

# O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO ESTRATÉGIA COMPLEMENTAR DE ATENÇÃO

## EM SAÚDE MENTAL: “PROJETO RECRIANDO TRILHAS”.

Mariana Garcez Ribeiro  
Sandra Alessandrini Feliciano  
Rafael Ogalla Tinti  
Bruna de Oliveira Corrêa  
Erika Turrini Carvalho Rocha  
Natália de Paula Vidal  
Catarina Pedroso  
Gustavo Lerner Battagliese  
Isabela Mendes de Lemos  
Marina Feffer  
André Ricardo Nader  
Tarsila de Paula Quirino Paruci  
Vinicius Costa\_  
Thais Cristina de Vianna Miranda

### Introdução

Se o Acompanhamento Terapêutico (AT) esteve, desde o seu surgimento, articulado à Reforma Psiquiátrica e ao esforço de criação e fortalecimento de uma rede substitutiva de Saúde Mental (SM) (Silva e Silva, 2006), ele nunca foi, entretanto, um dispositivo oferecido formalmente na rede pública de Saúde Brasileira. Há relatos de experiências de AT no Sistema Único de Saúde (SUS), em seus Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e em outros serviços que compõem sua rede, porém nestes, o acompanhante terapêutico (At) sempre teve seu trabalho realizado em caráter de estágio, voluntário ou particular.

Sabe-se da importância histórica do AT como ferramenta alternativa às formas de tratamento em Saúde Mental (SM), convergente com o imprescindível trabalho de estruturação e fortalecimento dos serviços substitutivos da rede de Saúde Mental. O movimento da Reforma Psiquiátrica preconiza a superação do modelo hospitalocêntrico e asilar de cuidado, já que este passou a ser visto como mantenedor e promotor de doenças, ao invés de saúde. Foi neste contexto, então, que o AT entrou como estratégia importante de cuidado humanizado e resgate de cidadania dos usuários dos serviços de SM.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, entendida como um processo histórico complexo, de tensionamentos permanentes entre os diversos atores envolvidos (Figueiredo, 2007), vem se consolidando através de propostas de transformação do paradigma psiquiátrico, das práticas de saúde e do modelo asilar. Isso se reflete nos avanços legislativos alcançados até o momento – destacamos a Lei 10.216 de 2001 que: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, na qual a atual Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) se respalda.

A partir do final dos anos 80, quando a Reforma Psiquiátrica começou a ganhar mais corpo, os espaços de tratamento passaram a se abrir, experimentando cada vez mais mobilidades e porosidades em suas fronteiras. O AT, nesse cenário, era um dispositivo privilegiado por situar-se neste espaço intermediário *entre* a referência institucional para o usuário e os espaços públicos. Configurando-se como um potente agente de saúde que caminha

ombro-a-ombro com o usuário, o AT favorece, também, a dimensão de cidadania que os usuários conquistaram com a implementação da Reforma.

O AT vem ganhando campo a partir deste contexto de reformulação e invenção das maneiras e dos espaços de tratamento e, dentro da estratégia de intervenção dos CAPS, corrobora com o fortalecimento dos princípios de cuidado e práticas de saúde preconizados para esses serviços.

“O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.” (Brasil, 2004, p.13)

Assim, nesses serviços, bem como no dispositivo do AT, se amplia a noção de tratamento para além dos limites da instituição, potencializando ações no território que privilegiem as experiências no campo coletivo. No entanto, apesar dos encontros se darem também em lugares coletivos, o acompanhamento é um espaço privilegiado de trabalho clínico: mesmo que aconteça em settings variados, trata-se de uma intervenção singular, em função das questões do usuário. Assim, o AT converge a potência da clínica com as diretrizes da Reforma, isto é, a dimensão do sujeito e a dimensão da cidadania.

Embora notórios os benefícios desse dispositivo clínico, estratégias de saúde que se utilizem da prática, da ética e da tecnologia[1] do AT ainda são pontuais e pouco utilizadas no campo da saúde pública. Por outro lado, iniciativas de sucesso nos fazem pensar na potência e importância dessa proposta de trabalho, com seus desafios e obstáculos de inserção na rede de SM. Por isso, buscamos, cada vez mais, a utilização e absorção do AT como estratégia permanente de cuidado no campo da SM.

Dada a necessidade de se propor estratégias para o aprimoramento da PNSM e tendo o AT como dispositivo de fortalecimento dessa política, o presente trabalho visa relatar a experiência, os resultados e contribuições do projeto “Recriando Trilhas: Acompanhamento Terapêutico como Estratégia Complementar de Atenção à Saúde Mental no Município de Guarulhos, São Paulo”. Inicialmente, apresentaremos o Projeto em relação à sua pertinência no atual contexto da SM, à sua implementação, aos critérios de escolha dos usuários contemplados e ao processo de trabalho junto aos usuários e às Acompanhantes Comunitárias. Em seguida, apresentaremos uma primeira consideração sobre os resultados preliminares alcançados pelo Projeto nas suas diferentes modalidades (Acompanhamento Terapêutico Individual, AT em Grupo e Trabalho de Capacitação Profissional das Acompanhantes Comunitárias dos CAPS parceiros), procurando trazer à tona discussões e contribuições acerca dessa experiência inédita na saúde pública brasileira.

### **Justificativa**

Frente à ampla demanda da rede de SM do município de Guarulhos por tratamento e assistência, e sua conseqüente sobrecarga, as ações territoriais de responsabilidade dos CAPS podem ficar fragilizadas apontando, assim, para a necessidade de criação de estratégias inovadoras de cuidado em SM, buscando a complementação e fortalecimento dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) dos usuários destes serviços. Partindo desta realidade, o “Recriando Trilhas” visava a ampliação da resolutividade e territorialização das ações da SM oferecidas pelos CAPSi Recriar e CAPS III Alvorecer, no município de Guarulhos.

Para a consecução deste Projeto foi fundamental o estabelecimento da parceria entre Associação Saúde da Família (ASF) - Organização Social responsável pela gestão de alguns serviços de saúde em Guarulhos - e Secretaria de Saúde do Município de Guarulhos com o Grupo Trilhas de Acompanhamento Terapêutico.

Nascido em 2005, esse coletivo de psicólogos formados na PUC-SP se dedica a estudar, pensar e praticar a Clínica do Acompanhamento Terapêutico. O Trilhas, desde sua fundação, vem costurando parcerias com Instituições de Saúde Mental, Escolas e Profissionais da Saúde,

desenvolvendo projetos de vida junto aos acompanhados e promovendo saúde, autonomia e cidadania onde antes havia isolamento e exclusão. Além do campo prático, atua também no âmbito de formação e aprimoramento de novos Ats e, principalmente, se propõe a co-construir esse campo de trabalho potente e criativo que se desenvolve dentro e às margens das instituições formais, estabelecendo parcerias inovadoras e criativas.

A partir do estabelecimento desta parceria, foram feitas reuniões entre o Trilhas e as equipes dos CAPS para a construção conjunta dos objetivos do projeto, do processo de trabalho e da definição dos usuários que seriam contemplados.

Os objetivos foram estabelecidos entendendo que o AT poderia favorecer a ampliação das ações territoriais do CAPS em relação aos seus usuários, a complementação dos PTS(s) dos pacientes mais graves, bem como o fortalecimento da autonomia e da adesão destes ao tratamento. Era preciso, pois, construir com os usuários um plano terapêutico que convergisse com o projeto terapêutico dos mesmos, assim como sensibilizar e implicar a família no processo de cuidado e tratamento, de modo que o acompanhamento estivesse bem articulado com o trabalho da equipe no CAPS e pudesse ser sustentado pelos familiares.

O trabalho com os usuários teve como ponto de partida a demanda deles pela construção de novas formas de estar com o outro, o que implicou em uma cuidadosa elaboração da relação que se estabelece entre acompanhante e acompanhado. A circulação por espaços públicos e a entrada do At no contexto familiar foram maneiras de favorecer um deslocamento do usuário da posição que ele ocupa no mundo. Além disso, a possibilidade de estar em espaços antes inviabilizados afirma, para o usuário, seu caráter de cidadão, tal como já dissemos anteriormente. Esse trabalho essencialmente a dois, no entanto, costuma envolver outras pessoas e, assim, potencializa a construção de novas maneiras de estar e se relacionar com o coletivo, ampliando a vida do usuário para o bairro e para outros recursos da comunidade.

A escolha dos usuários que seriam acompanhados foi feita, portanto, levando-se em consideração os benefícios que o AT poderia oferecer. Assim, foram indicados pelas equipes usuários com graves limitações de circulação no território, aqueles com sérias dificuldades de estabelecer vínculos, com alto risco de institucionalização, com dificuldades de aderir ao tratamento e também usuários em contextos que exigiam alta intensidade de ações no território, ou seja, aqueles que o CAPS “não tinha pernas” para alcançar. De modo geral, foram indicados os casos que impunham grandes dificuldades para as equipes, que já se viam esgotadas em relação às estratégias de abordagem.

O passo seguinte foi a seleção criteriosa da equipe de Ats, que ficou a cargo do Grupo Trilhas. Para essa seleção, já tendo conhecimento dos usuários escolhidos pelas equipes CAPS, o Grupo Trilhas considerou as singularidades e necessidades de cada usuário, buscando Ats que tivessem intimidade com as temáticas trazidas por seus futuros acompanhados.

Para o acompanhamento da equipe de Ats ao longo do Projeto foi pensada a seguinte estrutura de trabalho (vide Quadro 1): supervisão semanal para os Ats, com o objetivo de fornecer alicerce teórico e reflexão contínua sobre o caso, oferecidos pela coordenação do Grupo Trilhas, registro do acompanhamento e troca institucional com os CAPS através de reuniões gerais e com as mini-equipes de referência, para garantir a construção de um projeto singular e compartilhado entre os parceiros.

Duas modalidades de trabalho foram colocadas em ação: Acompanhamento Terapêutico individual (CAPSi Recriar e CAPSIII Alvorecer) e Acompanhamento Terapêutico em Grupo (CAPSi Recriar). É importante destacar que esses formatos de AT foram pensados para contemplar as diferentes demandas apresentadas por cada CAPS, visando a otimização do serviço ao beneficiar o maior número de usuários possível e verificar o alcance destes dispositivos na comunidade.

As equipes dos CAPS introduziram os Ats ao repertório afetivo-social dos usuários: informações sobre seu histórico no serviço, seu contexto social e familiar, seus espaços de circulação e expectativas do CAPS em relação ao trabalho do At foram partilhadas, na tentativa de facilitar e

promover o vínculo At-Usuário. Uma vez iniciado o acompanhamento, foi instituído um espaço formal de troca semanal entre Ats e equipe de referência do usuário nos CAPS e participação mensal da Equipe Trilhas (Ats e coordenadores/supervisores) nas Reuniões Gerais dos CAPS, visando a troca de informações, compartilhamento de saberes e articulação de encaminhamentos necessários entre os profissionais envolvidos.

Quadro 1 – Estrutura do Projeto “Recriando Trilhas”

Uma primeira contratação teve caráter experimental e assumiu o formato de Projeto Piloto, sendo submetido, portanto, após 6 meses, à avaliação dos resultados alcançados. Frente à avaliação positiva de todos os parceiros envolvidos, foi estabelecida a renovação da parceria por mais um ano e a reformulação do Projeto: além da continuidade do trabalho dos Ats em campo e sua ampliação para o CAPS III Alvorecer, foi solicitado pela ASF que o Grupo Trilhas desenvolvesse um trabalho de formação e capacitação com as Acompanhantes Comunitárias (ACs) – função recém criada pela ASF para as antigas auxiliares de serviços gerais, uma vez que esta função foi terceirizada – dos CAPS beneficiados pelo Projeto.

Com o fim do período desse contrato, foi novamente feita avaliação do Projeto e ficou determinada a retirada dos Ats de campo em suas duas modalidades (Individual e Grupo) pela SMS de Guarulhos. Por outro lado, foi estabelecida a continuidade e ampliação da formação e capacitação das ACs nos CAPS já contemplados, agora incluindo o CAPS II Arco Íris, por mais um ano.

#### **Discussão sobre as questões suscitadas em função dos resultados do trabalho**

A seguir apresentaremos os resultados alcançados e uma reflexão inicial sobre estes. Para facilitar a compreensão dividiremos da seguinte forma: primeiro falaremos dos resultados das modalidades AT individual e em Grupo, depois discorreremos sobre os impactos das duas modalidades nas equipes CAPS e finalizaremos com os resultados do trabalho de capacitação das ACs.

#### **Acompanhamento Terapêutico Individual e em Grupo**

Destaca-se que os resultados descritos a seguir dizem respeito a um período de um ano e meio, compreendido entre 2011 e 2012, no qual as modalidades AT Individual e em Grupo aconteceram. Apesar do curto período de acompanhamento, tendo em vista a complexidade do tratamento de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, notamos que as intervenções do AT produziram impactos positivos não só para os usuários, mas também para as equipes dos serviços.

Em relação aos usuários contemplados com o dispositivo do AT, afirmamos que os objetivos gerais e específicos descritos anteriormente foram avaliados conjuntamente por equipe Trilhas e CAPS e concluiu-se que todos foram alcançados. Portanto, nos casos acompanhados, houve ampliação das ações territoriais, fortalecimento do PTs, ganho de independência e autonomia e maior adesão ao serviço, não só do usuário, mas também maior implicação das famílias no tratamento. Entendemos que tais conquistas são decorrentes de uma escuta atenta e disponível ao sujeito, a qual permitiu a realização de manejos singulares. O AT teve um alcance clínico que não vinha sendo possível no CAPS e que, no entanto, era fundamental para que o tratamento destes usuários avançasse.

Além disso, os acompanhamentos sempre tiveram como horizonte o cuidado com a rede territorial do usuário, na busca de seu fortalecimento e de sua ampliação, marca indelével do dispositivo do AT. Nesse sentido, as estratégias de ampliação de território visaram, para além da questão geográfica, o espaço subjetivo do entrelaçamento das vivências do acompanhado, abrangendo as instâncias presentes na trama de experiências de cada sujeito.

Considerando as diferenças no modo de estar e perceber o mundo de cada usuário e tendo em vista que o trabalho do AT é construído a partir desta singularidade, pôde-se verificar durante o processo de trabalho que houve mudanças positivas nas formas de encontro e vinculações dos pacientes, a partir do encontro com os Ats, mas estendendo-se aos outros usuários do serviço, à equipe técnica, à família e à comunidade. A escuta e a disponibilidade dos Ats abriram um campo de acolhimento da diferença, no qual o usuário passa a ser visto não como “o impotente”, “o doente”, e passa a ocupar outros lugares subjetivos como sujeito de vontades e desejos. Esse campo aberto pela presença e posicionamento do At criou uma comunicação horizontal respeitosa e zelosa, possibilitando ao acompanhado experimentar -se como indivíduo potente e ativo.

Com relação à viabilidade do trabalho, acreditamos que a condição de exterioridade do AT em relação aos CAPS permitiu uma parceria privilegiada já que, por não fazer parte da equipe básica dos serviços, mas por compor com elas, não se submetia às demandas já instituídas e muitas vezes não terapêuticas. Esse *não fazer parte* da instituição permitiu a diminuição do risco de se perder de vista a real demanda do acompanhado. O que está em perspectiva é a possibilidade de construção de uma cartografia própria daquele sujeito acompanhado, o que se fez através da escuta e olhar provindos de fora. Neste sentido, o compromisso do At é com seu acompanhado e a aliança se dá com ele, sempre buscando sua participação ativa diante das diversas demandas que se colocam em relação a ele.

Assim, a prática do AT descolada dos atravessamentos e instituídos da cultura organizacional dos CAPS, não só enriqueceu as experiências de todos os profissionais envolvidos como também se consolidou como um salto qualitativo do atendimento oferecido à comunidade. A intenção de cooperar junto a uma equipe de saúde ocupando o lugar da “borda”, “do estrangeiro”, ao mesmo tempo dentro e fora, trouxe resultados não só relevantes para os usuários contemplados, mas também para a instituição; mais à frente falaremos sobre os impactos desse trabalho para os profissionais do CAPS. Ainda, destacamos, que mais do que o lugar “do fora” ocupado pelos Ats, o que produziu efeitos significativos nos funcionários do CAPS foi a qualidade do trabalho clínico do At, associado a uma grande disponibilidade para atender um único caso – o que é inviável para a instituição.

Compreendendo a reabilitação psicossocial como processo de resgate da capacidade do sujeito de produzir sua própria vida atribuindo-lhe sentido e se inserindo no sistema de trocas sociais, apostamos que tal processo foi catalisado pelo dispositivo do AT. O AT pôde re-conectar processualmente o sujeito no seu circuito social, contextualizando o sofrimento psíquico do acompanhado pelo intermédio da cultura. Com o trajeto construído entre acompanhante-acompanhado, respeitando as singularidades em questão, o sujeito em sofrimento pôde ter sustentação para inscrever sua personalidade no mundo e, então, se re-construir em direção a uma existência mais plena e cri-ativa.

Falando especificamente do AT em Grupo, pudemos observar que esse trabalho possibilitou aos jovens participantes o reconhecimento de suas semelhanças e diferenças, criando assim, um lugar de pertencimento e apoio coletivo, no qual puderam dar voz às angústias

e desejos. As saídas pela cidade propiciaram o exercício da cidadania e a concretização de importantes experiências de convivência e de relacionamento interpessoal. O ganho em relação à autonomia foi notório, bem como o desenvolvimento dos recursos pessoais de cada participante. Puderam desenvolver e trabalhar temas comuns à vida de todos, tais como: dinheiro, regras sociais, trabalho, respeito, ética, troca, sexualidade, cuidado e limites.

### **Impacto do Projeto Recriando Trilhas nas equipes dos CAPS**

Os espaços de troca entre os Ats e as equipes dos CAPS (Reuniões gerais da instituição ou com as mini-equipes de referência para cada caso) proporcionaram reflexões e parcerias importantes, aproximando a instituição da proposta do Projeto. Esse processo permitiu um compartilhamento de saberes, tomadas de decisões em conjunto e articulação de novas estratégias de intervenção com cada usuário e/ou grupo.

Dentre os impactos deste Projeto gerados nas equipes do CAPS, notamos que houve um significativo aprofundamento do pensamento clínico, não apenas sobre o usuário favorecido com o trabalho de AT, mas também de outros usuários que geram inquietação e angústia. As reuniões semanais das mini-equipes e das equipes gerais com os Ats, com um tempo significativo dedicado à discussão dos casos acompanhados trouxe, assim, uma retomada para estas equipes da importância e da necessidade de um debate aprofundado sobre os usuários e seus Projetos Terapêuticos Singulares.

Frente à presença do At e das informações que ele trazia, por conta do vínculo intenso e próximo criado com o acompanhado, as equipes tiveram que se reposicionar gerando, assim, tanto movimentos de renovação e criação salutares, como enrijecimentos da ordem da resistência. Neste sentido, os Ats aproximaram as equipes dos casos que estavam distantes do serviço e, também, criaram deslocamentos das figuras de referência de alguns casos trazendo, assim, mudanças em casos antes estagnados.

A presença dos Ats criou, além disso, a possibilidade de estabelecer parcerias tanto na resolução de questões mais complexas que dizem respeito aos usuários, quanto na criação de estratégias mais inventivas no acolhimento às demandas que se colocaram. Diante dos deslocamentos subjetivos – provocados pelo acompanhamento –, as equipes foram obrigadas, portanto, a repensar as estratégias de atendimento, através de debates mais amplos e aprofundados sobre os casos.

Por fim, a entrada dos acompanhantes evidenciou as resistências das equipes no que diz respeito ao domínio do caso e à possibilidade de compartilhá-lo com outros atores sem sentirem-se ameaçadas ou destituídas de seu saber. Estabeleceu-se, portanto, uma parceria bastante produtiva entre os Ats e as equipes, o que resultou em um maior alcance de casos complexos, no avanço do atendimento à usuários de difícil vinculação e no aprimoramento do olhar clínico dos profissionais dos CAPS na sua prática cotidiana.

### **Trabalho com as Acompanhantes Comunitárias (ACs)**

A proposta desse trabalho é ancorada em dois alicerces: o primeiro de caráter educativo e de troca de tecnologia, abrange as temáticas do surgimento, ética e prática do dispositivo do Acompanhamento Terapêutico, percurso político e histórico da Loucura e Reforma Psiquiátrica, contexto atual da Saúde e do SUS e Itinerários de Formação das profissionais envolvidas.

O outro alicerce é a criação de um espaço de reflexão clínica contínua cujo objetivo principal é instrumentalizá-las a refletir e repensar sobre sua própria prática, no intuito de criar novas maneiras de acolhimento e cuidado com os usuários. Esse espaço reflexivo também busca o empoderamento dessa nova identidade de trabalho, já que essa é uma categoria nova no serviço, trazendo a relevância estratégica da atuação das ACs tanto no nível micro: no serviço e no fazer com os pacientes, quanto no nível macro: fortalecimento do SUS e das PNSM.

Apresentamos os seguintes resultados preliminares dessa intervenção que, apesar de iniciais, já revelam impactos positivos nos serviços e por sua importância merecem ser publicizados. Em primeiro plano, podemos destacar uma maior apropriação e clareza das ACs acerca de sua função e atribuições, colocando-se de forma ativa na condução dos casos e nos espaços de troca com outros profissionais. Também vemos como resultado desse trabalho o reposicionamento da equipe em relação ao trabalho das ACs, valorizando e considerando seus posicionamentos e condutas no serviço, contribuindo, assim, para o fortalecimento da equipe multiprofissional, promovendo trocas horizontais de saber e construção coletiva de conhecimento, enriquecendo as estratégias de intervenção e potencializando a resolutividade do serviço em relação aos cuidados com os usuários.

### **Considerações Finais**

Esse texto é uma primeira aproximação dos resultados alcançados até o presente momento pelo Projeto “Recriando Trilhas”, uma vez que este permanece ainda em

andamento. Acreditamos que o compartilhar dessa experiência que, ousamos dizer, é exitosa, pode abrir espaços de reflexão e ação para que o dispositivo de AT seja cada vez mais reconhecido e utilizado como estratégia efetiva de cuidados em saúde na Rede Pública. Como já dissemos anteriormente, entendemos que o AT é uma prática que, desde que bem fundamentada clinicamente, qualifica o atendimento oferecido pela Rede Pública de Saúde Mental. Ela pode ser, portanto, uma ferramenta importante de interligação dos diversos serviços que compõem a Rede, de maior alcance daqueles pacientes que não chegam aos serviços pelas vias tradicionais e de um cuidado singular, associado ao trabalho no território já mais amplamente desempenhado pelos serviços.

Esperamos que, mais do que indicar caminhos, esse relato de experiência sirva de abertura para questionamentos sobre os limites e desafios da inserção, até então inédita, do AT na PNSM. Por mais que esse Projeto tenha sido e continue sendo exitoso, restam muitas questões acerca da formalização do AT na Rede Pública. Pois, se sabemos que a parceria com a Organização Social gestora dos serviços foi a maneira possível de introduzirmos o AT nos CAPS de modo remunerado, também sabemos dos limites, dos entraves e desafios desse tipo de inserção. É preciso pensar, pois, como o AT pode ser um dispositivo reconhecido e garantido como política pública, bem como o tipo de inserção que ele teria nos serviços da Rede, de modo a assegurar que ele funcione como um incremento às políticas de Saúde Mental.

Assim, muitas perguntas restam em aberto: o que significa, rigorosamente, a exterioridade dessa clínica? O que garante essa exterioridade? Qual a relação dessa posição com a rede pública? Que formas de inserção são possíveis **para Ats dentro do SUS? Será que esse dispositivo pode ser usado em outras estratégias além da SM?**

O desafio de encontrar essas respostas está lançado para todos nós que nos comprometemos, seja dentro dos serviços da Rede Pública, ou em suas bordas, a cuidar de forma cada vez mais humanizada daqueles em grave sofrimento, usuários do SUS e cidadãos brasileiros. Sabemos da potência do AT como forma de cuidado singular e consistente em casos de grande complexidade e de difícil alcance. Resta, portanto, pensarmos em como ampliar essa clínica de modo a torná-la uma política pública efetiva a favor da produção de saúde para todos em nosso país.

---

[1] “A tecnologia deve ser compreendida como conjunto de ferramentas, entre elas as ações de trabalho, que põem em movimento uma ação transformadora da natureza. Sendo assim, além dos equipamentos, devem ser incluídos os conhecimentos e ações necessárias para operá-los: o saber e seus procedimentos.” (Schraiber et all) Retirado do Verbetes “Tecnologia em Saúde”, Dicionário de Educação da Profissional de Saúde, Fiocruz. <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tecsau.html>