na necessidade de esclarecermos tais princípios referencio Teixeira, seu texto de apoio ao debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde em Salvador, Bahia em Junho de 2011. A autora começa por descrever a descentralização, que vem a ser uma transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal para os estados e municípios.

A redefinição das funções e responsabilidades são transferidas aos níveis de governo. A condução político administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território (nacional, estadual, municipal), os recursos financeiros, humanos e materiais também modificam para o controle das instâncias governamentais correspondentes.

A regionalização e a hierarquização, correspondem à forma de organização dos estabelecimentos entre si e com a população. A regionalização delimita uma base territorial para o sistema de saúde, a partir da nova divisão político administrativa do país.

O site Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e

Serviços de Saúde (OTICS, 2013) complementa a forma como regionalização tem sido interpretada. Esta diretriz organizativa pode ser considerada um método para ampliar e qualificar a cobertura assistencial da saúde em determinado espaço geopolítico, por outro lado, ela também deve ser considerada enquanto um processo social que envolve a participação de indivíduos e coletivos em complexas relações sociais e de poder.

Deste modo, enquanto prática social, a regionalização de um sistema de saúde tem sua dimensão técnica, política, econômica e ideológica; dimensões que demandam um tipo de costura processual de todas estas dimensões envolvendo os diferentes atores sociais que vivem nestes espaços.

Já a hierarquização, diz respeito a organização das unidades segundo o grau de complexidade, isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contrarreferência de usuários e de informações.

Teixeira (2011) conclui a conferência falando sobre o processo de construção de redes hierarquizadas. Um processo que implica o estabelecimento de vínculos específicos entre unidades de distintos graus de complexidade e serviços especializados, ela cita como exemplo, a rede de atendimento a urgências/emergências, ou a rede de atenção à saúde mental.

A partir das definições utilizadas entendemos que o território, enquanto espaço físico, fica dividido de acordo com as redefinições político administrativas em prol de uma melhor assistência aos usuários. No entanto para que essa estratégia obtenha sucesso é necessário que uma integração efetiva aconteça (Barros e Dimenstein, 2010).

A integração do usuário ao sistema de saúde, segundo Teixeira (2011), deve acontecer de duas formas: ‘horizontal’ através de ações que articulem promoção, prevenção e recuperação em saúde; e ‘vertical’ que depende exclusivamente da forma como a diretriz ‘hierarquização’ está acontecendo dentro da sistema de saúde. Neste ponto o usuário depende da articulação que acontece entre os níveis de complexidade de atenção à saúde, como ações em conjunto que facilitem o acesso e cuidado.

Até o momento apresentamos o território como um espaço operacional. Por enquanto

temos um mapa com uma visão macro do que é o território. Porém, o território não pode ser apenas entendido de acordo com a visão ‘cientificista’ (Tanaka e Ribeiro, 2009). Dessa forma não podemos ignorar a quem a assistência está destinada, seguimos para uma investigação micro, que é representada pela relação população-serviço e as singularidades que o espaço (geográfico e não geográfico) possuem.

Passos e Macerata (2015) em “Intervenções com Jovens em situação de Rua: Problematizando cuidado e controle” discutem uma alternativa de cuidado territorial, que faz ponte entre as políticas de Estado prescritas e reais: o compartilhamento.

O compartilhamento se compreende como composição das partes envolvidas. De acordo com o Caderno de Atenção básica 34, cuidar do território consiste em incorporar as dimensões da subjetividade, de quem é cuidado e do cuidador. Levando em consideração que o território se modula através dessa relação subjetiva.

De que outra maneira seria possível entender e cuidar desse espaço, senão entendendo a união das relações ali presentes?. Encontrando o ponto onde sistema de saúde e vida cotidiana se conectam.

Determinamos, então que o espaço compartilhado, o território, é reflexo da organização sócio-espacial, cultural, político, econômico da população que habita e produz o lugar. (Brasil, 2009). Por se tratar de um espaço que abrange e acolhe a coletividade precisamos considerar que o território possui diferentes percepções. São as diferentes percepções da vida que produzem tensões nas relações do sistema sobre/sob/com os usuários. A representação do sistema de saúde acrescenta percepções as produções que aquela população vivencia.

O território é também um espaço, porém singularizado: sempre tem limites que podem ser político-administrativo ou de ação de um determinado grupo de atores sociais; internamente é relativamente homogêneo, com uma identidade que vai depender da história de sua construção, e o mais importante, é portador de poder - nele se exercitam e se constroem os poderes de atuação tanto do Estado, das agências e de seus cidadãos. Daí sua importância estratégica para as políticas sociais públicas na consolidação de ações para o enfrentamento de problemas e necessidade da população que o habita e o produz socialmente. (Gondim, et. al. sem ano).

No sentido de promover um cuidado compartilhado de qualidade ao território, a

estratégia em saúde propõe a chamada clínica ampliada.

Essa clínica ampliada trabalha com alguns eixos: compreensão ampliada do processo saúde-doença; construção compartilhada dos diagnósticos e das terapêuticas; ampliação do “objeto de trabalho” (sair da doença para os sujeitos e coletivos); transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho (comunicação transversal e clínica compartilhada); suporte para os profissionais de saúde (Macerata, 2015).

Uma prática que direciona para a importância de capturar o potencial do território, exigindo menos investimento em tecnologias de alto custo e apontando para práticas em saúde que incluam mais a utilização de tecnologias de baixos recursos, através de práticas centradas na intervenção interpessoal. Nesse sentido, Amarante destaca:

A ESF representa (...) investindo na promoção da saúde e na defesa da vida, educando a comunidade e desenvolvendo práticas de pensar e lidar com a saúde. Considera-se que em torno de 80% dos problemas de saúde poderiam e deveriam ser resolvidos no âmbito da rede básica, isto é, com cuidados mais simples (mas não desqualificados), sem muitas sofisticadas tecnológicas de diagnóstico e tratamento(2007, p. 94 *apud*. Dimenstein e Barros, 2010).

A clínica ampliada atua a partir dos processos de vida dos usuários, com uma escuta que acontece através das conexões dos diferentes olhares da equipe (Cardoso, Hennington. 2011). Suas análises e perspectivas acrescentam experiências e cuidado aos fatores que constituem o território.

Esse modo de cuidar atua com uma abordagem clínica do adoecimento e sofrimento, considerando a particularidade de cada sujeito e as complexidades do processo saúde/doença. Essa clínica pratica diálogos entre território, organismo, afeto, autonomia e compartilhamento, o que contribui para o enriquecimento dos diagnósticos.

A clínica deve se construir através do território e do usuário de saúde, compartilhando processos de produção. Território e usuário produzem em conjunto. A relação é de coprodução, o cuidado de uma pessoa é inseparável do cuidado ao território (Macerata, 2015). Nessa lógica a presença da instituição transforma e recria o território.

Macerata (2015) em sua tese, propõe uma clínica ampliada que deve se constituir

através do território; *deve acolher o sujeito mas também acessar seus processos de produção, os processos territoriais. A clínica no território tem de ser também uma clínica **de**⁴ território.* O autor prossegue falando que essa ampliação deve se fazer junto e a partir do território. Os pontos de vista que irão constituir a clínica se tornam menos especializados e mais acessíveis a outros modos de ver, o que culmina em um processo de alterização. As diferenças e as experiências (pessoais, daí territoriais) vão produzir atravessamentos de saberes, que inclui o território, o usuário e o profissional de saúde, que habitam e produzem o lugar.

A construção desse cuidado acontece a partir dos conceitos gerados pelos usuários. Tal articulação, usuário - território, se estabelece na capacidade do usuário de fazer relações, negociações e criar espaços. Essa soma lhe dá recursos que o permitem escolher sobre seu tratamento junto com a equipes de referência, que tem por responsabilidade apresentar ao usuário todas as variáveis pertinentes ao seu tratamento, porém, prezando sempre por sua autonomia.

Ou seja, na clínica ampliada na Atenção Básica o mesmo Sujeito ora vai sofrer uma intervenção exclusivamente relativa ao plano biológico (com inevitáveis impactos subjetivos), ora vai sofrer uma intervenção que tem a intenção de disparar produções e abrir caminhos terapêuticos para o Sujeito doente (Cunha, 2004).

A prática da clínica ampliada procura entender as variáveis que formaram o sujeito. A constituição de vínculo se fortalece quando os profissionais compreendem a intensidade do adoecimento. O cuidado da equipe não poderá atropelar o modo de pensar, nem as experiências (subjetivas) dos usuários, mas lhe serão apresentadas as diferenças e benefícios do modelo de cuidado.

Na prática, a clínica ampliada acontece após uma escuta delicada da equipe. Conhecendo os processos dos usuário e do território, será possível unir os conhecimentos técnicos da equipe e as relações de existência com lugar. Podendo, assim, elaborar um projeto terapêutico *realmente* singular, que preserve e respeite os processos subjetivos de cada usuário, sempre prezando a promoção de saúde. O usuário pode querer uma intervenção mais

⁴ Grifo da autora.

extrema para cuidar de sua queixa, e a escuta fará diferença. Através de uma escuta ampliada submete-se a queixa ao ambiente de vida do usuário, ampliando o processo de saúde/doença (Brasil, 2010). Dessa forma, possibilita-se que a equipe sugira ao usuário opções de cuidado.

A ampliação do processo saúde/doença, às vezes, exige um apoio, é quando a equipe do Nasf pode intervir. As equipes da ESF e do Nasf são interdisciplinares. Possuem profissionais de diversas áreas de atuação, que unem seus conhecimentos com objetivo de criar vínculos e novas oportunidades de cuidado.

Profissionais e usuários estabelecem juntos o direcionamento de um tratamento, que chamam de Projeto Terapêutico Singular (PTS). Na experiência vivida, algumas vezes os profissionais formulavam o PTS e o ACS transmite ao usuário, que possui autonomia para aceitá-lo ou propor alterações. O Nasf pode intervir na elaboração do PTS quando é necessário um conhecimento especializado, ou o acesso a outros dispositivos da rede. Em ambas situações o ACS é um ‘agente organizador’ da comunicação, coloca ESF e usuário em relação.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção básica no Brasil. Ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Atualmente, regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família.

As equipes do Nasf são compostas por profissionais de diversas áreas de conhecimento, que compartilham e apoiam práticas de saúde a partir das necessidades encontradas nos territórios pelas equipes de saúde da família. Vale destacar que o Nasf não é porta de entrada, sim, uma equipe de apoio aos profissionais e usuários. Auxiliando na ampliação da clínica através do apoio matricial às equipes da ESF.

O Apoio Matricial é um trabalho desenvolvido de forma dinâmica, integrada e especializada, acontece junto a equipe de referência e exibe duas formas de ação: a técnica pedagógica e assistencial (Souza, Cardoso, Estevinho. 2013).

O matriciamento é estruturante, a partir do momento que fornece as equipes da ESF

uma retaguarda especializada. As equipes do Nasf são multidisciplinares e oferecem as estratégias um suporte quanto a qualificação e resolução de casos. Nunca assumindo a responsabilidade por eles, mas compartilhando. A responsabilidade do tratamento se divide entre família, usuário e a rede de assistência.

Ser uma equipe multidisciplinar implica necessariamente ter vários especialistas, o que é de suma importância para a prática da clínica ampliada. A equipe multidisciplinar se constrói através de uma coesão entre as disciplinas, a organização do trabalho se torna interdisciplinar. *Um arranjo interdisciplinar é um ponto de convergência dos vários atos profissionais* (Passos, 2014). No entanto, isso não significa que cada especialista agir de forma independente, transformando o usuário em um frankenstein, e o despersonalizando. Pelo contrário, o trabalho interdisciplinar gera uma escuta transdisciplinar que fará com que o paciente e seu contexto de vida sejam cuidados em uníssono.

As ações transdisciplinares tornam difusa a fronteira entre os saberes. Esta prática diz respeito à troca de experiência na equipe onde. Quando um trabalhador se deixa tocar pela perspectiva do outro, faz variar sua própria perspectiva e ação para além do saber de sua competência. O que se torna transdisciplinar são as ações da equipe na relação com o usuário, e não os profissionais. A ação é transdisciplinar quando deixa de ser propriedade de um agente (Documento POP Rua, 2014).

O cuidado de forma transdisciplinar, realizado por profissionais de ESF apoiados pelo Nasf, com intervenções terapêuticas e pedagógicas, tenta-se romper com a visão fragmentada tradicional. Viabiliza a continuidade do trabalho interdisciplinar por parte das equipes de referência, com enfoque na integralidade, na longitudinalidade e no vínculo.

Esse modo de cuidar acaba por transferir o saber especializado para a lógica da transdisciplinaridade, que culmina em um modo de gestão compartilhada;

O modelo de gestão compartilhada expressa a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto ao contexto espacial, político, geral e individual da saúde. De acordo com a cartilha da Política Nacional de Humanização (2013), a cogestão permite *a experimentação de orientação e promove desestabilização a favor de mudanças práticas*.

A cogestão acontece de duas formas, através de uma organização do espaço coletivo de gestão, que permite acordos entre gestão/usuário/profissional, e, como espaço que permite a participação dos usuário e familiares no dia a dia da unidade de saúde.

Participam do processo de gestão coletiva profissionais - apoiadores do Nasf; participam várias visões e saberes matriciais em torno de um mesmo território. O Nasf apoia a ESF, para ampliar o cuidado e esse apoio só é possível através do dispositivo de cogestão: a oficina de equipes, que aumenta a participação de vários elementos, usuários e profissionais que agregam diversos pontos de vista do mesmo território. Então, a cogestão acontece como estratégia de apoio na gestão da clínica e do cuidado na ESF.

Nesse sentido o apoio ganha a dimensão de compartilhamento da gestão, quando analisa e intervém no território, propondo transformações a partir dos profissionais que atuam na ESF.

Transformar a partir dos profissionais implica em uma mudança na gestão, na qualificação e produção da própria instituição (Macerata, Soares, Ramos. 2014). O apoio, por meio dessas mudanças estabelece que os aspectos subjetivos dos profissionais da ESF também são estruturantes ao processo de trabalho.

Nesse sentido, apontamos o método de apoio da Política Nacional de Humanização: tríplice inclusão.

São três dimensões dessa inclusão, ou três dimensões incluídas: (i) os diferentes sujeitos que participam de alguma forma dos processos da instituição; (ii) os analisadores sociais, que são fenômenos do corpo social que evidenciam modos de fazer na sociedade, modos de produzir e construir o mundo, que diz respeito a construção de um olhar crítico; (iii) a inclusão do coletivo, como dimensão do trabalho que é maior do que a soma das partes, que diz respeito a dimensão relacional, aos modos de relação no trabalho, a inclusão da dimensão sensível do trabalho.(Macerata, Soares, Ramos. 2014)

O segundo modo que a cogestão acontece é através da participação coletiva, que coloca os usuários e os profissionais em relação de igualdade. No reconhecimento dos processos subjetivos do território, através da clínica ampliada; e dos processos subjetivos dos trabalhadores, pela cogestão; a lógica serializante, que se manifesta na produção linear da saúde, médico instrui enfermeiro, o enfermeiro ao técnico de enfermagem que manda no ACS e esse no paciente (Brasil, 2009). Se desligar desse modo operacional permite espaços de construção que vão considerar formas de cuidado que podem acontecer por vias alternativas.

Metodologia

Esta é uma pesquisa qualitativa, que utiliza métodos de observação , diário de campo e entrevista semi estruturada.

A análise qualitativa tem como objeto situações complexas ou estritamente particulares. Os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de um determinado problema, analisar a intervenção de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível e profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento de certos indivíduos (Richardson, et. al. 1999).

A observação é assistemática, ou seja não estruturada. Não havia um limite predefinido de fenômenos para se encontrar, sem controle sobre o espaço ou instrumentos predeterminados. O observador foi participante, se incorporando nas situações através do lugar de estagiária em psicologia.

Diante da necessidade de registrar os fenômenos do dia-a-dia da observação criou-se um diário de campo. Todas as situações do dia eram registradas para análise futura. A elaboração do diário auxilia no entendimento das produções, do próprio pesquisador, e do ambiente observado. A principal característica é poder visualizar não o *"como fazer" das normas, mas o "como foi feito" da prática* (Lourau, 1993).

O diário de campo é uma tecnologia na pesquisa qualitativa em saúde, cuja finalidade se mostra não apenas o registro das estratégias metodológicas empregadas na condução do processo de pesquisa em saúde, mas também se constitui em um modo de compreender o objeto de estudo em suas múltiplas dimensões (Araújo, et. al. 2013).

As referências sobre diário de campo apontam a relevância do uso dessa metodologia em pesquisas em saúde. A possibilidade de poder expressar a intensidade e extensão dos fenômenos pesquisados faz parte deste método. O que permite que os registros e memórias dos acontecimentos, a riqueza da pesquisa, possa ser analisada, Lourau (1993) chama de restituição escrita: restituição escrita é produzir um tipo de reflexão própria do escrever. O exercício cotidiano de escrever sobre o cotidiano constrói e se apropria de realidades, num movimento especular.

A restituição escrita possibilitou uma reflexão sobre as produções que o diário de

campo descrevia. As Oficinas de equipes, e as ações feitas a partir delas são as experiências que foram retratadas no diário de campo.

Essas informações exigiam uma confirmação, para tal foi elaborada uma entrevista semi estruturada. A entrevista semi estruturada possui caráter exploratório, esse modo de entrevista permite que o pesquisador faça perguntas baseadas em uma teoria que se quer ou não confirmar (Richardson, 1999).

No sentido de obter informações consistentes e reais sobre a Oficina de equipes Cinco profissionais de diferentes disciplinas, foram contatados, no entanto somente três demonstraram interesse em participar das entrevistas. A entrevista semi estruturada foi realizada por e-mail. Foram elaboradas cinco perguntas sobre o histórico, funcionalidade, efeitos e perspectivas que os profissionais do Nasf SM, possuíam sobre a oficina de equipes.

As perguntas foram elaboradas com a intenção de investigar qual a impressão do profissional do Nasf sobre os efeitos que a Oficina de equipes produz no cuidado ao território.

Discussão dos resultados

O interesse em pesquisar sobre as oficinas de equipe parte do caráter potencializador que identifiquei nesta atividade, no período de oitos meses que aconteceu o estágio. A oficina de equipes pareceu um espaço que permitia aos profissionais se questionarem, trocar saberes, construir percepções, revitalizar e transformar os territórios (Rauter, 2000).

Todo percurso desta monografia visa interpretar as possibilidades que a Oficina de equipes pode proporcionar ao cuidado do território.

As atividades da oficina, por muitas vezes, eram instrutivas e os entrevistados explicaram que a oficina de equipes começou com uma capacitação, com intuito de qualificar o trabalho das equipes.

Psicologia⁵: *A necessidade de se capacitar as equipes de referência das Estratégia de Saúde da Família (ESF) em saúde mental (ESM) levou a que se fizessem reuniões com as duas equipes.*

Era uma atividade pontual oferecida as equipes da ESF por profissionais da equipe de saúde mental, que não trabalhavam no território. Porém, as equipes de referências apresentaram um desconforto quanto a serem capacitadas por profissionais que não conheciam o território em que as ESF estavam inseridas.

A organização do trabalho mudou. O Nasf SM se reorganizou e foram designados profissionais fixos para atuarem nas Estratégias. Com a mudança na organização do trabalho as atividades puderam ser regulares. E ao conhecerem as equipes e as demandas da ESF, o Nasf SM optou por transformar as capacitações, que eram meramente instrutivas em um espaço flexível e de construção de cuidado; as oficinas de equipe.

Psicologia: *Depois de alguns anos desta prática começaram a surgir alguns problemas porque nem sempre membros da ESM aceitavam as críticas e ponderações feitas pelas ESF sobre seu trabalho e começou a haver constrangimento aos capacitadores. Este mal estar na equipe me levou a não querer mais ser facilitador das equipes e os demais facilitadores também seguiram minha decisão e a partir daí voltou-se a fazer Oficinas de Equipes conduzidas pelos membros da ESM que atuam no próprio posto.*

Ao analisarmos o incômodo da ESF, sobre os profissionais de fora do território, podemos perceber uma demanda de cuidado implicada. A equipe de referência desejava ser apoiada. O apoio, diferente da capacitação se constitui na troca, as informações, sugestões, opiniões e críticas circulam, qualificando profissionais e consequentemente, o território.

A capacitação não precisa estar associada ao que está acontecendo no território, somente instruir sobre determinado assunto, porém as equipes da ESF apresentam a necessidade de apoio ao cuidado, de serem apoiados e a partir daí compartilharem um processo de educação permanente.

⁵ A partir daqui serão inseridas as falas dos profissionais entrevistados, identificados pela categoria profissional e suas respostas em itálico.

Terapia ocupacional: *A Oficina de Equipes não é enrigecida, fixa e sim cíclica pois se um dos objetivos é a aproximação entre as equipes estamos sempre observando como a equipe de referência está e o trabalho, bem como a comunidade para que possamos juntos refletirmos e atuarmos.*

A educação permanente em saúde se dá por um processo de percepção e ensino-aprendizagem, que significa, se apropriar da produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde. Na prática, as demandas da educação permanente são os problemas enfrentados no dia-a-dia, e as experiências dos profissionais, pois são elas os disparadores das mudanças.

Entendemos que essa dimensão organizativa do trabalho, e que compreendemos que não pode ser negligenciada, se articula à lógica de um conhecimento-informação que possibilita a ação; e que somente na ação o conhecimento tem comprovada a sua eficácia (Schwartz 2011, *apud* Vargas 2015).

A promoção da educação permanente, aos profissionais da estratégia, é um destaque da oficina de equipes. Na ESF Morro de São Jorge foram identificados muitos usuários que desejavam parar com o uso de substâncias psicoativas. A equipe de referência sugeriu que se discutisse alternativas de cuidado durante a oficina de equipes e juntos, equipe da ESF e Nasf SM, decidiram começar um grupo sob a metodologia da redução de danos.

O município de Macaé oferece um curso de formação em redução de danos mas ninguém, do Nasf SM nem da equipe de referência, havia feito o curso. O matriciador propôs que todos lessem a cartilha de redução de danos para ACS, fizessem pesquisas de domínio público na internet, e semanalmente, horas antes do grupo acontecer matriciadores e equipe da ESF discutiam sobre o tema de uso de substâncias e como promover o cuidado.

No início do estágio, fui convidada a participar de uma oficina com as equipes da ESF Barra-Brasília. A atividade tinha como tema a Rede de atenção psicossocial (RAPS) de Macaé e tinha como convidada uma psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial - Betinho (CAPS). Toda a equipe das duas estratégias, que funcionavam no mesmo prédio, estavam

presentes. Os profissionais levaram questões sobre o cuidado ao usuário com transtorno mental grave.

A primeira fala do matriciador foi explicar sobre o compartilhamento do cuidado. A equipe da ESF foi esclarecida quanto a função do CAPS e que ambos os serviços, ESF e CAPS, eram responsáveis por esses usuários, compartilhando o cuidado. Apresentou-se mais serviços da rede, como eles poderiam ser acionados acrescentando cuidado e qualidade de vida ao usuário.

Quando as equipe estão conscientes sobre a noção de cuidado compartilhado, é possível construir uma rede de cuidado territorial, pois não há como um serviço cuidar sozinho. A RAPS se faz com vários atores, institucionais e comunitários também, de forma a promover melhor assistência ao território.

Ações em educação permanente e, principalmente, com o CAPS permitem ao profissional da ESF desconstruir conceitos e estigmas, que são contraproducentes a prática da atenção básica.

Espaços como esses, de estudo sobre temas da saúde mental e conhecimento da rede, são de extrema importância, principalmente para desconstruir estigmas. Esses estudos só acontecem pelas vias do Nasf SM, nas oficinas de equipe que são espaços exclusivos para os profissionais da Estratégia. A desconstrução de estigmas é uma prática que aborda mais que conceitos. Desconstruir estigmas é criar laços entre a ESF e o território.

Terapia Ocupacional: Para mim o maior efeito é a desconstrução de que Saúde Mental é para "os loucos" ampliando as discussões a respeito da Doença Mental e Cotidiano dos usuários da rede de saúde.

Um dos trabalhos mais intensos do Nasf SM é o de desconstrução de estigmas. Na ESF Frade, um usuário com transtorno mental grave e seu cuidador possuíam péssima relação com a ESF. Durante uma oficina de equipes o enfermeiro pediu suporte ao Nasf SM, pois a equipe de referência ‘não sabia mais o que fazer’. Começou-se um processo de desconstrução aos profissionais; (re)apresentação de conceitos da reforma psiquiátrica; da atenção básica;

conversas sobre como as experiências de internação são traumatizantes; e a necessidade de esclarecer a população que no modelo da atenção básica, eles não são objetos de cuidado, e sim produzem o próprio cuidado junto a ESF e a rede assistencial (institucional ou comunitária), do município.

Fisioterapia: Nela é possível realizar discussões de casos, lembrando da definição ampla de caso, não apenas como indivíduo ou família, mas podendo também ser o território de abrangência da ESF ou parte dele, como uma escola, uma rua, um grupo de indivíduos, etc...

A equipe da ESF aos poucos foi se (re)apropriando das propostas da reforma psiquiátrica e atenção básica, e as transferindo para a cuidadora, mostrando a rede de apoio ao cuidado. E com equipe e usuários esclarecidos e apropriados quanto ao cuidado humanizado, um PTS pode ser elaborado e as relações (re)estabelecidas entre população e ESF.

A vivência das Oficinas de equipe me fez entendê-las como espaços não burocratizados. Enquanto as reuniões de equipe, realizadas pela ESF, possuem caráter permanente e formal, a oficina de equipes é uma opção de cuidado oferecido aos profissionais da ESF.

A reunião de equipe são espaços mais burocratizados, como é uma demanda estatal possui características formais, quanto a espaços, horários, participação e precisa acontecer com a presença do gerente da ESF ou não, mas também são espaços promotores de cuidado.

A Oficina de equipes não intenta suprimir o espaço da reunião de equipe, mas sim, ser um lugar onde o único tema em pauta seja o cuidado. Já a reunião de equipe precisa dividir-se em alguns temas, e as burocracias as vezes ocupam mais tempo do que o pretendido.

Já a oficina pode ser entendida, segundo Cristina Rauter (2000) como um espaço que transforma a resistência em (re)existência, ou seja, criar novamente a existência. A oficina possui característica de produção de mundo. É espaço que possibilita a reinvenção e o reconhecimento da função do desejo na produção de vida. Na análise em questão, a oficina de equipes é espaço onde os profissionais se reinventam e se “reconectam” com o território.

Fisioterapeuta: É um espaço de criação. Nelas nós podemos discutir casos, projetos terapêuticos singulares, propor atividades pedagógicas, planejar o trabalho do NASF, mas também cuidar da equipe de referência da ESF, das relações. Podemos, por exemplo, fazer uma roda de terapia comunitária com a equipe, uma dinâmica, atividade terapêutica, artísticas, manuais, artesanais ou corporais. Por isso não é apenas reunião de equipe. É um espaço flexível.

Na prática, alguns temas acabam por se repetir nas oficinas e reuniões, por exemplo temas relevantes a cogestão: harmonia entre os profissionais e discussões de caso, são temas que se repetem. Dentro da experiência vivenciada, pude perceber mais claramente a cogestão nos acordos, principalmente quanto a gestão e os profissionais. A oficina de equipes permite o pensar juntos, entre os profissionais da ESF e Nasf e, assim, gerir da melhor forma o cuidado que será direcionado ao território.

Psicologia: Estas Oficinas de Equipes permitem que se amplifique e harmonize a atuação das duas equipes. O matriciamento é uma forma nova de se trabalhar que é pouco compreendida e nestas reuniões sempre há um esclarecimento e aprofundamento do assunto. Em outros momentos serve como apoio à própria equipe da ESF que, dependendo do governo passa por momentos de muita incerteza e fragilidade. De uma certa forma estas reuniões estruturam a prática.

Nas minhas impressões o diferencial desses temas serem abordados nas oficinas de equipes é a coordenação de um profissional da saúde mental. As angústias do trabalho, por exemplo, são temas abordados nas reuniões e oficinas, no entanto o Nasf SM buscou usar o espaço da oficina para proporcionar momentos de relaxamento durante o trabalho, sugeriu em algumas ESF a prática do mindfulness, também conhecido como ‘atenção plena’. Exercícios de concentração, onde a pessoa dedica toda sua atenção em um objeto, que podem ser as sensações do corpo, batimentos cardíacos, enfim, possui resultados positivos sobre o estresse. O cuidado que os profissionais receberam, através do mindfulness, foi compartilhado com a

comunidade. Na ESF do Frade os exercícios começaram sendo praticados somente pelos profissionais, mas ao perceberem grande demanda de usuários com sintomas ansiosos decidiram por realizar um grupo de mindfulness nas comunidades.

A relação entre território e ESF, promove cuidado não apenas para os usuários. Quanto mais os profissionais das estratégias se apropriam do território, mais empoderados sobre o cuidado eles se tornam. Esta pesquisa não contabilizou a informação, porém era grande a incidência de ACS que optaram por fazer cursos de formação nas áreas da saúde, após começarem a trabalhar nas estratégias e se apropriarem dos conceitos da atenção básica.

No entanto, existem as situações em que as relações entre ESF e território dependem da conjuntura política da cidade. Meu primeiro contato com o campo de estágio foi na ESF Ajuda de Cima, com o espaço físico bastante prejudicado, pouco espaço disponível, áreas interditadas e outras situações. A equipe de referência já havia recebido a notícia que mudariam para um novo espaço mas não havia previsão de quando seria.

Os profissionais da ESF estavam completamente desmotivado, só havia uma sala onde as gestantes eram atendidas, por motivos de segurança todos os usuários eram encaminhados para outras estratégias em saúde ou outros serviços da rede.

O encaminhamento é um realidade dentro do sistema de saúde, porém deve acontecer de forma implicada, referência e contrarreferência. O que acontecia era uma desimplicação, o que quebra a lógica da territorialização, compartilhamento e as relações que promovem o cuidado implicado.

A oficina de equipes não acontecia nesta ESF. Os profissionais do Nasf SM estavam muito desmotivados em realizar atividades. A falta de espaço, de comprometimento da equipe de referência eram fatores que contribuía para que a oficina não acontecesse. Esta não era uma situação isolada, alguns bairros sofriam com diversas dificuldades que impediam as ações do Nasf, inclusive as oficina de equipes.

Psicologia: Cada caso é um caso sendo importante sempre levar em conta a conjuntura do posto naquele momento e fazer a Reunião utilizando todos os recursos que temos. Somos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e apoiar é o que nos cabe

realizar.

A fala desse profissional me remeteu a ESF Frade. Algumas vezes durante a ‘pausa do café’, na cozinha, o Nasf SM promovia conversas e levantava questões que poderiam ser temas das oficinas de equipes.

Durante meu estágio nesta ESF por mais de uma vez, quando o Nasf SM marcava uma data para realizar a oficinas de equipes haviam vários empecilhos por parte da equipe de referência. Mas, essas conversas na cozinha, sobre os processos de trabalho, sobre situações do território e educação permanente fluíam naturalmente, Isso deixou duas impressões. A equipe de referência possuía um receio quanto aos espaços de reunião, mesmo que eles não precisassem acontecer de forma burocrática; O Nasf SM precisava conhecer as necessidades da estratégia, então usava-se, às vezes, de outras alternativas que não pela oficina de equipes.

Na perspectiva de promover o cuidado aos profissionais do Nasf SM e Nasf saúde, as coordenadoras de ambos os Nasf promoveram uma oficina de equipes só para os profissionais dos Nasf’s.

O tema que mais se destacou nesta oficina foi integração. Os profissionais falaram que poderiam contribuir muito mais para a comunidade se os Nasf’s fossem um só. A divisão implica em coordenações diferentes, poucos encontros e prejudica a integração das ações.

Fisioterapia: Como a Oficina da equipes é um espaço bastante aberto, no sentido da liberdade que o profissional do Nasf tem de criar suas próprias estratégias, não mudaria nada, porém sinto falta de maior participação dos outros profissionais do Nasf, das outras especialidades.

Alguns profissionais que trabalhavam na mesma ESF se conheceram pessoalmente nesta reunião dos Nasf’s. Levantou-se, então, uma discussão de como promover o cuidado integral, a partir dessa dupla organização (Nasf saúde e Nasf sm), que favorecesse a integralidade do cuidado oferecido às ESF.

Conclusão

As experiências relatadas tratam de alguns poucos bairros da cidade de Macaé. A cobertura do Nasf SM é bem mais ampla, e em alguns bairros a oficina de equipes é uma atividade que possui muitos empecilhos para acontecer, pois os profissionais não se implicam na sua realização, ou não reconhecem seu valor, já que algumas atividades são parecidas com a reunião de equipe.

A oficina de equipes pode ser considerada apenas um disparador para o profissional da ESF, sejam eles a equipe de referência ou o próprio Nasf (SM e saúde). A Oficina de equipes se reflete na prática clínica através da transformação -sutil- que propõe ao profissional da estratégia, mas, se este não estiver disposto a pensar o cuidado junto a equipe do Nasf SM, de nada adianta a realização da oficina.

A oficina de equipes é coordenada por uma equipe especialista em saúde mental. O Nasf SM coordenando as oficinas de equipes promovem ações que valorizam a subjetividade das equipes de referência. Sendo, o cuidado da subjetividade do profissional da ESF o disparador para as transformações no território.

As Oficinas de equipe possuem potencial para criar espaços de validação de um olhar subjetivo para o território. Considerando que o território é um conjunto de processos subjetivos, o cuidado não pode ficar apenas no nível do objetificado, do acessível fisicamente, pois não é somente a este nível que está constituído o território.

Chego a conclusão que a oficina de equipes pode ser considerada mais um recurso importante para construir o cuidado do território da equipe, pois promove educação permanente, cuidado do cuidador, apoia a construção de um trabalho em equipe, no sentido da cogestão dos processos de trabalho e na cogestão da clínica e/ou do cuidado. Os usuários não tem participação direta nas oficinas, porém são para eles que os sentidos da oficina de equipes se concentram. As ações da oficina são de cuidado para/com os profissionais da ESF. Profissionais com relações de trabalho satisfatórias, esclarecidos quanto a funcionalidade da rede de saúde ou esclarecidos sobre conceitos de saúde praticam um cuidado mais atencioso.

O caderno de Atenção Básica número 34 (2013), referencia Milton Santos e sua noção

de território-vivo. Um conceito que considera as relações sociais e as dinâmicas de poder do território como configurações subjetivas construídas por quem cuida e habita o espaço geográfico.

O território não é um lugar objetificado, ele é constituído das subjetividades da população que o compõe, a ESF também faz parte desta composição. Uma equipe que, através da oficina de equipes, cuida de suas próprias subjetividades devolve ao território um cuidado sensível à escuta.

A produção de sensibilidade se reflete na quebra dos estigmas. Os doentes mentais são vistos como pessoas incapacitadas e possibilitar um lugar onde os profissionais questionam e reconstróem certos conceitos, é produzir existência ao outro e ao território. Ao outro, reconhecendo sua cidadania e direitos e conseqüentemente, seu pertencimento aquele território, sendo as questões e necessidades dele produtora de realidade para todos, desde que o território se constitui com os sentidos de todos os cidadãos.

O outro, morador da comunidade ou colega de trabalho, não é alguém que só recebe o cuidado, mas é alguém que também troca subjetividades. Através das relações se compõem, se constituem constantemente (Macerata, 2015). Quando a ESF traz o outro para si, aponta uma mudança na constituição do território, pois fala de uma prática mais implicada e menos objetificada.

A subjetividade nesse contexto age em duas vias constantes, pessoal e territorial. A subjetividade percorre as ruas e perpassa o sujeito, acrescentando 'características' de pertencimento ou não. Assim as intervenções, a partir da oficina de equipes, devem passar pelas experiências pessoais, considerando a subjetividade, pois sem ela o sentido do cuidado não está completo.

O profissional da ESF, que percebe a constituição subjetiva do território, o compreende além do espaço físico. Ele pode encaminhar um alcoólico para o CAPS-ad, mas ao mesmo tempo buscará formas de 'entender' o que leva aquelas pessoas a se encontrem, todos os dias no mesmo lugar e hora para conversar e beber, sem que os sentidos do cuidado passem por uma via acusatória.

Nas estratégias em que a oficina de equipes acontecia era perceptível a sintonia entre

os profissionais e a comunidade. A oficina de equipes se faz útil porque, proporciona cogestão aos processos de trabalho; é inseparável do trabalho em equipe, da ampliação, do apoio e qualificação do cuidado. Impressões como confiança, constância, companheirismo e cuidado eram notáveis nas equipes que se apropriaram da Oficina como dispositivo de cuidado de si e do outro.

Bibliografia

- ARAÚJO, L.F.S. et. al. **Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde**. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 15(3): 53-61, jul-set, 2013.
- BARROS, R. B.; JOSEPHSON, S. C. **A invenção das massas: a psicologia entre o controle e a resistência**. In: História da psicologia Rumos e percursos. Rio de Janeiro: Nau Ed, 441-462; 2011.
- BARROS, S.C.M. DIMENSTEIN, M. **O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica**. Estudos e Pesquisa em Psicologia. v.10, n.1, 2010.
- BRASIL, **Cadernos de Atenção Básica 27: Diretrizes do NASF**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
- _____. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 1997.
- _____, **Cadernos de Atenção Básica 34: Saúde Mental**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
- _____. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica., Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
- _____. **Política Nacional de Humanização**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 44 p. 2010.
- _____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006.

Revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (PSF). Ministério da Saúde. Brasília. 2006.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

CARDOSO, .G. HENNINGTON. **Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 9,supl.1, p. 85-112, 2011.

CECÍLIO, L.C.O. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997.

CECIM, R.B. FERLA, A.A. **Educação permanente em saúde**. Dicionário de educação permanente profissional em saúde.

<http://www.epsvj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acessado em: 07/06/2017

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. Campinas, SP: Dissertação [Mestrado] Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2004.

DELEUZE, G. GUATTARI, F.. **Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia**, vol. 4. São Paulo: Ed. 34, 2012.

FILHO. R. A. P. **A prática médica, a "hipermodernidade" e o paciente do sus**. In: Psicanálise e hospital 5: a responsabilidade da psicanálise diante a ciência médica. Rio de Janeiro: Wark editora, 55-62; 2011.

FRACOLLI, L.A., ALMEIDA, E.Z. **Teoria e prática da promoção de saúde: as concepções dos agentes comunitários de saúde**. O mundo da saúde. São Paulo; 35(2):137-144: 2011.

GONDIM. G. M. M. et. al. **O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização**. *sem ano*.

LOBO, L. F. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

LOURAU, R. **Análise institucional e Prática de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ. 1993.

MACERATA, I.M. **Traços de uma clínica de território com a Rua.** Rio de Janeiro, 2015.

_____. PASSOS, E. **Intervenção com jovens em situação de rua: problematizando cuidado e controle.** *Psicologia & Sociedade*, 27(3), 537-547, 2015.

_____. SOARES, J.G.N. RAMOS, J.F.C. **Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua.** *Interface*. 18 Supl. p. 919-930. 2014

PASSOS, E. *et.al.* **Diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado no POP RUA.** Rio de Janeiro:UFF. 2014.

PAÚL, C., FONSECA, A. M. **Psicossociologia da saúde.** Climepsi editores, 2011.

PEREIRA, M.P.; BARCELLOS, C.. **O território no Programa de Saúde da Família.** *Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, Uberlândia*, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

RAUTER, C. **Oficinas para Quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas.** In: AMARANTE, P., org. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. *Loucura & Civilização* collection, pp. 267-277; 2000.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1999.

ROSSI, A. PASSOS, E. **Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil.** *Revista EPOS; Rio de Janeiro – RJ*, Vol.5, nº 1, pág. 156-181: jan-jun, 2014.

SANTOS, A.L. RIGOTTO, R.M. **Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica.** *Trab.Educ.Saúde, Rio de Janeiro*, v.8 n.3, p.387-406, nov.2010/fev.2011.

SOUZA, A.P.A. CARDOSO, A.G.A.B. ESTEVINHO,W.L. **Atuação do NASF na dimensão de suporte técnico pedagógico às equipes.** *An Congr Bras Med Fam Comunidade.* Belém, 2013 Maio.

TANAKA, O.Y. RIBEIRO, E.L. **Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (2): 447-486, 2009.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde. (À luz da bioética).** Salvador-BA. Junho de 2011.

VARGAS, E.R. **Experiência e produção de conhecimento: a afirmação do público na educação na saúde.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2015.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/descentralizacao/inf_est_regional.php. Acessado em 20/09/16

<http://pensesus.fiocruz.br/descentralizacao>. Acessado em 20/09/16

<http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/regionalizacao/regionalizacao> Acessado em 20/09/2016

<http://www.avellareduarte.com.br/fases-projetos/planejamento/comunicacao-e-interlocucao/reunioes-regulares/> Acessado em 03/05/2017

ANEXO

Entrevistas

Psicólogo.

1- Como surgiu a Oficina da equipes?

A necessidade de se capacitar as equipes de referência das Estratégia de Saúde da Família (ESF) em saúde mental (ESM) levou a que se fizessem reuniões com as duas equipes. O membro da ESM que atuava naquele posto era quem conduzia estas reuniões mensais propondo dinâmicas ou levando assuntos relativos ao processo de matriciamento.

Em 2008 quando entrei para a equipe de SM me propuseram que fizesse essas reuniões porque haviam detectado a necessidade delas serem feitas por um membro externo às duas equipes. Passei a fazer estas reuniões na maioria dos postos e como a equipe SM exigiu que eu atuasse na ponta para conhecer o que era o trabalho, na prática, comecei a trabalhar na Malvinas B.

A medida que estas reuniões foram acontecendo outros membros da ESM também passaram a realizar reuniões de Capacitação em postos que não eram onde atuavam. Passamos a fazer uma reunião mensal destes capacitadores onde se discutiam as práticas, dificuldades, os resultados, etc. Em determinado momento chegou-se a conclusão que a verdadeira capacitação em Saúde Mental acontecia na prática diária de visitas domiciliares, interconsultas, terapias comunitárias, salas de espera, grupos de arteterapia, do remédio, etc e mudou-se o nome para OFICINA DE EQUIPES.

Depois de alguns anos desta prática começaram a surgir alguns problemas porque nem sempre membros da ESM (equipe de saúde mental) aceitavam as críticas e ponderações feitas pelas ESF sobre seu trabalho e começou a haver constrangimento aos capacitadores. Este mal estar na equipe me levou a não querer mais ser facilitador das equipes e os demais facilitadores também seguiram minha decisão e a partir daí voltou-se a fazer Oficinas de Equipes conduzidas pelos membros da ESM que atuam no próprio posto.

2- Porque o nome Oficina da equipes e não reunião de Equipe?

Oficina de Equipes porque visa integrar as equipes ESF E NASF/ESM. A ESF tem sua próprias reunião de equipe bem como a ESM.

3- Qual a funcionalidade da Oficina da equipes na estrutura das Estratégias?

Nesta oficinas tanto fazemos discussões sobre a relação entre as equipes, terapia comunitária com as equipes, discussão de caso e qualquer assunto que esteja mobilizando as equipes no momento.

4- Que efeitos produz, em sua perspectiva, para a ação da clínica e para as relações de trabalho?

Estas Oficinas de Equipes permitem que se amplifique e harmonize a atuação das duas equipes. O matriciamento é uma forma nova de se trabalhar que é pouco compreendida e nestas reuniões sempre há um esclarecimento e aprofundamento do assunto. Em outros momentos serve como apoio à própria equipe da ESF que, dependendo do governo passa por momentos de muita incerteza e fragilidade. De uma certa forma estas reuniões estruturam a prática.

Houve um momento que as Equipes ESF do Lagomar se sentiram tão empoderadas que numa oficina de Equipes se organizaram e as ACS passaram a fazer pequenas palestras nas salas de espera sobre assuntos relativos a amamentação, vacinas, cuidados de higiene, etc. Elas faziam isto também como um treino para apresentarem trabalhos no curso de técnica de enfermagem que algumas acs cursavam.

5- Em sua experiência existe algo nesse modo de acontecer da Oficina da equipes que você alteraria?

Lembrando sempre que é Oficina de equipes.

Cada caso é um caso sendo importante sempre levar em conta a conjuntura do posto naquele momento e fazer a Reunião utilizando todos os recursos que temos.

Somos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e apoiar é o que nos cabe realizar.

Terapia Ocupacional.

1- Como surgiu a Oficina da equipes?

1 e 2 - Foi criada como o nome de "Capacitação" como espaço de cuidado e temas da saúde mental. Iniciada só com os ACS e depois ampliada para todos OS profissionais.

A medida que a equipe de saúde mental foi crescendo, um profissional que não pertencia a equipe daquela comunidade ia para as comunidades para coordenar. Com o tempo, os profissionais sentiram a necessidade da troca de saberes entre as equipes de referência e de matriciamento. Sendo assim o nome "oficina" foi empregado pois vai além de "capacitar" (termo que remete a uma forma vertical).

2- Porque o nome Oficina da equipes e não Reunião de equipe?

1 e 2 - Foi criada como o nome de "Capacitação" como espaço de cuidado e temas da saúde mental. Iniciada só com os ACS e depois ampliada para todos OS profissionais. A medida que a equipe de saúde mental foi crescendo, um profissional que não pertencia a equipe daquela comunidade ia para as comunidades para coordenar. Com o tempo, os

profissionais sentiram a necessidade da troca de saberes entre as equipes de referência e de matriciamento. Sendo assim o nome "oficina" foi empregado pois vai além de "capacitar" (termo que remete a uma forma vertical).

3- Qual a funcionalidade da Oficina da equipes na estrutura das Estratégias?

Aproximação das equipes, estudo de casos para melhor acompanhamento. Estudar sobre temas em SM.

4- Que efeitos produz, em sua perspectiva, para a ação da clínica e para as relações de trabalho?

Para mim o maior efeito é a desconstrução de que Saúde Mental é para "os loucos" ampliando as discussões a respeito da Doença Mental e Cotidiano dos usuários da rede de saúde.

5- Em sua experiência existe algo nesse modo de acontecer da Oficina da equipes que você alteraria?

A Oficina de Equipes não é enrigecida, fixa e sim cíclica pois se um dos objetivos é a aproximação entre as equipes estamos sempre observando como a equipe de referência está e o trabalho bem como a comunidade para que possamos juntos refletirmos e atuarmos.

Fisioterapia.

1- Como surgiu a Oficina da equipes?

***Respondeu 1 junto ao profissional da Terapia Ocupacional.**

2- Porque o nome Oficina da equipes e não reunião de Equipe?

É um espaço de criação. Nelas nós podemos discutir casos, projetos terapêuticos singulares, propor atividades pedagógicas, planejar o trabalho do NASF, mas também cuidar da equipe de referência da ESF, das relações. Podemos, por exemplo, fazer uma roda de terapia comunitária com a equipe, uma dinâmica, atividade terapêutica, artísticas, manuais, artesanais ou corporais. Por isso não é apenas reunião de equipe. É um espaço flexível.

3- Qual a funcionalidade da Oficina da equipes na estrutura das Estratégias?

A Oficina da equipes tem como função ser um espaço de troca de saberes, discussão e planejamento do processo de trabalho e de cuidados equipe da ESF. Nela é possível realizar discussões de casos, lembrando da definição ampla de caso, não apenas como indivíduo ou família, mas podendo também ser o território de abrangência da ESF ou parte dele, como uma

escola, uma rua, um grupo de indivíduos, etc...Tem também uma função pedagógica, que permeia todas as ações do Nasf, inclusive a Oficina da equipes e mais especificamente quando nela é realizado o estudo de um tema específico, sempre de acordo com a demanda que emerge da prática.

4- Que efeitos produz, em sua perspectiva, para a ação da clínica e para as relações de trabalho?

Os efeitos produzidos pela oficina de equipe são muito positivos, podendo citar o protagonismo dos profissionais da ESF, a melhora na organização do processo de trabalho, a valorização do trabalho da ESF, a melhora nas relações interpessoais nas equipes, incluindo-se a do Nasf, maior entendimento das funções e objetivos do Nasf, diminuição ou eliminação dos estigmas relacionados aos usuários com transtorno mental, contextualização das abordagens em saúde mental, aumento da empatia pelo usuário, aproximação de alguns profissionais da ESF que posteriormente solicitam apoio para questões pessoais demonstrando abertura não apenas para cuidar de si como consequentemente para oferecer melhores cuidados a comunidade e maior criatividade.

5- Em sua experiência existe algo nesse modo de acontecer da Oficina da equipes que você alteraria?

Como a Oficina da equipes é um espaço bastante aberto, no sentido da liberdade que o profissional do Nasf tem de criar suas próprias estratégias, não mudaria nada, porém sinto falta de maior participação dos outros profissionais do Nasf, das outras especialidades. Tenho tentado estimular esses profissionais (nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, ...) a participarem, alternando a coordenação das oficinas (cada oficina teria um profissional do Nasf para coordenar), mas ainda percebo eles pouco ativos nesse processo, talvez por uma questão histórica em que pra saúde mental as oficinas de equipe já são rotina há mais de dez anos e as outras especialidades nunca foram incentivadas para tal. Então tenho feito uma auto análise sobre a minha conduta em relação a esses profissionais, se tenho realmente permitido a eles ocuparem este espaço com autonomia.