



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA**

DÉBORA CRISTINA BERTUSSI

**O APOIO MATRICIAL RIZOMÁTICO E A PRODUÇÃO DE
COLETIVOS NA GESTÃO MUNICIPAL EM SAÚDE**

Rio de Janeiro

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

DÉBORA CRISTINA BERTUSSI

**O APOIO MATRICIAL RIZOMÁTICO E A PRODUÇÃO DE
COLETIVOS NA GESTÃO MUNICIPAL EM SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadores:

Marcelo Gerardin Poirot Land

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Emerson Elias Merhy

Rio de Janeiro
2010

Ficha Catalográfica:

Bertussi, Débora Cristina.

O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde / Débora Cristina Bertussi. – Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2010.

234 f. : il. ; 31 cm

Orientadores: Marcelo Gerardin Poirot Land, Laura Camargo Macruz Feuerwerker e Emerson Elias Merhy.

Tese (doutorado) -- UFRJ, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Clínica Médica, 2010.

Referências bibliográficas: f. 222-233.

1. Gestão em saúde. 2. Administração de serviços de saúde. 3. Prática de saúde pública. 4. Planejamento em saúde. 5. Estratégias locais. 6. Saúde da família. 7. Humanização da assistência. 8. Trabalho. 9. Relações interpessoais. 10. Cartografia. 11. Brasil. 12. Gestão em saúde - Tese. I. Land, Marcelo Gerardin Poirot. II. Feuerwerker, Laura Camargo Macruz. III. Merhy, Emerson Elias. IV. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Clínica Médica. V. Título.

DÉBORA CRISTINA BERTUSSI

**O APOIO MATRICIAL RIZOMÁTICO E A PRODUÇÃO DE
COLETIVOS NA GESTÃO MUNICIPAL EM SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovada em:

Dr. Marcelo Gerardin Poirot Land
Universidade Federal do Rio de Janeiro

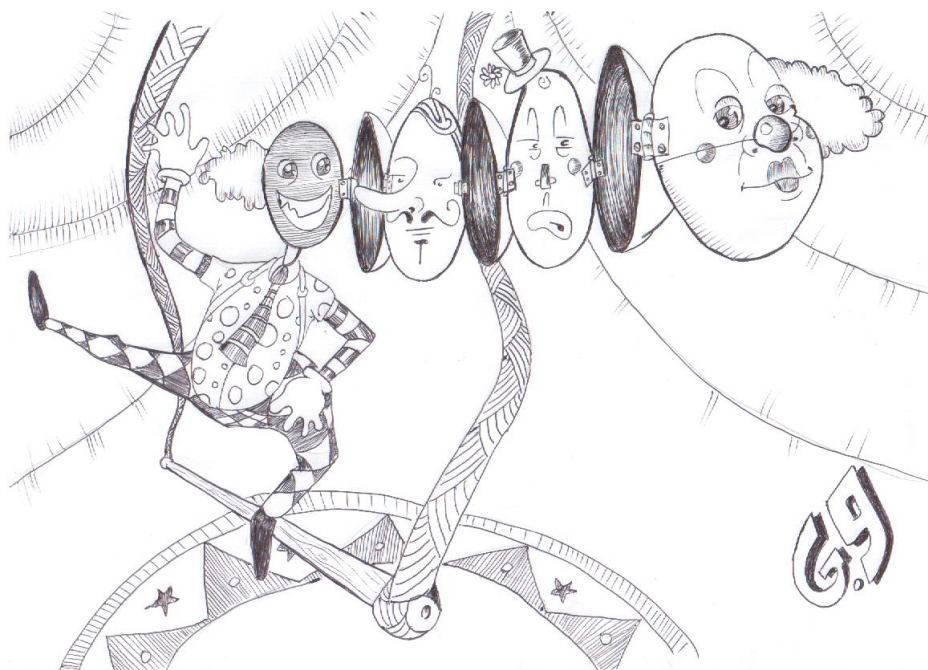
Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
Universidade Federal de São Paulo

Dr. Ricardo Burg Ceccim
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dra. Maria Paula Cerqueira Gomes
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dr. Neio Lúcio Fernandes Boechat
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dr. Afrânio Kritsky
Universidade Federal do Rio de Janeiro



Os apoiadores e suas máscaras: desenho apresentado pelo grupo de apoiadores da SMS de São Bernardo do Campo

Ofereço este trabalho aos produtores
de cuidado em saúde!!!

nem toda hora
é obra
nem toda obra
é prima
algumas são mães
outras irmãs
algumas
clima

Paulo Leminski (1985)

AGRADECIMENTOS

Esta tese está “recheada” de muita história, emoção, afetação, vibração nas vivências de militância no SUS e ela não seria possível sem as muitas relações e encontros produzidos. Neste sentido é difícil nominar todos, mas vou tentar e arriscar.

Aos meus pais que me ofertaram as possibilidades de ser eu mesma para chegar até aqui e ter paciência para aguardar o meu tempo, amor generoso para educar e vibração suficiente para comemorar todas as minhas conquistas.

A Stefanie pelo companheirismo e apoio na caminhada da vida, capacidade de escuta, acolhimento e presença integral e amorosa nesta produção. As muitas conversas e idéias, provocações e estímulos.

Ao Lú e Sonia militantes da vida e apoiadores incondicionais. A Mayra (sobrinha) por compartilhar em momentos de encontros familiares as boas conversas, dificuldades e alegrias no processo de produção do conhecimento, ela fazendo o mestrado e eu doutorado.

A Rossana Baduy, que conheci como professora da graduação e depois virou grande amiga, parceira na trajetória de militância e produção do SUS, e que compartilhou como amiga de doutorado dos agradáveis, prazerosos e difíceis momentos neste processo de formação, as boas conversas presenciais, telefônicas e no MSN inclusive em muitos momentos de “encalacramento”, angústia, dificuldade e finalmente vibrando juntas com término deste processo.

A Laura Feuerwerker, grande amiga e incentivadora dos movimentos que viraram objeto deste estudo. Como orientadora, fazendo fortes provações para o aprofundamento, produção de análise e escrita e em muitos momentos apoiando a busca de saídas. Aprendemos muito em parceria.

Ao Emerson que comondo boa dupla com Laura atuou fortemente para desterritorializar-me e, com muita paciência, apoiou a necessária reterritorialização, movimento denso e intenso neste processo de construção do conhecimento. Em sua parceria especial com Mina, agradeço pela amizade e apoio em vários momentos da vida e desta produção.

A Monica Rocha, carioca da gema, pela amizade, parceria nas dificuldades do processo de formação e pelo apartamento acolhedor com direito a ótimos cafés da manhã, bons papos, grandes gargalhadas e muitas horas discutindo como fazer a próxima apresentação do projeto/tese.

A Paula Cerqueira que desde o Pólo de Educação Permanente do Rio de Janeiro, é grande parceira na produção de movimentos instituintes na produção da rede de serviços de saúde, na formação em saúde e na produção do conhecimento.

A Lumêna que, primeiramente apoiou a entrada no doutorado quando ainda estava no DAD/MS e em um segundo momento tornou-se companheira de formação na linha de pesquisa, com sua contribuindo nesta produção.

Aos habitantes da república carioca Laura, Rossana, Emerson, Mina, Mariana e Luciana, que durante algum tempo proporcionou alegres cafés da manhã, muitas trocas, bons papos e boas risadas.

Aos amigos da vida em especial à Vera Martins, que compartilhou muitos momentos na vida, no SUS e na formação em saúde.

Aos professores/orientadores da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e do Cuidado em Saúde Marcelo Land, Emerson Merhy, Laura Feuerwerker, Ana Abrão, Paula Cerqueira, Túlio Franco e Alexandre.

Aos companheiros da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e do Cuidado em Saúde que apoiaram esta produção. Em especial ao Paulo Eduardo e Ricardo Moebus.

Aos membros da banca examinadora que toparam o desafio com afeto, generosidade e rigor na avaliação desta produção. É um grande privilégio ter Luiz Cecílio, Ricardo Ceccim, Paula Cerqueira, Marcelo Land e Neio Lúcio Fernandes Boechat na banca.

Agradeço aos amigos e parceiros de caminhada de formação na saúde, militância e produção do SUS

Aos trabalhadores da saúde do SUS e em especial aos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa.

Enfim, á vida!

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAIS	Centros de Atendimento Integrado em Saúde
CAISI	Centro de Atenção Integral ao Idoso
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DS I	Distritos Sanitários I
DS III	Distritos Sanitários III
DS IV	Distritos Sanitários IV
DS V	Distritos Sanitários V
DSII	Distritos Sanitários II
ESF	Equipe de Saúde da Família
GERUS	Curso de Formação de especialistas em Gerência de Unidades Básicas de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRA	Infecção Respiratória Aguda
MS	Ministério da saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESCO	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Paraná
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgências
SEGETES	Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	O Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMS/JPA	Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa
SUS	Sistema Único de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina

UEM	Universidade Estadual de Maringá
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNIFIL	Centro Universitário Filadélfia
UNOPAR	Universidade Norte do Paraná
USF	Unidades de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Ilustração poesia Paulo Leminski.....	35
Figura 2: Diagrama das Máscaras do apoiador.....	138
Figura 3: Diagrama Caixa de Ferramenta	149
Figura 4: Diagrama Caixa de Ferramenta 2.....	151
Figura 5: Diagrama Caixa de Ferramenta 3.....	151
Figura 6: Diagrama Micropolítica.....	156
Figura 7: Núcleos do cuidado.....	187

BERTUSSI, Débora Cristina. **O APOIO MATRICIAL RIZOMÁTICO E A PRODUÇÃO DE COLETIVOS E NA GESTÃO MUNICIPAL EM SAÚDE**. Rio de Janeiro, 2010. Tese (Doutorado em Clínica Médica)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

RESUMO

Apesar dos progressos significativos na construção do SUS, um grande desafio para as equipes de gestão municipal é alterar o padrão hegemônico de gestão e da produção das práticas de saúde na perspectiva de construir uma rede de serviços mais cuidadora e participativa. A grande possibilidade de quebra da lógica predominante é sua desconstrução no espaço da micropolítica, no espaço da organização do trabalho e das práticas de saúde. Por isso é tão importante transformar a gestão e criar a possibilidade de que, no espaço coletivo, as pessoas descubram que têm o poder de mudar. Este trabalho localiza-se no campo da gestão municipal de saúde e tem como objetivo estudar no espaço da micropolítica, a produção de coletivos e analisar os dispositivos desencadeados com esse objetivo em uma gestão municipal de saúde.

Nesta pesquisa, utilizo a cartografia para acompanhar o processo, deter-se em acontecimentos que se tornaram visíveis, ponderá-los, ir além atrás de novos encontros, pensar sobre eles e sentir as suas afecções. A experiência foi perscrutada por meio de conversas no cotidiano, observação, entrevistas, reuniões e discussão de grupos diretivos/apoiadores, além da análise documental como forma de obter e registrar as afetações vividas no processo.

Palavras-chaves: Gestão em saúde, Assistência integral à saúde, Saúde da família, Prática de saúde pública, Gestor de saúde, Trabalho, Relações interpessoais, Estudos de intervenção, Brasil.

BERTUSSI, Débora Cristina. **O APOIO MATRICIAL RIZOMÁTICO E A PRODUÇÃO DE COLETIVOS E NA GESTÃO MUNICIPAL EM SAÚDE**. Rio de Janeiro, 2010. Tese (Doutorado em Clínica Médica)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

ABSTRACT

Despite significant progress in the construction of SUS, a great challenge for teams of municipal management of SUS is to change the hegemonic standard of management and production practices of health from the perspective of building a network of more participatory and caregiver services. A great opportunity to break the prevailing logic is its deconstruction in the space of micropolitics in the space of work organization and health practices. It is so important to manage change and create the possibility that, in the collective space, people discover they have the power to change. This work is located in the field of municipal management of health and aims to study the space of micropolitics, production collectives and analyzing the devices triggered by this goal in a municipal health.

In this research, I use the mapping to monitor the process, hold up in events that have become visible, ponder them, to go beyond after further discussions, think about them and feel their affections. The experience has been scrutinized through conversations in daily life, observation, interviews, meetings and discussion groups directors / supporters, and document analysis as a means to obtain and record the damages experienced in the process.

Keywords: Health Management, Comprehensive health care, Family Health, Public Health Practice, Manager of Health, Labor, interpersonal relations, Intervention studies, Brazil.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	14
2. VIAGEM CARTOGRÁFICA: PELOS TRILHOS E DESVIOS.....	23
2.1. PERCORRENDO OS TRILHOS E ENCONTRANDO DESVIOS	32
2.2. AS ESTAÇÕES DA VIAGEM-VIDA.....	35
2.3. A ESTAÇÃO JOÃO PESSOA – CAMPO DA PESQUISA.....	48
3. O MUNDO DO TRABALHO EM SAÚDE.....	54
3.1. A EDUCAÇÃO PERMANENTE NA CONSTITUIÇÃO DA GESTÃO EM JOÃO PESSOA.....	67
3.2. NOVOS ARRANJOS: A PRODUÇÃO DO “ENTRE”	80
3.3. UM COLETIVO PRODUZINDO OUTRO COLETIVO.....	94
3.4. LINHAS DA TRAMA INSTITUCIONAL: APOIO UM ENTRE- LUGAR?.....	106
3.5. O APOIO NA METODOLOGIA PAIDÉIA.....	113
3.6. “ENGENHOCA” PARA A ANÁLISE.....	122
3.6.1. OS PLANOS CONSTITUTIVOS DO APOIO.....	122
3.6.2. OS DIAGRAMAS.....	132
3.6.3. OS APOIADORES E SUAS MÁSCARAS.....	134
3.7. A VIDA E O VIVER: O APOIO EM JOÃO PESSOA.....	157
3.8. ANALISANDO A PROPOSTA DO PAIDEÍIA.....	164
3.9. UM ASSUNTO QUE VAZA NA DISCUSSÃO SOBRE APOIO: O ARRANJO DAS PROFISSÕES.....	184
4. ENTRE APARELHOS, RODAS E PRAÇAS.....	206
5. PENSAR E (RE)INVENTAR-SE: É QUANDO A VIDA VAZA.....	213
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	222
ANEXOS	

1. APRESENTAÇÃO

não fosse isso
e era menos
não fosse tanto
e era quase

Paulo Leminski (1980)

Porque começar com a poesia de Paulo Leminski? Porque escolho sua produção como um dos “óculos” que uso para olhar o mundo. Na minha caminhada pela vida a poesia de Paulo Leminski sempre me inspirou e produziu sentido. O seu jeito de construir a poesia, sua arte de escrever, sempre me produziu desterritorialização e reterritorialização. Sua arte afeta por conseguir quebrar as fronteiras entre o texto e a imagem, seu texto é uma imagem e sua imagem é um texto, produzindo várias conexões entre si, sem obedecer a nenhuma hierarquia ou ordem.

Resolvi, ou melhor, interessei-me por estudar a construção da gestão municipal de saúde de João Pessoa, porque acho fundamental que estes movimentos experimentados na construção do SUS sejam investigados, debatidos e publicizados. Sobretudo por haver escassos meios para o compartilhamento de experiências entre militantes, trabalhadores de saúde e gestores do SUS, que sabem haver movimentos interessantes acontecendo em alguns lugares, mas inacessíveis, porque estas vivências – exitosas ou não - não têm sido suficientemente registradas e divulgadas. Sinto-me em sintonia com esse esforço de ampliação da discussão, pois o que pretendi não foi escrever sobre os êxitos desta vivência, mas, sim, colocar em debate o modo possível de fazer a partir de conhecimentos existentes/disponíveis e do contexto/cenário local.

Considero que um processo de investigação é sempre interessado, porque se inicia a partir de certas dúvidas e inquietações que levam a problematizações, que, por sua vez, apontam para necessidade de estudar o objeto em questão. Desse modo, como o pesquisador não é neutro em suas escolhas, faz recortes de partes da realidade a ser investigada a partir de suas implicações. E por isso a poesia de Leminski tem todo sentido neste momento. “Não fosse isso e era menos. Não fosse tanto e era quase”.

Desta forma, o encontro com autores e debates foi desencadeado a partir de perguntas suscitadas pela produção na gestão municipal em saúde em João Pessoa, numa aposta de construção de uma rede de saúde usuário-centrada. A alteridade foi buscada dando voz a diferentes atores participantes desta gestão municipal e também nos debates na linha de pesquisa “Micropolítica do Trabalho e Cuidado em Saúde” do programa de pós-graduação da UFRJ. Esta Linha, juntamente com outros, propõe outro jeito de investigar/pesquisar/construir saberes e proporciona um espaço de formação de pesquisadores/investigadores não somente a partir de indagações teóricas, mas num movimento de disparar perguntas e investigações a partir da vida. Inspirada em Espinosa, arrisco-me a dizer que este coletivo vem produzindo bons encontros e afecções alegres para vida e para a produção de conhecimento, quando vamos construindo o saber militante, incorporando ferramentas, compartilhando com companheiros/parceiros os projetos de mudança na saúde, particularmente na condução dos processos experimentados nas máquinas governamentais.

Então, concordando com Ricardo Moebus (colega de doutorado) que afirma que: “este coletivo opera a micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde sob o desafio permanente da produção de saberes e investigações; faz aposta de que seja

a partir dos mais autênticos incômodos, presentes no mundo do trabalho em saúde, que se pode produzir saberes para aumentar a potência de produção de cuidado nestes ou noutros cenários. Sendo assim, é preciso colocar na mesa as pulgas que trazemos atrás das orelhas, pois elas serão importantes ferramentas de trabalho, ou afinal, elas é que nos farão trabalhar. Serão aquelas maiores e mais incômodas pulgas que exigirão respostas que realmente precisamos construir”.

Justamente falando deste lugar, tenho que declarar que o processo foi desafiador, pois tive a pretensão de cartografar os movimentos, produzir conexão com os acontecimentos em suas múltiplas dimensões, abrir-me para o inusitado. Desviar-me, surpreender-me e desconhecer-me. Explorar devires.

Entrando no campo da saúde, sabemos que inúmeras indagações/inquietações têm se produzido durante a construção do SUS. No Brasil, após a Constituição de 1988, estamos experimentando, buscando novas modalidades de organização das práticas de gestão e de atenção a saúde, procurando concretizar os princípios da universalidade, equidade, descentralização, integralidade e participação social. Ao mesmo tempo em que enfrentamos a exclusão social provocada pelo projeto neoliberal.

Apesar dos avanços alcançados no plano jurídico normativo - na Constituição, leis orgânicas e normas operacionais; no plano político pelo fortalecimento das três esferas de governo, das instâncias de pactuação e do controle social; e no plano da oferta de serviços pela ampliação da cobertura e do acesso, o SUS enfrenta vários desafios para sua consolidação. Dentre eles, no campo da gestão e da produção de políticas, destaca-se o predomínio da centralização das decisões tomadas no topo da pirâmide, da hierarquia baseada no princípio da unidade de comando, a adoção majoritária de estruturas piramidais de poder, e a rigidez e impessoalidade no

trabalho em saúde, o que implica falta de flexibilidade na gestão do sistema e afastamento das necessidades de saúde da população.

Além disso, há uma tendência, nas análises em torno do SUS, a circunscrever os graves problemas verificados na sua implantação à conjuntura econômica, subestimando a importância das decisões políticas dentro do próprio setor na produção das dificuldades que o sistema enfrenta (FRANCO & MERHY, 2003).

Laura Feuerwerker (2005) aponta, por exemplo, que as responsabilidades de cada esfera de governo na saúde continuam em disputa, o que pode ser observado nos debates da Comissão Intergestora Tripartite sobre o novo Pacto de Gestão, permanecendo como desafio a construção de mecanismos mais efetivos para a responsabilização das diferentes esferas de gestão pela superação dos problemas do SUS. Esta autora afirma ainda que no campo da formulação das políticas de saúde existe um predomínio importante da esfera federal e, portanto, de políticas nacionais, que tendem a prescrever uma uniformização da organização da atenção à saúde em todo o território nacional.

Diversos são os problemas enfrentados para produzir impacto no modo como se realizam cotidianamente os atos de saúde e para o funcionamento dos serviços segundo o interesse público. Esses problemas não se resolvem só pelo acesso e não estão relacionados apenas às questões de mudanças e de reformas macroestruturais, mas se referem à micropolítica do processo de trabalho (CAPOZZOLO, 2003).

Existe o reconhecimento de que a mudança das práticas de saúde e a reorientação do modelo tecnoassistencial são campos em que o SUS ainda não foi capaz de produzir avanços significativos. No entanto, no âmbito das Comissões Intergestores (Tripartite e Bipartites) e do Conselho Nacional de Saúde tem sido

escasso o debate acerca das razões para essa dificuldade ou de alternativas para sua superação. Há, apenas, algum nível de tensionamento, produzido sobretudo por parte dos gestores municipais, para que exista liberdade, principalmente no espaço municipal, para a implementação de diversos arranjos de organização da atenção, respeitados os princípios do SUS (FEUERWERKER, 2005)

Emerson Merhy (1997; 2003) aponta para uma crise de eficiência e eficácia dos serviços de saúde, demonstrada pela baixa qualidade da atenção à saúde ofertada pela rede de serviços, que, diga-se de passagem, não se organiza como rede, mas como serviços independentes e sem uma mínima articulação para produção dos cuidados em saúde. E mais, apresenta-se distante de respostas efetivas diante das necessidades de saúde.

Para os usuários que acessam os serviços de saúde pesa, muitas vezes, certo tipo de atendimento burocrático, descompromissado com o enfrentamento dos problemas de saúde, em que o cuidado não se realiza como uma missão institucional, mas como um acidente. Assim, a crise dos serviços de saúde estende-se, explicitando a baixa resolubilidade, a repetição dos usuários nos diversos estabelecimentos, como forma de buscar uma “opinião segura” sobre seu problema, uma “necessidade satisfeita” ou o “cuidado”, simplesmente (FRANCO, 2003).

Desse modo, o conflito e a tensão atravessam o cotidiano dos estabelecimentos de saúde (públicos e privados). De um lado, os usuários indignados, de outro, os trabalhadores incomodados com a situação existente, a qual, muitas vezes, se consideram impotentes para mudar (FRANCO, 2003).

Um grande desafio para as equipes de gestão do SUS, portanto, é alterar o padrão hegemônico de gestão e de produção das práticas de saúde na perspectiva de construir um desenho tecnoassistencial mais cuidador, ou seja, articular um

conjunto de recursos tecnológicos e de modalidades assistenciais, ordenados como estratégia institucional para a atenção à saúde das pessoas e das populações com base em suas necessidades.

A grande possibilidade de quebra da lógica predominante é sua desconstrução no espaço da micropolítica, no espaço da organização do trabalho e das práticas de saúde. Por isso é tão importante transformar a gestão e criar a possibilidade de que, no espaço coletivo, as pessoas descubram que têm o poder de mudar, que os desconfortos possam ser trabalhados na direção da construção de outras interpretações, outras práticas e outros compromissos com o público (BRASIL, 2005a).

É neste processo de (trans)formação da organização tecnológica do processo de trabalho em saúde, na micropolítica do trabalho vivo, na construção do desenho technoassistencial que se fazem presentes a necessidade de maior autonomia e poder decisório nas unidades de saúde; a articulação dos serviços de saúde em rede, a formação e o desenvolvimento do trabalho em saúde e a busca pela integralidade, humanização e qualidade da atenção a saúde.

O município de João Pessoa, capital paraibana, com uma de população de 702.235 habitantes (contagem da população do IBGE¹ para 2009) tem como limite geográfico os municípios Bayeux, Alhandra, Conde, Cabedelo, Santa Rita e Oceano Atlântico.

Na eleição municipal de 2004, o município pela primeira vez em sua história elegeu uma gestão popular/democrática, que colocou na agenda do governo a organização de políticas públicas de qualidade.

João Pessoa apresenta complexidade própria de capital, que concentra a

¹ Dado obtido no site IBGE: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>, capturado no dia 22/01/2010

maior parte dos serviços e das universidades, funciona como pólo comercial, educacional e de saúde. Nesta última, o papel de pólo é mais evidente, pois é a cidade conta com a maior capacidade instalada para atenção especializada e hospitalar do estado, constituindo-se como referência da população da Paraíba e das fronteiras com os estados de Pernambuco e Rio Grande do Norte.

Entretanto, o município vem de um processo histórico de sucateamento dos equipamentos públicos, evidenciado fortemente na maior parte das unidades de saúde; o modelo tecnoassistencial que prevalece é o médico-hegemônico, baseado no atendimento individual, centrado no médico e na realização de procedimentos nos hospitais.

No ano de 2005, o novo prefeito e sua equipe tinham como desafio em seu projeto político ofertar à cidade um novo perfil de governo, democratizando os espaços públicos de gestão e atenção e priorizando a participação popular. No campo da saúde, a equipe de gestão da SMS/JPA tinha como horizonte a construção da atenção à saúde integral, humanizada e de qualidade.

Os serviços municipais de saúde caracterizavam-se por uma rede básica muito precária, que supostamente fazia acompanhamento dos usuários por meio de demanda programada, o que servia, na prática, como estratégia para “fechar a porta” das unidades, restringindo o acesso. As unidades de saúde da família não atendiam à demanda espontânea, ainda que esta fosse de urgência. A demanda espontânea e as urgências eram atendidas somente no pronto atendimento dos hospitais. Não se trabalhava com o conceito de acolhimento, nem com outras formas de lidar com as necessidades de saúde dos usuários.

Também nesse campo – dos hospitais - a oferta não correspondia às necessidades, havendo grandes vazios assistenciais. As portas de entrada destes

serviços ficavam “abarrotaadas” de pessoas com febre, dores agudas, crises hipertensivas, diarréias, etc. O que fortemente apontava para uma atenção básica de baixa resolubilidade.

A atenção especializada operava de modo descolado da atenção básica, organizada de acordo com a disponibilidade de especialistas e não segundo as necessidades de saúde da população. Neste sentido, é importante ressaltar que as filas, a espera, a desconexão entre os vários serviços de saúde eram muito significativas, e portanto esse conjunto de serviços não se caracterizava como rede. Eram muito tensas e não cooperativas as relações entre os diferentes tipos de serviços, todos organizados segundo lógicas próprias. O usuário ficava “perambulando” pelos serviços, sem ter seus problemas resolvidos e/ou suas necessidades de saúde atendidas.

As dificuldades herdadas e acumuladas ao longo do tempo eram muitas:

- Infraestrutura das USF, Unidades de Especialidades e Hospitais - completamente inadequada para seu funcionamento;
- Precarização do vínculo empregatício dos trabalhadores de saúde;
- Baixos salários para o conjunto dos trabalhadores do setor saúde;
- Desabastecimento de insumos (medicamentos, imunobiológicos, material médico e de enfermagem, administrativo etc.);
- Falta de manutenção dos equipamentos;
- Falta de informação (dados epidemiológicos, produção, produtividade, além dos financeiros e administrativos);
- Falta de qualificação dos trabalhadores para atenção a saúde nos vários tipos de serviços;
- Predomínio dos interesses corporativos na organização do trabalho nas

diferentes unidades de saúde;

- ➡ Falta de acumulação para a prática da reflexão e da construção coletiva;
- ➡ Falta de acumulação em relação à operacionalização de vários conceitos da saúde coletiva (integralidade, produção de linha de cuidado, acolhimento, matriciamento, entre outros).

Para a nova gestão, construir uma mínima organização de fluxos, lógicas de funcionamento dos vários tipos de serviços de saúde foi o primeiro passo; em seguida, construiu-se a idéia de que a transformação das práticas de saúde só seria possível com base num compromisso coletivo, desencadeando movimentos amplos para problematizar a situação e dificuldades vividas, apostando na constituição de coletivos e na adoção da educação permanente como uma estratégia de gestão.

Muitas iniciativas foram desencadeadas para construir linguagem e conceitos comuns com diretores, coordenadores, apoiadores da equipe de gestão – primeiro passo para aos poucos desencadear este mesmo processo com o conjunto dos trabalhadores dos serviços de saúde, sem os quais não se pode pensar uma nova maneira de produzir cuidado em saúde.

A intenção principal deste estudo foi problematizar/compreender o processo de produção da gestão, analisando os diferentes dispositivos e estratégias colocados em operação na gestão municipal de João Pessoa no período de 2005 a 2008. Parto da idéia de que, apesar de haver governo, a gestão não é única, nem exercida somente a partir do núcleo central, já que há vários coletivos operando, alguns institucionalmente na gestão, outros operando em outros âmbitos, mas atravessando-se mutuamente. E essas idéias se apóiam em vários outros autores que tratam do tema como Emerson Merhy (2002, 2003, 2007, 2008, 2009), Laura Feuerwerker (2009), Cecílio (2009).

2. VIAGEM CARTOGRÁFICA: PELOS TRILHOS E DESVIOS

não discuto
com o destino

o que pintar
eu assino

Paulo Leminski (1985)

No processo do conhecimento, a idéia de método não depende para Espinosa (RISK, 2003), de um modelo que pudesse ser fixado previamente ao exercício do conhecimento. De fato, o conhecimento é uma atividade do espírito, depende da potência de existir. Como pondera Deleuze o pensamento não está ali dado para pensar as coisas do mundo, mas é instituído como efeito dos modos de existir que enfrentam obstáculos como problemas.

Neste sentido, esta produção de conhecimento não está pautada por um “passo a passo” científico. Nesta pesquisa, utilizo a cartografia proposta por Deleuze e Guattari (1995), que visa acompanhar um processo, deter-se em acontecimentos que se tornam visíveis, ponderá-los, ir além atrás de novos encontros, pensar sobre eles, sentir as suas afecções e ir caminhando e produzindo pensamento atrás de sentidos para o cartógrafo. Não representar um objeto, mas investigar um processo de produção. De saída, a idéia de desenvolver a cartografia se afasta do objetivo de definir um conjunto de regras abstratas para serem aplicadas. Não busquei estabelecer um caminho linear para atingir um fim. A construção do trabalho procurou estabelecer algumas pistas para descrever, discutir e, sobretudo, coletivizar a minha experiência.

Suely Rolnik (2007) apóia esta compreensão destacando que a cartografia é um antimétodo que procura revelar as forças que contribuem para a formação de territórios existenciais, quer dizer, a constituição da vida dos sujeitos. Não existe

protocolo normalizado para ela, cabendo ao cartógrafo construí-lo. Neste sentido a cartografia produz mundos, ou seja, redes de significações, por isso, o cartógrafo está interessado em atentar para o novo, para o que produz diferença num campo aparentemente homogêneo, quebrando as seqüências lineares de fatos e dando visibilidade às forças de resistência.

O modo desta pesquisa é o cartográfico na medida em que busca mostrar o que é visível tão somente ao sensível, busca descobrir novas redes e as conexões entre os eventos, dialogando com autores, discutindo e observando na realidade a condição humana. Aqui a processualidade interessa muito mais do que o produto e há um envolvimento e um acolhimento dos fatos cotidianos, buscando compor formas de compreensão e de visibilidade para os sentidos de produção da vida e do mundo.

Um estudo cartográfico reconhece que todo problema de pesquisa possui uma origem. O problema de pesquisa não é estranho às sensações da pesquisadora, isto é, pertence a elas. O problema passa a se apresentar, então, à pesquisa para revelar a mutabilidade do mundo como ação política e vontade ética de inventar mundos para si e para os outros.

Fischer (2000) enfatiza que um pesquisador implicado com sua pesquisa está sempre atento aos ecos que os autores que ele encontra lhe produzem, os assuntos que provocam e as inquietações internas que a prática e/ou a teoria lhe produzem e que ficam reverberando dentro de si.

Suely Rolnik (2007), em seu livro *Cartografia Sentimental* diz que para os geógrafos a cartografia, diferentemente do mapa, representação de um todo estático, é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são

cartografáveis, e neste caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos, sua perda de sentido e a formação de outros mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos.

Ela ainda, nos ajuda a descobrir o cartógrafo, que para ela é um

“verdadeiro antropófago, vive de expropriar, se apropriar, devorar e desovar. Está sempre buscando elementos/alimentos para compor suas cartografias. Este é o critério das escolhas, descobrir que matérias de expressão e que composições de linguagem favorecem a passagem das intensidades que percorrem seu corpo no encontro com os corpos que pretende entender. (...) sendo tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. Portanto, o cartógrafo é antes de tudo um antropófago. (...) para isso, o cartógrafo absorve matérias de qualquer procedência. Não tem o menor racismo de frequência, linguagem ou estilo. Tudo o que der língua para os movimentos do desejo, tudo o que servir para cunhar matéria de expressão e criar sentido, para ele é bem-vindo. Todas as entradas são boas, desde que as saídas sejam múltiplas. Por isso o cartógrafo serve-se de fontes as mais variadas, incluindo fontes não só escritas e nem só teóricas. Seus operadores conceituais podem surgir tanto de um filme quanto de uma conversa ou de um tratado de filosofia”.

Suely Rolnik e Felix Guattari (2007) sustentam a idéia de que a prática do cartógrafo diz respeito às estratégias de formação do desejo no campo social, potencializando o desejo no seu caráter processual e (re) produtor da sociedade e esse processo de investigação requer abertura do pesquisador para o novo, com disponibilidade para ver, escutar e deixar-se tocar pelos processos originados na investigação, ou seja, deixar-se afetar, como propõe Espinosa,

Nesta investigação a cartografia se faz perseguindo a manifestação e buscando captar a expressão dos diferentes coletivos desejantes que operaram na SMS/JPA para analisar como atuaram na constituição daquela gestão municipal em saúde. Então, torna-se importante destacar que o encontro com esses coletivos

instituídos oportunizaram abrir-me para novas percepções de outros coletivos não dados, mas dando-se, produzindo-se em processo

Neste sentido, Foucault alerta que não devemos nos preocupar em interpretar, mas sim em experimentar. Deleuze também compactua com ele, quando diz que não há nenhuma questão de interpretação: *“... os conceitos são exatamente como sons, cores ou imagens, são intensidades que convêm a você ou não, que passam ou não passam. Não há nada a compreender, nada a interpretar”* (DELEUZE,1977).

Merhy (2004) com o conceito de sujeito militante coloca que os sujeitos que estão na produção do SUS e que investigam suas próprias práticas na produção de conhecimentos estão tão implicados com a situação, que ao interrogar o sentido das situações em foco, interrogam a si mesmos e a sua própria significação enquanto sujeitos de todo estes processos, ou seja, os sujeitos que interrogam são ao mesmo tempo os que produzem o fenômeno sob análise e, mais ainda, são os que interrogam o sentido do fenômeno partindo do lugar de quem dá sentido ao mesmo, e neste processo criam a própria significação de si e do fenômeno.

As estratégias utilizadas nesta investigação foram a observação direta, registro de reuniões, registro em diário de campo, reconstrução de cenários/cenas/fatos por meio de grupos de discussão com atores envolvidos e documentos de fonte secundária. Tudo isso possibilitou inferências e produção de conhecimento sobre a realidade vivida pelos distintos coletivos, nos momentos de grupo de estudo, nos momentos de formação, oficinas de trabalho, nas reuniões entre apoiadores e equipes das unidades de saúde e outros espaços produzidos, para estabelecer novos espaços de liberdade. Por outro lado, não tive a preocupação de coletar dados para depois interpretar, pois o que me interessava era

experimental. Neste sentido, em processo realizei estudos sobre os conceitos que estávamos utilizando no diálogo com vários autores, utilizei o diário de campo, cartografei os movimentos dos coletivos desejantes instituintes e instituídos que operaram na SMS/JPA. E o diário de campo foi fundamental, pois utilizado para registrar movimentos, observações, devaneios, sentimentos, conversas e percepções, bem como os apontamentos do referencial teórico para dialogar com os achados da pesquisa.

A idéia de observar/analisar as discussões está relacionada com a noção de multiplicidades, pois fenômenos, desde sua origem, são multiplicidades que se constituem na própria realidade, não supondo unidade, não entrando em nenhuma totalidade, nem mesmo se remetendo a um sujeito, mas a um plano de produção de sentido sem pretensão de verdade. As subjetivações, as totalizações, as unificações são, ao contrário, processos que se reproduzem e tentam emudecer as multiplicidades (GUATTARI e DELEUZE, 1995).

Estes autores utilizam o conceito de rizoma para explicar a noção de complexidade que envolve os fenômenos contemporâneos. Para eles existem diferenças profundas entre rizoma e árvore. A árvore está ligada à idéia de fixação a um ponto, uma ordem, enquanto em rizoma existem “princípios de conexão e de heterogeneidade: qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro.” (GUATTARI e DELEUZE, 1995).

Partindo-se do pressuposto de que o rizoma não possui posições ou pontos fixos, trabalha-se com os movimentos de discussão na perspectiva de um cartógrafo que, na construção do “mapa”, entrega-se ao processo experimental (ligado no real), tentando conectar-se com as múltiplas dimensões e tentando perceber as constantes modificações da “paisagem”.

As fontes secundárias (análise documental) utilizadas foram os documentos produzidos pelos atores/autores que vivenciaram o processo e divulgaram suas opiniões/produções na organização por meio de relatórios de gestão, e-mails, documentos internos, trabalhos apresentados em eventos, projetos institucionais, boletins epidemiológicos etc. Essa “garimpagem” foi feita na perspectiva de registrar a história, captar os sujeitos, suas afetações e sua formulação, em diferentes momentos do processo.

Construindo sentido, como cartógrafa, tentei acompanhar as linhas que se formaram e desmancharam para entendê-las. Aliás, “entender”, para o cartógrafo, não tem nada a ver com explicar e muito menos com revelar. Para ele não há nada em cima - céus da transcendência -, nem embaixo - brumas da essência. O que há em cima, embaixo e por todos os lados são intensidades buscando expressão. E o que ele quer é mergulhar na geografia dos afetos e, ao mesmo tempo, inventar pontes para fazer sua travessia (ROLNIK, 2007).

Deleuze aponta que “se abrir para a diferença” implica em se “deixar afetar” pelas forças de seu tempo, por sermos permanentemente atravessados pelo outro, uma política indissociável de uma ética de respeito pela vida, pela luta em torno de enfrentamentos dos problemas concretos, onde as diferenças correm, em série, sem começo nem fim (qualquer lugar é início, em qualquer lugar o trajeto se interrompe) pelos abalos, pelas rupturas, pelas fendas do devir. É possível percorrer estas séries num sentido ou em outro, sem hierarquizar, não importando mais distinguir entre o mais ou o menos verdadeiro, o mais ou o menos sério.

Na concepção espinosiana, a essência das coisas está na existência delas. Não há como separar corpo e alma, por exemplo. Diferente da concepção cartesiana que acreditava em duas substâncias diferentes, a do corpo e a da mente (Descartes,

1991). Para Espinosa todas as coisas são constituídas por uma só substância e tomam formas diferentes em seus modos de existência. Compreender requer ser afetado de diversos modos, ser afetado de mais maneiras ou a afetar os outros corpos. Nesse sentido, é numa conduta ética que nos aproximamos da realidade complexa. Conhecer para Espinosa é o caminho para aumentar nossa potência de agir, saber mais sobre nós e estarmos mais ativos e criativos. Não conhecer nossas causas internas nos distancia de nosso impulso espontâneo para perseverar na existência, do movimento intrínseco a nós, e nos coloca numa posição vulnerável, numa submissão às causas externas, diminuindo nossa potência de agir, nos tornando passivos. Então somos um grau de potência, definido por nosso poder de afetar e de ser afetado, e não sabemos o quanto podemos afetar e ser afetados, é sempre uma questão de experimentação (ESPINOSA, 1992).

A força desejante de existir varia de intensidade, como se encontra manifesta nos três afetos fundamentais da ética de Espinosa: a alegria, a tristeza e o desejo. A alegria é o sentimento que temos do aumento de nossa força para existir e agir, a tristeza é o sentimento que temos da diminuição de nossa força para existir e agir e desejo é o sentimento que nos determina a existir e agir de uma certa maneira .

Um conceito-ferramenta importante neste percurso foi o de dispositivo, utilizado para identificar ou analisar arranjos capazes de disparar movimentos transformadores ou autoanalíticos nos diferentes lugares e processos da secretaria. Foucault (1992) aponta dispositivo como um conjunto heterogêneo que engloba discurso, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos.

Para este autor, o dispositivo pressupõe a existência de um tipo de jogo de poder, de caráter estratégico que modifica as posições e funções entre estes elementos heterogêneos apontados. “O dispositivo está sempre inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a uma ou a configurações de saber que dele nascem, mas que igualmente o condicionam. É isto, o dispositivo, estratégias de relações de forças sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles”.

Benevides, (1997) ao desenvolver a noção de dispositivo, proposta por Foucault, aponta seu caráter ativo, lembrando que no dicionário, dispositivo é aquilo que contém disposição. Aproveitando da leitura de Deleuze sobre Foucault, a autora o define como “um composto, um emaranhado de linhas”. Assim, destaca como parte de qualquer dispositivo quatro tipos de linhas: as de visibilidade, de enunciação, de força e de subjetivação.

Para Deleuze (1996), Foucault concebe os dispositivos como “máquinas que fazem ver e falar”. As linhas de visibilidade e as de enunciação referem-se ao entendimento de que em cada período histórico, existem distintas maneiras de sentir, perceber e dizer. Pensando no grupo, pode-se dizer que quando este se organiza e cria seus objetivos ou estabelece seus conflitos, está criando sua única realidade possível, que por sua vez pode ser diferentemente interpretada por várias teorias ou modelos.

As linhas de força caracterizam-se pela dimensão do poder-saber. Segundo Benevides (1997) no dispositivo-grupo o rastreamento das forças em jogo se faz pelo mapeamento da manutenção/desmanchamento das instituições, da naturalização/desnaturalização dos modos de viver/sentir, do acompanhamento dos fluxos que se deslocam no tempo, produzindo modificações nos territórios

constituídos. O duelo de forças deste poder-saber ocorre não somente no eixo verticalidade-horizontalidade, mas também no da transversalidade que rompe com as “verdades explicativas” já dadas a priori. Desta forma, as linhas de força remetem a um “estar no meio” que não se liga a qualquer tipo de intermediação entre totalidades ou a qualquer tipo de neutralidade. “Estamos no meio, no entre, onde não há mais identidades que se sustentem, a não ser a da evidente provisoriedade”.

O dispositivo opera no espaço da micropolítica, enquanto espaço privilegiado para mudança das práticas de saúde, possibilitando a apropriação do conhecimento, porque ele é produzido a partir da realidade cotidiana no trabalho e, portanto, os problemas ou necessidades que interferem na qualidade da atenção à saúde ao usuário são problemáticas para reflexão, debates e reajustes nos pactos que orientam a ação dos trabalhadores, formadores, gestores e na participação social (FEUERWERKER, 2005).

Para tomar como objeto de investigação o modo como os coletivos desejantes operaram na gestão da SMS/JPA, é necessário explicitar minha implicação como pesquisadora no desenvolvimento das estratégias de gestão. No período 2005-2008, assumi um cargo na equipe dirigente da SMS de João Pessoa. E a orientadora deste projeto de doutoramento foi assessora da SMS/JPA. Portanto, estamos diante de um caso de produção de conhecimento a partir da implicação de sujeitos militantes (MERHY, 2004). E neste sentido a pesquisadora imergirá sobre a vida da organização e sobre si própria, ou seja, ao analisar o processo, necessariamente estou me colando em análise. A análise de implicação para Barros e Passos (1998), consiste na análise do sistema de lugares, o assinalamento do lugar que ocupa o pesquisador, daquele que ele busca ocupar e do que lhe é designado ocupar, com os riscos que isto implica.

Neste sentido, esta pesquisa parte da análise micropolítica do cotidiano, interrogando os diversos sentidos cristalizados na instituição, criticando o que está posto como verdade e instigando os atores sociais a refletirem sobre os efeitos das práticas coletivas que (re)produzem, evidenciando as relações de poder, as afecções e as caixas de ferramenta encontradas no campo de investigação, tentando desmanchar territórios constituídos e convocando à criação de outros territórios instituintes.

2.1. PERCORRENDO OS TRILHOS E ENCONTRANDO DESVIOS

nunca cometo o mesmo erro
duas vezes
já cometo duas três
quatro cinco seis
até esse erro aprender
que só o erro tem vez

Paulo Leminski (2000)

Para contar sobre como desenvolvi o caminho desta pesquisa, vou falar sobre as viagens, estações, fotografias e álbuns de fotografias. Porque pensar nestas imagens? Pelo fato de perceber que eu estou ao longo da minha vida profissional “entrando” em muitas viagens-militantes na construção do SUS e neste sentido fui produzindo muitos embarques e desembarques em inúmeras estações.

Então, qual a conexão da pesquisa com a viagem? Olhar os movimentos produzidos na viagem e as várias estações encontradas. A metáfora que construí serve para ver coisas comuns de outra forma, por delírio ou pela vontade de ser afetada, as imagens-viagem-estação para explorar os diferentes territórios existenciais e os coletivos desejantes.

Na produção desta tese, faz sentido apresentar a minha viagem-vida e minhas implicações. Escrita no calor da experimentação de estar em mais uma viagem-estação, a quente mesmo, tanto em relação ao processo (eu)vivido em João Pessoa, assim como ao tema em si.

Como viajante-pesquisadora devo anunciar “*apertem os cintos*”. Essa expressão simboliza o início de uma viagem. E pensando em viagens, busco apropriar-me do sentido do movimento, da transitoriedade, do que há por vir. Utilizo-me dessa imagem sob alguns pretextos. Primeiramente, para pensar a pesquisa, enquanto movimento de investigação, procura, busca e descobertas enquanto processo, com variados caminhos, idas e vindas, retornos e contornos, “abandonos” e “recomeço”. Enquanto “viagem” realizada pelos seres humanos, a tentativa de se produzir em coletivo demonstra não percorrer caminhos fixos ou itinerários pré-determinados e mesmo que existam regras, planos e estratégias, haverá aqueles que rompem as regras e transgridem os arranjos. A imprevisibilidade é inerente a viagem.

Utilizo a imagem da viagem, na medida em que a ela se agregam idéias de deslocamento, trânsito, desterritorialização, para revelar que o processo de se “fazer” como sujeito coletivo pode ser experimentado com intensidade e prazer, fazer pensar para além dos limites conhecidos, para além dos limites “pensáveis”. As estações são territórios existenciais da viagem, sem rota traçada, mas com longo caminho para percorrer. Os trilhos percorridos são infinitamente menores do que aqueles que estão por fazer. Os territórios não se medem aos palmos. A grandeza é feita de pequenas coisas. A vida é uma viagem de muitas estações.

As viagens nunca são o que planejamos. As viagens nunca são viagens se as planejarmos milimetricamente e as cumprimos como às ordens de algum

“comandante”, que em muitos momentos somos nós mesmos. As viagens são esquinas. Esquinas de encontros alegres e às vezes tristes. As viagens são dureza e leveza. As viagens não são longitude e latitude, meridianos e ângulos, perpendiculares e códigos postais. As viagens são os pedaços de mundo, que se recolhem nos pontos inexatos e improváveis onde as pessoas se encontram.

Neste momento pego a imagem da viagem de trem, que inclusive me remete fortemente a minha infância. O trem faz parte da minha infância. Passa o tempo e o trem fica na minha memória. A cidade em que nasci e vivi até os sete anos, Adamantina, cidade do interior do estado de São Paulo, tinha o trem como oferta de transporte para várias cidades e principalmente para a capital paulista e, diga-se de passagem, que boas lembranças. Foram várias viagens para São Paulo.

O trem era uma boa oportunidade para viagens e produção de muitos encontros alegres e tristes. Os trens da época tinham até camas, os chamados trens-leito, onde podíamos dormir a noite toda, mas a ansiedade da viagem e a alegria de chegar a São Paulo nem permitiam. Embarcávamos na Estação Ferroviária de Adamantina pela Cia Paulista de Estrada de Ferro trilhando a linha-tronco oeste, com destino a Estação da Luz em São Paulo.

Trago esta imagem-lembrança da infância, porque quando penso a vida, uma das imagens que aparece fortemente são as viagens de trem, com as “estações de embarque e desembarque”, o “trem e seus vagões”, a “bagagem”, a “velocidade para o embarque e desembarque” e as surpresas agradáveis com alguns embarques-desembarques e as tristezas e desconfortos em outros.

Esta imagem da estação representa aqui os territórios vividos e neste caso não posso deixar de enfatizar alguns embarques e desembarques em estações. Vivi até os dezessete anos no interior do estado de São Paulo, e para a formação de

graduação em enfermagem saí de uma cidade chamada Marília e fui para Londrina, com muitas novidades vividas. Esta era primeira vez que eu embarcava em uma viagem para morar sozinha, morei em pensionatos, repúblicas com muitos, repúblicas com poucos, e na enfermagem fui pegando gosto pela saúde pública. Inclusive foi o que me fez terminar o curso, pois pensava que não tinha muito sentido fazer uma formação tão biologicista, tecnicista, hospitalocêntrica e doença centrada.

E, como é bem comum, ao final da formação fazer a clássica pergunta: O que vou fazer agora?



Figura 1: Ilustração poesia Paulo Leminski: Imagem capturada do site: <http://www.elsonfroes.com.br/kamiquase/winterverno.htm>

2.2. AS ESTAÇÕES DA VIAGEM-VIDA

Esta vida é uma viagem
pena eu estar
só de passagem

Paulo Leminski (2000)

Fui fazer a habilitação em saúde pública ofertada pelo Departamento Materno Infantil e Saúde Comunitária da Universidade Estadual de Londrina, espaço que formou muitos sanitaristas para o SUS. Era uma modalidade de formação em saúde pública para enfermeiros articulada com a residência médica em medicina preventiva e saúde comunitária.

Meu desejo pela saúde pública foi muito produzido também pelos movimentos que observava do irmão engenheiro sanitarista e a cunhada socióloga sanitarista, em plena “ebulição” da 8ª Conferência Nacional de Saúde e Constituição de 1988.

Muito rapidamente, dá para dizer que neste tempo, eram poucos os que procuravam por este campo, e, apesar disso, era um mercado de trabalho em plena expansão, pois estavam se organizando vários sistemas municipais de saúde. Então, desembarquei na minha primeira experiência profissional, no município de Campo Largo, no Paraná, com a expectativa de organizar um sistema municipal de saúde. A turma que nos chamou, era dos que estavam organizando o sistema municipal. Os embates e disputas políticas foram muitos e a aposta não durou; fiz o concurso na Prefeitura de Araucária e lá fui eu para outra estação.

Desembarquei nesta estação no início da década de noventa, no forte movimento de municipalização do Estado do Paraná. Esta estação tem muitas imagens-fotografias constitutivas da minha implicação com o SUS. Foi nesta estação que aprendi a estar em grupo político, a produzir coletivo, a implantar novas modalidades de serviços, conduzir processos, atuar em espaços de direção, enfim produzir vida no sistema municipal de saúde.

Mas, os movimentos políticos, particularmente os contra-hegemônicos, são sempre produtores de risco na disputa de projetos de sociedade e neste caso de

projetos de saúde. Assim, depois de vários encontros interessantes e muitos conflitos, acabamos saindo da condução da política neste município e fomos parar em outra estação.

A estação em que desembarquei foi Curitiba, no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/NESCO/PR, entidade ligada às três universidades estaduais do Paraná (UEM, UEL e UEPG) onde produzi novas conexões. Fizemos movimentos de apoio a sistemas municipais de saúde e foi quando entrei fortemente no campo do desenvolvimento de trabalhadores do SUS. Neste momento mergulhei em um projeto chamado GERUS, Curso de Formação de especialistas em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, organizado pela OPAS em articulação com o Ministério da Saúde.

Foi nesta estação que experimentei o meu lado jornalístico, publicando material, fazendo entrevistas, “inventando moda” para produzir peças de comunicação para dialogar com os atores implicados com a construção do SUS no Brasil.

Neste período, também virei “caixeira-viajante”, viajei para vários lugares no Brasil, Londrina, Campinas, Natal, Foz do Iguaçu, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Volta Redonda, Alfenas, Niterói, São Jose do Rio Preto, Uberlândia, São Paulo, Manaus, Brasília, entre outros, para desenvolver o que chamávamos de unidade técnica e pedagógica para formação dos tutores que se responsabilizavam, numa articulação entre secretarias municipais de saúde e universidades, por conduzir a formação para gerentes de unidades básicas de saúde. Foi neste território que aprendi e tive certeza de que a formação em serviço é uma potente ferramenta para mudança do processo de trabalho em saúde - neste caso das Unidades Básicas de Saúde.

A imagem-lembrança do caixeiro-viajante impregnou minha infância e adolescência pelo fato de ter um pai com a ocupação de vendedor, inicialmente de produtos para armarinho ou bazar, ou melhor, miudezas como tecidos, material de costura, atavios femininos, louças e brinquedos. Com sua perua Kombi, que permitia fazer a venda pronta-entrega. Posteriormente vendeu produtos de lojas de departamento, até sua aposentadoria. As lembranças deste tempo me remetem ao movimento de viagem. Sua presença-ausência produzia movimentos do tipo vamos viajar? Vamos “ali” em um cliente entregar a nota fiscal?

A referência ao pai caixeiro-viajante pode ter sido central na conformação desse eu - viajante. O imaginário de aventuras associado à liberdade de ir e vir o tempo todo, de cidade em cidade, de cliente em cliente, de sempre estar no “entre”, me posicionou para estar sempre pronta para viajar, explorar mundo, novos territórios. Disponibilidade muita, mas também facilidade de se desprender. O universo da viagem impregna a lembrança da figura paterna, na ausência-presença, que a joga no movimento do deslocamento pelo espaço e tempo. Como pode um ausente ser presente? A presença se explicitava em seus movimentos alucinados de deixar atividades para cada um de nós (eu, meu irmão e minha mãe). Estes compromissos, combinados com minha mãe, que conduzia a semana, ficavam anotadas em bilhetes semanalmente, e neste sentido não havia desculpas, não dava para esquecer nem dele e muito menos da atividade delegada.

Voltando à estação de Curitiba, foi no NESCC que experimentei desembarcar na estação assessoria ao desenvolvimento da formação de especialistas em gerência de unidades básicas de saúde da secretaria municipal de saúde de Curitiba. Aí experimentei, ao longo de 18 meses, apoiar a problematização do processo de trabalho das unidades de saúde, em que a matéria-prima do processo

de formação era o cotidiano, a vida pulsante produzida pelos trabalhadores destas unidades. Esse trabalho inclusive transformou-se em campo da investigação a partir do qual produzi uma dissertação no mestrado em saúde coletiva, seis anos após o processo ter sido disparado. No produto desta investigação, construí argumentos de que esta modalidade de formação em serviço possibilitava muitos movimentos instituintes, produção de coletivos, protagonismo dos trabalhadores, a certeza da necessidade deste papel de gerência nas unidades de serviço (tantos processos a articular e potencializar!!!), da possibilidade de articulação entre secretarias municipais e universidades, entre outros.

Na vida estamos a bordo, sempre em viagem, em trânsito, no labirinto de experiências pessoais e talvez seja nesse saber-viver entre poder-ser e dever-ser, “no entre” como o único lugar possível, que possamos encontrar na viagem a oportunidade de transformação.

E é necessário destacar que a descoberta não consiste somente em visitar “paisagens novas”, mas em ver as “paisagens” já visitadas com outros olhos, com olhar vibrátil, que ajude a desconstruir as paisagens aparentemente imutáveis. Aqui estou convocando a potencialidade do olhar, ou seja, o olhar que produz a possibilidade de fazer com que o olho possa ser tocado/atravessado/afetado pela força do que vê, que alcança o invisível.

Desembarque, novo embarque e outro desembarque. Em 1996, após um acidente automobilístico, que me afastou do trabalho por longo período, decidi voltar para estação Londrina, agora como profissional, e fui ser enfermeira de uma equipe de saúde da família em uma UBS de zona rural, Irerê. Nesta estação retomei os encontros com os usuários de saúde, estando “dentro”, experimentando o debate cotidiano entre profissionais da equipe, pactuando, combinando, reconstruindo e

vivendo em ato os movimentos para produção do cuidado. E muitas são as imagens-fotografias e nelas a certeza de que muitas alternativas são possíveis na organização do cuidado individual e coletivo. Quantas conversas foram necessárias para ajustarmos este cotidiano, quantas disputas, quantos encontros produtores de acordos para vivenciar o encontro com o usuário como um acontecimento.

Quando cheguei nesta estação, surpreendi-me com o ambiente de disputa “ferrenha” de projetos de saúde em plena “ebulição”. Já estava em curso no setor saúde a precarização dos vínculos empregatícios. Facilitou o embarque e também meu desembarque: bastou um telefonema e pronto. Estava demitida. Me virei, e fui parar na estação de Rolândia, grande Londrina. Lá fui chamada pelo secretário de saúde, veterinário, que soube da minha demissão e achou que eu poderia ajudar na implantação de ESF. Desembarquei nesta estação com a alma dolorida, pois ser demitida por telefone não é nada simples. Apoiei a construção do projeto para implantação de Equipes de Saúde da Família na zona rural e cinco meses depois soube do processo seletivo da UEL para professora do curso de enfermagem, lá fui eu disputar a vaga.

Desembarquei na estação Universidade Estadual de Londrina, fui parar no Departamento Materno Infantil e Saúde Comunitária, virei professora substituta, para dar aula de saúde coletiva no curso de enfermagem. Nesta estação encontrei vários ex-professores da formação de enfermagem, da formação de sanitarista e alguns amigos. Cheguei a pensar que estava em casa. Neste momento, passei a ter um desejo intenso de “ficar”.

As fotografias-imagens deste tempo são uma delícia de rever por ter sido um importante e interessante momento no meu processo de formação, “aveludada” pelos movimentos de trabalhar em equipe, constituir coletivo na universidade para

atuar na micropolítica da formação e nos serviços de saúde, produzir as atividades com os estudantes do segundo e quarto ano de enfermagem com gostosos debates e diálogos entre as professoras, elaborando e desenvolvendo as oficinas com os estudantes e debatendo intensamente o cotidiano do trabalho das unidades básicas de saúde. Não podendo esquecer a minha participação no internato em enfermagem, como uma inovação no currículo que permite ao estudante uma inserção intensa, de alta exposição, no processo de trabalho em saúde da equipe. Esta inserção no trabalho vivo em saúde permite aprender a cuidar.

Nesta estação o território era o dos movimentos de mudança na formação em saúde, pois na UEL estava sendo desenvolvido o currículo de transição, do qual participei intensamente, quando da implantação do novo currículo de enfermagem. Estes movimentos de mudança foram marcados por avanços e dificuldades, desejo de ruptura com as concepções pedagógicas tradicionais para alterar as relações entre professores e estudantes, entre os professores e os trabalhadores das unidades de saúde, diversificação dos cenários de prática, metodologias ativas de aprendizagem, novas possibilidades de avaliação da aprendizagem e a aprendizagem baseada na realidade com base numa concepção crítico-reflexiva. Este processo de mudança desencadeado no curso de enfermagem da UEL aglutinou forças e atores para a construção de uma proposta ambiciosa: a construção de um currículo integrado com forte vinculação com os serviços de saúde, produzindo pactos e acordos entre professores, trabalhadores, estudantes e representantes da comunidade, para construir saberes e práticas capazes para produzir conhecimento centrado na realidade.

Mas, nesta estação também vivenciei vários conflitos, confrontos e desconfortos. A disputa pelo projeto de formação de enfermeiros da UEL ficou

marcada, como em todas as organizações e seus atores/autores, por momentos intensos de transformação e evidenciação dos distintos interesses, olhares sobre a realidade e as práticas de saúde, diferentes concepções sobre o processo de saúde e de doença, processo de ensino e aprendizagem, organização de serviços de saúde, SUS, etc.

Tomei gosto por este “lugar”, a universidade, e decidi fazer o mestrado em saúde coletiva e fui estudar um específico processo de desenvolvimento de profissionais de saúde - o curso de especialização em gerência de unidades básicas de saúde, o GERUS. Neste período desembarquei desta estação, a UEL porque não era possível renovar o contrato de professora substituta por tempo superior a dois anos. Fui parar na UNOPAR e posteriormente UNIFIL, instituições privadas de formação universitária. Nestas duas instituições fui dar aula no curso de enfermagem, num clima diferente, de pouca invenção e muita precariedade.

Em final de 2001 recebi um convite da Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos do Ministério da Saúde para coordenar o GERUS. Pensei, conversei com amigos e embarquei para Brasília. No período de 2000-2002 foram vários contatos e articulações com secretarias estaduais e municipais, qualificamos 262 monitores e ao final dos cursos de especialização formamos 928 Gerentes de Unidade Básica de Saúde em parceria com Instituições de Ensino Superior locais nos municípios de São Paulo/SP, São José dos Campos/SP, Manaus/AM, Uberlândia/MG, Rio de Janeiro/RJ, São José do Rio Preto/SP e Campina Grande/PB.

Em 2002, eleições presidenciais, Lula presidente. Muitas mudanças aconteceram, mudou ministro, mudou o desenho organizativo do MS e esta Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos virou a Secretaria de Gestão

do Trabalho e da Educação na Saúde, que se organizou em dois departamentos, o da Gestão do Trabalho e o da Gestão da Educação.

Essa Secretaria foi criada por se considerar crítica a situação dos profissionais de saúde diante da consolidação do Sistema Único de Saúde. De um lado, pelas questões relativas ao planejamento da inserção de trabalhadores, à regulação das relações de trabalho e à regularização dos vínculos trabalhistas, mas, de outro lado, por todas as questões que envolvem a formação e o desenvolvimento dos profissionais, tanto nas relações formais com o setor de ensino superior, profissionalizante e de habilitação técnica, como a educação no e pelo trabalho para qualificar as ações e serviços de saúde e a gestão do SUS. Reconhecendo, é claro, o protagonismo dos trabalhadores na construção cotidiana do SUS.

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde foi previsto para fundamentalmente propor e implementar a política de educação para o SUS, para dar conta tanto do ordenamento da formação dos profissionais de saúde (missão constitucional), como da qualificação permanente dos trabalhadores inseridos no sistema. A educação na saúde deveria contribuir para a transformação das práticas de saúde no campo da gestão, da atenção e do controle social no sentido da integralidade e da humanização da atenção e da melhoria constante da resposta setorial às necessidades de saúde da população. Um dos desafios importantes apresentados ao Departamento foi o de superar a fragmentação, a centralização e a ineficiência das práticas que predominavam no MS, no tocante ao desenvolvimento dos profissionais.

A marca desta política foi da construção em diálogo com os movimentos sociais e outros atores críticos da construção do SUS e seu desenvolvimento produziu forte atuação em alguns eixos, tais como a mudança na graduação das

profissões de saúde e o trabalho junto ao movimento estudantil, a educação popular para o fortalecimento da gestão social das políticas públicas de saúde e a profissionalização técnica para o trabalho no SUS. O elemento fundamental da proposta era o reconhecimento da multiplicidade de atores e projetos atuando nos diferentes espaços e a necessidade de articulação entre educação e trabalho, na formação e produção de processos de desenvolvimento dos trabalhadores. Articulação entre ensino–gestão–atenção–controle social, aposta na rede de gestão e de serviços do SUS como escola, aposta na mudança nas práticas de formação e de saúde como construção da integralidade da atenção de saúde à população, na educação permanente de trabalhadores para o SUS em bases locais e regionais.

Contei parte desta história toda porque foi nesta estação que consolidei muitos conceitos-ferramenta em um processo muito intenso de operação de uma política formulada em diálogo com muitos atores da formação, gestão, serviços de saúde no Brasil e que foi o espaço de formulação em torno da Educação Permanente em Saúde no Brasil, no período janeiro de 2003 a julho de 2005. Faziam parte do repertório do grupo de gestão as experiências da gestão estadual gaúcha no campo da educação na saúde, de construção de processos de mudanças no âmbito da formação e do trabalho em saúde reunidas em torno da Rede UNIDA, da Rede de Educação Popular em Saúde e as experiências de gestão e reorganização do trabalho em saúde desencadeadas a partir de um campo de produção intelectual, que se pode nominar de Defesa da Vida.

Foi nesta estação que compreendi ser possível formular e operar uma política nacional tomando a democracia como eixo estruturante e foi nesta estação que consolidei o que já tinha entendido e aprendido ao longo das viagens nas muitas

estações em que desembarquei, reconhecendo que para realizar um grande movimento instituinte é necessário produzir coletivo em processo (FEUERWERKER & MERHY, 2009).

Esta estação proporcionou muitas viagens, formulamos e operamos a política, não desde o gabinete em Brasília, mas junto com os muitos atores interessados e implicados com este processo. E tive a certeza que os municípios, os estados e as regiões no Brasil, são muito distintos e que só é possível construir construção conjunta a processos deste tipo considerando as diferenças, as vivências e a acumulação local.

A imagem da viagem pode ser uma maneira para revisitar minhas próprias vivências, as “paisagens” e as “fotografias” e redescobrir outros significados. Toda viagem constitui um deslocamento para outros tempos. Toda viagem é uma busca de destino. Onde o lugar determinado e simples se revela complexo, múltiplo e disforme. O lugar é o não-lugar. Nesse não lugar em que me encontro, tento desterritorializar-me e reterritorializar-me e percebi a multiplicidade e o comum de Toni Negri.

Nas estações encontrei “massa” e “povo”, mas o que queria encontrar era a “multidão” (HARDT e NEGRI, 2005), “ser multidão” e “fazer multidão”. Talvez uma das dificuldades de fazer a passagem do “ser multidão” para “fazer multidão” tenha a ver com nossa fraca capacidade de criação de outras formas de pensamento e de relação com o outro, a fim de que a base de identificação entre singularidades potencialize um “comum” afirmativo de outras existencialidades possíveis, que extrapole crenças religiosas, idealizações de diferentes espécies, etc.

Quando falo de multidão, falo de um conjunto, mais do que uma soma, de singularidades cooperantes. Vivemos com os outros, a multidão é o reconhecimento

do outro. A singularidade é o homem que vive na relação com o outro, que se define na relação com o outro. Sem o outro ele não existe em si mesmo. O conceito de comum seria a possibilidade de construir plataformas de entrecruzamento. Pontos de encontro. Plataforma comum de convivência. Isso não quer dizer que as pessoas tenham que ser reunidas em uma unidade de representação. Mas que sua ação cooperativa e singular possa vir a construir algo que lhes seja comum (NEGRI, 2005).

E inspirada na multiplicidade presente na poesia de Paulo Leminski (1985), penso na transformação das muitas vozes existentes, que dão origem a uma nova voz, que não é o eu nem é o outro, é o nós.

Contranarciso
em mim
eu vejo o outro
e outro
e outro
enfim dezenas
trens passando
vagões cheios de gente
centenas
o outro
que há em mim
é você
você
e você
assim como
eu estou em você
eu estou nele
em nós
e só quando
estamos em nós
estamos em paz
mesmo que estejamos a sós
(Leminski, 1985)

E Deleuze indica que “os modos de vida inspiram maneiras de pensar, os modos de pensar criam maneiras de viver” (DELEUZE, 1994). Nesta perspectiva fui

embarcando e desembarcando em estações, construindo territórios provisórios, embarcando em cada trem novamente e seguindo rumo e criando maneiras de viver. E não foram as paisagens oferecidas pela viagem que fui admirando, mas a própria necessidade de viajar.

Nas estações, o entusiasmo e a convicção da partida, nesse espaço transitório entre uma estação e outra, tudo parecia inspirar novas maneiras de pensar, criando novas maneiras de viver. Talvez por estar em trânsito não só geográfico, experimentei deslocamento, ou melhor, a uma espécie de desterritorialização, e como colocam Deleuze e Guattari, a desterritorialização não trata de “liberdade em oposição à submissão, mas apenas de uma linha de fuga, ou melhor, de uma simples saída, à direita, à esquerda, onde quer que seja, a menos significativa possível” (DELEUZE e GUATARI, 1977).

Nestas oportunidades da viagem, entrar no jogo e também jogar é condição “sine qua non”, pois o jogo faz parte da viagem. Jogando, entramos necessariamente nas relações de poder, numa trama, cujas táticas e manobras definem a transversalidade do jogo. Esse tipo de estratégia e as relações de força, que emanam nestes contextos, acenam para uma nova forma de pensar o poder, propiciando uma reflexão com base na análise de Foucault (1981), que diz que o poder não irradia de um centro, nem está instalado num determinado lugar, mas se define como “um feixe de relações mais ou menos organizado, mais ou menos coordenado”.

Michel Foucault (1978) vê o poder como uma dinâmica de um conjunto heterogêneo de elementos, discursivos ou não, que se conectam estrategicamente manipulados por interesses ou “relações de forças” quer seja para direcioná-las ou

bloqueá-las. Esse dispositivo ou rede que se forma em atendimento de demandas “está sempre inscrito em um jogo de poder”.

2.3. A ESTAÇÃO JOÃO PESSOA – CAMPO DA PESQUISA

Haja hoje para tanto ontem.

Paulo Leminski (1995)

As primeiras imagens-fotografias desta estação foram se formando com certa fantasia. Utilizando-me da construção de Deleuze, fantasia é a efetuação empírica de uma virtualidade fantástica, que ocorre quando a sensibilidade transmite da imaginação a coerção dos simulacros, isto é, do intensivo e da diferença na intensidade, diferença esta que nos captura a partir da sensibilidade.

Estou falando da fantasia de uma meio sudestina/sulina querendo trabalhar, morar e se fixar no nordeste, em uma cidade bela, em que o sol nasce primeiro, as praias têm muitos coqueiros e águas são esverdeadas. Na bagagem sonhos e algumas ferramentas para ajudar a organizar os serviços de saúde.

Como a vida vai produzindo possibilidades e vamos fazendo escolhas... Ao chegar a João Pessoa, fiquei impactada com o que encontrei. Em meio à beleza física, uma longa história de descompromisso dos governos anteriores na formulação e execução de políticas públicas e em especial na construção do SUS local.

Então, é bom retomar. Primeiro governo popular da cidade, com compromissos com as políticas públicas e, no caso da saúde em especial, tudo a construir. O grupo que assumiu a gestão da SMS/JPA era originário da Universidade

Federal da Paraíba. Na direção da Secretária Municipal de Saúde, uma farmacêutica-bioquímica sanitária, valendo destacar que, pela primeira vez, uma mulher não médica assumia esta função.

A organização dos serviços de saúde em João Pessoa nas décadas anteriores havia sido marcada pelas práticas clientelistas e, na saúde, por um modelo centrado na assistência hospitalar-médico-curativista, tanto no público como no privado, em que o usuário individual e ou coletivo era encarado como mero depositário de problemas de saúde identificados a partir dos saberes que o modelo legitima, vindos da clínica médica tradicional.

É importante ressaltar que, este modelo liberal-privatista tem implicado uma determinada postura dos trabalhadores de saúde, que trata o usuário de maneira impessoal, objetivista e descompromissada, colocando no foco do trabalho a queixa-conduta.

A estrutura orgânica da SMS/JPA apresentava-se ainda como a das tradicionais instituições públicas de saúde que privilegiam as relações verticalizadas, centralização de poder com decisões tomadas no topo da pirâmide do organograma, dificultando que os próprios serviços, no nível local, atuassem direta e efetivamente nas definições, decisões e ações no cotidiano da instituição.

Inicialmente a Secretaria de Saúde do Município contava com os seguintes serviços: 180 Equipes do Programa Saúde da Família – ESF; 06 Centros de Saúde (Maria Luíza Targino, Mandacaru, Lourival Gouveia Moura, Francisco das Chagas, Teixeira de Vasconcelos e Unidade de Saúde das Praias), 02 Centros de Atendimento Integrado em Saúde – CAIS (Mangabeira e Cruz das Armas); 01 Centro de Especialidades Odontológicas; 01 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, 01 Laboratório Central do Município; 01 Centro de Testagem e Amostragem

– DST/AIDS; 01 Centro de Controle de Zoonoses, 3 Hospitais Municipais (Santa Isabel, Valentina Figueiredo e Maternidade Cândida Vargas).

Atualmente, depois desta primeira gestão, conta com, 180 Equipes do Programa Saúde da Família – ESF; os mesmos 06 Centros de Saúde , 04 Centros de Atendimento Integrado em Saúde – CAIS (Mangabeira, Cruz das Armas, Cristo e Jaguaribe); 03 Centros de Especialidades Odontológicas (Mangabeira, Centro e Cristo); 02 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (Valentina e Varadouro); 01 Centro de Atenção Psicossocial Infantil– CAPSi (Cirandar); 01 Residência Terapêutica Feminina (8 vagas), 01 Laboratório Central do Município; 01 Centro de Atendimento Integral ao Idoso; 01 Núcleo de Portadores de Necessidades Especiais, 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador/CEREST, 01 Centro de Testagem e Amostragem – DST/AIDS; 01 Centro de Controle de Zoonoses, 06 Farmácias Populares (Costa e Silva, Centro, Bairro dos Ipês, Cruz das Armas, Varjão e Mangabeira), 04 Hospitais Municipais (Santa Isabel, Valentina Figueiredo, Maternidade Cândida Vargas e Complexo Hospitalar Mangabeira), além do SAMU metropolitano.

No que diz respeito ao atendimento prestado aos municípios da Capital, as ações de saúde atualmente são coordenadas no espaço dos Distritos Sanitários. A “rede” de serviços de saúde do município de João Pessoa está distribuída territorialmente em cinco Distritos Sanitários (DS I, DSII, DS III, DS IV e DSV) que recortam toda a extensão territorial da cidade. Para cada distrito, existe um diretor geral, um diretor técnico, um diretor administrativo e um grupo de apoiadores matriciais responsável pela condução técnico/política das ações desenvolvidas no território.

Não era assim quando chegamos, os distritos sanitários conformavam-se mais como uma instância burocrática, com cargos ocupados com critérios político-partidários e, portanto com limitada capacidade técnico-política para coordenar os serviços de saúde do território. No processo da nova gestão foi sendo produzida importante transformação nesses espaços, de modo que os novos coletivos técnico-políticos em cada distrito sanitário puderam experimentar/explorar novos modos de “funcionamento” da organização. Vale destacar também que cada grupo foi experimentando/explorando o seu “modo” de produzir gestão, fazendo-o a partir da vivência/acumulação/visão de mundo do coletivo, ou pelo menos do que era preponderante naquele coletivo. E é importante ressaltar que no trabalho que desenvolvemos na SMS/JPA houve um significativo fortalecimento dos movimentos disparados a partir dos distritos sanitários, tomados como lugar-chave para apoiar mudanças no processo de trabalho das USF da rede de atenção básica e de articulação entre os distintos equipamentos da rede de atenção à saúde.

A implantação das Equipes de Saúde da Família no governo anterior havia ocorrido de modo burocrático, sem compromisso com a qualidade dos cuidados de saúde produzidos. Para se ter uma idéia, todas as ESF foram implantadas abruptamente no semestre em que ocorreu a eleição municipal para prefeitos e vereadores de 2004.

No início do governo, então, tínhamos 180 ESF instaladas em casas alugadas, com instalações físicas totalmente inadequadas para funcionarem como serviços de saúde. Em muitos destes locais não havia sala de recepção, salas para realizar imunização, curativo etc., não havia material permanente como, por exemplo, mesa ginecológica, armários. concomitantemente a um intenso desabastecimento de insumos (medicamentos, material médico, de enfermagem e

administrativo). Em algumas destas casas não havia sequer pia para lavar as mãos. Ou seja, era uma infra-estrutura completamente inadequada para o funcionamento de unidades de saúde.

As ESF, que deveriam fazer uma cobertura em torno de 74% da população da cidade, operavam segundo uma lógica em que, a pretexto de sua vocação para a promoção e prevenção, as equipes se esquivavam do enfrentamento das situações críticas e dos problemas de saúde já instalados enfrentados pela população. Em todas as unidades se podia ver os “cronogramas” fixados na parede informando a população de que segunda era dia de criança, terça de gestantes, quarta de hipertensos, quinta..... Afirmavam ter realizado a territorialização, mas não sabiam informar características básicas da população e do território, menos ainda quantos menores de 1 ano, gestantes, hipertensos, diabéticos etc. havia na área. Portanto, na prática não havia adscrição de clientela, nenhuma intervenção coletiva sistemática e muita tensão social decorrente da insuficiência de oferta de cuidados.

Observava-se a falta de motivação de grande parte dos trabalhadores, o não cumprimento da carga horária, vínculos empregatícios precários, desorganização total do trabalho, metas inexistentes, nula discussão de indicadores de produção e de saúde, inexistência de processos de qualificação da prática profissional e muito menos educação permanente. As equipes desempenhavam papel protocolar, com pouquíssima reflexão sobre o trabalho que realizavam, que era o meramente o indispensável para receber seus salários ao final de cada mês.

É importante reconhecer que as estruturas de saúde do município, ao longo do tempo, haviam sido absolutamente sucateadas e os trabalhadores, assujeitados. Assim, para aproximar-se da promessa de produzir saúde integral e de qualidade, fazia-se necessário um investimento intensivo na ampliação da rede física, além da

implementação de estratégias para movimentar, problematizar, abrir espaço para a produção ativa de novos atores em cena na construção do SUS/JPA.

Para melhor localizar o leitor sobre o vivido, vou, entre fatos e acontecimentos, analisar o processo de produção das estratégias de gestão em João Pessoa, deixando claro que o centro das nossas apostas era o a intervenção sobre o espaço micropolítico de produção da saúde e que os efeitos produzidos desse modo transbordavam o desenho da gestão tradicional.

3. O MUNDO DO TRABALHO EM SAÚDE

Disfarça, tem gente olhando.
Uns olham para o alto,
cometas, luas, galáxias.
Outros, olham de banda,
lunetas, luas, sintaxes.
De frente ou de lado,
sempre tem gente olhando,
olhando ou sendo olhado.

Outros olham para baixo,
procurando algum vestígio
do tempo que a gente acha,
em busca do espaço perdido.
Raros olham para dentro,
já que dentro não tem nada.
Apenas um peso imenso,
a alma, esse conto de fada.

Paulo Leminski (2000)

Para iniciar esta conversa trago o mundo do trabalho como fundamental para construir o conceito de apoio matricial como ferramenta de gestão. No conjunto dos trabalhos humanos, o trabalho em saúde tem características especiais. Localiza-se no campo do trabalho em serviços e diferencia-se da produção material industrial e do setor primário da economia. É consumido no momento em que é produzido e o usuário é co-participante da ação em saúde (PIRES, 1998). O trabalho em saúde, então, refere-se a um mundo próprio, complexo, diverso, criativo, dinâmico, em que cotidianamente se produzem múltiplos encontros entre trabalhadores e usuários.

Alguns autores como Cecília Donnangelo, Ricardo Bruno, Lilia Schraiber e Emerson Merhy, se ocuparam em desvendar o trabalho em saúde e discuti-lo como prática social.

Donnangelo (1979) identifica a medicalização como uma das formas de normalizar a sociedade e conseqüentemente compreende a organização das

práticas de saúde não são somente como determinadas pela organização da sociedade capitalista, mas como campo de práticas que também organiza o modo capitalista de ser. A organização do campo social de práticas de saúde é constitutiva do campo de práticas da sociedade econômica, política e ideológica. O mundo do trabalho em saúde é um campo de práticas ligado à própria constituição da sociedade.

Para Gonçalves (1994) estudar o mundo do trabalho não é estudar recursos humanos. Considera haver uma conexão indissociável entre a organização tecnológica do trabalho em saúde e suas próprias finalidades. Ou seja, a conformação do mundo tecnológico, os objetos e finalidades no campo da produção compõem uma tríade nuclear para reflexão sobre esse objeto, contribui para desvendar o instituído, e convida a compreender a micropolítica do mundo do trabalho.

A construção do mundo do trabalho se dá na articulação entre o território das tecnologias, o território de conformação dos objetos de trabalho e finalidades, compondo o mundo sob o ponto de vista do desenho da micropolítica. Pode-se, então, compreender a total relação de constitutividade entre o trabalho em saúde e a medicalização, do ponto de vista mais amplo (DONNANGELO, 1979) não somente do ponto de vista do aparato ideológico, mas do ponto de vista de construção da prática. Gonçalves rompe, desse modo, com o conceito de tecnologia clássica, compreendida como mundo material e traz uma novidade que é a idéia das tecnologias não materiais. Para ele, portanto, as tecnologias não são simples ferramentas instrumentais, havendo, uma dimensão material e outra não material do saber tecnológico (GONÇALVES, 1994).

Ricardo Bruno Gonçalves parte de uma interpretação marxista clássica do trabalho em saúde, fragmentando o trabalho intelectual e o trabalho manual. Desse modo, segundo ele, na conformação do mundo do trabalho em saúde seria possível reconhecer o trabalho intelectual como o que formula, como o que é constituidor dos objetos da intervenção, realizado por alguns profissionais de saúde, particularmente os médicos, que formulam e delegam atividades para os demais, subordinados nesta divisão entre trabalho intelectual e manual.

Merhy (1997b) produziu o texto “A micropolítica do trabalho vivo em saúde” num esforço de fazer outra leitura do mundo do trabalho, mas partindo da produção de Gonçalves; desenvolve, então, a idéia de que além de se reconhecer tecnologias materiais e imateriais no trabalho em saúde, seria possível ir além. Dentre as tecnologias imateriais haveria aquelas relacionadas com os saberes estruturados (território formulado especificamente sobre as várias profissões da saúde e seus distintos recortes) e também tecnologias relacionais (território de formulação que pertence a todos os trabalhadores da saúde). Formula, então, a idéia de que nesse território todo trabalhador é um intelectual, ou seja, todos são produtores de saberes e são sujeitos de ações.

Mas ele vai além. Diz que o objetivo de qualquer ação em saúde é produzir o ato de cuidar, e ressalta que isso é marcador dos territórios que delimitam o conjunto dos processos de trabalho em saúde e sua micropolítica, e dos distintos modos tecnológicos de operar os atos produtivos deste campo de práticas, incluindo também o usuário ativamente nesse processo de produção (MERHY, 2003).

Hegemonicamente a atenção à saúde tem envolvido tomado os usuários como objeto e centrado a produção dos atos de saúde nos procedimentos sobre os aspectos orgânico-biológicos da saúde-doença, pouco considerando as demais

dimensões aí presentes, levando à produção de ações de baixa qualidade e resolubilidade, e muito medicalizantes (CAPOZZOLO, 2003).

Entretanto, tomando a integralidade como norte, é necessário produzir um modelo que confira aos usuários e suas necessidades um lugar central, que força a expressão de um contrato que se ordenará pela defesa da vida individual e coletiva. É importante, então, procurar entender, abstratamente, os potenciais que cada ator coloca em cena, explorando as tensões que os mesmos contêm (MERHY, 2003).

Os desenhos organizativos na saúde, então, dizem respeito à política, enquanto lugar de defesa de interesses de diversos atores, em cenários complexos, que se colocam ativamente em disputa na arena decisória em relação à produção da saúde. A cena na qual é definido o modelo tecnológico de produção da saúde é permeada por sujeitos com capacidade de distintas de interferir sobre a própria produção e que operam pactuações entre si, de forma que a resultante dessas disputas é sempre produto da correlação de forças que se estabelece no processo. Portanto, atuar sobre o núcleo tecnológico de produção do cuidado é o mesmo que operar sobre o modelo tecnoassistencial, estando essas dimensões ligadas, por assim dizer, pela lógica de produção do cuidado, numa mútua constituição (FRANCO, 2003).

Segundo Feuerwerker (2005), o modelo tecnoassistencial, a organização da gestão e as maneiras como se faz a política de saúde são todos elementos críticos para a consolidação do sistema de saúde, pois contribuem ou obstaculizam a mobilização e aglutinação de atores e agentes capazes de contribuir para a indispensável conquista de legitimidade política e social para o SUS.

Neste sentido, o desenho tecnoassistencial para a saúde tem sido, até agora, produzido segundo a hegemonia de setores que têm como principal referência, na

composição tecnológica dos processos produtivos, a incorporação de equipamentos, procedimentos e medicamentos e seu uso intensivo (FRANCO, 2003).

Por outro lado, Merhy (2003) chama a atenção para uma outra vertente de ação do capital no setor saúde, que se verifica por meio das reformas impressas pelo capital financeiro. Inserido na saúde com uma lógica securitária, ao capital financeiro interessa o não adoecimento e a menor utilização possível das consultas, procedimentos e exames. Por meio de estratégias como a atenção gerenciada, o capital financeiro atua na gestão do trabalho em saúde exatamente para implementar o controle de custos, utilizando mecanismos organizacionais para interferir nos processos microdecisórios. Busca assim controlar. O modo como os trabalhadores de saúde, em particular os médicos, operam a utilização e a incorporação de tecnologias nos atos de saúde. Segundo Merhy (2003) todos os processos de produção da saúde, em particular as que buscam novas lógicas para as relações entre trabalhadores (composição tecnológica do trabalho em saúde) e usuários (necessidades de saúde), vivem algumas tensões básicas e próprias dos atos produtivos em saúde, tais como a lógica da produção de atos de saúde como procedimentos e a da produção dos procedimentos enquanto cuidado. Outro exemplo, a tensão nos modelos médicos centrados em procedimentos, sem compromissos com a produção da cura e da promoção. Ou a lógica da construção dos atos de saúde como resultado das ações de distintos tipos de trabalhadores para a produção e o gerenciamento do cuidado versus as intervenções mais restritas, exclusivamente presas às competências específicas de alguns deles, como por exemplo, as ações de saúde enfermeiro centradas ou médico centradas, sem ação integralizada e unificada em torno do usuário. Ou a clínica restrita do médico, procedimento- centrada e os exercícios clínicos de todos os trabalhadores de saúde.

Segundo Merhy e Feuerwerker (2009) todo ator em situação de governo encontra diante de si outros atores que também governam e disputam com ele a direcionalidade da ação, utilizando para isso os recursos de que dispõem. Claro é que os atores em situação de governo dispõem, em princípio, de maior controle sobre recursos, mas eles precisam saber governar (e necessitam para isso de uma dada caixa de ferramentas, que compõe sua capacidade de governar). Quando um ator “joga bem”, pode ampliar sua governabilidade. Esse é um elemento fundamental para a gestão das organizações de saúde e para os que pretendem favorecer a transformação das práticas de saúde.

Por isto, o processo de trabalho em saúde não consegue ser controlado plenamente por lógicas gerenciais, pois é um “trabalho vivo realizado em ato”, com autonomia dos trabalhadores e um grau de liberdade significativo no modo de produzir os atos de saúde, que é decorrente da relação privada que estabelecem com o usuário. Os profissionais têm um espaço próprio de gestão de seu trabalho com o qual se precisa dialogar desde a gestão (FRANCO, 2003).

Os profissionais portam poderes, interesses, desejos, projetos, resistem ou aderem a propostas de mudanças. As práticas de saúde são um território de disputa e de constituição de políticas, onde uma multiplicidade de atores sociais, nos seus “agires”, impõe a conformação dos atos de saúde. Trata-se de uma disputa permanente em torno das normas constituídas, das intenções em torno do que são o objeto e o sentido das ações de saúde (MERHY, 2002).

Sendo assim, é necessário reconhecer que todos governam e que, em especial, na saúde, em que predomina o trabalho vivo em ato, todos governam e são autores do modelo tecnoassistencial.

Por isso, governar em saúde é complexo, implica efetivamente abrir novos canais de diálogo e aproximação entre gestão e trabalhadores, aproximar a gestão do cotidiano do trabalho, criando a oportunidade de construir novos pactos entre os trabalhadores. Só se pode imaginar a produção da integralidade, de continuidade da atenção e de ampliação da resolubilidade por meio da construção de novos espaços de conversa, pactuação e cooperação técnica entre os trabalhadores dos diferentes tipos de serviço de saúde, tendo as necessidades dos usuários como referência para essas pactuações.

Para tanto, novos modos de organizar a gestão dos serviços de saúde tornam-se necessários. Se as normas e o controle sobre o trabalho vivo não são reconhecidos como instrumentos efetivos para estabelecer direcionalidade por parte da gestão, que alternativas existem para disputar e reconfigurar os modos de organização do trabalho em saúde?

Partindo da construção de Emerson Merhy (2002) sobre a gestão em saúde, o grande desafio para os gestores do SUS é ter muito claro que a matéria prima para construção dos modos de fabricar saúde é o mundo das necessidades de saúde; sendo os usuários sua fonte de criação e os trabalhadores os responsáveis por sua operação. Reconhece-se, então, que para fabricar novos modos de produzir saúde devemos superar os modelos centrados nos interesses corporativos profissionais ou econômicos financeiros dos empresários da saúde, transformando-os em usuários centrados e superando as lógicas de produção de procedimentos em si pela da produção da saúde e da defesa vida individual e coletiva.

Ainda inspirada pela construção do Emerson, podemos afirmar que os gestores negociam, em última instância, a dimensão pública e privada das arenas institucionais e a organização social e técnica das práticas produtoras do cuidado. E,

que para isso, colocam em cena sua capacidade de dar direção para os vários recursos que controlam na máquina estatal. Contar com esta possibilidade é uma arma poderosa para quem aposta em mudanças dos desenhos organizativos da saúde. Os recursos que os gestores operam são sua capacidade de formular políticas nas arenas instituídas e mesmo de cercar estas arenas para a penetrabilidade de outros, ou de publicizá-las; o controle substantivo do financiamento público; a capacidade física instalada no aparato estatal; a capacidade de induzir o uso das tecnologias disponíveis, no público e no privado; os mecanismos de acessibilidade ao sistema prestador; capacidade de induzir e regular a introdução de novas tecnologias; capacidade de viabilizar novos processos gestores de cada estabelecimento de saúde, construindo possibilidades governativas das relações entre os trabalhadores e os usuários, entre outros.

Mas o grande desafio dos gestores de saúde é o de conseguirem impactar os modos como são construídas as contratualidades entre trabalhadores e usuários, no dia a dia dos serviços e assim orientar a capacidade tecnológica de ação dos trabalhadores para a defesa da vida individual e coletiva (MERHY, 2006).

Trata-se, então, de reconhecer que os gestores da saúde podem e devem explorar as tensões constitutivas da produção do cuidado no cotidiano de cada serviço de saúde para fabricar o desenho organizativo da rede de serviços de saúde a partir de uma certa formulação de projeto de saúde. O que significa de forma sintética dizer que todo o conjunto das ações de saúde opera em um terreno de base tensional, constituído por pelo menos em três campos.

Um primeiro, que é demarcado pelo fato de que o território das práticas de saúde é um espaço de disputa e de constituição de políticas, cuja característica é a multiplicidade, desenhado a partir da ação de distintos sujeitos coletivos, que

conforme seus interesses e capacidades de agir, aliam-se e/ou confrontam-se no projeto de saúde formulado pelos gestores (MERHY e FEUERWERKER, 2009).

O outro campo de constituição da lógica tensional do agir em saúde está delimitado pelo fato que hegemonicamente a produção de atos de saúde é um terreno do trabalho vivo em ato, cuja marca central é a de ser um processo de produção sempre a operar em alto grau de incerteza, marcado pela ação territorial dos atores em cena e esta centralidade do trabalho vivo, no interior dos processos de trabalho em saúde, define-o como um espaço em aberto para a exploração das potências nele inscritas, para a ação de dispositivos que possam funcionar como agentes disparadores de novas subjetivações (MERHY e FEUERWERKER, 2009).

Por último, o modo como as organizações de saúde formam-se como território tensional em si, pois se constituem em espaço de intervenção de sujeitos coletivos inscritos a partir de suas capacidades de se autogovernarem, disputando o caminhar cotidiano, com as normas e regras instituídas para o controle organizacional. Portanto, autogoverno dos trabalhadores é constitutivo do trabalho em saúde e a tensão entre autonomia e controle é sem dúvida presente em todos os modos de organizar a gestão e, portanto, de potência, constituindo-se em um tema para as intervenções na condução da construção de uma rede de serviços de saúde (MERHY e FEUERWERKER, 2009).

Neste sentido, partindo do pressuposto de que o projeto de saúde é disputado no espaço micropolítico, o apoio institucional/matricial e a educação permanente são dispositivos estratégicos para fabricar o desenho organizativo da rede de serviços de saúde e mobilizar um potencial transformador do agir em saúde com suas práticas. Isso porque aproximam a gestão dos territórios de produção do cuidado; possibilitam ampliar a caixa de ferramenta da equipe de gestão para governar em arenas

institucionais atravessadas pelas multiplicidades dos atores em cena, com arranjos que se abram para as suas expressões e decisões; possibilitam publicizar o exercício privado do agir, sem matá-lo, com processos organizacionais centrados nas competências (específicas, profissionais e cuidadoras) dos múltiplos trabalhadores de saúde; possibilitam produzir ganhos de autonomia dos usuários a partir de configurações tecnológicas do agir em saúde que sejam comandadas pela centralidade das tecnologias leves; possibilitam não abandonar as lógicas administrativas que permitam a construção de um agir em saúde mais eficiente, mas operar a gestão cotidiana, de modo partilhado, por problemas e colocando protagonismo do coletivo de trabalhadores em situação, e as suas capacidades de negociar e pactuar contratos públicos.

A micropolítica, conceito desenvolvido por Michel Foucault e trabalhado intensivamente no campo da saúde brasileira por Emerson Merhy, refere-se ao poder como técnica de subjetivação, como espaço vivo, em que se produzem as relações. “Micro” refere-se à dimensão do processo de produção das formas de realidade: a realidade em vias de se constituir, se definir (territorializar) e ao mesmo tempo, em vias de se desmanchar (desterritorializar). Realidade tanto individual quanto grupal ou coletiva. Enquanto “macro” refere-se à realidade em suas formas constituídas — aqui também, tanto ao nível individual quanto grupal ou coletivo. É na lógica das formas constituídas que se pensa em termos de um todo, de pólos em conflito e/ou contradição — em suma, em relações de dominação. E esta lógica (macro) vale tanto para relações de dominação entre Estado e Sociedade quanto para as relações de dominação do contexto de um casal. Pensar o poder enquanto “técnica de subjetivação”, como propõe Foucault, é pensá-lo segundo uma outra

lógica, que permite por exemplo lutar contra a reificação da consciência e apreender a dimensão de criatividade social (ROLNIK, 2010).

No âmbito da micropolítica nos interessam as forças que afirmam a vida e a reconfiguração das imagens de ser, pensar, agir e compreender o mundo vivido. E o que queremos colocar em evidência é que é possível, operando na micropolítica, produzir um trabalho com conexões inéditas na gestão do cuidado no SUS.

Em João Pessoa, fizemos tentativas, desencadeamos movimentos para levar à reflexão sobre os problemas e à produção de alternativas de superação, tentando abrir conversas e conseguir adesão aos processos de mudança. Inicialmente éramos muito poucos. Eu, ocupando um espaço institucionalizado como coordenadora de desenvolvimento institucional e a Laura, no papel de assessoria, nesse primeiro momento articulando e buscando ampliar a governabilidade da Roseana, Secretária de Saúde do município. Mas fomos fabricando coletivos para atuar nessa perspectiva.

Consideramos, então, o apoio matricial e a educação permanente em saúde ferramentas para a construção da gestão democrática e para a produção de linhas de cuidado. Esses seriam dispositivos estratégicos para fazer aproximação entre gestor e trabalhador, trabalhador e trabalhador e trabalhador e usuário, indispensáveis quando se deseja, ainda por cima, batalhar por transformações no processo de trabalho e na produção do cuidado em saúde.

Para iniciar este debate sobre apoio institucional matricial, primeiramente quero enfatizar que este conceito-ferramenta parte das constatações vividas historicamente no SUS, de que os modos de organizar o trabalho na área da saúde não tem sido suficientes para efetivamente organizar redes de serviços de saúde, nos vários espaços municipais, estaduais e federal, tradicionalmente organizados

com base em áreas técnicas, e em que a gestão é separada da atenção e a atenção é separada da vigilância. Cada área técnica parte dos conhecimentos acumulados e dos princípios políticos que considera mais avançados organizam programas/projetos de ação e, para sua implementação, linhas de capacitações para “treinar” os trabalhadores, que são considerados “caixas vazias” e portanto devem ser orientados pelas normas, rotinas e protocolos construídos por cada uma destas áreas (BRASIL, 2005a).

Segundo essa concepção, o trabalho em saúde é organizado de maneira parcelar, de modo que cada trabalhador é responsável apenas pela realização de uma de suas partes, sem participação e compreensão do todo e com uma valorização moral diferenciada do trabalho de cada profissional e, portanto ocorrendo uma subordinação de uns trabalhadores aos outros. Considera-se que cada serviço corresponde a um todo orgânico, constituído por diversos órgãos, cada qual com um papel e, na maioria das vezes, completamente desarticulados. À gestão caberia manter a articulação entre as partes e o exercício do poder coercitivo para mantê-las funcionando. Só que esse modo de operar vem se mostrando ineficaz e incapaz de favorecer a integralidade. O gestor que orienta a produção da gestão a partir de regimentos e portarias, não tem conseguido a adesão dos trabalhadores para produção do cuidado com implicação e disponibilidade. Então, para pensar a organização do trabalho em saúde é necessário deslocar-se deste conhecido jeito de fazer gestão, em que o instituído tenta capturar e controlar o trabalho vivo em ato. Como alternativa, reconhecendo a micropolítica e as especificidades do trabalho em saúde, o apoio institucional matricial. Tomamos o conceito de matriz, definido por Aurélio como o “lugar onde algo se gera e se cria” e produzimos, dentro da organização, o conceito de matricial como alternativa ao

vertical, para possibilitar relações horizontais entre profissionais de distintas áreas/projetos para endereçar problemas. A idéia fundamental é colocar todas as partes da gestão em contato direto e articulado com o cotidiano do trabalho, operando a seu favor e não tentando subordinar o cotidiano da produção do cuidado às lógicas de cada departamento, coordenação ou setor do nível central.

Como reconhecemos que cada trabalhador de saúde e cada usuário operam com uma concepção de saúde e de cuidado, que é no espaço do encontro com o usuário que se concretiza o momento de autonomia do trabalhador para expressar e operar suas concepções e que na unidade de saúde, portanto, há múltiplos projetos de saúde (ocultos) operando, em disputa, tentando prevalecer sobre os demais, reconhecemos que a gestão precisa alcançar esse espaço. Reconhecemos que para fazer gestão é necessário mediar essa disputa, criar espaços de encontro para produzir diálogo e pactuação entre gestão e trabalhadores, entre os trabalhadores e entre trabalhadores e usuários. O matriciamento da gestão é uma possibilidade de chegar a este espaço, oferecendo apoio à realização do trabalho em saúde, possibilitando que os problemas concretos agenciem as várias partes da secretaria, que podem contribuir para seu enfrentamento; possibilitando que as agendas técnicas se potencializem ao invés de entrarem em disputa pelo tempo, coração e braços dos trabalhadores.

Propusemos o matriciamento na gestão e na atenção. Nos dois casos, reconhecemos ser necessário agregar e combinar diferentes saberes para enfrentar a complexidade das organizações e do trabalho em saúde, bem como a complexidade e desestruturação dos problemas de saúde, para produzir conhecimento mútuo, trocas e relações de cooperação e solidariedade, que

possibilitem respostas mais potentes e que contribuam para qualificar o cuidado em saúde.

No desenvolvimento do apoio matricial a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos pode ocorrer de maneira dialógica, já que o apoiador procura construir de maneira compartilhada com os outros interlocutores projetos de intervenção, valendo-se tanto de ofertas originárias de seu núcleo de conhecimento, de seu lugar na gestão, de sua experiência e visão de mundo, quanto incorporando demandas trazidas pelo outro também em função de seu conhecimento, desejo, interesses e visão de mundo, criando espaços coletivos protegidos que permitam a interação dessas diferenças.

Os modos de conceber e concretizar o apoio como estratégia para qualificar a gestão e a produção do cuidado compõem um dos objetos centrais desta produção e serão discutidos adiante.

Antes disso, alguns antecedentes na experiência de João Pessoa para que se chegasse ao desenho dos apoios.

3.1. A EDUCAÇÃO PERMANENTE NA CONSTITUIÇÃO DA GESTÃO EM JOÃO PESSOA

Contando o vivido/ido, alguns movimentos importantes precederam a construção do arranjo dos apoios. O primeiro grande movimento desencadeado na secretaria foi o de formação de facilitadores de educação permanente, na esteira do movimento de municípios colaboradores da educação permanente em saúde, iniciado quando ainda estávamos no DEGES/MS, mas logo interrompido com a troca de ministros e de equipe ministerial em julho de 2005 como já disse anteriormente.

A Formação dos Facilitadores de Educação Permanente foi uma primeira tentativa de apoiar o movimento de problematização das práticas e a organização do trabalho nas unidades foi feita com a formação de facilitadores de educação permanente em saúde, ampliando uma iniciativa produzida pelo Ministério da Saúde/SGTES/DEGES.

Partia-se do pressuposto de que cada um dos trabalhadores do SUS, na atenção e na gestão, têm idéias, conceitos, concepções acerca da saúde, de sua produção, do sistema de saúde, de sua operação e do papel que cada trabalhador e cada unidade deve cumprir na prestação de serviços de saúde. É a partir dessas concepções que cada trabalhador se integra às equipes ou agrupamentos de profissionais em cada ponto do sistema. É a partir dessas concepções, mediadas pela organização dos serviços e do sistema, que cada profissional opera.

A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que poderiam produzir o desconforto e a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos para enfrentar o desafio de fazer transformações. Uma informação ou experiência pedagógica só faria sentido quando dialogasse com toda a acumulação que as pessoas traziam consigo. Partir do vivido/experimentado, essas seriam as chaves para a aprendizagem significativa.,

Em João Pessoa, o movimento para a formação de facilitadores de educação permanente em saúde foi desencadeado na metade do primeiro semestre de 2005. Foi um processo grande, envolvendo em torno de 450 pessoas - muitos trabalhadores da gestão e da atenção e alguns poucos usuários. Entre os trabalhadores, muitos eram Agentes Comunitários de Saúde/ACS e dentistas.

Muita mobilização, mas pouco debate e pouca clareza na condução do movimento. Um dos pressupostos para a escolha dos facilitadores era justamente

que fossem pessoas com capacidade de iniciativa e alguma legitimidade para desencadear processos de reflexão em seu espaço de trabalho. Mas, naquele momento, quem é que conhecia as equipes? Quem é que tinha noção do tipo de movimentos e dinâmicas estabelecidos nas diferentes equipes de trabalho?

Apesar disso, partindo da formação inicial de tutores (a maior parte ocupando cargos de gestão e nem todos com perfil para cumprir esse papel de dinamização da reflexão e da aprendizagem) iniciamos o processo de formação dos facilitadores propriamente dito. Organizamos movimentos para cuidar deste processo de formação, tentando garantir que cada facilitador pudesse desencadear movimentos de problematização e reflexão do processo de trabalho a partir da identificação dos nós críticos enfrentados pelos grupos em seu processo de trabalho.

Mas a implementação desse movimento de formação de facilitadores de educação permanente enfrentou muitas outras dificuldades além desse tema do perfil de muitos dos facilitadores. Primeiro, em relação aos tutores. A formação inicial prevista mostrou-se totalmente insuficiente para oferecer a eles as ferramentas necessárias para facilitar os processos de discussão com os facilitadores. Havia dificuldade para tudo: em relação aos conceitos e em relação à própria prática de problematização. Reconhecemos que teria sido importante um forte movimento de acompanhamento de seu trabalho (EP dos tutores) para que pudessem avançar. Mas não conseguimos dar conta de assegurar esse apoio de forma generalizada – por falta de pessoas preparadas, e pela fragilidade das relações, o que dificultava sustentar um processo de acompanhamento a distância – que tentamos articular. Então, o apoio foi pontual. Ganhou quem teve maior capacidade de vocalizar e mobilizar, ou seja, alguns tutores, na sua maioria, diretores de distrito.

A segunda questão problemática foi o perfil de boa parte dos facilitadores, ACS e dentistas, com inserção débil nas equipes e baixa capacidade de exercer um papel legitimado de facilitação da reflexão sobre o cotidiano.

Vale destacar, então, que os agentes comunitários, em muitas cidades, enfrentam muita dificuldade para pautar debates dentro de suas equipes. Apesar de serem potencialmente conhecedores da realidade local e da dinâmica das relações sociais, não têm legitimidade dentro das equipes para produzir agendas a partir dos problemas e necessidades identificados a partir de seu contato com os usuários. Que dirá, então, de propor reflexões críticas sobre o processo de trabalho de toda a equipe?

Se no contexto geral essa seria uma dificuldade relevante, em João Pessoa era pior. Muitos dos agentes comunitários de saúde haviam sido contratados a partir de um loteamento político, em que os vereadores de vários partidos da base aliada tiveram “cotas” para contratar “cabos eleitorais” de seus “currais”. Em consequência, havia entre muitos agentes (a metade aproximadamente) um profundo descompromisso com o desenvolvimento das atividades consideradas fundamentais e estruturantes para atuação das equipes de saúde da família em seus territórios de responsabilidade. Como estes ACSs não faziam o que era esperado deles, as relações com o restante da equipe eram ainda mais tensas.

O processo de incorporação dos dentistas às equipes de saúde da família também havia sido complexo – com muita dificuldade para estabelecer um ritmo interessante de trabalho – equipes não instaladas, equipes freqüentemente danificadas, falta de insumos – além de precária inserção na dinâmica geral das equipes. Então, boa parte dos dentistas era vista como “fora”, como trabalhadores que não “seguravam a onda” do trabalho cotidiano.

Não demorou muito para percebermos, então, que muitas das equipes haviam escolhido como facilitadores de educação permanente em saúde exatamente os trabalhadores vistos como “de fora”, os que não faziam falta se saíssem da unidade para mais esta “capacitação”.

Isso limitou muito a atuação dos facilitadores em geral, com exceções, é claro. Nestes casos, os que entenderam o processo, se apropriaram das ferramentas puderam utilizá-las para produzir novos sentidos no trabalho, desencadear processos de mudança no seu local de atuação, fossem elas de qualquer natureza e sentido.

A terceira questão a destacar é que desencadear a reflexão do processo de trabalho, produzir desconfortos e mobilizar o conjunto dos trabalhadores para mudança de práticas de saúde foi na prática um movimento contra-hegemônico, que também provocou muitas resistências por parte de muitos dos trabalhadores. Havia conforto e muita razão de ser nos arranjos de não-trabalho e pouco compromisso previamente existentes, e foi necessário um trabalho árduo para romper esse “equilíbrio”. A quarta questão a ser destacada foi a capacidade limitada da gestão de produzir respostas efetivas a certos problemas rapidamente identificados pelas equipes, particularmente em relação a ambiência e insumos. Assim, o desabastecimento de insumos, a falta de equipamentos/mobiliário e de solução para problemas de instalação física, a baixa capacidade para “administração de pessoal” e o perfil inadequado dos trabalhadores para atuar nas várias unidades de saúde da atenção básica, especialidades e hospitalares compunham a matriz discursiva da impossibilidade. Armava-se uma barreira para a entrada do debate e a reflexão e análise do processo de trabalho. Para romper essa barreira eram necessárias estratégias mais sofisticadas, nem sempre produzidas.

Esta limitada capacidade de gestão produziu uma mistura entre a formação de facilitadores com EP e a não resolução de problemas identificados pelas equipes de saúde. Então EP parecia discurso sem capacidade de ação, o que levou a um desgaste da formação, esvaziando o dispositivo. Apesar disso, a iniciativa cumpriu o papel de despertar reflexões, questões, possibilidades em muitos locais e hoje é possível identificar resultados desse movimento em diversas equipes de saúde da família, alguns dos quais foram inclusive apresentados na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família em Brasília.

Esses trabalhos, produzidos por iniciativa das próprias equipes, revelam que, apesar da formação de facilitadores de EP não ter fabricado um grupo potente para desencadear amplamente a reflexão do processo de trabalho nas USF, possibilitou aos profissionais - que perceberam sua potencia de agenciamento - se olharem, como deixou claro uma enfermeira de USF (2007-2008) e inventarem novas iniciativas, tais como a produzida na USF Grotão 1. Lá os trabalhadores – criaram o Brechó e Bingos: Recursos Extras em Prol da Comunidade para diminuir a distância entre a comunidade e a equipe, assim como arrecadar recursos para realização de atividades educativas e de lazer junto com a população. O objetivo da equipe era ampliar o vínculo com a população e ofertar informação e lazer, ampliando a qualidade de vida aos usuários.

A mesma unidade relatou sua experiência na implantação do Acolhimento, referida como uma tecnologia de reorganização do processo de trabalho em direção a uma ESF usuário-centrado, ampliando acessibilidade e qualificando a relação trabalhador-usuário. Como consequência acabou a fila de espera; toda a equipe “entrou” no acolhimento produzindo integração entre trabalhadores e entre usuário-trabalhador, maior resolubilidade das ações de saúde e compreensão/participação

da população sobre o processo de trabalho na USF, apoiada pelo apoiador institucional.

Os trabalhadores da USF Cidade Verde apresentaram na III Mostra o pôster AACCS - Agente Ator Comunitário de Saúde: Esse foi um exemplo de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2008), inclusive premiada em segundo lugar na Mostra. Esta USF foi a primeira nova unidade construída em 2006, integrando 4 ESF (ESF Cidade Verde I, ESF Cidade Verde IV, ESF Cidade Verde V, ESF Cidade Verde VI e ESF Projeto Mariz) nesta gestão. No processo de integração os trabalhadores de cada ESF apresentaram forte resistência para atuar na articuladamente, requerendo um intenso trabalho para superar tensões e conflitos e agenciamentos no sentido do cuidado.

A iniciativa de EP na unidade foi proposta a partir da necessidade de produzir vínculo entre trabalhadores-usuários e trabalhador-trabalhador, promover saúde por meio do teatro, melhorar a qualidade de vida da população ofertando conhecimento e lazer, estimulando a capacidade crítica dos trabalhadores e propiciando que o ACS se descobrisse como educador popular.

A idéia dos ACS, assumida pelo conjunto dos trabalhadores da USF, foi a de utilizar a educação permanente como dispositivo para reorganizar as práticas de saúde a partir dos problemas identificados no cotidiano a serem enfrentados. Em reuniões semanais as ESF selecionam um tema de interesse da população para ser trabalhado e, utilizando a linguagem cênica, os ACS planejam as ações que antecedem a apresentação, interagindo com os demais membros da ESF, construindo o roteiro, organizando o elenco, ensaios e cenário. Daí, partem para apresentação da peça para a comunidade, seguida de debates. Segundo relato dos autores, esta atividade produziu mudanças, a comunidade ficou menos agressiva e

começou a participar com mais intensidade e regularidade das outras atividades educativas ofertadas pela Unidade. A relação entre trabalhadores e usuários ficou muito melhor, mais aberta e dialógica. Tanto trabalhadores, quanto usuários se sentiram partícipes do processo de trabalho da USF. A relação entre os trabalhadores ficou melhor e possibilitou a produção de um coletivo, com maior participação nas reuniões semanais, que passaram a ser mais interessantes e inovadoras. Houve maior mobilização da população em relação a temas de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Outro exemplo ocorreu no Hospital Valentina Figueiredo, em que a então diretora multiprofissional utilizou as unidades de aprendizagem da formação de facilitadores de EP para constituir um coletivo para enfrentar a difícil tarefa de qualificar as ações de saúde. Novidade, já que os outros diretores do hospital estavam imbuídos do “espírito” de dar continuidade ao instituído, que incluía a realização de grande número de amputações desnecessárias de membros.

Toda essa movimentação permitiu aproximar o conjunto dos trabalhadores da gestão e da atenção de uma linguagem e de alguns conceitos antes desconhecidos na rede, ainda que naquele momento não tenham sido possíveis grandes mudanças. As mudanças de práticas foram percebidas em locais, por exemplo, com nova coordenação, em que o coordenador havia se apropriado da educação permanente como uma estratégia para democratizar as relações e produzir muito diálogo. E criar espaços mais coletivos. Mesmo que apenas para discutir as unidades de aprendizagem, propiciar a leitura dos textos e a realização das atividades propostas.

Com tudo isso, a formação de facilitadores de educação permanente sofreu um esvaziamento; educação permanente estava associada ao curso de formação de

facilitadores, e estava quase interdita, apesar de muitos processos serem conduzidos com essa lógica. Em toda essa movimentação de problematizar os desconfortos, trabalhar o oculto, apreender o desconhecido, produzimos adesão, despertamos desejos e interesses de construir movimentos técnico-político-ético comprometidos com os usuários. E isso foi fundamental num momento difícil, em que faltava tudo e a agenda preponderante era “apagar incêndios”. Todos corriam para todos os lados. Muitas horas de trabalho e re-trabalho. A imagem mais clara que aparecia naquele momento era a do “caos”, mas pontilhada por pequenos movimentos de novos encontros, de novas produções e de novas possibilidades. Os limites também eram produto da restrita capacidade de formulação e operação daquele grupo que ainda não era coletivo incluindo a nossa, produzir apoios e ferramentas na intensidade necessária.

Precisávamos de outras estratégias. Como era início de ano (2006), utilizamos a ferramenta do planejamento estratégico para colocar um grande número de trabalhadores do espaço de direção e/ou condução da SMS/JPA para pensar nos problemas prioritários e construir uma agenda comum. Primeira dificuldade: era necessário envolver um grande número de participantes, em torno de 100 pessoas inseridas nos vários espaços da gestão, e não dispúnhamos de facilitadores para os grupos. Encaramos o desafio de circular nos vários grupos e apoiar o debate dos mesmos. Neste momento estávamos juntando todos os atores em situação de governo. Gente da atenção básica, especializada e hospitalar. Segunda dificuldade: havia uma disputa de projeto de saúde, desejos e espaço de gestão entre atenção básica X hospitalar. Um coletivo, mesmo precariamente, se mobilizando para mudar. Outro estranhando as palavras, as agendas, os modos de fazer, os atores em cena, as relações de poder e, a seu modo, resistindo.

No espaço dos distritos tinha havido maior acumulação com o processo dos facilitadores, já havia coletivos, compromisso com o cotidiano das unidades e maior capacidade de análise e proposição. O contraste entre a produção destes grupos e a produção do grupo dos hospitais foi evidente – para todos. Uns já estavam propondo saídas, outros ainda estavam só na reclamação diante dos problemas e dificuldades. Uns de dentro do movimento de construção da gestão, outros ainda falando de fora.

Um resultado importante desta oficina foi a formulação, por parte dos gestores e equipes de distritos sanitários, da necessidade de criar mecanismos para efetivamente serem capazes de produzir agendas e movimentos. Percebiam-se “enxugando gelo”, reconheciam perder-se no cotidiano. Diziam sentir-se como “sanduíches”: entre a imposição de agendas do nível central da SMS/JPA e as demandas concretas do cotidiano do trabalho em saúde das USF.

Foi identificada pelos dirigentes dos distritos sanitários a necessidade de ampliar sua capacidade de apoiar o desenvolvimento do trabalho nas unidades de saúde, ter autonomia para construir uma agenda própria de gestão no seu território e efetivamente dirigir sua potência para, junto com os trabalhadores, investir na transformação do cotidiano das unidades.

Assim foi proposto o matriciamento da gestão, em que os trabalhadores e gestores do nível central das diversas diretorias e áreas técnicas se distribuíram para acompanhar e fortalecer os distritos em sua ação local. Ou seja, trabalhadores e gestores de cada diretoria (atenção à saúde, vigilância em saúde, gestão do trabalho e da educação na saúde e regulação da atenção) e das áreas técnicas (saúde da mulher, criança, idoso, mental, vigilância epidemiológica e sanitária, etc.) passaram a participar do debate das questões do cotidiano do trabalho nas sedes dos distritos sanitários e nas unidades sob sua responsabilidade. A idéia-força para

o movimento era mobilizar articulação ampla para apoiar as Unidades de Saúde na produção do cuidado.

Esse arranjo de gestão apostava na constituição de coletivos e na expectativa de que se produziriam convites a outras relações, espaços de conversa, vinculação entre si e cooperação. O que seria uma grande novidade. A SMS/JPA reproduzia fortemente o modelo de organização da gestão a partir das ações programáticas, as “caixinhas” fragmentadas autoprodutoras de si mesmas e para si mesmas. Cada diretoria/área desencadeava processos simultâneos de forma desarticulada e em consequência os distritos sanitários e unidades de saúde tentavam incessantemente cumprir e/ou esquivar-se das tarefas. Portanto, as demandas do nível central da SMS eram sempre observadas pelo nível distrital como imposição, sem compreender inclusive que o próprio nível central da SMS/JPA também era atravessado por demandas da SES e do MS. A tensão e os conflitos gerados eram intensos e imensos.

A partir da oficina, iniciou-se imediatamente a configuração das equipes matriciais e a preparação de oficinas de trabalho para produzir organização técnico-político-administrativa do apoio às ESF. Imaginava-se analisar os problemas e indicadores de saúde, analisar o processo de trabalho, produzir conjuntamente novas estratégias para as ESF, pactuando as novas metas a serem alcançadas. e Também estabelecemos encontros periódicos com os diversos setores da SMS como forma de socializar as ações de cada área/setor, entre outros.

Essa iniciativa foi um marco na SMS/JPA, pois era a primeira vez que havia pactos produzidos no coletivo, definindo um norte comum para a movimentação dos atores institucionais. O produto da oficina foi amplamente discutido. Possibilitou inclusive a construção do Termo de Compromisso de Gestão no Pacto pela Saúde.

Era exatamente o momento em que os gestores do SUS assumiram o compromisso público pela construção do PACTO PELA SAÚDE 2006 (BRASIL, 2006), em seus três componentes: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão do SUS. Com a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal de João Pessoa, o orçamento municipal da saúde passou a ser elaborado a partir dos blocos de financiamento para investimento e custeio do SUS na Atenção Básica, Atenção da Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS

Os processos foram sendo disparados e a coordenadoria de desenvolvimento institucional se configurou como lugar de apoio aos movimentos dos distritos sanitários para reflexão do processo de trabalho. Houve ao mesmo tempo adesões instantâneas no caso dos distritos sanitários II e IV e estranhamento nos distritos sanitários I, III e V. Também no nível central a adesão a esse movimento foi heterogênea, em relação às diretorias e dentro de cada uma delas, apesar do apoio explícito da secretária a essa iniciativa.

A partir de então, parte do nível central priorizou em sua agenda a participação nas reuniões de matriciamento, buscando fortalecer o trabalho dos apoiadores matriciais e participando do apoio à integração das Equipes de Saúde da Família que iriam ocupar as novas Unidades de Saúde, construídas para abrigar quatro (4) ESF. Assim, num processo frenético e desigual, os distritos foram se constituindo como novos coletivos – heterogêneos, com diferentes possibilidades de elaboração e intervenção. Cada território foi se desenvolvendo de um certo modo, as resistências e estranhamentos tinham nome e endereço e não eram nenhuma surpresa as tensões e conflitos gerados.

No nível central, a Diretoria de Atenção foi um lugar de grandes tensões, por ser um dos lócus que tradicionalmente mais “pautava” verticalmente os distritos sanitários e as unidades de saúde da família. Embora vários de seus integrantes participassem do matriciamento e da construção de agendas “de baixo para cima”, de acordo com as necessidades das unidades e dos distritos, vários outros seguiam “pautando” os níveis locais, sobretudo com agendas ditadas pela SES e pelo MS, mas também com demandas capturadas pela burocracia da SMS/JPA.

No tratamento a essa adesão diferenciada, não fomos capazes de compreender os motivos desses outros segmentos, nem de convidá-los à adesão conversando efetivamente com suas questões. Vinha junto no movimento quem conseguia se interessar pela potência da novidade nas práticas de gestão, quem se mobilizava por este novo jeito de constituir as relações: mais horizontalizadas, cooperativas e solidárias (com quem estivesse no mesmo barco). Na prática, éramos os “certos”, os “inovadores” e, quem não estava conosco, estava contra e era conservador.

Não faltaram mal-entendidos e reações aos diferentes sentidos que foram sendo construídos. Sempre há, mas nesse momento ficava mais evidente a configuração de algumas secretarias de saúde. Uma que permanecia construindo comando a partir da hierarquia instituída no organograma e de uma agenda que vinha de cima (do MS, da SES). Outra que desconstruía o organograma e a hierarquia do comando instituído e procurava se pautar pelos problemas do cotidiano das equipes e dos territórios. Outra que se pautava pela lógica corporativa; outra pela lógica administrativo-financeira e se conflitava com as anteriores;. Isso sem contar com outras que nem reconhecíamos, todas balizadas por problemas e questões concretas. Essa polissemia de comando produzia muita tensão e muitos

desencontros e não houve condução capaz de trabalhar de modo construtivo essa Babel.

Na verdade havia um alto grau de tensão na maneira de compreender e conduzir o processo de gestão: alguns trabalhando para a manutenção dos diversos instituídos (ou de diferentes aspectos do instituído), desconsiderando os novos atores que entravam em cena ativamente investindo na construção de relações mais horizontais e de coletivos.

3.2. NOVOS ARRANJOS: A PRODUÇÃO DO “ENTRE”

Retomando o desenvolvimento do processo, houve vários momentos de tensionamento extremo, que provocaram rearranjos dos espaços de direção e muitas “danças da cadeira”.

Num certo momento, apesar de um tanto atrasada, houve trocas no comando da Diretoria de Atenção e dos Distritos que favoreceram a inovação. A partir daí, muito embora as diferenças continuassem a existir e a se expressar nas diferentes práticas, o processo de matriciamento ganhou a relevância institucional indispensável para sua implementação, implicando, inclusive, a contratação de mais profissionais de saúde para exercer o papel de apoiador institucional, o que ampliou e fortaleceu os distritos como espaço de gestão da atenção básica e de articulação da rede de serviços no município.

A configuração dos novos coletivos iniciou muito aquecida e fortalecida pelo debate em torno da definição de objetivos e metas do trabalho, num processo de planejamento que foi desagregado por distrito sanitário. Neste momento as equipes de cada distrito sanitário iniciaram a tão esperada movimentação, desencadeando

de forma ampla e sistemática o processo de reflexão sobre indicadores junto às USF em situação mais crítica.

Como era de se esperar iniciaram-se também as tensões e conflitos. Muitos dos profissionais que cumpriam o papel de apoiadores eram recém-formados, de distintas categorias profissionais - como fisioterapia, psicologia, odontologia, nutrição, assistente social - originários da militância no movimento estudantil e SUS. Eles haviam sido selecionados principalmente pela sua história de militância, preciosos diante da importante escassez de quadros formados no município e no estado. Sobressaíam-se pela iniciativa e disposição, navegavam bem na relação com os movimentos sociais, com a produção de movimentos de controle social, mas sofriam e se fragilizavam na relação com as equipes, principalmente em função da falta de ferramentas para problematizar o processo de trabalho. Outros andavam bem nos temas gerais do processo de trabalho, mas tinham dificuldade de entrar no debate da produção do cuidado.

Essa aproximação inicial, em larga escala, com as equipes de saúde da família produziu, ao mesmo tempo, movimentos muito interessantes e muitas tensões. O lado interessante e instituinte aparecia nas iniciativas de reconstrução inovadora das práticas de saúde de algumas equipes (por potência e desejo de apoiadores e equipes). As tensões tinham a ver, por um lado, com a falta de ferramentas dos apoiadores, que terminavam usando da “autoridade” quando se sentiam inseguros ou despreparados para enfrentar certas situações e debates. Por outro lado, a presença dos apoiadores junto às equipes evidenciava questões até então enfrentadas, como por exemplo, o não cumprimento da carga horária por parte dos profissionais das ESF, os acordos para o não trabalho dentro das equipes, as queixas de usuários, entre outras.

Além disso, os espaços já instituídos nos Distritos de Saúde para discussão e educação permanente dos apoiadores não se revelaram suficientes para dar conta do fortalecimento de seu trabalho, já que nem todos os Distritos estavam “equipados” com a mesma potência de debate, problematização e produção de estratégias.

Além disso, apesar dos distritos e do nível central estarem ativos no processo, só algumas poucas áreas da atenção especializada e algumas pessoas da atenção hospitalar participavam desse esforço de qualificação da atenção e a reorganização do trabalho das unidades de saúde da família.

Faltava avançar para produção de uma rede que incluísse todos os equipamentos e modalidades de cuidado e produzir novas ferramentas para qualificar a gestão e o cuidado.

Assim foi proposto o curso de Especialização em Política e Gestão de Cuidado em Saúde, que tinha a educação permanente como eixo estruturante. O curso foi dirigido aos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa que cumpriam o papel de gestores no nível central e principalmente nos distritos de saúde, na perspectiva de possibilitar sua qualificação a partir da sistematização das reflexões sobre sua prática de trabalho. A proposta foi utilizar a Educação Permanente em Saúde como matéria-prima do processo pedagógico, tomando os desafios enfrentados pelos especializandos no cotidiano de seu trabalho como ponto de partida para a busca e produção de novos conhecimentos, ferramentas e relações.

A especialização foi construída em articulação com a Universidade Federal da Paraíba, envolvendo docentes do CCS (de vários cursos) e operacionalizada por meio do Núcleo de Saúde Coletiva (NESC), com financiamento do Ministério da

Saúde. O processo de seleção se deu a partir da publicação do edital de seleção, disponibilizando 80 (oitenta) vagas especificamente para profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, desde que atendessem aos seguintes critérios: ser da equipe dirigente com dedicação de 40 horas semanais, atuar em área estratégica para o desenvolvimento da política de saúde e participar do processo de matriciamento na SMS/JPA.

O curso foi realizado nas dependências da Secretaria de Saúde, com períodos de concentração e dispersão, acompanhamento tutorial e orientação docente. A carga horária foi de 540 horas/aula, duração de 18 meses, sendo iniciado em fevereiro de 2007 e finalizado em agosto de 2008.

A especialização foi produzida em dois movimentos. Num primeiro movimento, trabalhou-se na construção propriamente dita do curso (desenho, metodologias etc.) com a participação de professores convidados (vindos de outras universidades do país, como UFF, UEL e UNIFESP/Santos), professores da UFPB e um grupo de trabalhadores que cumpriram o papel de tutores, acompanhando os especializandos nas atividades combinadas com cada orientador de aprendizagem no cotidiano do trabalho. Esse primeiro movimento iniciou-se em fevereiro e terminou em junho de 2007. Além de construir o desenho do curso, também houve a preparação inicial do grupo para esse papel de tutoria, de modo a ampliar seu repertório em relação à problematização, à formulação de questões de aprendizagem e a alguns conceitos-críticos da política de saúde.

Posteriormente disparamos o trabalho com os demais especializandos, realizado por meio de um encontro presencial mensal com dois dias de duração cada, ao longo de 15 meses. Nesse período, os professores (em duplas) assumiram o papel de orientadores de aprendizagem, acompanhando os tutores e um grupo de

especializando, tanto nas atividades de concentração, como nas atividades de dispersão. Construimos também espaço na agenda de trabalho para momentos de estudo em grupo (em torno de 4 horas por semana) em cada distrito sanitário.

E por que organizar a educação permanente de modo sistematizado, em formato de um curso de especialização? Primeiro porque parecia o único jeito de mobilizar recursos suficientes para trazer periodicamente ajuda externa para apoiar essa qualificação, ajuda indispensável, pois ainda havia muitas fragilidades locais para dar sustentação técnica ao apoio (problematizar, ampliar ferramentas etc). Segundo, mediante a bolsa aos tutores era possível pagar um “plus”, como estímulo, para o pessoal que estava se “esgoelando” na gestão. Terceiro, a formalização era fundamental para proteger um espaço de debate coletivo, de modo que ele não fosse invadido por outras agendas. A possibilidade de parar para refletir e estudar ampliou os laços de cooperação e solidariedade no grupo, ampliou a possibilidade de autoanálise e de correção de rumos “ao vivo e a cores”.

Colocamos o processo em andamento com um acordo coletivo mínimo em relação a princípios, conceitos e metodologias. Havia, portanto, heterogeneidade entre professores (entre os externos e entre externos e internos) e também entre os coletivos, que foram organizados em torno das equipes de matriciamento dos distritos de saúde. A relação dos tutores com os orientadores de aprendizagem - presencial e a distância - foi prevista como uma estratégia para superar as dificuldades vividas no processo de formação de facilitadores de educação permanente como discutido anteriormente, em que os tutores haviam tido problemas para cumprir seu papel pedagógico.

Os módulos do curso configuraram-se como oficinas de trabalho sobre determinados temas críticos montados com base na problematização das situações vividas na prática, com espaço para leitura e discussão de materiais selecionados.

Assim, as atividades propostas foram desenvolvidas a partir de relatos de prática (narrativas), que se tornaram a principal estratégia para desencadear o processo de ensino-aprendizagem. Assim a maior parte dos temas relevantes para a gestão local e do cuidado em saúde foram “colocados na roda”.

Os temas trabalhados no curso a partir dos relatos de caso foram: cuidado, trabalho em saúde e práticas sociais de saúde; modelos tecnoassistenciais: redes e linhas de cuidado; gestão do cuidado; conceito e histórico da atenção básica e os modelos propostos para sua organização; integralidade, novos pactos ético-políticos; dispositivos para construção do acolhimento; dispositivos para construção da integralidade; educação em saúde e desafios colocados pela construção do SUS; educação permanente em saúde: conceitos, metodologia, modos de se organizar as estratégias de educação permanente.

Os grupos tiveram um desenvolvimento heterogêneo, mas em todos foram notórios o crescimento, a ampliação de repertório e a mudança na dinâmica do matriciamento, dos distritos e do apoio às unidades de saúde. Temas que pareciam longínquos, como a construção das linhas de cuidado, começaram ser operacionalizados no âmbito dos distritos. Estratégias que haviam sido implementadas com muitos problemas foram sendo parcialmente corrigidas, como no caso do acolhimento. Foi notório o potencial revelado pela utilização da educação permanente em saúde como dispositivo pedagógico para a constituição de coletivos instituintes, permitindo a produção de novidade/invenção/criação nas práticas de gestão e de saúde. Tínhamos muito para comemorar!

A intenção desta formação sempre esteve intimamente atada à idéia de ofertar ferramentas para compor a caixa de ferramentas de cada apoiador para operar o cotidiano do trabalho em saúde neste espaço da gestão.

Parece-me apropriado, já que quero dar passagem às intensidades e não discutir a partir da possibilidade interpretativa, recorrer a uma imagem marcante durante o momento de avaliação do curso, no qual cada grupo tinha que produzir e expressar uma reflexão avaliativa com os recursos e linguagem que desejassem. Um dos grupos apresentou sua produção por meio de um cordel, outro com uma apresentação formal em data-show com os elementos de avaliação, e outros três grupos expressaram por meio da linguagem teatral os elementos que gostariam destacar.

Em uma das apresentações, na primeira cena aparecia um apoiador caminhando e carregando uma caixa de ferramentas. Em seu caminho até a USF, ele abria a caixa de ferramentas e mostrava que estava vazia. Quando chegava à USF, todos os profissionais estavam conversando, alguns até de costas, e ninguém prestava atenção no que ele falava. Ele tentava de tudo, abria a caixa de ferramentas que seguia vazia e se desesperava. No limite, em sua tentativa de colocar o grupo da unidade em sintonia usava de sua autoridade, expressada por meio de “um dedo em riste”, freneticamente agitado. Na segunda cena, o especializando voltava a fazer o mesmo percurso, mas agora a caixa de ferramentas que carregava estava cheia de ferramentas (acolhimento, escuta, cuidado, produção de coletivo). Na terceira cena, na unidade de saúde, quando abria a caixa, conseguia afetar os trabalhadores da USF e produzir interesse e, então, era possível disparar o diálogo com a equipe.

Caixa de ferramentas que possibilitassem aos apoiadores lidar com os contextos que surgissem em ato. Não uma chave que finalmente pudesse permitir abrir o cofre, revelando soluções mágicas para que tudo passasse a ser perfeito na produção das relações entre apoiadores e trabalhadores das ESF. Mas sim a produção de ferramentas que permitissem percorrer e lidar com as relações, apreender seu relevo, construir vínculo, misturar-se às equipes, ampliando as possibilidades de invenção e encontro com os trabalhadores. Ferramentas para produzir apoiadores que operassem como inventores, parceiros, cuidadores, educadores, negociadores, articuladores, estimuladores, pedagogos, etc, possibilitando às equipes desenvolver as mesmas ferramentas. Ferramentas que possibilitassem a todos construir a interação com os fenômenos psico-sociais-históricos-políticos e como conjunto de dispositivos de intervenção que permitisse uma prática relacional, numa concepção que partisse da geografia das diferenças, da sensibilidade e não da supervisão das normas e regras, possibilitando mudar nosso modo de pensar e, nos tornarmos pessoas mais ativas na produção coletivos operando o cotidiano.

Essa caixa de ferramentas, ainda que apenas parcialmente, começou a ser produzida e ajudou a iniciar a transformação de relação dos apoiadores com os trabalhadores, criando uma espécie de “front do desejo” que dissolve as unidades (indivíduo, práticas de saúde fragmentadas, organização burocrática instituída, etc.), criando outras relações, por excelência autônomas. Mas apenas a dissolução das unidades não garantiu que a relação criada fosse autônoma e democrática. Era necessário favorecer a afecção recíproca entre apoiadores e trabalhadores das unidades de saúde, de modo a produzir novos espaços e conceitos no mundo.

Neste percurso de produção de afecções, entre orientadores de aprendizagem, tutores e especializandos e posteriormente entre apoiadores e trabalhadores das equipes de saúde, observávamos um conjunto de movimentações interessantes e interessadas, que levaram à constituição do que, agora, poderíamos chamar de coletivos desejantes.

A caixa de ferramenta de Merhy (2002) é representada por valises, trazendo a imagem das ferramentas tecnológicas, como saberes e seus desdobramentos materiais e não materiais que fazem sentido de acordo com os lugares que ocupam no encontro entre trabalhador e usuário.

Na medida que este coletivo foi se expondo, falando e conversando, foram sendo produzidas idéias-conceitos, ferramentas-sentimentos, como parte de uma teorização fabricada em processo. E com isso, o coletivo produziu um referencial sobre o qual se pôde criar novas ferramentas para a ação no processo de apoio às equipes de saúde. Ferramentas que não envolviam somente saberes, mas novas possibilidades de afetar e ser afetado, de ouvir e ver o outro, escapando da formalidade, abrindo-se para suas múltiplas dimensões de ser e estar, que expunham agora novas possibilidades de conexão e de produção conjunta. Neste sentido fomos compondo a “caixa de ferramentas” (Foucault, Deleuze, Merhy) dos apoiadores e colocando em xeque as que já portavam e o modo como as utilizavam no seu protagonismo do cotidiano.

Neste contexto, por conceber as instituições a partir das suas forças constitutivas políticas e desejantes, isto é, como lugar de disputa entre as formas instituídas e instituintes, como modo de produção ou não de vida e como possibilidade de efetivação de outros modos de subjetivação, trabalhamos a dobra de Deleuze, pois tudo isso nos remeteu ao aspecto coexistencial do dentro e do fora,

do sujeito e do coletivo, bem como a uma configuração ininterrupta entre os fluxos e as formas que tramam determinados planos históricos pertencentes à ordem do acontecimento.

O devir não é concebido como o resultado de uma transformação, da passagem de uma forma, de um estado ou de um termo a outro. Ele é o próprio processo, um meio, ou seja, uma zona de indiscernibilidade onde os termos implicados numa relação são arrastados pela própria relação que os une. Pensar na orientação do devir, não é fazer história em que séries causais são dispostas em termos de desenvolvimento, evolução ou progresso. Quando Gilles Deleuze e Félix Guattari falam em devir não pretendem estabelecer um curso em uma evolução, em um progresso ou em um desenvolvimento, mas, em outro sentido, os signos de uma involução.

E foram muitos coletivos entrelaçados os que foram ativados nesse processo. E muitos os devires também. Abriram-se possibilidades de atuação em diferentes lugares da secretaria. Novos modos de ser gestão, distrito, ambulatório de especialidades e até hospital. Novos modos de operar o matriciamento. Maior capacidade de produzir respostas. Novos modos de fazer perguntas. Mas ao mesmo tempo em que se abriam novas possibilidades de atuação, novos tensionamentos e indagações também foram produzidos. Equilíbrios foram rompidos. Novas disputas se estabeleceram. Novas alianças. Nem sempre visibilizadas.

A paciência coletiva diante de certas fragilidades crônicas da secretaria diminuiu consideravelmente e as pressões coletivamente agenciadas esburacaram o equilíbrio entre os organogramas. Esburacaram perigosamente – a multidão não tem juízo. Corroeram acordos de convivência. Os muitos lados produziram coisas mais interessantes, com maior porosidade para agir junto aos trabalhadores e aos

movimentos sociais, mas na relação interna da secretaria se enrijeceram no confronto “de verdades”. Produzimos rodas e até praças, mas também aparelhos, disputando ferozmente o poder. Os de fora entendendo pouco os jogos que se operavam dentro e também colocando para funcionar modos “em ato” de operação (da gestão, da condução do curso) que na prática excluía os de dentro de partes importantes da produção de direções. Muitos tipos de conforto e desconforto. E tudo isso acontecendo às vésperas e durante o processo eleitoral.

Esta paciência foi constantemente testada e desafiada na medida que ficava cada vez mais difícil desenvolver processos de apoio as ESF e até mesmo falar em qualidade na produção do cuidado em um cenário de desconfortos reais dos trabalhadores das equipes em relação à falta de materiais de consumo médico-enfermagem-hospitalar e medicamentos. Voltou a ser muito desconfortável desencadear processos de reflexão do processo de trabalho em parceria com as ESF no cenário de intensa e crônica falta de “tudo”, tensiômetro, medicamentos básicos, gaze, termômetro, etc. O setor de compras da Secretaria não conseguia viabilizar a compra dos materiais necessários em tempo adequado. Parecia que esta crise de falta de material era insolúvel.

Essa situação fragilizava o apoio, pois, em muitos casos, o apoiador entrava no lugar da justificativa das razões de tantas faltas e assim perdia em ato a possibilidade de construir efetivo apoio, parceria e vínculo com os trabalhadores; outros faziam de conta que o problema não era com eles e assim também perdiam a possibilidade da construção de apoio, parceria, vínculo; e outros “agarravam” este problema como possibilidade de efetiva problematização da situação e assim conseguiam construir relação de maior entrosamento com as equipes de saúde.

Era heterogênea a capacidade de enfrentamento dessa situação, faltava governabilidade para enfrentar o caos administrativo e faltava capacidade de mobilização e apoio para fazer valer efetivamente os movimentos interessantes. Uns apoiadores iam, outros, não. Uns distritos iam, outros, não. Certas agendas emplacavam, outras não. A falta de governabilidade revelada nessa situação era angustiante. Os relatos de prática no curso traziam novidades e movimentos instituintes à cena, mas também mostravam explicitamente as enormes dificuldades, trabalhadores das ESF sem compromisso com o acompanhamento das famílias em seus vários eventos vitais, e muito menos com a atenção a queixas do dia. Em muitas unidades os cronogramas continuavam sendo fixados nas paredes para divulgar que segunda era dia de criança, terça era dia de hipertenso, quarta era dia de pré-natal. Estes cronogramas já tinham sido objeto de muito debate e reflexão anteriormente, , mas não se conseguiu desmontá-los em várias unidades.

Com o curso, se avançou no desmonte em alguns lugares, mas as novas fragilidades dos (novos e velhos) apoiadores em fluxo contínuo de expansão/substituição, ocupando novos espaços de gestão, em confronto político também se evidenciavam continuamente. E não fomos capazes de produzir novos dispositivos para dar resposta efetiva a essa necessidade. Nem tínhamos mais governabilidade para isso e nem sabíamos que já naquele momento (e isto era final de 2007) essa era a ponta de um iceberg dos grandes tensionamentos que estavam por vir.

Esta perda de governabilidade se dava no cotidiano e um bom exemplo dela foi uma reunião com a direção administrativo-financeira da SMS em que praticamente toda a direção ampliada da SMS fazia “voz em coro” apontando para as dificuldades do trabalho das equipes de saúde e conseqüentemente do

desenvolvimento do apoio institucional, demonstrando que este problema crônico e insolúvel da falta de abastecimento de materiais era bastante grave e comprometia a legitimidade do governo. Se no início da gestão o problema era apontado como sendo de responsabilidade da gestão anterior, neste momento, final de 2007, esse argumento não existia mais. Em meio a esse debate acalorado, entretanto, fomos interditados para falar sobre este assunto na Secretaria: esse era um tema sobre o qual somente à secretária competia atuar.

Vários apoiadores, apesar disso, agarraram-se à ferramenta de análise dos indicadores de saúde do território e de produção da ESF para desencadear processos de reflexão sobre o cuidado ofertado, pois poderiam ser um bom “espelho” para ESF. Podemos citar alguns exemplos: os casos de amputação alta de membros inferiores que revelava o descuido com os portadores de diabetes, a baixa cobertura de coleta de citologia oncótica para prevenção de câncer de colo de útero, a ocorrência de óbito em menores de um ano por doenças transmissíveis, o grande número de crises hipertensivas atendidas na porta de entrada dos hospitais, enfim muitas foram as oportunidades para construção de processos coletivos de reflexão e várias ESF entraram nesse movimento de autoanálise.

Outra questão que mobilizou os apoiadores foi a persistente fragmentação do cuidado por níveis de atenção e as grandes dificuldades para articular a atenção básica (ESF) com os demais serviços da rede de serviços de saúde. Saltavam aos olhos as dificuldades crônicas da referência e contra-referência, e também a organização do trabalho na atenção básica sem dar conta da demanda espontânea, produzindo grande irritação e insatisfação da população, reprodução da prática clínica de pronto-atendimento, sem que a oportunidade fosse aproveitada para integrar os usuários a processos de acompanhamento estruturados e

sistematizados. Tudo isso acarretando a descontinuidade da atenção, dificuldade de adesão por parte dos usuários e impacto limitado, especialmente no controle das doenças crônicas.

Várias ferramentas foram incorporadas e utilizadas para colocar em análise o processo de trabalho no interior da gestão e das unidades, como os mapas analíticos, mapas de conflitos e o fluxograma analisador; e outros recursos produzidos a partir do talento individual de cada apoiador. A música, a poesia, a dança, o teatro, o personagem circense como o palhaço, o cinema e diferentes outras maneiras de acessar a sensibilidade e os modos de estar no mundo também foram portas e janelas para chegar às equipes. Linhas de cuidado começaram a ser discutidas e construídas no interior de cada distrito, envolvendo trabalhadores dos diferentes equipamentos. O novo hospital começou a ser pensado em total conexão com a rede de serviços, organizado em torno das linhas de cuidado.

Então a marca do momento era a heterogeneidade e a falta de conversa entre os grupos que operavam em diferentes platôs. Havia distritos e grupos dentro de distritos que aproveitavam melhor a oportunidade de crescimento que outros. Os dispositivos que disparamos moveram uma parte do pessoal, mas não todos. Nossa capacidade de apoio era limitada e não soubemos articular coletivos mais amplos para enfrentar essa limitação. A horizontalização produzia efeitos, mas também desestabilizava relações e os modos tradicionais de exercer o poder e a liderança. Esse movimento produzia ansiedade e exigia muita mobilização para conviver o tempo todo com muitas perguntas e desafios, com processo abertos em permanente construção. A insuficiência de formulação e limitada capacidade de articulação de alguns dirigentes colocava em xeque sua capacidade de condução – e não faltava quem se dispusesse a explicitar esses limites e também a disputar lugares.

3.3. UM COLETIVO PRODUZINDO OUTRO COLETIVO

Fora de João Pessoa, no cenário nacional, o reconhecimento da necessidade de apoiar as equipes de saúde da família ao menos no âmbito clínico, provocou a publicação de portarias pelo Ministério da Saúde sobre apoio matricial, em 2005, quando foram propostos os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família. Mas o Conselho Nacional de Saúde barrou esta iniciativa condicionando a aprovação aos NAISF à desprecarização dos vínculos empregatícios dos trabalhadores das equipes saúde da família. Mais tarde, em 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família/NASF, resgatando essa idéia.

Por um lado, reconhecer que as equipes de referência requerem de mais ferramentas e, portanto de apoio, para ampliar sua potência e a compreensão do cuidado, é um avanço. Agregar apoio especializado e/ou profissional pode ser uma oportunidade de apoio matricial para qualificar a clínica, mas é preciso discutir como construir esse apoio para que ele efetivamente potencialize mudanças nas práticas de atenção.

Em João Pessoa, o desafio de mudar a compreensão das ESF sobre a produção do cuidado em saúde prosseguia e a criação dos NASFs foi tomada como mais uma oportunidade para qualificar esse processo. E esse foi um momento de intensa atuação rizomática.

Iniciamos o ano de 2008 com muito “gás”, passamos uma borracha (de amnésia) no tensionamento produzido pela crise de abastecimento de materiais da SMS, e entramos fortemente na discussão e elaboração de proposta de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, num processo que envolveu a direção da SMS e os cinco distritos sanitários. Cada NASF poderia estar vinculado a

no mínimo 8 (oito) e no máximo 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família. Em João Pessoa poderíamos potencialmente implantar 22 equipes NASF, já que contávamos com 180 ESF.

Constituímos um grupo de trabalho, composto por representantes de cada distrito sanitário, DAS, DGETS e CDI para elaborar a proposta/projeto para ser analisada pela Comissão Intergestores Bipartite da Paraíba. Esta proposta inicialmente propunha organizar 10 equipes NASF, com diversas combinações e arranjos envolvendo educador físico, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social, médico pediatra, gineco-obstetra e psiquiatra.

O processo seletivo público incluiu análise de currículo e entrevista. Neste processo algumas questões chamaram a atenção, por exemplo, o número de currículos enviados foi em torno de 600, das várias profissões, dos quais em torno de 400 somente de psicólogos. Como era de se esperar, os médicos não enviaram currículos. Portanto, para contratar médicos só nos restou tentar “seduzir” alguns médicos conhecidos como de boa vontade e/ou militantes.

Na segunda semana de junho, com os currículos em mãos, nos organizamos para em uma semana conversar com todos os candidatos. Distritos e Diretorias indicaram pessoas para realizar as entrevistas. Montamos um roteiro de entrevista semi estruturado com questões sobre compreensão sobre o SUS, a SMS/JPA, ESF, matriciamento, e a motivação para trabalhar no NASF em João Pessoa. Neste período, trabalhamos sempre em duplas, com 30 minutos para cada entrevista. A dupla de entrevistadores, com o roteiro de entrevista em mão, anotava as questões relevantes, anexava no currículo e classificava o candidato segundo um critério, construído coletivamente, como excelente, muito bom, bom, regular e péssimo.

Ao final desta intensa jornada de entrevistas fizemos reunião com todos os entrevistadores para discutir quem iríamos indicar para contratação. Este debate foi muito interessante, pois apesar de ter sido construído coletivamente, o critério de avaliação tinha sido aplicado de diferentes modos, dependendo da empatia, da inevitável comparação entre candidatos (feita singularmente em cada dupla) etc. Tivemos, então, que rediscutir no coletivo o que, em cada caso, havia sido considerado para construir o “bom” e o “muito bom”, particularmente, já que decidimos descartar os “péssimos” e contratar todos os “excelentes” a partir de uma rápida troca de informações. Na conversa, vários candidatos que eram bons passaram a ser considerados como muito bom e vice-versa, e alguns candidatos saíram da classificação de bom para regular e, portanto foram excluídos e outros de muito bom passaram para excelente e, portanto foram indicados para contratação.

Toda a construção da proposta do NASF, articulada ao processo de apoio já então desenvolvido em João Pessoa, incluindo o processo seletivo realizado com ampla participação matriciada de trabalhadores das diferentes esferas da gestão, foi muito interessante. Dá para dizer que foi um movimento de um coletivo produzindo outro coletivo e havia muita animação pela perspectiva de incorporação desses novos trabalhadores, com grande potencial para contribuir na produção do SUS em João Pessoa.

Na primeira semana de agosto fizemos o acolhimento pedagógico dos apoiadores ingressantes. E sua inserção nos distritos foi produzida pelo coletivo. Foi um momento de muitas novidades na organização SMS. Primeiro porque pela primeira vez se fazia o ingresso de novos trabalhadores de forma organizada, sistematizada e conduzida pelos distritos sanitários. Segundo, por haver propiciado incorporação simultânea de um grande número de trabalhadores, o que possibilitou

“sacudir” e invadir” os espaços, principalmente das diretorias, distritos sanitários e USF. E terceiro porque foram evidenciadas as diferenças na forma de compreensão e condução do apoio matricial na SMS, apesar de toda a construção coletiva do processo.

As diferenças começavam já com as equipes de saúde da família, que tinham uma expectativa de inserção desses trabalhadores, de acordo com as categorias profissionais, como força auxiliar na atenção direta aos usuários, para ajudar a dar conta da demanda que era grande e dos problemas complexos que as ESF tinham dificuldades para enfrentar.

De modo geral, as ESF vivenciam um cotidiano pesado, especialmente as situadas em áreas mais críticas, havendo uma enorme demanda de usuários, que é caracterizada como clínica: consultas médicas, medicamentos, receitas e encaminhamentos. A relação estabelecida entre os usuários e os trabalhadores seguia sendo, na maioria das vezes, centrada na doença (nas queixas) e não nas necessidades, o que favorecia uma clínica empobrecida, voltada para a eliminação dos sinais e sintomas, e que muitas vezes gerava demanda por novas consultas e exames, sempre em busca do “diagnóstico” e quiçá da cura. A limitada caixa de ferramentas - do médico e da equipe - levava restrição da oferta a consultas e a alguns grupos educativos. Assim, se produzia uma demanda muito grande para os profissionais médicos, havendo muitos conflitos entre a equipe e os usuários.

A priori, então, a chegada de novos profissionais para o apoio matricial era vista, tanto pelos que chegaram, como pelas equipes, como a oportunidade de ampliar a oferta de consultas aos usuários, mas mantendo a mesma lógica de organização da atenção, marcada pela baixa resolubilidade e pela geração circular de demanda.

Havia, portanto, um grande desafio no sentido de aproveitar a chegada da nova equipe para “implodir” a lógica dominante de produção do cuidado, colocando em discussão os modos e as tecnologias utilizadas. Entre outras, propusemos produzir outros tipos de ações, tais como discussão de casos considerados complexos, consultas conjuntas (multiprofissionais), diálogos sistemáticos com outros serviços da rede de atenção especializada, saúde mental, hospitalar e urgência e emergência entre outras.

Procurávamos construir outra lógica, para tanto se fazia necessário romper com vários conceitos hegemônicos norteadores da atuação dos profissionais de saúde. Queríamos construir a possibilidade de atuar na atenção básica de forma interprofissional e interdisciplinar. Os trabalhadores das equipes de apoio atuavam de maneira articulada com a ESF, atuando tanto no plano da clínica como do processo de trabalho, nas ações individuais e coletivas.

Então, construímos o apoio para as ESF com profissionais de diferentes áreas de conhecimento com objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção a saúde, bem como de aumentar a resolubilidade e promover a saúde da população. Por outro lado, queríamos fortalecer a integralidade, articulando a rede de serviços de saúde, proporcionando compartilhamento de práticas e saberes entre as diferentes equipes. Nesse sentido, precisávamos construir espaços de diálogo, espaços nas agendas dos especialistas para produzir encontros matriciais com as equipes de USF, com o intuito de organizar um fluxo/caminho para continuidade da atenção, baseado em priorização de casos, qualificando os encaminhamentos necessários para especialidades e produzindo aprendizagem e novos acordos no manejo da clínica.

A proposta era de desencadear um movimento instituinte em que a agenda das ESF seria atravessada por outros saberes e práticas, desterritorializando este cotidiano anunciado como “infernal” e também desterritorializando os apoiadores, ampliando seu envolvimento na produção do cuidado e não somente na gestão do processo de trabalho.

Para organizar a condução do movimento, as direções técnicas dos distritos sanitários passariam a se responsabilizar pela condução do que estávamos chamando de apoio. A maior parte dos apoiadores em ação na secretaria atuava principalmente no âmbito da gestão e queríamos aproveitar a oportunidade para “balançar” esse modo de trabalhar, pois os novos apoiadores estavam ingressando na SMS para fazer o apoio matricial também na clínica. Essa remexida gerou um conjunto de tensões e conflitos.

Um primeiro elemento a ser considerado é a diferença salarial que se produziu entre novos e velhos apoiadores. Os salários a partir dos recursos federais para os NASFs seriam mais elevados, o que era fundamental para atrair profissionais de outros municípios e regiões do país com perfil próximo a ser militante do SUS, com alguma experiência em atenção básica, com algumas ferramentas para desenvolvimento do trabalho do apoio matricial e conhecimento sobre os movimentos que estávamos desencadeando. Esse desconforto se traduziu como tensões e incompatibilidades entre ênfase na intervenção sobre o processo de trabalho e sobre a produção do cuidado – como se uma fosse mais nobre que a outra, como se uns fossem mais qualificados que outros e como se uns pudessem escolher e outros não. Em muitos casos o conflito se instalou de forma personalizada entre eles em cada equipe de distrito sanitário.

Houve crise de responsabilidade entre apoiadores institucionais e apoiadores auto-intitulados clínicos agrupados em equipes apoiadoras. Estas dificuldades estavam relacionadas também com o tipo de núcleo profissional dos apoiadores, que predominou na “divisão técnica” do trabalho de apoio, então acamados eram para fisioterapeutas, obesidade e fome para nutricionistas, problemas previdenciários com assistente social, atividade física com grupos de hipertensão arterial e diabetes para educador físico e assim por diante. E os apoiadores institucionais (antigos) acabavam ficando com o que eles estavam chamando de atividades menos nobres, como apoiar na resolução de problemas que a priori não tinham identidade com os núcleos profissionais como ir atrás de manutenção de equipamentos, debater relatórios mensais dos sistemas de informação como o SIAB, SISVAN, SINAM, etc., resolver questões relacionadas a férias e atestados, ajudar a ESF a conseguir ônibus para o passeio do grupo de idosos com a secretária de transportes, enfim uma imensidão de questões logísticas que eram necessárias, mas rejeitadas como burocráticas, de modo que os apoiadores estavam em conflito para saber de quem seria este “fardo”. Também havia muitas dificuldades na relação entre profissionais das ESF, produzindo alta demanda de mediação e novamente a disputa: de quem seria essa responsabilidade? Esses trabalhos seriam excludentes?

Uma terceira questão a ser destacada é que as ESF tinham uma grande expectativa para o trabalho dos novos apoiadores. Poderiam eles resolver problemas complexos, como por exemplo, os casos de cárceres privados, transtornos mentais, questões da bolsa família, alcoolismo, acamados, dependentes químicos, fome, questões previdenciárias, questões educativas de grupos, entre tantos outros? Problemas que só poderiam ser abordados por meio de arranjos cooperativos para dentro e para fora da rede assistencial e não poderiam ser

transferidos. As equipes tinham que se ver como parte da solução e não como clientes de salvadores da pátria.

Uma quarta questão a ser destacada foi a delicada tarefa de montar equipes multiprofissionais com profissionais com cargas horárias de trabalho diferenciadas – como era o caso dos médicos e dos fisioterapeutas (uns por escassez e outros por definição do respectivo Conselho Federal). Cargas horárias menores, principalmente dos fisioterapeutas, presentes em grande número, produziam dificuldade para sua participação em agendas nos distritos sanitários, nas USF e na SMS, inviabilizando em muitos momentos a continuidade da atividade, o que produzia desgaste entre os apoiadores e com as ESF.

Uma quinta questão era a inadequação das instalações físicas das sedes de distritos sanitários, que não comportavam o grande número de trabalhadores: faltavam cadeiras em dias de reunião, computadores para realização de uma parte do trabalho do apoiador, entre outros e isto também gerava desgastes desnecessários. Inadequação física “apimentada” pelas limitações tecnicopolíticas (de parte) das direções de distritos sanitários na condução do apoio matricial, na preparação oportuna dos apoiadores para dar conta das agendas geradas pelas equipes, na produção de coletivo e no manejo das ansiedades e angústia dos novos apoiadores. Havia também baixa inclusão e participação dos trabalhadores de nível médio dos distritos sanitários no apoio matricial as ESF, produzindo sobrecarga dos apoiadores com problemas que poderiam ser resolvidos por estes outros trabalhadores.

Uma sexta e última questão a ser destacada é o fato de as unidades de saúde da família - mesmo as integradas, que reuniam 3 a 4 equipes – não contarem com a figura de um gerente. Em qualquer secretaria, essa ausência já seria um

tema, pois fica cabendo a algum(ns) da(s) própria(s) equipe(s) tomar a dianteira em relação a certos assuntos e processos. Numa secretaria como a de João Pessoa, isso se tornava ainda mais grave – tanto pela limitada acumulação em relação à produção das equipes e de modos pactuados de trabalhar, como pela insuportável lentidão para enfrentar todo tipo de tema administrativo. Essa situação contribuiu muito para ampliar de modo significativo a carga “administrativa” dos apoiadores e certamente para ampliar a necessidade de sua atuação institucional. Esse tema da necessidade ou não de gerentes nas USF havia se tornado um dilema porque havia posições divergentes a respeito: uns achando que a figura de um gerente seria indispensável para superar o improvisado e outro grupo, incluindo a Secretária de Saúde, que discordava desse arranjo. E este foi mais um tema que se tornou crítico e marcava uma polarização em torno da compreensão do melhor modo de produzir coletivos e de lidar com o cotidiano conflituoso de uma unidade de saúde.

Ao mesmo tempo havia muitos movimentos interessantes e muitas potencialidades sendo produzidas, como o “VER-SUS SMS/JPA”, em que os apoiadores construíram agenda para conhecer o trabalho da vigilância sanitária e epidemiológica, regulação, atenção a saúde, entre outras. Ou seja, os distritos sanitários organizaram uma agenda para que todos apoiadores (antigos e novos) percorressem os vários setores e serviços da SMS para conhecer o seu funcionamento e construir relações diretas com esses outros coletivos, ampliando as possibilidades de enfrentamento coletivo das dificuldades.

Também houve o desenvolvimento de oficinas de trabalho para discutir temas como a saúde mental, a assistência farmacêutica, o banco de leite, a terapia comunitária, entre outros, porque havia muitas iniciativas sendo desencadeados e

era necessário compartilhar estratégias dos movimentos produzidos nos distritos sanitários.

Alguns distritos sanitários colocaram em análise o próprio trabalho do apoio matricial e a construção da agenda, e produziram encaminhamentos bem criativos. Mesmo terminado o curso de especialização, alguns distritos mantiveram o grupo de estudos para debate e formação etc. Novas velhas tensões voltaram à cena – como disputa de agendas entre distritos e nível central, afastamento dos trabalhadores do nível central das reuniões de matriciamento e a multiplicação de fóruns específicos para tratar de diferentes temas – que poderiam ser produtivos se temporários, mas tornavam-se fixos e permanentes e contribuía para congestionar a agenda dos apoiadores.

Uma agenda que se revelou muito potente a da formação do ACS, tomada como oportunidade especial para produzir mudanças nos processos de trabalho das ESF. A formação oportunizaria momentos mais sistemáticos de debate e mobilização coletiva, possibilitando que os ACS, reforçados pelos apoiadores (que tinham papel decisivo nessa formação) e pela gestão como um todo, agenciassem novos processos. O diário de campo foi utilizado para ajudar na reflexão do processo de trabalho do apoio. Também a pesquisa de práticas alimentares no primeiro ano de vida foi tomada como dispositivo para produção de mudança no acompanhamento das crenças na puericultura.

Para ampliar coletivamente ferramentas para enfrentar todos esses desafios foi proposta a inserção de todos os novos apoiadores em oficinas de formação com o conjunto dos dirigentes da SMS e apoiadores institucionais. Trabalharíamos temas como: cuidado, o uso do estudo de caso; ferramentas para lidar com os conflitos, acolhimento, projeto terapêutico, atenção domiciliar; intersectorialidade. Isso tudo na

perspectiva de problematizar e socializar os modos de produzir dispositivos e agenciamentos na prática, colaborando ativamente para produzir soluções no cotidiano das unidades e sair do discurso.

Também se iniciou a construção de espaços distritais de EP para colocar em análise o apoio matricial. Como intensificar a produção de coletivos em cada distrito sanitário, considerando suas singularidades? Como compartilhar as ferramentas apropriadas/inventadas pelos apoiadores que haviam participado do curso de especialização com os novos apoiadores? Como ampliar a articulação entre os CAIS e CAISI e as USF/ESF? Como compartilhar ferramentas utilizadas pelos vários núcleos profissionais no processo do apoio? Como avançar na continuidade das ações de aproximação e construção de lógicas comuns entre as USF e a atenção especializada e os hospitais?

Também se propôs a articulação com a UFBP/CCS para uma série de oficinas de trabalho sobre indicadores de saúde, de modo que cada apoiador pudesse analisar, conjuntamente com as unidades, os bancos de dados existentes (SIAB, SINAN, SINASC, SISVAN, SIM, e outros) e ofertar ferramentas para produzir a construção de indicadores de saúde e de produção de cada USF.

Vale destacar algumas das ações que colocaram para conversar e cooperar diferentes espaços do sistema de saúde. Um exemplo é o da saúde bucal. No município de João Pessoa a população sofre historicamente com baixa oferta em ações de saúde bucal. Implantamos o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) com várias especialidades, incluindo a endodontia, de saída enfrentando grande demanda reprimida. Era necessário melhorar a capacidade de atenção a saúde bucal nas USF para que fosse possível usar melhor o tempo dos especialistas. Foram, então, organizadas reuniões entre odontólogos da atenção

básica e os das Especialidades, iniciando pela endodontia discutir casos considerados complexos e/ou encaminhados de forma equivocada e sem preparo, tendo em mãos o prontuário, exames etc. E assim foi possível, dialogando em cima de situações concretas, reconstruir o fazer de cada qual e os encaminhamentos para a especialidade. O diálogo era mediado pelos apoiadores e direção dos distritos. Movimento semelhante foi feito com cardiologistas e endocrinologistas para discutir os casos mais complicados ou de dúvidas de diabetes e hipertensão. Vale destacar, no entanto, que essa movimentação era heterogênea entre os distritos – uns fazendo muitíssimo, outros na média e outros pouquíssimo e não havia espaço nem força política para uma efetiva coordenação nesse momento (final do primeiro mandato do prefeito).

Este foi, como se pode perceber, um momento de efervescência, um cenário muito interessante e singular para o desenvolvimento do apoio com os 146 apoiadores atuando nos distritos sanitários, sendo 24 no DS I, 27 no DS II, 36 no DS III, 25 no DS IV, 20 no DS V e mais 14 apoiadores da sede da SMS. Fizemos algumas oficinas com 190 pessoas (dirigentes e apoiadores) e agora as direções do CAIS Jaguaribe, SAMU, Hospital Municipal Santa Isabel, Hospital Municipal Mangabeira, Hospital Valentina Figueiredo e Maternidade Cândida Vargas estavam animados para participar do matriciamento de todos os distritos. Mas este também foi momento de “botar as barbas de molho” porque as disputas políticas e os conflitos entre os vários coletivos estavam em plena ebulição.

Nos meses de agosto e setembro, em plena campanha eleitoral para prefeito, configurou-se uma ruptura no interior do grupo de condução, que se materializou com a suspensão das oficinas e das atividades de formação. A justificativa apresentada era de que durante a campanha eleitoral não se poderia perder tempo

com reuniões, formação e outras coisas que não fossem vistas pelos usuários claramente como produção. Os apoiadores deveriam é não deixar faltar material nas USF e acompanhar os “ataques” da oposição nos vários serviços de saúde.

3.4. LINHAS DA TRAMA INSTITUCIONAL: APOIO UM ENTRE-LUGAR?

Incluir o apoio como uma estratégia na produção da gestão e do cuidado é uma novidade, que tem sido trabalhada de diferentes modos – tanto no campo da formulação, como nas experimentações desenvolvidas em diferentes espaços de construção do SUS. Vale a pena revisitar e colocar para conversar essas idéias/apostas/ formulações/ experiências.

Apoiar no dicionário Aurélio significa dar apoio a, aprovar, sustentar, amparar, defender, favorecer, sustentar, firmar, encostar, fundar, fundamentar, arriscar-se, prestar auxílio mutuo. Sabemos que o apoio pode acontecer em várias áreas como a logística, administrativa, operacional, cultural, pedagógica, cultural, educacional, institucional, emocional, psicológica, social, gerencial, político, etc. Enfim os campos para apoio são muitos. Mas, aqui vamos falar sobre este movimento de apoiar as equipes de saúde entendendo apoio como um arranjo para organização das práticas de saúde e de gestão.

Neste sentido, a pergunta chave é: o que é o apoio às equipes de saúde? Não é possível responder esta questão de forma simplista. Mas é possível discutir a partir de planos constitutivos, experiências fontes, diagramas (DELEUZE, 1988) de análise para alargar a possibilidade de olhar para os elementos constitutivos do que se chama de apoio, reconhecendo as diversas construções discursivas sobre o apoio e fazendo perguntas às formulações e às experimentações. Quais as

aprendizagens sobre apoio às equipes de saúde nas diversas formulações? Quem são os apoiadores? Como operam? Quais são suas caixas de ferramentas? Suas afecções?

Para facilitar a compreensão, a partir do mapeamento de diferentes tipos de apoio praticados no âmbito da saúde, construí uma discussão sobre as várias vertentes de apoios. Um primeira vertente é o Apoio-intervenção, organizada a partir de trabalhador(es) de saúde como representantes (emissários) da gestão para a interlocução com as equipes de unidades de saúde; esses representantes desenvolvem o trabalho a partir das indicações institucionais, sem – a priori - dar brecha para a produção do(s) encontro(s) em ato, informando e transmitindo informações, conhecimentos e regras/normas a serem seguidas. Neste caso estou me referindo à conhecida supervisão administrativo-gerencial de serviços de saúde realizada por especialistas com base na sistematização de normas e procedimentos técnicos preconizados, fundamentada no planejamento, organização e avaliação de serviços, que tem sua lógica centrada no controle dos processos e resultados obtidos segundo normas e padrões previamente estabelecidos.

O debate sobre supervisão não é o foco desta discussão, mas é necessário fazer algumas considerações/distinções, pois sabemos que têm sido experimentados diversos modos de supervisão no campo da saúde. Primeiro devo destacar que supervisionar no Dicionário Aurélio significa dirigir, orientar ou inspecionar em plano superior e supervisão significa ação ou efeito de supervisionar ou supervisionar e que é a função de supervisor. O termo supervisão se origina das palavras latinas “super” que significa “sobre” e “vídeo” que equivale a “eu vejo”.

A maioria dos autores que discutem a supervisão como uma atividade instrumental está ligada à administração. Tal conceito é majoritariamente

apresentado com uma conotação de controle do trabalho e do trabalhador, como um instrumento para o aumento da produtividade e fator de ligação entre a administração superior e a equipe operacional. A referência principal está nas normas e rotinas da organização. Mas, sabemos que nem sempre a supervisão está ligada a este conceito de controle para eficiência. Como os termos ou conceitos carregam sentidos, podemos explorar alguns sentidos.

A supervisão na administração científica ou taylorista, caracteriza-se pela ênfase nas tarefas, objetivando o aumento da eficiência ao nível operacional. Estabelece que todas as fases de um trabalho devem ser acompanhadas, de modo a verificar se as operações estão sendo desenvolvidas em conformidade com as instruções e normas previamente definidas, segundo o olhar científico que definiria “a melhor maneira de fazer” e ancorada na separação entre pensar e fazer.

Já a teoria burocrática de Max Weber defende a previsão e a produtividade. Aponta como organização ideal aquela cujas atividades e objetivos são pensados racionalmente. Assim, a divisão do trabalho é declarada e explícita e a competência técnica enfatizada, determinando, portanto, um sistema firmemente ordenado de mando e subordinação, no qual há uma supervisão dos postos inferiores pelos superiores. Ou seja, essa concepção também traz fortemente uma divisão entre os que planejam e os que executam, a especialização, a hierarquia e autoridade claramente definidas, o sistema de regras e regulamentos, procedimentos e rotinas capazes de responder às mais variadas situações, etc. Este tipo de organização deixa pouco ou nenhum espaço para a autonomia e liberdade.

Vale lembrar que as organizações de saúde ainda estão impregnadas com estas teorias, tanto da administração clássica como da burocrática. Por exemplo, a supervisão na enfermagem, segundo alguns autores, historicamente está atrelada à

concepção administrativo-gerencial, que segundo Lunardi e Leopardi (1999) estabelece nexos entre a organização do trabalho da enfermagem e a divisão social do trabalho. Assim sendo, por haver divisão técnica do trabalho conseqüentemente há uma distribuição de tarefas entre os componentes da equipe de enfermagem. Surge, então, a necessidade da utilização de instrumentos de controle; tal necessidade corporifica-se num desses agentes, que assume a atividade gerencial, supervisionando direta e continuamente os trabalhadores e o processo como um todo. Referem ainda que o enfermeiro utiliza a administração, as técnicas e os mecanismos disciplinares como estratégias de controle sobre o processo de trabalho dos demais trabalhadores da equipe de enfermagem (LUNARDI e LEOPARDI, 1999). No entanto, é preciso dizer que apesar de existir este histórico da supervisão na enfermagem, ligada às concepções mais clássicas das teorias da administração, também existem alguns autores e enfermeiros que vem experimentando e construindo outros modos de fazer a supervisão. E avançam na medida que abrem espaço para instituir efetiva participação dos trabalhadores de enfermagem na reflexão e problematização do processo de trabalho da equipe de enfermagem.

Outro exemplo significativo de acumulação no campo da supervisão é o da Saúde Mental. A Reforma Psiquiátrica possibilitou a construção de uma nova política de saúde mental para garantir a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e oferecer a elas uma atenção mais humanizada e efetiva. A partir daí, foram construídas alternativas de tratamento extra-hospitalar e estratégias para a reinserção social dos portadores de sofrimento psíquico. Assim foram implantados os serviços substitutivos, os Centros de Atenção Psicossocial, os Centros de Convivência e as Residências Terapêuticas, na perspectiva de práticas humanizadas e autonomizadoras. Neste contexto, a supervisão foi construída como

uma estratégia para ampliar o processo da reforma psiquiátrica, buscando apoiar a produção de novas maneiras de cuidar em Saúde Mental.

Nesse campo, a supervisão foi formalmente instituída em 2005 (portaria Nº 1174/GM/MS), quando se criou um incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, incluindo as ações de supervisão clínico-institucional regular, definida como o trabalho de um profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais dos CAPS, com comprovada habilitação teórica e prática para trabalhar junto à equipe do serviço. Seu trabalho envolveria pelo menos 3 a 4 horas por semana e seria desenvolvido no sentido de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS. Tudo isso entre outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada.

Em um documento de recomendação do Ministério da Saúde sobre a direção da Supervisão em Saúde Mental intitulado: “O Ofício da Supervisão e sua importância”, a supervisão é entendida como “clínico-institucional”, no sentido de que a discussão dos casos clínicos deve sempre levar em conta o contexto institucional, isto é, o serviço, a rede, a gestão, a política pública. Cabe ao supervisor a complexa tarefa de contextualizar permanentemente a situação clínica, foco do seu trabalho, levando em conta as tensões e a dinâmica da rede e do território. Em outras palavras: buscar sustentar o diálogo ativo entre a dimensão política da clínica e a dimensão clínica da política, produzindo condições propícias de acolhimento pela equipe, de modo a também acolhê-la em suas dificuldades, tensões internas, sobrecarga, ajudando a construir um ambiente de trabalho favorável. A supervisão clínico-institucional em saúde mental tem uma história e foi construída no contexto

dos inicialmente chamados “serviços substitutivos” que hoje integram a rede de atenção psicossocial.

Outro referencial importante para o desenvolvimento da supervisão em saúde mental é o da Associação Mundial de Saúde Mental que reconhece haver distintos graus de articulação na produção do cuidado em saúde mental: grau de cooperação de atenção, grau de atenção compartilhada e grau de atenção cooperativa, trabalhando o conceito da supervisão desde a supervisão-intervenção (administrativo-gerencial) até a supervisão que privilegia a produção da relação com as equipes, na medida que problematiza a produção do cuidado em saúde mental.

Como podemos perceber a compreensão da supervisão é polissêmica e polêmica, havendo acumulações distintas nos dois exemplos tomados - o da enfermagem e da saúde mental. É possível identificar posições distintas em relação ao modo de desenvolver o trabalho da supervisão - mais fortemente administrativo-gerencial na enfermagem e mais orientado à reorganização das práticas de saúde dos trabalhadores na saúde mental - particularmente nos CAPS. No caso da saúde mental, aparece como uma forte característica do supervisor “ser de fora”, ou melhor, não ser trabalhador da rede a qual ele fará a supervisão, como uma estratégia para garantir um olhar estrangeiro aos processos institucionais.

Vale também ressaltar que há multiplicidades no interior da supervisão na enfermagem e na saúde mental, ou seja, há muitos modos de fazer a supervisão mesmo sabendo que cada uma delas traduz majoritariamente uma concepção teórica mais marcante.

Uma outra vertente teórica significativa para o desenho de diferentes modalidades de apoio no âmbito da saúde é a Análise Institucional. Algumas correntes (inclusive na Saúde Mental) fazem uma separação entre as melhores

ferramentas e estratégias para colocar em análise a gestão e a produção do cuidado. A metodologia Paidéia indica o Apoio Institucional como referência para produzir processos de autoanálise dos coletivos na gestão. Assim, o trabalhador apoiador, como parte integrante da equipe de condução, produz o encontro com as equipes das unidades de saúde e coloca em análise seus problemas e suas questões no campo da gestão e da condução dos processos decisórios, num arranjo para diminuir a fragmentação do processo de trabalho e a distância da gestão entre áreas e setores de uma organização.

No âmbito da atenção, considerando a necessidade de colocar para conversar diferentes saberes técnicos – entre diferentes especialistas ou entre diferentes profissões da saúde – existe a proposição, acolhida pela metodologia Paidéia, do Apoio Matricial (ou apoio matricial temático), entendido como uma forma de promover interlocução entre profissionais de diferentes especialidades ou entre serviços de saúde de diferentes níveis de atenção, numa tentativa de aproximação e cooperação e produção de suporte ao manejo dos projetos terapêuticos. Seria um arranjo para diminuir a fragmentação do processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento e ampliar a resolubilidade das ações em saúde, definindo responsabilidades de coordenação e instituindo espaços de diálogo, aprendizagem e cooperação entre profissionais de diferentes serviços.

Na proposta de apoio que trabalhamos em João Pessoa, chamada aqui de apoio matricial rizomático, que também conversa com as proposições da Análise Institucional, não há separação entre clínica e gestão, e o apoio, se constitui na micropolítica do encontro entre apoiador e as equipes de saúde, mobilizando distintas ofertas, relacionadas à organização do processo de trabalho e à produção

do cuidado, de acordo com as necessidades das equipes, reconhecendo a mútua constitutividade entre a produção e gestão do cuidado.

3.5. O APOIO NA METODOLOGIA PAIDÉIA

Como já mencionado, o apoio produzido na perspectiva do Método Paidéia tem sido bastante divulgado e experimentado, valendo a pena compreender suas proposições e efetivações na prática.

É importante, então, saber que Campos (1989) define modelos assistenciais como o modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las. Considera também que a construção desse modelo ocorre a partir da concepção de que o Estado é responsável pela produção e distribuição das ações de saúde, influenciando saberes e práticas realizadas neste setor e que a construção dos modelos de atenção à saúde está diretamente relacionada à concepção de saúde concebida por este Estado.

Nesse sentido, Campos (2000) propõe um método para análise e co-gestão de coletivos que tem a pretensão de ser uma sistematização dos melhores modos de a gestão aproximar-se do cotidiano das unidades de saúde, possibilitando apropriação dos trabalhadores em relação ao seu fazer cotidiano, com reflexões constantes sobre o seu processo de trabalho, sobre o seu modo de estar na vida, com tomada de consciência sobre o seu processo de alienação. Afirma também que este método tem como objetivo fortalecer os sujeitos e os coletivos para a construção de processos de co-gestão e democratização das relações de poder, transformando e superando modelos de gestão hierarquizados. A organização dos

processos de trabalho, a interação entre os sujeitos, a troca de experiência, a tomada de decisões, sempre que possível consensuadas, a elaboração e execução dos projetos de intervenção possibilitarão a atuação consciente e ativa dos atores envolvidos no processo.

Para Campos (2008) o método Paidéia é uma tentativa de sistematizar modos de intervir de forma deliberada por parte da gestão, no sentido de ampliar as possibilidades de implementação de seu projeto político. Pensar e agir com deliberação é atuar segundo finalidades, buscando algum sentido para a vida. O efeito Paidéia ocorreria sem que tomemos conhecimento disto, pois se aprende vivendo. No entanto, se pode buscar este efeito segundo valores e intenções prévias, mas reconhecendo que o controle sobre este processo será sempre parcial, já que há inúmeros fatores produzindo efeitos sobre pessoas e instituições.

Segundo Campos e Domitti (2007), o apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho que pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte tecnicopedagógico às equipes de referência. A equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde. Sua utilização como instrumento concreto e cotidiano pressupõe certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam

serviços e sistemas de saúde. A equipe de referência é um rearranjo organizacional que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar.

Estes autores ainda afirmam que dentro dessa lógica, a equipe de referência é composta por distintos especialistas e profissionais encarregados de intervir sobre um mesmo objeto – problema de saúde –, buscando atingir objetivos comuns e sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas, ainda que operando com diversos modos de intervenção. O máximo de poder é delegado à equipe interdisciplinar. Não todo o poder, porque há o poder dos gestores e usuários, necessários para o cumprimento da função de coordenação, de integração e de avaliação do trabalho das distintas equipes de referência. Em organizações maiores, faz-se necessário a agregação de equipes de referência em departamentos estruturados dentro da mesma lógica: as unidades de produção seriam a agregação de um conjunto de equipes de referência e de apoiadores matriciais que compartilhem de um mesmo campo de intervenção.

Afirmam ainda que o apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. O apoio matricial serviria para construir espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores. O termo apoio matricial é composto por dois conceitos operadores. O termo matriz, que carrega vários sentidos. Por um lado, em sua origem latina, significa o lugar onde se geram e se criam coisas; por outro, foi utilizado para indicar um conjunto de números que guardam relação entre si, quer os

analisemos na vertical, na horizontal ou em linhas transversais. Então, para estes autores o termo matricial – indica essa possibilidade, a de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical como recomenda a tradição dos sistemas de saúde. Trata-se de uma tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde quando planejados de maneira muito estrita segundo as diretrizes clássicas de hierarquização e regionalização. O primeiro termo – apoio – sugere uma maneira para operar-se essa relação horizontal mediante a construção de várias linhas de transversalidade. Ou seja, sugere uma metodologia para ordenar essa relação entre referência e especialista não mais com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos. O método Paidéia também propõe a figura do apoiador institucional e sugere que tanto na gestão do trabalho em equipe quanto na clínica, na saúde pública ou nos processos pedagógicos, a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos pode ocorrer de maneira dialógica. Portanto, o apoio matricial e a equipe de referência são metodologias de trabalho, modos para se realizar a gestão da atenção em saúde, mas são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais que buscam diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento.

Para Campos o estilo de governo e a estrutura de poder das organizações condicionam e determinam comportamentos e posturas. Um sistema de poder altamente verticalizado, com tomada centralizada de decisões, tende a estimular descompromisso e alienação entre a maioria dos trabalhadores. Um processo de trabalho centrado em procedimentos e não na produção de saúde tende a diluir o envolvimento das equipes de saúde com os usuários.

Para Campos (2001) o Apoio Paidéia é uma postura metodológica para reformular os tradicionais mecanismos de gestão. Utiliza o conceito com o objetivo central de ampliar a capacidade de direção dos grupos, aumentando sua capacidade de analisar e intervir na realidade. Porém, isso implica a necessidade de analisar a dinâmica do desejo e do interesse próprio, enxergando, ao mesmo tempo, o desejo e o interesse do outro, tudo isso inserido em uma dinâmica histórica e social: a materialidade das necessidades e das instituições. O Apoio Paidéia reúne uma série de recursos voltados para lidar com estas relações entre sujeitos de um outro modo. Um modo interativo, um modo que reconhece a diferença de papéis, de poder e de conhecimento, mas que procura estabelecer relações construtivas entre os distintos atores sociais.

Segundo Marina Peduzzi e Brígida Gimenez Carvalho, em um texto produzido para o 2º Seminário Nacional de Humanização (2009), a construção da democracia institucional por meio da co-gestão e o simultâneo fortalecimento dos sujeitos envolvidos por meio de instrumentos advindos da análise institucional e da psicanálise são elementos centrais da proposta de Campos para o enfrentamento da hegemonia vertical e para a reconstrução de estruturas, saberes, normas e valores que imprimam outra racionalidade à gestão em saúde e à gerência dos serviços. No entanto, afirmam, a partir do próprio autor, que é importante reconhecer os obstáculos para a mudança, nos conflitos derivados dos interesses e poderes diferenciados que configuram o contexto heterogêneo do trabalho em saúde. Pois, aí coexistem, de forma contraditória e tensa, de um lado, interesses em se atenderem as necessidades de saúde dos usuários e da população do respectivo território e/ou de se garantir a reprodução e a sobrevivência do serviço como organização e, de

outro, os interesses individuais ou corporativos dos diferentes agentes envolvidos, forças que tendem a operar com lógicas distintas.

Segundo Gustavo Tenório em outro texto produzido para o 2º Seminário Nacional de Humanização (2009) existem dois tipos de apoio matricial. O apoio gerencial e o apoio temático. No primeiro caso a gestão inclui a “função apoio” no organograma e na forma de trabalhar muitos dos processos de decisão, na medida em que busca contribuir para aumentar a capacidade de análise e intervenção das equipes nas organizações. O outro tipo de apoio matricial é o do "especialista", que implica num processo de personalização do sistema de saúde.

Gustavo Tenório (2009) coloca que um dos obstáculos é que esta ferramenta também pode fazer o contrário do que se deseja, ou seja, aumentar o poder do especialista, medicalizando a população através de uma “instrumentalização” das equipes “menos sabidas”. E afirma que:

“...na verdade, como regra geral, toda vez que um especialista está falando de problemas muito prevalentes ou de "não-doenças" (menopausa e gravidez, por exemplo), deve-se ficar com as barbas de molho: lá vem iatrogenia”, e continua afirmando “....se os profissionais são complementares, se os serviços são complementares, se existe a necessidade de aumentar a transversalidade, a comunicação entre os diferentes, esta comunicação tem que se dar em um processo crítico em relação ao suposto poder/saber. Este é um grande obstáculo, inclusive cultural. Porque que existe um forte desejo de soluções mágicas, simplistas e sem efeito colateral. Como se nossas intervenções pudessem todas elas ter a potência de uma vacina contra pólio ou uma terapia de reidratação oral. Condutas quase mágicas de tão potentes e indiferentes a outras forças do mundo. Como não é assim, então as conversas de “apoio” tem que supor sabedoria, mas também a ignorância do especialista, por causa deste contexto mítico em que vivemos. A falsa segurança de protocolos e médias não invalida estas médias e estes protocolos, nem os estudos baseados em evidências, nem aqueles que neles se baseiam. Têm potência, muita potência. Só não tem onipotência. A proposta de apoio matricial também tem potência, mas não tem onipotência. E tem riscos como qualquer proposta. É necessário que o apoio matricial seja parte de um processo de re-invenção de novas organizações e relações, e não uma ferramenta isolada num contexto extremamente hierarquizado”.

Para Eduardo Passos (2006) apoio matricial ou temático é uma nova lógica de produção do processo de trabalho em que um profissional atuando em determinado setor oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Inverte-se, assim, o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres, já que ao mesmo tempo o profissional cria pertencimento à sua equipe, setor, mas também funciona como apoio, referência para outras equipes. O Apoio institucional seria um novo método de exercício da gestão, superando formas tradicionais de se estabelecerem relações e de exercitar as funções gerenciais. É a proposta de um modo interativo, pautado no princípio de que a gerência/gestão acontece numa relação entre sujeitos, e que o acompanhamento/coordenação/condução (apoio) dos serviços/equipes deve propiciar relações construtivas entre esses sujeitos, que têm saberes, poderes e papéis diferenciados.

Para Rosana Onocko (2003) o apoio matricial é o suporte especializado-técnico e deve desvincular da linha de mando para aprimorar o desvelamento dos usos do poder e desnaturalizar a forte associação entre técnica e poder. Para Ricardo Pena (2009), em sua leitura do mesmo texto, em relação ao Apoio Matricial é necessário que se faça uma separação entre a gestão do cuidado e o lugar gerencial, para que assim o poder que circula por meio das práticas clínicas seja desvelado e a perspectiva de um trabalho horizontal se efetue.

Para Michele Vasconcelos e Aline Morshel (2009) o objetivo central do apoio articula-se ao do analista institucional, qual seja: fomentar análises sobre a dinâmica de relações, de poderes, de práticas, de significações, de afetos que permeiam o estabelecimento de saúde, colocando-as a serviço de todas as pessoas aí situadas, conferindo-lhes, assim, meios para pensarem sobre sua função e funcionamento,

aliando-se a eles na análise dos ranços institucionais e problemas organizacionais e na subsequente abertura de sentidos, construção de redes e de práticas inéditas, discursivas e não-discursivas.

Para Campos (1998) o apoio matricial é uma tecnologia de gestão complementar à definição de Equipes de Referência e o apoio é uma função (CAMPOS, 2003) formada por profissionais que não têm uma relação direta e cotidiana com o usuário e que fazem o apoio à equipe de referência.

Michele Vasconcelos e Aline Morshel (2009) afirmam que segundo as diretrizes propostas pela Política Nacional de Humanização (PNH), apoio é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. É uma lógica, uma metodologia, por meio da qual se pretende desconstruir a idéia de que uma supervisão, um “super-olhar”, uma “cabeça pensante” que iria, do “exterior”, sem envolvimento com o espaço-tempo institucional, com o cotidiano dos serviços, prover os corpos executantes de respostas apuradas. Ao contrário, o apoio institucional tem como objetivo-chave justamente o de construir espaços de análise e interferência no cotidiano, potencializando análises coletivas de valores, saberes e fazeres e, desse modo, implementar e mudar práticas.

Para Evelyne Nunes Ervedosa Bastos e Rosane de Lucca Maerschner em outro texto produzido para o 2º Seminário Nacional de Humanização (2009), a função apoiadora se insere no contexto do trabalho das equipes, auxiliando na análise da gestão e da organização do seu processo de trabalho, na construção de espaços coletivos para além das equipes, “transversalizando” outros coletivos da área da saúde e de outros setores, disseminando a capacidade de se construir coletivos sociais na comunidade, por meio de Projetos de Intervenção com respaldo

da gestão para sua atuação, reforçando ou não os objetivos a serem atingidos pela Política de Saúde vigente. Estas autoras enfatizam que não se pode também se deixar alienar e ser instrumento de reforçar determinada coisa, situação ou método sem se ter a clareza do por que e para que. Afirmam que a gestão precisa assumir também a sua função apoiadora dos processos das equipes. Reconhece que há funções próprias da gestão que não devem ser confundidas com a de apoiador institucional pela natureza do papel de cada uma dessas funções, mas que, para haver mudança no processo de trabalho das equipes de saúde torna-se necessário um equilíbrio nas relações de poder.

Segundo Oliveira et al (2008) reconhece-se que segundo o Método Paidéia “há transferência e contratransferência entre a equipe e o coordenador/apoiador”, sendo o conceito de transferência originário da psicanálise, que “designa um processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida”. A aplicação desse conceito em co-gestão justifica-se na medida em que se reconhece que, entre a equipe e entre ela e o apoiador, há influência de processos inconscientes e há conflito de interesses e circulação de afeto. Nessa perspectiva, os autores propõem o método Paidéia como recurso para reformulação ampliada do trabalho em saúde a partir da ampliação do envolvimento dos sujeitos, tanto na clínica, quanto na saúde coletiva.

Gustavo Tenório e Deivisson Dantas (2008) a partir da contribuição de BALINT buscaram construir uma variação atualizada do seu método grupal que estão chamando BALINT-PAIDÉIA, e afirmam que não se trata de propor um arranjo substitutivo aos outros e muito menos algo que permita à organização prescindir da incorporação em todos os seus espaços, de uma capacidade mínima para lidar com

estes temas, principalmente a subjetividade. Trata-se de utilizar a contribuição de BALINT e colaboradores e propor mais um recurso de trabalho sinérgico com os outros dispositivos e com o Método Paidéia para a Co-gestão. Enfatizam que o Método Paidéia também utiliza fortemente a contribuição de Pichon Rivere com os grupos operativos.

3.6. “ENGENHOCA” PARA A ANÁLISE

Como parte do esforço para colocar para conversar as diferentes propostas de apoio, construí diferentes engenhocas como dispositivos analíticos, que são apresentados a seguir.

3.6.1. OS PLANOS CONSTITUTIVOS DO APOIO

Um primeiro plano para analisar essas várias modalidades/possibilidades de apoio é o mobilizado pelo conceito de devir – no nosso caso o devir-apoiador, pois são os devires que se encadeiam ou coexistem em zonas de vizinhança, de indiscernibilidade, de indiferenciação. Deleuze e Parnet (1998, p. 03) colocam que “Os devires são geografia, são orientações, direções, entradas e saídas. (...) Devir é jamais imitar, nem fazer como, nem ajustar-se a um modelo, seja ele de justiça ou de verdade. Não há um termo de onde se parte, nem um ao qual se chega ou se deve chegar. Na medida que alguém se torna, o que ele se torna muda tanto quanto ele próprio. Os devires não são fenômenos de imitação, nem de assimilação, mas de dupla captura, de evolução não paralela, núpcias entre dois reinos.”

Segundo Deleuze e Guattari (1997, p.12) o devir não se contenta em passar pela semelhança” e constitui uma “irresistível desterritorialização”. Está no “entre”,

no “meio”. “(...) Devir é, a partir das formas que se tem, do sujeito que se é, dos órgãos que se possui ou das funções que se preenche, extrair partículas, entre as quais instauramos relações de movimento e repouso, de velocidade e lentidão, as mais próximas daquilo que estamos em vias de nos tornarmos, e através das quais nos tornamos.” (DELEUZE-GUATTARI, 1997, p.64). Para estes autores não interessa partir nem chegar, mas sim se instaurar no meio, na atmosfera do devir propriamente dito. O devir não é concebido como o resultado de uma transformação, de uma passagem ou de uma forma, de um estado ou de um termo a outro. Ele é o próprio processo, um meio, ou seja, uma zona de indiscernibilidade em que os termos implicados numa relação são arrastados pela própria relação que os une. Quando Gilles Deleuze e Félix Guattari falam em devir não pretendem estabelecer um curso em uma evolução, em um progresso ou em um desenvolvimento, mas, em outro sentido, os signos de uma involução.

Então, o devir-apoiador se produziria na tentativa de aprender a ultrapassar uma subjetividade fundamentada no eu, a deslocar do ser do eu e da consciência para os devires. Mas esse movimento deve ser repetido em todos os sentidos, em todas as ocasiões, porque isso nunca se dá de uma vez por todas. Há que compreender e aceitar que somos muitos em um, que as vezes somos A, as vezes somos B, as vezes C, as vezes D (...) e as vezes Z e que essa multiplicidade é produzida no encontro, a partir dos agenciamentos mútuos. Certamente, liberar-se das imposições, das instituições e mesmo, de uma certa maneira, do eu-pessoa, é o movimento fundamental. É necessário reconhecer que não se pode aprender sem começar a se *desprender*. A se desprender, antes de tudo e sempre, de si.

Um segundo plano vem a partir da idéia de intercessores do Deleuze (1992), que coloca que quaisquer encontros fazem com que o pensamento saia de sua

imobilidade natural, de seu estupor, pois sem os intercessores não há criação e não há pensamento; os intercessores podem ser pessoas, coisas, plantas, até animais. Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores. O conceito de intercessor, para Deleuze, segue o do verbo interceder, que significa intervir. Portanto produzir interferência não é o mesmo que fazer interseção - o importante é que o cruzamento constitui uma zona de interferências.

Merhy (1997, 2000, 2002) autor fundamental para o desenvolvimento deste debate na área da saúde no Brasil, denomina espaço intercessor como aquele em que cada uma das partes, neste caso apoiador e trabalhador, se colocam com toda sua inteireza: necessidades, projetos, ansiedades, dores, medos, desejos, sonhos, potencialidades, em um dado contexto, e aí que está a potência do trabalho vivo em ato. Onde o trabalho vivo é aquele que está em ação, que vai se dando, que vai se fazendo no próprio ato por cada trabalhador. No trabalho em saúde, que se produz no encontro entre trabalhador e usuário, a centralidade do trabalho vivo é ainda mais significativa, tendo ele (o trabalhador) uma certa autonomia em relação à sua ação, ao seu poder de decidir coisas em seu micro espaço, segundo um certo recorte interessado. E a esta autonomia Merhy (1997) denomina autogoverno. Então, em todo lugar em que ocorre um encontro entre trabalhadores de saúde, trabalhador de saúde e usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas, vínculo, implicação e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição de produção de invenção e criação (ou de captura e de repetição, dependendo de como se processa o encontro e dos agenciamentos que produz).

Deste ponto de vista, o trabalho do apoiador não se configuraria como uma prática puramente técnica, mas sim como uma prática relacional, reproduzindo-se a

si num dado contexto o tempo todo e acionando tecnologias em vários campos, inclusive o das tecnologias leve-duras e duras. Neste sentido, os processos intercessores no trabalho de apoio a equipes de saúde apontam para um reconhecimento de ser essa uma produção intensamente micropolítica. E olhando este processo de produção, o apoio às equipes de saúde funcionaria como um dispositivo que provoca estranhamentos, ruídos, tensões, conflitos, criação, invenção e potencia no enfrentamento de problemas cotidianos.

Os encontros e desencontros nestas relações são matéria prima para instituir novos jeitos de relacionar os vários áreas/setores das SMS com cada equipe de saúde e revelar uma dinâmica instituidora que se abre a novas linhas de possibilidades, no desenho do modo de organizar a gestão do cuidado em saúde, permitindo a introdução de modificações no cotidiano do serviço em torno do processo de trabalho de cada equipe, mais comprometido com as necessidades de saúde individual e coletiva.

Então, o espaço intercessor designa o que se produz nas relações entre sujeitos e não tem existência fora do momento do encontro em ato, no qual são os "entres" que se colocam como instituintes na busca de novos processos. O "entre" configura um espaço/produção dependente do encontro, transitório e que não pode ser reproduzido por nenhuma parte isoladamente, pois a potência do "entre" é distinta da potência de cada um. A intercessão é um produto que existe para os "dois" em ato, não tendo existência sem esse momento, em processo, e no qual os "inter" se colocam como instituintes em um processo muito próprio desse sujeito coletivo novo que se formou. Conseqüentemente, novos fazeres, novas práticas, podem se materializar no que Merhy (1997) designa como campo das "tecnologias de trabalho".

Por outro lado, esse espaço que se configura no momento dos encontros define um espaço de autogoverno, em que se expressam desejos, projetos, tecnologias disponíveis por parte de cada trabalhador, num exercício permanente de "negociação" com os projetos políticos da gestão. Então, em função do trabalho vivo em ato e dos espaços intercessores, todos os trabalhadores de saúde são gestores, pois fabricam cotidianamente o modelo de atenção, em disputa ou consonância com as propostas da gestão e com as propostas dos demais trabalhadores. É nesse espaço exatamente que as propostas de controle buscam se inserir/interferir. Neste sentido o agir em saúde, em sua micropolítica, traz à cena, permanentemente, as tensões autonomia *versus* controle num território de disputa e produção incessante.

Um terceiro plano de constituição/análise diz respeito a como se produzem as relações no organograma - de modo arborescente ou rizomático - pois as mesmas se dão em disputa, e a produção de coletivos, ou melhor, os coletivos em ação configuram-se com maior potência quando há brechas para o debate intenso e cotidiano do que fazer, como fazer e porque fazer a gestão. Neste sentido, o arranjo matricial/matriciamento pode ser a expressão do organograma rizomático, entendendo que o rizoma é composto de linhas e pontos, sendo que todas as linhas e pontos se conectam ou podem se conectar, sem obedecer a relações de hierarquia ou subordinação. Para todos os lados e todas as direções, portanto o rizoma tem como princípio o da conexão e caracteriza-se por ser um campo coletivo de forças dispersas, múltiplas e heterogêneas. O arranjo matricial, como montado em João Pessoa, matriciando as várias áreas da gestão e do cuidado - pode ser uma forma de organização das relações por meio da necessidade de conexão e não porque a priori se tem o comando. O organograma explicita quem é/exercita o comando numa determinada organização. O matriciamento propõe desproduzir esse

lugar de comando, a partir do autogoverno de cada um e dos “entres” fabricados por meio dos coletivos.

Como propõe Foucault, o poder deve ser compreendido como uma relação difusa e capilarizada pela sociedade. Quando diz poder, não se refere a uma instância que estenda a sua rede de maneira fatal, uma rede cerrada sobre os indivíduos. O poder é uma relação. Além disso, para Foucault (2004), toda prática da liberdade está estritamente relacionada a uma dimensão ética existente nos jogos políticos. E toda prática da liberdade necessariamente implica a presença ativa de relações de poder, enquanto relações de forças que interagem em um determinado espaço-tempo. A presença das relações de poder atesta as possibilidades de ação que, em maior ou menor grau, comparecem sempre produzindo interferências.

Neste sentido, nas relações produzidas a partir do matriciamento, quaisquer que sejam elas, em suas várias direções e sentidos, o poder está sempre presente e se manifesta na disputa, ou seja, na relação em que cada um procura dirigir ao outro. São relações que encontram sob diferentes formas e que são móveis, ou seja, podem se modificar, não são dadas a priori e nem de uma vez por todas. Então onde há relações de poder, há possibilidades de resistência, há liberdade, no modo de pensar, de agir, de falar etc. O matriciamento é produzido em planos nos quais qualquer ponto pode conectar com outro, configurando uma rede sem um ponto fixo, sem ordem determinada, sem unidade fixa. Espaços constituídos por um princípio de multiplicidade que não busca unidade nem no sujeito nem no objeto, mas nos movimentos dos fluxos das redes que se configuram pelos agenciamentos entre sujeitos/objetos/lugares. O matriciamento deve ser compreendido, então, como espaços construções desmontáveis e conectáveis que se abrem para o ilimitado.

O matriciamento constituindo-se como a dobra de Deleuze (1986) que proporciona uma visão sem limite entre o dentro e o fora, não se limitando ao sujeito, mas aos acontecimentos que envolvem ou não os sujeitos, de forma singular e múltipla, produzindo transformação simultânea do fora e do dentro. A interioridade se produz como um dobramento das forças do interior e exterior.

Se pensarmos o matriciamento como um conceito-ferramenta para provocar conexões entre áreas/setores/projetos e entre campos de conhecimento, ou melhor, provocar o desmanche de hierarquias na configuração organizacional e do conhecimento, podemos desconstruir a idéia da força matriz como decalque ou como base ou como modelo e tomá-la como o lugar em que se geram e se criam coisas. O matriciamento como alternativa ao vertical. Para produzir relações horizontais entre profissionais de distintas áreas/projetos e campos de conhecimento.

Neste sentido o matriciamento pode ser entendido como a construção de momentos relacionais em que acontece a troca de saberes/afetos entre os profissionais de diferentes áreas ou setores, com o objetivo de aumentar a chance de as equipes estabelecerem relações de cooperação e responsabilizarem-se pelas ações desencadeadas, num processo de produção da integralidade da atenção em todo o sistema de saúde.

Reconhece-se que cada trabalhador de saúde e cada usuário operam com uma concepção de saúde e de cuidado; que no espaço do encontro com o usuário é que se concretiza o momento de autonomia do trabalhador para expressar e operar suas concepções; que há múltiplos projetos de saúde (ocultos) operando, em disputa, tentando prevalecer sobre os demais.

Assim, o apoiador mergulha nesse espaço de disputa, procurando criar espaços de encontro que favoreçam o diálogo e a pactuação entre gestão e trabalhadores, entre os trabalhadores e entre trabalhadores e usuários – tanto incidindo sobre a organização dos processos de trabalho, como sobre a produção do cuidado em si. No âmbito da produção do cuidado pode possibilitar agregação e combinação de diferentes saberes e tecnologias para enfrentar a complexidade e desestruturação dos problemas de saúde, favorecendo a construção de redes de conversação.

Podemos, então, pensar no conceito-ferramenta do motriciamento, pois motriz nos dicionários quer dizer força que dá movimento, aquela que faz mover, que imprime movimento motor, força motriz. De fato, existem algumas forças que produzem e/ou dificultam o movimento nos processos de produção da gestão e do cuidado em saúde. Entretanto, a potência das forças motrizes depende do contexto, da configuração das equipes de saúde, dos apoiadores, etc, existindo assim, uma ou mais forças motrizes durante os acontecimentos na produção do apoio, configurando situações de cooperação ou comunicação motriz e em situações de oposição ou contra-comunicação motriz.

Como no desenvolvimento do matriciamento também há multiplicidades, muitas vezes o movimento está mais para nutriciamento do que para matriciamento, ou seja, o foco acaba sendo principalmente alimentar a clínica do outro, injetar nutrientes, transmitir conhecimentos para trabalhadores que estão com dificuldade em desempenhar a produção do cuidado

O quarto e último plano que atravessa essa produção é a caixa de ferramentas do apoiador para operar o apoio às equipes de saúde. Como diz Merhy em seu livro *Saúde: A Cartografia ao Trabalho Vivo*, caixa de ferramentas que

funcione com potência de bússola para o pensar num terreno de tensionamentos e desafios, em meio aos quais o "agir em saúde" se afirma como uma experiência radical de (re)invenção da saúde como bem público e potência de luta "a serviço da vida individual e coletiva". Então, a "caixa de ferramentas" como conceito-força que compõe o plano de consistência para as análises micropolíticas, advindas dos campos da filosofia, da economia política, da saúde pública, que funciona indagando "o que se passa entre", nos caminhos que se criam por entre impossibilidades no cotidiano das práticas de saúde.

Neste sentido, há que se pensar na necessidade de "fabricar" uma caixa de ferramentas que amplie a potência do encontro entre trabalhadores e apoiadores para a produção de invenção e inovação para o enfrentamento criativo do cotidiano das unidades de saúde.

Emerson Merhy (2005) problematiza esse tema, interrogando se seria possível pensar um modelo anti-hegemônico que torne a dinâmica microdecisória mais pública, possibilitando que ela seja capturada pelo mundo das necessidades dos usuários, ao invés de ser capturada pela lógica da produção de procedimentos ou dos interesses de cada trabalhador. E apresenta dispositivos que comporiam uma caixa de ferramentas com poder de fogo suficiente para enfrentar tal dilema.

Nessa caixa de ferramentas entram desde os protocolos de cuidado, estratégias de encontro e afetações, até um conjunto de idéias e modos de intervenção buscados no campo das técnicas de Governo, de modo a compor núcleos de tecnologias leves e leve-duras (MERHY, 1998)² que favoreçam a instituição de novos arranjos no modo de fabricar saúde.

² A proposta de Merhy (1998), que defende a idéia de que o trabalho em saúde mobiliza ao menos três tipos de tecnologia: duras (equipamentos, medicamentos), leve-duras (conhecimentos estruturados, como clínica e epidemiologia) e leves (tecnologias relacionais que possibilitam a

A única indicação segura para atravessar o pesado campo dos instituídos, para enfrentar o fogo cerrado dos interesses em jogo e dos embates cotidianos que se realizam nas organizações, rumo a “outras cartografias além do instituído, seria a possibilidade de permeabilizar os espaços institucionais no interior dos serviços de saúde para que neles atue a força instituinte do usuário.

Então, como favorecer novos agenciamentos capazes de estabelecer diferentes conexões simultâneas? Como se estabelecem os afetos, já que é impossível separar o conhecimento da subjetividade por ele produzida? Uma questão fundamental neste contexto seria o de pensar o mundo a partir dos sentidos, dos efeitos de sentido, de traçar rotas de deslocamento, de fugir das linhas duras, molares; de tensionar essas linhas, construindo linhas moleculares, criando movimento, gerando incertezas, possibilitando viver o cotidiano de outras formas, valorizando mais as multiplicidades do que as diversidades e produzindo desterritorializações/reterritorializações. É necessário também considerar as ações/paixões que atravessam esses corpos, as transformações incorpóreas, permitindo o atravessamento dos elementos suplementares e não claramente perceptíveis. Ao buscar uma linha de fuga, buscamos novas territorialidades, pois essa busca pode favorecer uma modalidade de aprendizagem cuja finalidade não exista a não ser como possibilidade de reinvenção, permitindo novos agenciamentos.

Vale ressaltar que a intensidade das relações produzidas no trabalho depende da interação entre as pessoas e neste caso da interação entre o apoiador e os trabalhadores das unidades de saúde. Neste contexto se porventura essa

produção de relações intersubjetivas entre trabalhador e usuário). Dependendo do arranjo desses tipos de tecnologia, o trabalho em saúde é mais ou menos cuidador e mais ou menos efetivo. Os diferentes modelos tecnoassistenciais em saúde se diferenciam também pelas distintas ênfases no arranjo tecnológico do trabalho em saúde.

interação for pautada pelo desenvolvimento de interações que ampliem a capacidade de agir, serão produzidos movimentos instituintes para interinventar em parcerias linhas de fuga do instituído. Numa situação diametralmente oposta, quando sofrem uma diminuição da intensidade na interação com os trabalhadores de saúde, enfraquece a capacidade de agir.

3.6.2. OS DIAGRAMAS

A partir destes planos analítico-constitativos do apoio as equipes de saúde, construímos uma máquina conceitual, como uma “engenhoca”, para discutir as experiências fonte desta pesquisa, que estou chamando de diagramas, com base na produção de Deleuze, Guattari e Foucault.

Deleuze no livro *A lógica do Sentido* coloca que o diagrama é o exemplo operatório das linhas e das zonas, dos traços e das manchas assignificantes e não representativas. E a operação do diagrama, sua função, é a de “sugerir”, ou, mais rigorosamente, é a de introduzir “possibilidades de fato”. O diagrama é o conjunto operatório dos traços e das manchas, das linhas e das zonas. O diagrama é uma possibilidade de fato, ele não é fato ele-mesmo. O diagrama é exatamente o que chama por motivo. De fato, o motivo é feito de duas coisas, sensação e esqueleto. É o seu entrelaçamento.

Segundo Deleuze, “o diagrama, enquanto expõe um conjunto de relações de forças, não é um lugar, mas um não-lugar: É lugar apenas para as mutações. (...) Certamente o diagrama se comunica com a formação estratificada que o estabiliza ou fixa, mas conforme um outro eixo; ele se comunica também com o outro diagrama, os outros estados instáveis do diagrama, através dos quais as forças

perseguem seu devir mutante. É por isso que o diagrama é sempre o lado de fora dos extratos. Ele não é exibição das relações de forças sem ser, igualmente, emissão de singularidades, de pontos singulares" (DELEUZE, 1987, pg.117).

Deleuze e Guattari (1995) dizem que “uma máquina diagramática”, “um diagrama maquínico”, é sempre “uma articulação multilinear, composta por fios visíveis e invisíveis, materiais e imateriais, de origem e natureza diferentes, que seguem direções, traçam processos que estão sempre em desequilíbrio, e que ora se aproximam ora se afastam umas das outras.”

Na perspectiva de Foucault, o poder é diagramático, ou seja, mobiliza matérias e funções não-estratificadas. Não passa pelas formas, mas por pontos, que marcam a aplicação de uma força (ação e reação), um efeito sempre local e instável. O diagrama é uma emissão: por isso as relações são ligações móveis e não-localizáveis (DELEUZE, 1988).

Ainda em Foucault, o diagrama é uma “máquina abstrata”, uma forma de cartografia social e política, uma exposição das relações de força que constituem o poder, suas densidades e intensidades. “É que o diagrama é altamente instável ou fluido, não para de misturar matérias e funções de modo a constituir mutações. Finalmente, todo diagrama é intersocial, e em devir. Ele nunca age para representar um mundo preexistente, ele produz um novo tipo de realidade, um novo modelo de verdade. Não é sujeito da história, nem a supera. Faz história desfazendo as realidades e as significações anteriores, formando um número equivalente de pontos de emergência ou criatividade, de conjunções inesperadas, de improváveis continuuns. Ele duplica a história com um devir” (DELEUZE, 1988).

Este diagrama ou máquina abstrata, segundo Gilles Deleuze, não é único; há uma infinidade de diagramas possíveis. Podemos conceber diagramas tanto quanto

podemos considerar os vários arranjos diferentes. Esta máquina abstrata é imaterial e fluída, “(...) todo diagrama é intersocial, e em devir. (...). O diagrama, concebido por Foucault ou Deleuze, não é uma idéia transcendente, tal como as concepções de superestrutura ideológica ou infra-estrutura econômica. O diagrama ou máquina abstrata informal funciona como causa imanente dos agenciamentos concretos formais (forma de conteúdo e forma de expressão). Causa imanente é uma causa que se atualiza em seu efeito, que se integra em seu efeito, que se diferencia em seu efeito. Ou melhor, a causa imanente é aquela cujo efeito atualiza, integra e diferencia. Por isso nela há correlação, pressuposição recíproca entre a causa e o efeito, entre a máquina abstrata e os agenciamentos concretos (é a esses que Foucault reserva mais freqüentemente o nome de dispositivos) (DELEUZE, 1988).

Os diagramas servem para pensar uma tipologização dos apoiadores com as máscaras criadas a partir dos encontros e dos acontecimentos vividos com os trabalhadores de saúde, buscando identificar os movimentos predominantes, porque foram para este encontro muitas vezes para indicar, normalizar, controlar e fiscalizar, mas também se desmanchar, desterritorializar e afetar.

3.6.3. OS APOIADORES E SUAS MÁSCARAS

A imagem das máscaras interessa para compreender as multiplicidades dos apoiadores, pois em sua intensidade na relação com as equipes de saúde em seu contexto produzem afetamentos mútuos, uns atravessando os outros na produção do encontro em suas sucessivas aproximações.

Motivada por um debate que aconteceu na linha de pesquisa em junho de 2009 durante a apresentação da tese de doutorado da Rossana Baduy (2010),

quando ela desenvolveu a idéia de uma tipologização móvel, produzida pelos afetamentos, pelos fluxos de intensidades, que formam um feixe de forças; uma tipologização que não é da pessoa, não é do saber, não é de fora, mas é do acontecimento, não é algo fixo, irreduzível aos diversos “tipos” de assessores. Caberia a idéia de máscaras da Suely Rolnik (2006), pois neste caso, quando Rossana Baduy (2010) fala de “assessores” não fala dos indivíduos, mas sim das diversas máscaras produzidas, ativadas, nos diversos encontros, o mesmo “indivíduo-assessor” se produzia de várias formas nas diversas situações.

A tipologização da figura do assessor, proposta por Rossana Baduy (2010), foi construída em quatro máscaras: barro, madeira, vidro e ferro. As máscaras de barro produziam singularidade, alta porosidade, eram afetados e afetavam o cotidiano dos trabalhadores, as ferramentas eram produzidas nos encontros e havia capacidade de auto-análise de produção de rupturas; as de madeira produziam singularidades, às vezes tinham porosidade, eram acolhedores, mas colocavam as situações em análise para convencer o outro, usavam a caixa de ferramentas nos encontros, tinham capacidade de auto-análise de produção de rupturas; as de vidro eram os orientadores, tinham pouca porosidade, orientavam, eram claros e objetivos nas suas prescrições, e tinham uma caixa de ferramentas limitada, problemas eram desvios na função e; as de ferro como os normalizados, não tinham porosidade, apresentavam as normas para serem cumpridas, sua caixa de ferramentas era composta por tecnologias leve duras, seguiam normas e aplicavam punições.

Para compreender, na leitura do livro *Cartografia Sentimental*, Suely Rolnik *coloca que*:

*“as intensidades em si mesmas não tem forma nem substância, a não ser através de sua afetuação em certas matérias cujo resultado é uma máscara, ou seja, intensidades em si mesmas não existem: estão sempre efetuadas em máscaras - composta, em composição ou em decomposição”.
“...não há máscaras que não sejam, imediatamente, operadoras de*

intensidade...” Diz que as consequências que podemos extrair dessa formulação são de que a palavra ‘simulação’ não tem nada a ver com falsidade, fingimento ou irreabilidade. “...enquanto a máscara funciona como condutor de afeto, ela ganha espessura do real, ela é viva e por isto tem credibilidade; ‘é verdadeira’. E, a medida que deixa de ser esse condutor – ou seja, a medida que os afetos gerados no encontro, ao tentarem efetuar-se nessa máscara, não conseguem fazer sentido- e por isto a máscara perde a credibilidade, torna-se falsa”.

Neste sentido, trabalhar a idéia da tipologização do apoiador é buscar explicitar que intensidades buscam formar máscaras para se apresentarem, efetivando possíveis; a exteriorização das intensidades depende de elas tomarem corpo de real quando se efetuam, porque afetos só ganham espessura de real quando se efetuam (ROLNIK, 2006, pg. 31). E assim numa variação de personagens de circo vou desenvolver a idéia do múltiplo em nós, dos vários e distintos que somos, dependendo das afecções produzidas e considerando as singularidades existentes. Os personagens conformando diagramas. Os personagens-máscaras.

Assim como no fantástico mundo do circo, em que os múltiplos personagens entram no picadeiro, o mundo do trabalho do apoiador ganha espessura de real nas máscaras e personagens, mutáveis e flexíveis a depender do espaço, coletivos e indivíduos.

Esta idéia de trabalhar as várias máscaras do apoiador a partir dos personagens do circo ocorreu porque os espetáculos de ilusionistas, acrobatas, contorcionistas, domadores afetam o grande público em suas emoções. Os personagens do circo se produzem nas afetações que provocam no público. Por exemplo, quando nos deparamos com as estripulias de um trapezista dependurado nas cordas ou com os momentos de tensão ao ver o “globo da morte” ou quando olhamos para um malabarista com seus malabares ou um mágico fazendo sumir e aparecer objetos ou um amestrador fazendo os animais cumprirem o programa treinado. Assim também os apoiadores se produzem no encontro com as equipes,

produzindo uma drástica mudança de emoções com seus movimentos. Imagine-se suspenso, de cabeça para baixo, a alguns bons metros do chão, balançando no ar e saltando na esperança de ser agarrado pelos braços, pelo outro trapezista que está do outro lado!

As afetações que atravessaram as relações entre apoiador e equipes; equipes e apoiadores; apoiadores e equipe de gestão se traduzem nos múltiplos personagens. Entendendo que esta tipologização não é estática, ela é dinâmica e aqui não estou dizendo que cada apoiador usa um tipo de máscara o tempo todo; pelo contrário, em diferentes momentos o mesmo apoiador se efetua em distintas máscaras a depender dos encontros e agenciamentos disparados.

Pego emprestado o conceito de gestão peripatética produzida pela Rossana Baduy (2010) em sua tese de doutorado compreendendo-a como ferramenta para dar sentido às conversações e pensamentos que acontecem em corredores e em salas de café, nos vários ambientes para além das salas de reuniões formais, para enfatizar que a gestão está em todos os lugares, porque o apoio as equipes de saúde é produzido nesse processo relacional, neste encontro que Merhy (1997) denomina espaço intercessor, quando cada um, apoiador e trabalhadores da equipe de saúde se colocam com toda sua inteireza.

A seguir apresento o diagrama dos personagens:



Figura 2: Diagrama das Máscaras do apoiador.

O apoiador-mágico é a máscara que se produz no encantamento que o apoiador exerce sobre as ESF, fazendo-as apaixonadas para qualquer tipo de movimento produzido. Ao fazer uso da magia, buscam estabelecer relações de causa e efeito e, assim, transformar a realidade. A dimensão qualitativa do encantamento mágico consiste, no geral, em qualidades imaginárias, ou melhor, imaginadas pelas ESF.

O apoiador-mágico utiliza em sua caixa de ferramenta a "tecnologia do encantamento", porque provoca nas ESF necessidades e desejabilidade em seu cotidiano e motivando-as a "experimentar a realidade" sob uma forma "encantada". O encantamento acontece quando os planos que conformam no jogo relacional a exposição de incômodos e saberes desestabilizados colocados em zonas de conforto, pelo fato de que o movimento provoque dizíveis e visíveis da realidade vivida. É abrir um entre, um entreato, entrecena, um intervalo, uma pausa dinâmica na realidade, um espaço-tempo de atuação capaz de provocar devires. Uma brecha para o diálogo.

Um movimento quando encanta permite a seus partícipes rever suas formas de entender o mundo, devires que abrem em potência outras para reinventar o cotidiano. Para ter a certeza de que estão encantados com o próprio trabalho. Estar encantado, invadidos pela magia é a mola propulsora que impulsiona ao apoiador a desejar que a ESF se encantem e gerem a criação de novos cotidianos. E a cada encantamento, novas brechas, linha de fuga do instituído e seus desdobramentos. A expectativa de novos possíveis encantamentos.

Os encontros são como evento mágico, que vem da “mistura dos corpos” e lhes atribui sentido. Afetamentos mútuos. O sentido que se forma a partir dos acontecimentos. Não que o acontecimento tenha sentido, ele é o sentido.

Esta é a magia, a arte de compor-se com o mundo real, de transformar o cotidiano, de romper com a repetição, de afetar-se pelas forças, atribuindo um sentido sempre diferente, inusitado e mágico. É reconhecer em parceria, em cooperação para uma nova composição das ações de saúde, para o encantamento e transformação do mundo do trabalho, para escapar dos padrões estabelecidos nos protocolos, criando um novo estilo na vida no trabalho.

O apoiador-mágico, assim como o mágico, porta sua caixa de ferramenta; neste caso, o bastão mágico, sua capa, sua cartola, moedas, baralho que poderíamos chamar de tecnologias leve-duras e as que são produzidas em ato. Outras ferramentas, na medida que sua mágica só tem sentido se ocorrer o encontro com os que se tornam seduzidos por sua mágica, e no caso do apoiador tecnologias leve-duras (saberes estruturados como a epidemiologia, normas e rotinas administrativas, etc) e as tecnologias leves na produção da relação com as equipes para desenvolver o trabalho de apoio as equipes de saúde. O apoiador-mágico convida a pensar, a criar, a inventar e a construir. A ampliar as possibilidades do pensamento, pensar nas diferenças, nas multiplicidades, encarar a existência dentro de um plano de imanência do vivido, do experimentado. Provocar movimentos do pensamento, resolver problemas, viver. Aumentando infinitamente a potência de pensar e de agir. Um plano de consistência para o pensamento comprometido com o mundo do trabalho, com as experimentações diárias, focado em acontecimentos e devires. A pensar em alternativas como

potência de transformação, redimensionando o cotidiano como campo de forças que desconstroem os modelos a favor da afirmação da diferença.

Como um ilusionista sugere ilusões que confundem e surpreendem, por darem impressão de que algo impossível aconteceu, como se o apoiador tivesse poderes sobrenaturais. No entanto, esta ilusão da magia é criada totalmente por meios naturais e é baseada na destreza do apoiador em conduzir as tecnologias leve-duras e leves, numa situação em que os movimentos mais recorrentes envolvem transformações e soluções de questões aparentemente insolúveis e tudo o que desafia a explicação, exigindo soluções até então não encontradas.

Apoiador-palhaço assim como o apoiador-mágico tem sua ação desencadeada a partir do encontro, da mistura de corpos e das afecções mútuas e seu mote para o encontro ocorre também a partir do inesperado. E tem no riso, que vai escapando da boca, envolvendo o corpo todo em face daquilo que os palhaços de verdade conseguem fazer naquele espaço-tempo, que é o exercício da liberdade do seu apresentar-se. É com essa liberdade, a liberdade de propiciar novos encontros que os apoiadores-palhaço praticam, por exemplo, a conexão a novos processos, desde a abertura ao desenvolvimento de dispositivos como, por exemplo, utilizando cenas dramatizadas em equipe para produzir um espelho que torna possível discutir a relação entre os trabalhadores, com a liberdade de se entregarem e quebrarem a rotina massacrante do cotidiano de uma unidade de saúde.

A relação entre apoiador-palhaço e as equipes de saúde, margeia o que delimitamos como fracassos e conquistas, entre experiências, reflexões e novas ações. Em seu empenho, em sua luta de construir-se com o outro em mudanças,

momento em que inclusive afeta tão intensamente que leva as equipes de saúde a querer sair deste lugar conhecido entre eles, que é o da imobilidade diante de tantos problemas e demandas para atuação, sair do único lugar conhecido, que é o da clínica pobre, desumana, desimplicada e desresponsabilizada.

Onde está a potência da desterritorialização neste caso? Acontece não por uma ação qualquer, mas porque a ação de repente poder ser provedora de imagens instantâneas e capazes de fazer mesmo do caos, a alegria para sair do imobilismo recorrente da ESF com tantos problemas complexos vividos pela população, nesses territórios que são efetivamente críticos em vários aspectos com a alta frequência de adoecimentos em meio às dificuldades vividas pela população - como a falta de acesso a um conjunto de bens e serviços que complexificam a possibilidade de produzir saúde. Produção de outros modos de existência.

Palhaçar um acontecimento que excede o próprio agir apoiador, é oportunizar que sobressaiam os talentos, experiências, a invenção e criação para enfrentar o cotidiano. A ação do apoiador-palhaço se faz na quebra das expectativas e na coragem de se expor ao fracasso e à desilusão, expor os conflitos. Não pode ser apoio pelo apoio, no caso do apoiador-palhaço o cerne é a improvisação e a participação das ESF, transformando o encontro num espetáculo “aberto”, e por isto ir com olhar armado não funciona. E para improvisar é preciso que o apoiador tenha uma grande capacidade de escuta. E esse encontro só funciona quando consegue envolver os trabalhadores. Os processos de subjetivação nos quais se aprende, experimentam-se variações de si e do agir, fugindo dos automatismos, dos padrões, dos modelos e dos protocolos. O

apoiador-palhaço brinca com isso, tornando visíveis as armadilhas da norma, evidenciando esse jogo. Alteridade, que pressupõe, necessariamente, uma abertura para o outro. A abertura para deixar-se capturar pela imprevisibilidade da vida e não só deixar-se atravessar pelos imprevistos, mas também produzi-los, operar na imprevisibilidade é arriscar-se. Agir de modo extremamente rápido e muito lentamente, conforme a situação. Aprender a abrir-se para escutar o que está fora, sem reagir mecanicamente, e a produzir mudanças de estado instantâneas. O apoiador-palhaço lida fundamentalmente com as afetações mutuas.

O movimento não é partir do pressuposto que tudo acontece de forma mágica. Não se exerce a partir de soluções impossíveis para os outros; ao contrário sua potência se explica na relação com a equipe e isso implica necessariamente o encontro, a presença, o apoiador-palhaço está vivo, vibrando, em suas intensidades. O apoiador, quando fica cego e surdo a suas dificuldades e fracassos na ação do apoio, age como se os trabalhadores também estivessem cegos para os desconfortos presentes nesta relação. Esta máscara-palhaço para o apoiador se constitui no jogo, no poder de afetar e ser afetado, elevado à enésima potência na efetuação do encontro para o acontecimento.

O apoiador-equilibrista tal como um equilibrista circense que anda sobre o fio tênue de uma corda esticada no ar, está entre ser ou não ser um supervisor, entregar-se ou não ao instituído, abrir-se ou não ao encontro com as equipes de saúde e vivendo entre “altos e baixos” toma decisões em movimento. E não é exatamente deste lugar, ou melhor, deste “entre-lugar”, que falam os apoiadores?

A máscara-equilibrista atua no espaço entre o fora e o dentro do padrão normativo. Entretanto, mesmo com o medo e a pressão para atuar como “supervisor”, ele consegue escapar da captura do instituído. Ocupa um território em produção viva pelo organograma arborescente, instituída a partir do desmanchamento de normas e rotinas na medida que vai se equilibrando que, vai resistindo aos discursos de enquadramento, tentando inúmeras linhas de fuga, mas acreditando ser possível atuar com prudência.

O apoiador equilibrista, assim como o equilibrista circense de passo firme e preciso, não olha para onde pisa. Em sua travessia, não é o olho que vê, porque ele será cada vez melhor quanto mais dominar o equilíbrio. E não oscilará entre o que seriam as normas e rotinas instituídas e o espaço produtivo da criação e invenção na relação com as equipes de saúde. Mas se sente confortável onde puder juntar as duas, como se fosse um mediador que anda de mãos dadas entre uma e outra.

Nas arquibancadas, ficam mudos aqueles que desejam prever o movimento. Para eles, fio e equilibrista são coisas distintas, cada qual como uma coisa em si, desafiando a gravidade. Então, o organograma arborescente, torna-se uma espécie de rede de segurança que permite aos apoiadores-equilibristas desencadear movimentos, pois estas são as proezas acrobáticas sobre um fio de arame suspenso. O equilibrista ousa o impossível e desafia despreocupadamente as leis da gravidade. O apoiador-equilibrista convida a conviver com a posição fronteira entre a corda e o abismo, que desassossega, inquieta e desconforta para romper e abrir para o que Rolnik (2007) chama de “dimensão experimental da vida”, se configura em criação de novos territórios. Este convite para manter-

se nas bordas, entre o equilíbrio ou a fuga de qualquer desestabilização e a mudança não se realiza sem riscos, ao expor-se às forças que favorecem a manutenção do instituído.

Apoiador-contorcionista, máscara que aparece quando há pura adequação, a contorção é posição forçada e incomoda e dá a impressão de deslocamento, mas é adequação. Neste sentido o apoiador-contorcionista se adequa a situação instituída, sobressaindo pela capacidade de controle preciso e harmônico sobre os movimentos. Como os contorcionistas que efetuam com o corpo posições quase inconcebíveis, gerando no público espanto e admiração, o apoiador-contorcionista representa poder instituído e, portanto, pode gerar admiração, mas para controlar. Nesse processo, é claro, às vezes, senão muitas vezes, produz o inverso; resistência e aversão.

Apoiador-cuspidor de fogo é uma máscara que aparece quando os vários movimentos do apoiador produzem uma imagem de muitos ruídos e desconfortos. Esta máscara se produz pela própria falta de ferramentas para lidar com a produção da relação, e em sendo assim, os movimentos duros parecem labaredas de fogo, sua intensa movimentação é se faz a partir do medo que o fogo provoca, controlando e fiscalizando. E a consequência é ruidosa e conflituosa, o único recurso existente é “cuspir fogo”, cobrar relatórios, controlar horários, controlar materiais, enfim qualquer transmissão de informações resultava em incêndio. Como um dragão enfurecido, cuspir fogo é seu único movimento.

Apoiador-amestrador na tentativa de domar a equipe utiliza a coerção e a fiscalização como ferramentas de trabalho. Sua ação é pautada basicamente na transmissão de informação/ comandos. E esta produção está basicamente

centrada no conceito de educação que portam. Essa idéia é apresentada no livro de Deleuze em *Diferença e Repetição* (1988), quando responde a pergunta: O que significa aprender? Na resposta é possível considerar aprender como sinônimo de pensar e que não há método para encontrar tesouros nem aprender, mas um violento adestramento, uma cultura ou Paidéia que percorre inteiramente todo indivíduo (...) a cultura é o movimento de aprender, a aventura do involuntário, encadeando uma sensibilidade, uma memória, depois um pensamento, com todas as violências e crueldades necessárias, e cita Nietzsche que afirma que justamente para "adestrar um povo de pensadores" há que "adestrar o espírito".

O apoiador-amestrador no encontro com as equipes de saúde tem um a priori, uma relação de poder disciplinar com a "fera que quer domesticar". Essa idéia de adestramento do corpo e da mente é trabalhada por Foucault em *Vigiar e Punir* (2004): menciona "a correta disciplina" como uma arte do "bom adestramento" (...). "(...) O poder disciplinar é, com efeito, um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior "adestrar"; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor. Ele não amarra as forças para reduzi-las; procura ligá-las para multiplicá-las e utilizá-las num todo." "Adestra" as multidões confusas, moveis, inúteis de corpos e forças para uma multiplicidade de elementos individuais - pequenas células separadas, autonomias orgânicas, identidades e continuidades genéticas, segmentos combinatórios. A disciplina "fabrica" indivíduos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício. Não é um poder triunfante que, a partir de seu próprio excesso, pode-se fiar em seu superpoderio; é um poder modesto, desconfiado, que funciona a modo de

uma economia calculada, mas permanente. Humildes modalidades, procedimentos menores, se os compararmos aos rituais majestosos da soberania ou aos grandes aparelhos do Estado. E são eles justamente que vão pouco a pouco invadir essas formas maiores, modificar-lhes os mecanismos e impor-lhes seus processos. O sucesso do poder disciplinar se deve sem dúvida ao uso de instrumentos simples: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e sua combinação num procedimento que lhe é específico, o exame (Foucault, 2004, p. 143) e continua dizendo que o saber passa pela subjetividade humana, embora nos dias de hoje tente-se qualificar o saber como conjunto de conteúdos adquiridos em determinada especialidade. Para Foucault (2004), a disciplina é pensada enquanto forma de dominação, e o poder disciplinar possui como principal diretriz a “função de adestrar”. Esta “função” de adestramento é o cerne do efeito disciplinar, pois adestrar significa amestrar, domesticar, habilitar, etc.

Portanto, o apoiador-amestrador não se propõe a se relacionar ou se misturar com as equipes de saúde e tende a decompor ou a destruir, em parte ou totalmente. Esta é a sua relação característica (MACHADO, 1990, pg 66). Sua ação está pautada pela prescrição de tarefas a serem executadas pelas equipes de saúde.

As máscaras apoiador-mágico e apoiador-palhaço se produzem quando os apoiadores partem do pressuposto de que no encontro com as equipes de saúde afetam e são afetados, e consideram importante ter ferramentas para cuidar desta relação e até mesmo inventar e criar ferramentas para usar no momento necessário e em ato. Porque pensar como coloca Deleuze não está na ordem da razão e sim, da sensação, dos afetos e da percepção. Aprender somente passa a

ter sentido quando existe um encontro com alguma coisa que nos força a pensar. E para problematizar e refletir é necessário que algo possa surgir e fazer sentido. A relação com as equipes é de aprendizado, de criação e de invenção.

O esforço e desafio colocado para cada apoiador é o de problematizar e neste sentido concordando com Deleuze³ pensar é experimentar, é problematizar. Para ele o saber, o poder e o si são a tripla raiz de uma problematização do pensamento. E, primeiro, considerando o saber como problema, pensar é ver e é falar, mas pensar se faz no entremeio, no interstício ou na disjunção do ver e do falar. É, a cada vez, inventar o entrelaçamento, lançar uma flecha de um contra o alvo do outro, fazer brilhar um clarão de luz nas palavras, fazer ouvir um grito nas coisas visíveis. Pensar é fazer com que o ver atinja seu limite próprio, e o falar atinja o seu, de tal forma que os dois estejam no limite comum que os relaciona um ao outro, separando-os. Em função do poder como problema, pensar é emitir singularidades, é lançar os dados. E lançar dados exprime que pensar vem sempre de fora, esse lado de fora que já era traçado no interstício ou constituía o limite comum.

Um outro diagrama possível para analisar o trabalho do apoio às equipes de saúde é o de pensar na caixa de ferramenta necessária para produção do encontro.

³ DELEUZE, G. O que é pensar? Capturado em 18/10/2008 em <http://rizomando.blogspot.com/2003/04/o-que-pensar-deleuze.html>



Figura 3: Diagrama Caixa de Ferramenta

Partindo deste diagrama, consideramos que, no encontro entre o apoiador e os trabalhadores das equipes de saúde, é necessária uma “caixa de ferramentas” para agir nesse processo de interseção. Ferramentas tecnológicas, como saberes e seus desdobramentos materiais e imateriais, que fazem sentido de acordo com o lugar que ocupam nesse encontro.

São importantes as ferramentas que favoreçam a capacidade de negociar, de compatibilizar os interesses distintos mediante acordos, de modo que as partes possam se deslocar de suas posições originais, inicialmente divergentes. Também são importantes as ferramentas ligadas à capacidade de produzir

conexão, considerando as singularidades de cada qual e a diversidade e mobilidade dos agenciamentos. Outras, ligadas à capacidade de facilitar processos que contribuam para colocar as potencias em evidencia; as ligadas à capacidade de trabalhar a partir do cotidiano, observando os movimentos da equipe e seu contexto, sempre aberto à escuta, expandindo as possibilidades, ampliando as expectativas para o futuro e também as que favorecem desmanchar a competição entre os trabalhadores. Outras ferramentas fundamentais estão ligadas à capacidade de ser educador, o que coloca em evidencia o fato de o mundo do trabalho ser sempre matéria prima potencial para o aprendizado.

O diagrama apresentado está desenhado numa forma simétrica por um efeito pedagógico, mas, na realidade, deve ser considerado como absolutamente assimétrico, ou seja, as posições de apropriação das diferentes ferramentas mudam com a dinâmica dos acontecimentos e das afecções do apoiador. Também não significa que todos os apoiadores detenham todas essas ferramentas, pois usa diversidade de possibilidades e apropriações é muito significativa.

Outros desenhos possíveis:

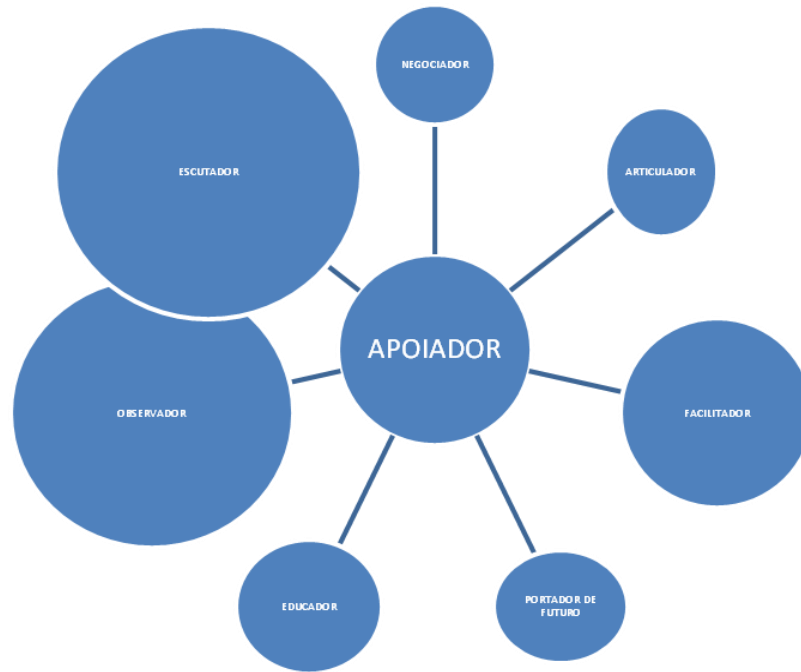


Figura 4: Diagrama Caixa de Ferramenta 2

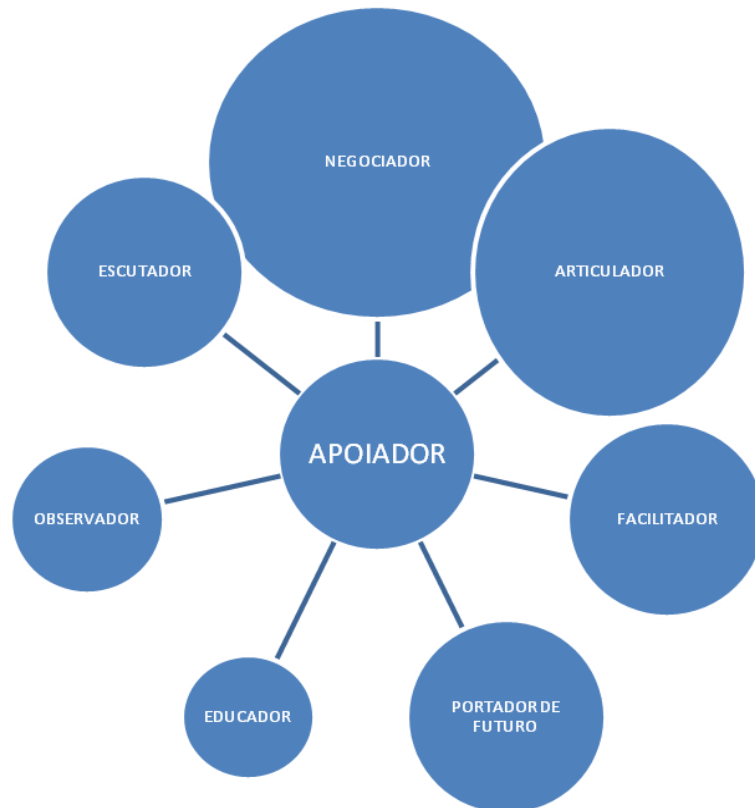


Figura 5: Diagrama Caixa de Ferramenta 3

Enfim, são muitos os desenhos possíveis e diferentes as ferramentas que ativam em cada apoiador essas capacidades, ou seja, o agir tecnológico do apoiador. Além do mais, é preciso reconhecer que há uma tensão permanente na produção dos encontros, visto que operam em rede e que essas tensões provocam deslocamentos dos fluxos conectivos, que assumem um efeito dinâmico sobre os afetos e a caixa de ferramentas dos apoiadores. Essas tensões e fluxos agregam elementos de uma certa produção, que é social, política, técnica e subjetiva, à ação de apoio, dependente da ação dos sujeitos e coletivos-sujeitos, configurando a micropolítica operante nesses mesmos cenários.

A caixa de ferramentas é um elemento fundamental para as possibilidades e potências do apoiador no agenciamento dos trabalhadores da equipe de saúde, favorecendo ou não que ele lance mão do que seja necessário, a cada momento, para produzir esta relação. Aprendemos com Foucault que a teoria e a prática são ferramentas contra as novas máquinas de controle que produzem dominação. “Uma teoria é como uma caixa de ferramentas. Nada tem a ver com o significante... É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico, que deixa então de ser teórico, é porque ela não vale nada ou que o momento ainda não chegou” (Foucault, 1979. p,71).

Um outro diagrama fundamental neste debate é o da micropolítica, que segundo Rolnik e Guattari (2005) diz respeito a como reproduzimos ou não os modos de subjetivação dominante, a questão de uma analítica da formação do desejo no campo social – ou de como as diferenças sociais mais amplas - “molares” se cruzam com as “moleculares”. E dessa perspectiva, a transformação

do existente (nos coletivos, nas organizações e nos indivíduos) não se limita à criação de condições ou meios adequados à realização de um potencial, mas refere-se a uma micropolítica que implica o intensivo e a constituição de realidades. A dimensão micropolítica revela ser mais que uma dimensão na escala espacial (a do lugar) ou uma temporalidade (a do cotidiano), abrindo a história à experiência que se espreita no cotidiano.

Guattari propõe a micropolítica a partir da idéia de que tudo é gerado em uma relação de força, que devolve ao campo político cada ação, cada ato de produção de realidade. A intervenção micropolítica é um modo de recortar a realidade a partir do campo das forças, na medida que elas também produzem realidades, afetos, desejos. A micropolítica nos permite analisar saberes, caixa de ferramentas e afetos sob uma perspectiva de produção de realidade a partir das relações de poder. É vê-las como práticas políticas por meio das forças que as povoam e que induzem, inibem, facilitam ou dificultam ações. É vê-las como também produtoras de subjetividade.

Por isso, entendemos que o apoio está atravessado por forças molares e moleculares, comportando a macro e micropolítica, coexistentes e inseparáveis uma da outra, variáveis de acordo com os diferentes planos e relações. Processos de subjetivação que devem ser desfeitos e refeitos conforme Deleuze (1992, p.9). Na micropolítica interessam as forças que geram e afirmam a vida, a dissolução das identidades capturadas pelos instituídos e a reconfiguração das formas e figuras do ser.

A micropolítica do cotidiano se faz a partir de agenciamentos que permitem que os processos de subjetivação se apoiem uns aos outros, de modo a

intensificar-se e não se deixar capturar, escapando dos modos de qualificação e de estruturação das teorias sobre gestão da produção do cuidado que bloqueiam o processo.

Emerson Merhy desde a década de 90 tem uma grande produção a respeito deste tema, que está explicitada, entre outros, em um artigo que escreveu com Ricardo Ceccim (2009) com o título Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas: *“Vale a pena olhar para os lugares em que produzimos as relações humanas, dando-lhes visibilidade, buscando apurar certa perspicácia para tirar proveito das infinitas disrupturas micropolíticas que estão agindo no mundo da produção social do desejo, desfazendo instituídos. As práticas de atenção ocupam lugares fundamentais por seu contato com as vivências em forma de sensação, sintoma, aflição, sofrimento e doença, que buscam cuidado profissional de saúde”*.

Emerson e Ricardo colocam ainda que:

*“Alguns observadores ou analistas do trabalho em saúde, apontam, que uma micropolítica do trabalho em saúde se oporia - ou poderia resistir - à macropolítica do gerenciamento, da protocolização, da corporativização ou das racionalidades. Um trabalho vivo, em ato, faria oposição aos modelos assistenciais impostos ou impositivos, pois, na prática do atender, se presentificaria - resistiria - uma **ordem do encontro** e as **condições da interação**, não apenas uma **ordem profissional** e as **condições de trabalho**. Acontece que, entre os analistas que referem a micropolítica do trabalho, muitos anunciam essa avaliação sob uma condição esvaziada de criação e, portanto, sem potência de resistência, uma micropolítica apontada como **macropolítica** de **menor escala**, a do espaço microssocial (gestão do trabalho, local de trabalho, profissão), representante, portanto, das mesmas forças de captura. Em lugar de encontrar/reconhecer/buscar as forças de liberdade, idealizam processos, caminhos ou estratégias: em geral, à custa de treinamentos, normativas e sistemas de fluxo/encaminhamento. Na micropolítica, não na microssociologia, encontramos/reconhecemos/buscamos a resistência às capturas, a luta pelo direito à criação, a exposição e a vivência, em ato, de uma relação. A micropolítica opõe-se à política das vigências disciplinares,*

das racionalidades hegemônicas, é a política do minoritário, das forças minoritárias, resistência aos instituídos, resistência ao saber-poder-desejo hegemônico, disputa por outros modos de ser-existir-agir, inventivos, criativos, em ato. A noção esvaziada da micropolítica refere-se à análise das decisões ideológicas, dos modos culturais locais, das regras de exercício da profissão ou do trabalho, onde as diferenças quase individualizantes teriam um peso mais significativo. A micropolítica não é local/individual, é força instituinte, transversalidade de processos e projetos, luta contra-hegemônica e anti-hegemônica.

Neste sentido, o agir apoiador é fundamentalmente micropolítico e é neste território que entram em movimento as relações de poder, a caixa de ferramentas e as afecções, porque o encontro é da ordem micropolítica, e a pergunta chave, o tempo todo como um grande “letreiro luminoso” para o trabalho do apoio é como ser interinventor e não interventor? Como experimentar inventar junto, em parceria, em cooperação e em colaboração e não é intervir? Como descobrir, criar saídas, linha de fuga para o instituído junto com as equipes de saúde? Como “penetrar” nos territórios recheados por desejos, projetos e intencionalidades e conseguir trazer o conjunto dos produtores diretos do cuidado em saúde para a reflexão de suas ações, propiciando a eles a oportunidade de interinventar em si mesmos, ativando a produção singular do encontro com usuários, trabalhadores da sua e de outras unidades de saúde?

Espinosa mostra-nos que a vida é a arte dos encontros; todo corpo vivo vivência necessariamente, ao longo de sua existência, uma série de encontros com outros, e é neles que o ser vivo efetua a sua potência de afetar e ser afetado, ou, poderíamos dizer, de interinventar juntos. O ser espinoseano é essencialmente produzido. Cada ser é um grau de potência que corresponde a um poder de afetar e ser afetado, de ter paixões e ações. Assim é que Deleuze e Guattari afirmam

que a experimentação é agenciamento micropolítico, pois implica a problematização e o mapeamento destas linhas em suas composições

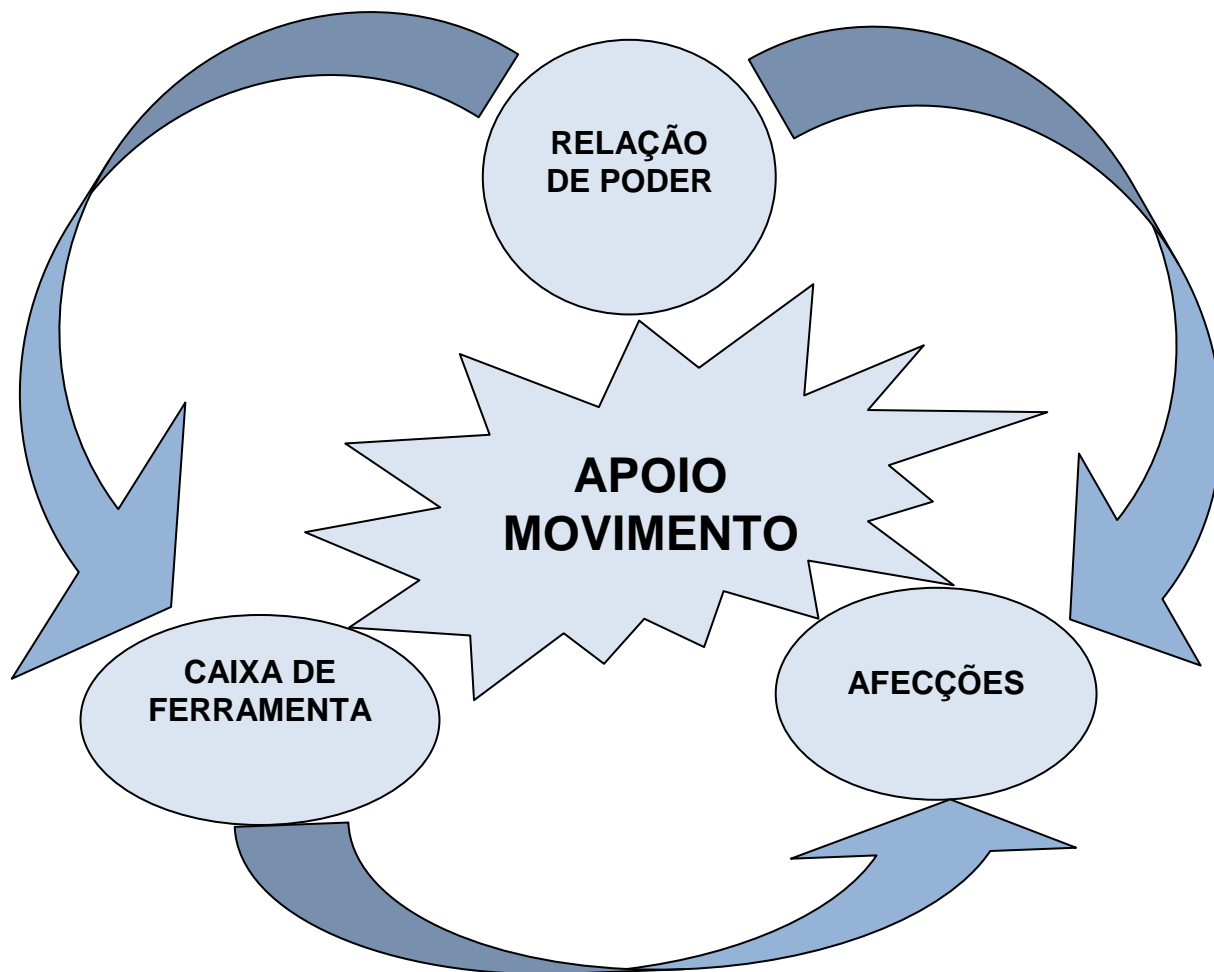


Figura 6: Diagrama Micropolítica

Para enriquecer esta discussão, vou problematizar a experiência de João Pessoa e o Método Paidéia (Gastão Wagner Campos et al) a partir dos planos constituintes do apoio e dos diagramas . A experiência de João Pessoa é a fonte das vivências que vem sendo exploradas ao longo da construção desta tese e o Método Paidéia é a perspectiva mais freqüente na literatura disponível sobre apoio.

3.7. A VIDA E O VIVER: O APOIO EM JOÃO PESSOA

O apoio às equipes de saúde em João pessoa foi pensado desde o início da gestão (2005) a partir de alguns pressupostos: indivisibilidade entre a gestão e a produção do cuidado e apoiador como agenciador de conexões. A aposta era fazer vibrar o encontro com as equipes.

Era muito evidente que as equipes de saúde da família estavam “gritando” por apoio, a partir de um cotidiano recheado de problemas complexos, que afastavam as equipes da possibilidade de responder às necessidades de saúde da população. E também era muito evidente a ineficácia da gestão vertical e baseada na norma.

O trabalho do apoio às equipes de saúde passou por momentos e dificuldades distintas. Inicialmente fizemos um grande pacto de gestão coletiva para implantar e avançar na construção do apoio, pois não havia muitos trabalhadores com perfil, contratamos os trabalhadores (possíveis) e partimos para sua formação em processo. Esta formação (como relatado anteriormente) possibilitou apropriação de ferramentas, sobretudo no campo da gestão e da organização do processo de trabalho.

No primeiro momento o apoio institucional teve mais destaque, sobretudo porque nunca havia existido efetivamente gestão da atenção básica. Procuramos superar as formas tradicionais de estabelecer relações, produzindo encontros e conexões, com atravessamentos de saberes e poderes, na perspectiva de articular e fazer dialogar os projetos institucionais com os saberes e interesses dos trabalhadores e usuários, considerando suas experiências e desejos, mobilizando

a construção de espaços coletivos, de trocas e aprendizagens no mundo do trabalho, provocando os trabalhadores a problematizar e refletir sobre suas práticas. Identificando problemas, estranhando o que parece óbvio e naturalizado para então encarnar novas práticas. Havia muitas experiências interessantes, mas recortadas, atingindo somente uma parte das equipes, pois não havia pernas para atingi-las todas. Foi um momento de intensa aprendizagem.

Vale a pena trazer algumas impressões sobre o movimento de matriciamento/ apoio para participantes da experiência durante um dos momentos de avaliação e planejamento:

- “o matriciamento é uma proposta interessante, uma forma de aproximar as pessoas da gestão e das unidades de saúde... então o matriciamento é isso: um espaço de aproximação da rede, onde os vários participantes se encontram para pactuar diversas coisas...” (apoiador “A”);
- “... ah! eu entendo como outra lógica de trabalho, a gente tinha uma outra lógica de trabalho. A maneira como a gente trabalhava anteriormente era de caixinhas, de estar em uma coordenação, um setor e não ver o todo, sem noção de uma dimensão maior; agora a gente passa a ter uma outra lógica de trabalho, agora você tem uma visão mais ampla do seu próprio conhecimento” (apoiador “B”);
- “o matriciamento levou a gente para esse lugar onde as coisas acontecem, o saber acontecer; potencializa a discussão, discutir o fazer junto, é um espaço que potencializa muito” (apoiador “C”);

- “o matriciamento é um arranjo, uma forma de se organizar. O arranjo construído a partir do compartilhar do saber; os saberes vão ser mais fortalecidos porque a gente considera que as pessoas que estão envolvidas, as diferentes profissões, tem saberes específicos, mas quando se compartilha o saber é bem mais rico. É um jeito de organizara interlocução. A a aproximação de diferentes saberes pode potencializar a prática, e ai construir uma prática mais integral. Considerar um modelo de integralidade norteadora do projeto de saúde” (apoiador “D”);
- “eu acho assim, o processo do matriciamento mexeu com todos os profissionais, principalmente os que estavam nas caixinhas, nas áreas temáticas e proporcionou criação de vínculos com os profissionais da ponta, das unidades; essas duas questões chamam muito a atenção, o aprender a escutar o que vem da ponta para gente também criar outras estratégias”, (apoiador “E”);
- “o matriciamento foi a oportunidade de estabelecer uma aproximação muito mais forte entre as unidades de saúde, o distrito sanitário e o nível central da secretaria. Fortaleceu bastante essa aproximação e possibilitou discutir e planejar em cima da realidade local, a partir do que a gente vê nas equipes, do que efetivamente existe. E outro fator que levanto de fundamental importância no matriciamento foi potencializar esses técnicos. Eu acho que a equipe técnica dos distritos sanitários tem se potencializado muito no sentido de ver o conceito de saúde de uma forma muito mais ampla. Da gente não trabalhar mais com aquelas caixinhas. Para mim foi um verdadeiro desafio, pois entender

do cuidado da enfermagem, do técnico de enfermagem, olhar para o trabalho da odontologia, para a unidade como um todo, sem fazer aproximações fragmentadas. E hoje o matriciamento potencializou muito, vem potencializando muito o trabalho da equipe técnica e reflete, na qualidade do apoio que as equipes técnicas oferecem aos trabalhadores (apoiador “F”);

- “o matriciamento é uma reorganização do processo de trabalho que veio para potencializar a articulação e também a participação de maneira horizontal. O fluxo que antes era da secretaria para os distritos e dos distritos para as unidades de saúde, foi invertido. Hoje temos uma participação mais horizontal e uma troca de saberes e de experiência que é muito rica, só ajuda a gente a crescer” (apoiador “G”);
- “vou definir matriciamento com três palavras, do ponto de vista de construção de rede, a articulação das equipes da saúde da família... e as equipes dos distritos e por consequência também o apoio da secretaria. Do ponto de vista de valorização dos saberes individuais e a construção do saber coletivo. Tem também a construção da superação da fragmentação. E a matriz, que é operada do ponto de vista das necessidades do usuário e da equipe. Não, se dá apenas do ponto de vista de um ator ou de um saber, ou seja, de um distrito ou da secretaria. A gente constrói a co-responsabilidade de todos os atores envolvidos, partindo de uma lógica mais horizontal e levando em contas as especificidades do território também. E me chama muito a atenção no matriciamento quando o grupo se vincula ao território, o território do usuário, o território da saúde da família e o território distrital” (apoiador “H”).

O segundo momento foi quando da contratação de um grande número de apoiadores a partir da oportunidade do repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde em função da implantação dos NASFs. Este se configurou como um grande momento da SMS. Com ampla participação matriciada, ou melhor, motriciada pelos trabalhadores das diferentes esferas da gestão. Um coletivo produzindo outro coletivo em movimento rizomático intenso. Eram muitas novidades na SMS, o organograma rizoma atuou porque havia grande porosidade. Neste segundo momento foi possível ampliar a agenda do apoio, avançando explicitamente para a produção do cuidado, caminhando na construção do apoio rizomático, ou seja, articulando as características do apoio institucional com as ofertas para produção do cuidado. Em muitos casos conseguindo inventar junto, em parceria, em cooperação e em colaboração com as equipes de saúde. Produzindo descobertas, saídas, linha de fuga do instituído, ativando a produção singular do encontro com usuários, trabalhadores e outras unidades de saúde. Em alguns momentos e em alguns lugares foi possível inverter o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres, já que o apoiador estava desafiado a construir pertencimento às equipes de saúde que estava convocado a apoiar.

Nessa intensa movimentação, permeada por muita alegria e tensões, pudemos perceber que quanto menos recheada era a caixa de ferramenta do apoiador, mais autoritária era sua relação com as equipes. Quando isso acontecia, era evidente a produção de resistência por parte das equipes em relação ao apoio. Havia também desencontro de expectativas: a gestão propunha que inclusive as ofertas para qualificar a clínica, que partiam do acumulado nos núcleos profissionais específicos, acontecessem de modo matricial, ampliando as

ferramentas das equipes e não assumindo seu lugar na efetivação do cuidado. Muitos trabalhadores, no entanto, esperavam que os fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, educadores físicos e etc. passassem a atender os acamados, desnutridos, portadores de transtornos mentais, operassem os grupos de hipertensos, diabéticos, planejamento familiar, pré-natal, puericultura, etc. Essas equipes de saúde desejavam que o apoio se convertesse em uma força auxiliar na atenção direta aos usuários, para ajudar a dar conta da demanda que era grande, numa tendência a se desresponsabilizar do enfrentamento dos problemas complexos que tanto lhes incomodavam.

Outro problema relevante foi o intenso troca-troca dos apoiadores em relação às equipes, que ocorreu por vários motivos. Uma das razões para essa movimentação foram as dificuldades com as chamadas “equipes trabalhosas”: as direções dos distritos reconheciam os apoiadores considerados potentes e os transferiam para enfrentar as situações mais difíceis. Isso era muito prejudicial, pois a possibilidade do apoio depende da construção de vínculo, do reconhecimento mútuo, essenciais para construir relações mais cooperativas. Nas novas e nas “velhas” unidades, então, todo o processo era reiniciado. Isso gerava descontinuidade, frustração e desconfiança – principalmente por parte das equipes, que sempre se sentiam perdendo.

Outro elemento tensionador era a inexistência de uma figura que assumisse a gerência nas unidades, o que tornava a gestão uma demanda muito forte das equipes para os apoiadores, particularmente nas unidades integradas, que reuniam 2, 3 ou 4 ESF no mesmo espaço. Mas também o nível central da secretaria e os distritos transferiam aos apoiadores responsabilidades nesse

campo, particularmente no que diz respeito a alguns elementos da gestão do trabalho (como o cumprimento da carga horária, férias, atestados e faltas), a gerência de medicamentos, materiais e equipamentos e a manutenção predial. E essa demanda, principalmente considerando a ineficiência do nível central em dar conta dos assuntos administrativo-financeiros, às vezes tomava todo o tempo da agenda do apoiador. Alguns apoiadores deram conta deste processo de forma leve e produtiva; outros de uma forma dura/pesada e empobrecida. Alguns apoiadores assumiram o lugar de gerente da unidade em detrimento de sua agenda de apoiador.

Como já comentado, houve também uma crise de responsabilidade entre apoiadores – quando da entrada dos novos apoiadores. Uma disputa entre o “osso” e o “filé”, enfatizando que tanto o “osso” como o “filé” eram conteúdos/temas/assuntos/atividades/ações que mudavam conforme a compreensão que os apoiadores tinham sobre as várias atividades do apoio. Quem compreendia gestão como atividade burocrático-administrativa, considerava que o filé era fazer movimentos com as equipes para reflexão da produção do cuidado. Outros tinham dificuldade de trabalhar na produção do encontro com as equipes e consideravam que o “file” era realizar o tempo todo gestão de cumprimento de carga horária, faltas, atestados, gestão de medicamentos, material, equipamentos. Mas havia os que compreendiam que dava para construir o apoio trabalhando nas duas frentes, experimentando inventar junto, em parceria, em cooperação e em colaboração com as equipes de saúde descobertas, saídas, linha de fuga do instituído. Daí o “filé” eram as invenções em todos os campos.

Enfim havia tensões e conflitos sobre como realizar as atividades do apoio e sobre o que seria ou não estruturante para seu desenvolvimento.

De todo modo muitos movimentos foram desencadeados pelos distritos sanitários na perspectiva de apoiar os trabalhadores de saúde, produzindo disputa de modelos, criando espaços de reflexão e desterritorialização, para tornar possíveis novos acordos.

Considerando todas as dificuldades e disputas, em muitos momentos as máscaras preponderantes dos apoiadores em João Pessoa foram as do apoiador equilibrista e contorcionista, embora houvesse palhaços interessantíssimos. Mas gastamos muito tempo nessa disputa/debate/processo de construção das características desejáveis do trabalho do apoiador.

3.8. ANALISANDO A PROPOSTA DO PAIDEÍA

Antes de tudo, é preciso dizer que a proposta Paidéia representa um importante esforço de problematizar e inovar a construção da gestão em saúde e da produção da atenção no âmbito do SUS, numa perspectiva crítica em relação aos desenhos mais tradicionais, já que trabalham com a defesa da vida e trazem muitos elementos da Política Nacional de Humanização (a face pública e mais conhecida da proposta) para propor uma lógica de organização do sistema de saúde no âmbito local. Aplicada em diferentes lugares, a proposta tem trazido contribuições do ponto de vista de uma certa democratização da gestão e da qualificação da atenção à saúde em direção à integralidade.

Uma primeira questão importante é o fato de Paidéia ser proposta e construída como uma metodologia. Quando vamos aos dicionários, método vem do grego *méthodos* que significa caminho para chegar a um fim; caminho pelo qual se atinge um objetivo; programa que regula previamente uma série de operações que se devem realizar, apontando erros evitáveis, processo ou técnica de ensino; modo de proceder, modo judicioso de proceder, ordem. É a escolha de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação de fenômenos e em sua operação. Ter um caminho a priori produz estranhamento em um movimento que de antemão deveria ser pautado pelos acontecimentos na interação como o “outro” a partir das relações de poder, caixa de ferramenta e afecções. E para isto não é necessário método, mas sim caixa de ferramenta para operar.

Método, portanto, supõe a possibilidade de haver um caminho que é sempre melhor do que os outros e que sintetiza todos os elementos teórico-conceituais e as ferramentas necessárias para produzir alguma coisa, no caso a gestão e a atenção em saúde. Ela pode e deve ser aplicada em qualquer contexto, pois já contém em si todas as respostas necessárias aos desafios mais comuns da produção do SUS em um município. Método pressupõe, portanto, uma pretensão de verdade e suficiência. Para Juarez Pereira Furtado e Rosana Onocko Campos (2005) o Método Paidéia ou Método da Roda, cuja elaboração tem por base a leitura crítica de textos no campo da política, do planejamento, da análise institucional e da educação permanente, está fundamentado na consideração de que a gestão necessariamente produz efeitos nos âmbitos administrativo e financeiro, político, pedagógico e da subjetividade dos sujeitos envolvidos. Por conceber a existência de relações dialéticas entre determinismos

de diversas ordens e a capacidade de reação dos sujeitos, o Método Paidéia para estes autores parece pertinente, por exemplo, considerando a complexidade envolvida na condução de serviços que se propõem a novas relações na produção da atenção à saúde. Um método suficiente.

A proposta da caixa de ferramentas, por seu lado, é mais aberta: supõe que a gestão e a atenção à saúde se dão por meio de encontros em que há uma permanente disputa de projetos e oferece à gestão elementos em aberto – porque a cada encontro e em cada contexto diferentes ferramentas podem ser úteis e necessárias, considerando também que cada gestor e cada apoiador têm histórias e acúmulos diferentes e distintas possibilidades de mobilizar conceitos e ferramentas.

E aqui é necessário discutir um outro aspecto: a presença do apoiador institucional no desenho do Paidéia supõe um encontro da gestão com os trabalhadores em saúde em que, por meio da reflexão crítica, das ofertas estruturadas, da conscientização e da desalienação os trabalhadores serão convencidos a respeito dos melhores modos de organizar suas práticas. Já no apoio rizomático, considera-se também a importância de produzir espaços coletivos de reflexão que tornem possíveis novos encontros que podem agenciar (ou não) novas questões e incômodos, produzindo movimentos de desterritorialização e reterritorialização que podem levar a novos acordos e arranjos para organização do trabalho e produção do cuidado. Mas esses arranjos são mutáveis e estão sempre em transformação – por isso pensar coletivamente sobre o trabalho é um movimento sem fim. Mas o encontro e os espaços coletivos não pressupõem o fim das disputas. Simplesmente colocam as disputas em um

outro patamar, do qual a gestão também faz parte, com maiores possibilidades de diálogo e negociação. Ninguém abandona seu projeto e suas ferramentas porque o outro deseja (ou impõe). Ninguém convence ou converte ninguém. As pessoas e os trabalhadores, neste caso, mudam quando se sentem agenciados para tanto.

E conscientizar a partir de que verdade? Da verdade produzida e proposta pela gestão? E por que a gestão é formuladora de verdades? Por que essas verdades são mais verdadeiras ou válidas do que as convicções que os diferentes trabalhadores portam e operam? Por que os trabalhadores se deixarão convencer dessas novas verdades?

Luiz Cecílio (2007) ao discutir a gestão em saúde alerta para dois cuidados necessários. O primeiro é o desvio funcionalista, o de enxergar o trabalhador pelas “funções” que exerce dentro da organização. O segundo cuidado é o de não cair “no canto da sereia” que seria supor, a existência do que ele designa como “trabalhador moral”. Para Cecílio o trabalhador moral é aquele que fará adesão automática a determinados conceitos, modos de se organizar o cuidado e modos de se fazer a gestão, formulados por militantes/intelectuais/gestores engajados na reforma sanitária, por serem eles, em princípio, justos e necessários. Então, O trabalhador moral tanto adere de corpo e alma aos modelos de gestão mais “participativos e democráticos” propostos por aqueles atores, como consegue traduzir e implementar, nas sua prática cotidiana, os conceitos que eles apresentam. O trabalhador moral seria, então, uma folha em branco onde os gestores ou gerentes escreveriam o seu texto, por mais que tal idéia possa parecer, à primeira vista, aparentemente superada e grosseiramente simplificadora. Enfim, o trabalhador moral poderia ser caracterizado como um ator

desistorizado, desterritorializado e pronto a orientar, de forma automática, sua prática pelas diretrizes definidas pelos dirigentes das organizações.

Para Luiz Cecílio o trabalhador moral seria, aquele trabalhador ideal(izado) prescrito pelo grande olho (o “coletivo”) que tudo vê, que tudo avalia, que tudo controla, que tudo sabe, em nome de uma necessária “publicização” das relações organizacionais, por mais que tal idéia possa nos chocar. O trabalhador moral seria um ator que pensa, formula e joga nos espaços que os dirigentes definem, sempre dentro de uma moldura definida pelos objetivos organizacionais. Vistos atentamente, o homem funcional e o trabalhador moral quase se equivalem. Neste sentido, esta concepção funcional/moral é um problema, entre outras coisas, porque não há arranjo institucional, por mais público e coletivo que seja, que consiga capturar ou circunscrever a complexidade das relações institucionais. Por mais que se deseje, como parte de um projeto ético-político, superar formas verticais de controle, consideradas “autoritárias”, por outras de cunho mais normativo e horizontalizado. Algo transborda desses espaços e se realiza nos territórios da micropolítica organizacional. Entre os conceitos formulados por determinados atores (no caso, os intelectuais/gestores) e a prática (a micropolítica do trabalho em saúde), há sujeitos que formulam (conceitos e contraconceitos), sujeitos que disputam, sujeitos que, no caso da saúde, por exemplo, no mais das vezes, tomam muito mais suas corporações como referência para suas práticas do que aquilo que a organização ou um determinado projeto de governo define como suas diretrizes.

No apoio rizomático reconhecemos nossos limites, mesmo enquanto gestão: apesar de a gestão operar a partir de certos recursos de poder, ela

governa como todos os trabalhadores governam. E a disputa se dá no cotidiano, sem garantia do resultado esperado. Para produzir bons encontros no sentido de aproximar o cuidado em saúde das necessidades dos usuários (e da integralidade, portanto) são necessárias inúmeras e muitas vezes mal sucedidas aproximações, lançando mão dos mais diferentes dispositivos e ferramentas, diferentes em cada contexto, em cada unidade, em cada equipe.

No Paidéia a democratização da gestão se dá sempre por meio da organização de colegiados. Uma proposta de democracia representativa e que supõe que os trabalhadores estarão dispostos a revelar seus jogos e projetos nessa nova arena institucional – a roda. Em certos contextos, colegiados podem ser um bom dispositivo, principalmente quando há uma certa consolidação de relações democráticas. Mesmo assim, o colegiado agrega, mas não substitui a necessidade de produzir a democratização no cotidiano das relações – da gestão com os trabalhadores, dos trabalhadores entre si e com os usuários. Em muitos contextos, entretanto, um colegiado pode ser uma falácia. Se não há confiança e história de produção de espaços coletivos de produção, reinventados a cada dia a partir das afecções e dos agenciamentos produzidos a cada encontro e situação, com a participação direta de cada um dos trabalhadores, por que uma roda será reconhecida como um mecanismo democrático? Ainda mais uma roda construída com a pretensão de conscientizar, convencer, converter e desalienar?

Para Luiz Cecílio e Taniella Mendes (2004) os trabalhadores no seu cotidiano e com suas práticas concretas se apropriam de uma determinada política institucional estabelecida pela direção; na micropolítica do serviço de saúde, as diretrizes da direção sofrem uma espécie de “distorção” ao atravessarem o denso

campo de forças resultante do protagonismo dos trabalhadores e de suas incontáveis estratégias visando a defesa dos seus espaços de autogoverno; desse modo tais diretrizes são reinterpretadas, ressignificadas e traduzidas em práticas que mais parecem manter certos instituídos – em particular a ainda expressiva autonomia da prática médica e das relações de dominação dos médicos em relação às outras corporações – do que reventar, efetivamente, as relações existentes na do serviço de saúde.

Neste sentido a roda da metodologia Paidéia tem mais cara de aparelho do que de roda, porque como colocam Cecílio e Mendes (2004) a instituição de colegiados de gestão não garante, por si só, a distribuição de poder e o estabelecimento de espaços de decisão legitimados por todos os profissionais de saúde. As propostas definidas nos colegiados não são incorporadas pela maioria dos trabalhadores, por não se sentirem e nem se fazerem representados neste espaço. Há uma baixa participação dos trabalhadores nesses espaços. E ainda, colocam que o modo como os colegiados têm sido efetivados vai ao encontro da afirmação de autores que afirmam que “mesmo os modelos participativos podem ser altamente controladores, seja pela falta de legitimidade das decisões, quando o grupo funciona apenas como referendo, ou pela maior visibilidade que se consegue sobre as práticas dos trabalhadores”.

Reconhecendo que o modelo de atenção é produzido no cotidiano das relações entre trabalhadores e entre gestão e trabalhadores, o apoio rizomático não separa os agenciamentos na produção da gestão e do cuidado e os arranjos do matriciamento são produzidos no interior da própria gestão para operar em ambos os campos. Não se faz a separação entre apoio institucional e apoio

matricial. Até porque o encontro de saberes entre diferentes profissionais é só um dos elementos necessários para a qualificação e para a continuidade do cuidado. Nem todos os defensores do Paidéia fazem essa separação, por exemplo, Gustavo Tenório (2009) apresenta o Grupo Balint Paidéia (GBP) como uma proposta que transita pela intersecção entre a gestão (política) e a clínica na atenção básica. E coloca que a perspectiva de distinguir, sem, no entanto separar, a Clínica e a Gestão - ou seja, articular as duas dimensões da prática em saúde, é um grande desafio vinculado a um desejo de construção e transformação institucional do SUS.

A metodologia de apoio Paidéia trabalha com o conceito de clínica ampliada, partindo do pressuposto que a clínica oficial (clínica clínica) é bastante limitada, e para enfrentar este dilema, o enfoque da clínica ampliada, ou clínica do sujeito, sugere maneiras para integrar essas perspectivas em um método de trabalho que reconheça a complexidade e variabilidade dos fatores e dos recursos envolvidos em cada caso específico, seja ele um problema individual ou coletivo (CAMPOS, 2000 e 2003).

Para a clínica ampliada é fundamental ampliar o “objeto de trabalho” da clínica, pois enquanto a medicina tradicional se encarrega do tratamento de doenças, a clínica ampliada se ocupa em ampliar esse objeto, agregando a ele, além das doenças, também problemas de saúde, situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas. A ampliação mais importante seria a consideração de que não há problema de saúde ou doença sem sujeitos, pessoas. Mas, considera outra ampliação importante, que seria do objetivo ou da finalidade do trabalho clínico, pois além de buscar a produção de saúde, por distintos meios

curativos, preventivos, de reabilitação ou com cuidados paliativos, a clínica do sujeito deve contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários (CAMPOS E AMARAL, 2007).

Para Gustavo Tenório (2004) a ampliação da clínica para além dos riscos biológicos pressupõe a ampliação de seu repertório de ações, que inclui a produção de maiores graus de autonomia e autocuidado dos sujeitos, a fim de potencializar sua capacidade para lidar com os efeitos da inter-relação do que lhe é imanente e do que lhe é transcendente.

Gustavo Nunes (2007) discute a clínica ampliada como clínica que busca a centralidade no sujeito em seu contexto, sem desconsiderar a doença ou os agravos orgânicos, mas incluindo no olhar clínico as diversas dimensões do sujeito. Este autor utiliza também as noções de clínica degradada e clínica tradicional ou clínica-clínica como formas de diferenciação da clínica.

Rosana Onocko⁴ discute a clínica ampliada, como uma clínica que dialoga com outros saberes, portanto se contrapondo com os conceitos de clínica tradicional, fechada sobre si mesma e seus saberes prévios e da clínica degradada, resumida a queixa-conduta, a clínica dos pronto- atendimentos.

Na publicação do Ministério da Saúde - HumanizaSUS (2004) a clínica ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida.

⁴ Campos, Rosana Onocko. Reflexões sobre o conceito de humanização. Capturado: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=48> em 11/05/2010

No documento base da Política Nacional de Humanização (2009) a modificação das práticas de cuidado se faz no sentido da ampliação da clínica, isto é, pelo enfrentamento de uma clínica hegemônica que toma a doença e o sintoma como seu objeto; a remissão de sintoma e a cura como seu objetivo; realiza a avaliação diagnóstica reduzindo-a à objetividade positivista clínica ou epidemiológica; define a intervenção terapêutica considerando predominantemente ou exclusivamente os aspectos orgânicos. Em contrapartida ampliar a clínica implica em tomar a saúde como seu objeto de investimento, considerando a vulnerabilidade, o risco do sujeito em seu contexto; ter como objetivo produzir saúde e ampliar o grau de autonomia dos sujeitos; realizar a avaliação diagnóstica considerando não só o saber clínico e epidemiológico, como também a história dos sujeitos e os saberes por eles veiculados; definir a intervenção terapêutica considerando a complexidade biopsíquicosocial das demandas de saúde.

Neste sentido as propostas da clínica ampliada devem construir compromisso com o sujeito e não só com a doença, reconhecer os limites dos saberes e a afirmação de que o sujeito é sempre maior que os diagnósticos propostos, afirmar que o encontro clínico entre dois sujeitos (trabalhador de saúde e usuário) se co-produzem na relação que estabelecem, buscar o equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde, apostar nas equipes multiprofissionais e transdisciplinares, fomentar a co-responsabilidade entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (trabalhadores de saúde, usuários e rede social) e defender os direitos dos usuários.

Então a clínica ampliada é definida por seus autores como o trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade e utiliza como meios de trabalho, a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela, a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso em seu contexto e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença, sem desvalorizar nenhuma abordagem disciplinar. Ao contrário, busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional. Trata-se de colocar em discussão justamente a fragmentação do processo de trabalho e, por isso, é necessário criar um contexto favorável para que se possa falar destes sentimentos em relação aos temas e às atividades não-restritas à doença ou ao núcleo profissional.

O apoio matricial rizomático trabalha com o conceito de cuidado, partindo do pressuposto de que a clínica hegemônica, mesmo quando comprometida com a busca da cura, prevenção das doenças e promoção da saúde, com raras exceções, não tem sido adequada para resolver os problemas de saúde e muito menos para dar conta das necessidades de saúde, tanto no plano individual, quanto no coletivo. Não tem sido lugar para superação da falta de interesse, vínculo e de responsabilização dos diferentes serviços com os problemas e necessidades de saúde dos usuários, que, quase como regra, sentem-se desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados e abandonados a própria sorte.

Para compreender este debate sobre o cuidado vale a pena retomar o debate que Emerson Merhy (1998) iniciou a partir da idéia de que a qualificação de um novo modelo assistencial, centrado no usuário e na defesa radical da vida, passa necessariamente pela reconfiguração das relações e pelo reordenamento das tecnologias envolvidas no trabalho em saúde. Propõe a idéia de que o objeto do campo da saúde não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, que inclui a cura e a saúde. Destaca, então, que qualquer pessoa, com um mínimo de vivência nos serviços de saúde, tem experimentado que as finalidades dos atos de saúde são fundamentalmente marcadas por compromissos da busca da cura das doenças ou da promoção da saúde e que nem sempre são produzidas na direção do cuidado. Aliás, a principal queixa dos usuários em relação aos serviços de saúde tem sido relacionada à falta de cuidado: falta de interesse, de escuta, de vínculo, de continuidade. Emerson constrói a idéia de que o campo do cuidado é comum a todos, usuários e trabalhadores, e é território da produção de relações, território das tecnologias leves. Não é campo específico de nenhum profissional, mas base para a atuação de todos, portanto o conjunto dos trabalhadores de saúde apresenta potenciais de intervenções nos processos de produção da saúde e da doença marcados pela relação entre seus núcleos de profissionais específicos.

Emerson Merhy (1999) coloca que, os processos de produção do cuidado expõem, nas várias dimensões das práticas de saúde, as tensões entre o cuidado centrado nos procedimentos ou nos usuários, entre um agir privado e um público e entre as disputas permanentes de distintas intenções em torno do que são o objeto e o sentido das ações de saúde. Disputas que envolvem os

gestores, todos os trabalhadores (portadores ou não de núcleos profissionais específicos) e também os usuários. Essas disputas são constitutivas do campo da saúde e são parte dos campos de tensão que operam dentro das organizações de saúde (MERHY,2002) . Vale destacar que no território do cuidado, da produção de relações, predomina o trabalho vivo em ato e essa, característica abre grandes possibilidades para a construção de novos valores, compreensões e relações, pois há espaço para a invenção.

Neste sentido, concordo com Laura Feuerwerker (2008) que enfatiza que é o campo do cuidado, que toma as necessidades dos usuários como centro, que é o território das tecnologias leves, que possibilita a interação, o diálogo e a negociação entre trabalhadores e usuários, exatamente porque o cuidado é da ordem da produção da vida. E com Emerson Merhy e Laura Feuerwerker (2009) que destacam que esse território das ações cuidadoras possibilita negociação entre trabalhadores e usuários, é aí que se pode fabricar autonomia para os usuários e o trabalho da equipe de saúde. Por isso o cuidado (e não a clínica) é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para defesa da vida. A clínica é o território das tecnologias leve-duras, pertence aos trabalhadores (e a certos trabalhadores mais que a outros) e, portanto uma negociação em seu território pressupõe subordinação de uns (desprovidos do saber) por outros (detentores do saber e da única verdade cientificamente admissível). E que é no território das tecnologias leves que os saberes estruturados acerca do corpo de órgãos podem ser apresentados como oferta e não como imposição de um estilo de vida ou de única explicação válida para os desconfortos e sofrimentos.

Emerson Merhy, Laura Feuerwerker e Paula Cerqueira (2010) avançam neste debate quando apontam que nas representações sobre o viver, somos singulares, inclusive em relação a si mesmo. E que toda forma de representação que tenta apreender os modos de viver com a idéia de que isso permite conceituar certas formas como mais adoecedoras do que outras, ou que essas formas de viver (as adoecedoras) devem ser impedidas para evitar a aparição das doenças, acaba por se materializar como práticas de eliminação, interdição e disciplinarização do outro. Neste sentido, colocam que, em muitas situações, as equipes de saúde protagonizam a produção de um modelo fascista de atenção em saúde, prescritivo, previsível, normalizador, no qual não há espaço para outras lógicas de produção de cuidado que não aquela centrada na unidirecionalidade e universalização dos diagnósticos. Repete-se a lógica de que um conjunto de sinais e sintomas é igual a um diagnóstico, que leva a determinado tratamento e, por sua vez determina o prognóstico, no qual o registro é a doença e não o sujeito.

Advogam que o território das ações cuidadoras é de domínio não somente de todos os tipos de trabalhadores que atuam na área da saúde, mas inclusive dos usuários e de suas famílias. Assim, produzir atos de saúde cuidadores é tarefa a ser compartilhada por todos os trabalhadores e usuários. Todos podem acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção de relações de confiança e conforto. E como cada qual faz esse movimento desde um determinado ponto de vista, mobilizando saberes específicos e sabedoria adquiridos a partir de vivências concretas, o compartilhamento desses olhares certamente amplia e enriquece as possibilidades de compreender e comunicar-

se com os usuários. Ampliar o olhar e a escuta, possibilitar que a complexidade da vida dos usuários invada a maneira dos trabalhadores compreenderem os sofrimentos da vida para além do processo saúde-doença, como um processo de produção de vida, implica também colocar o usuário em outro lugar, em outra posição: a de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde. Bem diferente do lugar em que hegemonicamente se coloca o usuário, objeto das ações de saúde.

Parto do pressuposto de que tanto a produção sobre a clínica ampliada como a produção sobre o cuidado tentam enfrentar o problema acumulado no campo da saúde da ineficiência da clínica degradada e clínica tradicional ou clínica-clínica (Campos, Tenório, Nunes e Onocko) e que Merhy, Feuerwerker e Cerqueira chamam de “clínica do corpo de órgãos” e fascista, na medida que explicitam a ineficiência que esta “clínica” empobrecida produz por desconsiderar as singularidades e a autonomia dos usuários e centrar o agir em saúde a partir dos saberes científicos biológicos.

Mas, parece-me necessário discutir a distinção entre clínica ampliada de cuidado. Para começar, destaco que a definição/identificação dos núcleos profissionais nasce do mundo das tecnologias duras e leve-duras e que as tecnologias leves estão contidas entre a tensão saber/sabedoria em torno do mundo singular de cada usuário. Então, se o campo da produção da saúde estiver situado no campo da clínica, mesmo que seja ampliada, pressupõe-se um predomínio dos campos do saber (profissional centrado), marcados por uma lógica de captura do mundo dos usuários pelos saberes tecnológicos. A ampliação da clínica produz o “comum” a partir dos saberes dos núcleos

profissionais e a possibilidade de horizontalizar, de matriciar a clínica é construída a partir do saber estruturado. Então, a relação com o usuário, apesar de desejada como horizontal, é produzida a partir de uma assimetria e de uma valoração desigual dos saberes, sendo mais legítimos os produzidos a partir da ciência e menos legítimos os construídos a partir das singularidades no caminhar a vida. Desse modo, esse encontro pressupõe subordinação.

No campo do cuidado, território de todos, em que predomina a produção de relações, existe a possibilidade de diálogo entre os saberes estruturados e a sabedoria da vida. No plano do cuidado os usuários estão incluídos a priori, com a mesma legitimidade de todos os trabalhadores da saúde. Existe, então, a possibilidade de que os saberes estruturados acerca do corpo de órgãos sejam apresentados como oferta e não como imposição de um estilo de vida ou de única explicação válida para os desconfortos e sofrimentos; existe a possibilidade de que esses saberes, se constituam como ferramenta para lidar com a diferença na produção da vida e não como uma “gaiola dourada” que é linda, mas aprisiona.

Para produzir o cuidado é necessário desconstruir a definição técnica de necessidades de saúde a partir da clínica e da epidemiologia e abrir espaço para que os usuários entrem neste debate sobre necessidades de saúde, trazendo sua lógica de produção de vida para dentro da construção dos projetos terapêuticos, ampliando a possibilidade de produzir propostas terapêuticas com maiores possibilidades de efetivação. A enorme dificuldade de conquistar “adesão” dos usuários aos “modos de vida saudáveis” no enfrentamento de doenças crônicas são emblemáticos nesse sentido. Neste caso a

razão instrumental da clínica e da epidemiologia evidentemente tem tido baixa potencia para desterritorializar o viver cotidiano dos usuários individual e coletivo, como diz uma poesia de Paulo Leminski (2001):

BEM NO FUNDO

no fundo, no fundo,
bem lá no fundo,
a gente gostaria
de ver nossos problemas
resolvidos por decreto
a partir desta data,
aquela mágoa sem remédio
é considerada nula
e sobre ela — silêncio perpétuo
extinto por lei todo o remorso,
maldito seja quem olhar pra trás,
lá pra trás não há nada,
e nada mais
mas problemas não se resolvem,
problemas têm família grande,
e aos domingos saem todos passear
o problema, sua senhora
e outros pequenos probleminhas

No hospital, nas unidades de terapia intensiva em particular, em função do risco iminente de morte ou do sofrimento intenso, os usuários “abrem mão” de graus da sua autonomia e os trabalhadores com suas clínicas têm a possibilidade de decidir em como caminhar a vida a partir de normas e protocolos. Mas, a partir do momento em que o usuário “retoma” as rédeas de sua vida, aos trabalhadores e suas clínicas não é facultado o direito de decidir que, em função dos riscos, não se poderá mais vivenciar práticas prazerosas, mas não saudáveis. Para a clínica e a epidemiologia as necessidades dos usuários são a priori julgadas à luz do saber científico e catalogadas como mais ou menos válidas. Assim é que o

agir em saúde “impõe” aos usuários a educação em saúde para que entendam que devem mudar o modo de caminhar a vida, abdicando até de modos prazerosos de viver em atenção aos riscos.

No campo do cuidado não há saber mais legítimo a priori, há sim encontro entre saber e sabedoria. Na produção de ações de saúde efetivamente cuidadoras, no encontro entre os trabalhadores de saúde e usuários, as ferramentas que os trabalhadores utilizam nesse processo de interseção são ferramentas mutáveis, que fazem sentido a cada encontro e que são agenciadas mediante a escuta, interesse, construção de vínculos e compromissos, sensíveis a singularidade, ao contexto socioeconômico e cultural, específicos de viver por parte do usuário, contribuindo assim para um agir clínico epidemiológico, e investigativo dos trabalhadores de saúde.

A produção do cuidado se faz a partir das mútuas afetações entre trabalhadores e usuários, configuradas a partir do trabalho vivo em ato e da articulação de saberes que pertencem à molecularidade do mundo da vida, não ficando aprisionadas pela razão instrumental da clínica (MERHY, FEUERWERKER, CERQUEIRA, 2010).

Considerando a produção da saúde como esse território intenso de disputas, de encontros e de mútua afetação é que a idéia da gestão do cuidado e da educação permanente em saúde surgem como importantes, pois incidem diretamente no espaço da micropolítica. É nesse espaço de disputa, em que o poder produz processos de subjetivação, que podem operar dispositivos para fabricar coletivos, propiciar a reflexão sobre o cotidiano, produzir alteridade para

analisar as práticas, enfim criar espaços para que novos pactos e acordos possam acontecer na organização do trabalho em saúde.

Segundo Brasil (2005) a educação permanente em saúde pode ser entendida como uma estratégia para a gestão de coletivos, partindo do reconhecimento do cenário de disputas e diversidade de compreensões. Então o primeiro passo é criar oportunidades para a explicitação ou diálogo entre os diferentes modos de entender a realidade vivida e de conceber as práticas de saúde. O debate sobre o processo de trabalho em cada unidade de produção possibilita que os diferentes atores conheçam o conjunto do trabalho desenvolvido e identifiquem as contribuições de cada qual a partir de distintos pontos de vista. Reconhece-se também que a condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos é a inconformidade (o desconforto com a realidade atual). Ou seja, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esse desconforto ou percepção de insuficiência tem de ser intenso, vivido, percebido. Não se produz mediante aproximações discursivas externas. A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir desconforto e disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações.

Por essa razão é que no apoio matricial rizomático a educação permanente em saúde é tomada como uma ferramenta central, considerando que a inquietação e as indagações, que podem ser ampliadas e aguçadas nos encontros com o(s) outro(s), são mobilizadoras para a aprendizagem dos

adultos. Essa é a chave para que os adultos se disponham a explorar o universo na busca de novos saberes, ferramentas e estratégias. E toda essa operação só faz sentido quando dialoga com toda a acumulação anterior que os trabalhadores trazem. Partir dos incômodos, dialogar com o acumulado e produzir novos sentidos: essas são as chaves para a aprendizagem significativa (MERHY E FEUERWERKER, 2009).

No apoio matricial rizomático a produção de (novos) sentido (s) proporcionada pela educação permanente em saúde é fundamental para que o trabalhador possa se constituir e reconhecer como autor/ator da movimentação do processo de mudança. Tornar-se autor é a capacidade conquistada de ser seu próprio co-autor, de se situar explicitamente na origem dos próprios atos, na origem de si mesmo como sujeito. Neste sentido a educação permanente em saúde contribui para que cada coletivo conquiste a capacidade de ser seu próprio co-autor por meio de um processo de re-invenção das instituições de saúde e do mundo do trabalho em especial. Assim, tomando a formulação EPS como estratégia educativa como um dos pontos de partida e reconhecendo a importância da micropolítica do trabalho em saúde, no apoio rizomático tomamos a educação permanente em saúde como uma estratégia para a transformação da gestão e da produção do cuidado (MERHY E FEUERWERKER, 2009).

A metodologia do apoio Paidéia considera a educação permanente como uma função técnico-pedagógica, em que o apoiador procura construir de maneira compartilhada com os outros interlocutores projetos de intervenção, valendo-se tanto de ofertas originárias de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo, quanto incorporando demandas trazidas

pelo outro também em função de seu conhecimento, desejo, interesses e visão de mundo.

Os autores do método Paidéia de apoio tem como objetivo a constituição de “sujeitos reflexivos”, ou seja, partem da teoria crítica da educação para desencadear processos que levem à desalienação dos trabalhadores. Afirmam, então, que não basta, entender o mundo e a si mesmo, os sujeitos necessitam atuar sobre as coisas. Teoria e prática: “sujeito da reflexão e da ação”. A teoria e o método Paidéia têm como finalidade realizar um trabalho sistemático para aumentar a capacidade das pessoas agirem sobre o mundo, favorecendo a constituição de “sujeitos reflexivos e operativos” (CAMPOS, 2006).

Apesar de todas essas diferenças entre o apoio rizomático e o método paidéia, é claro que as multiplicidades também atravessam o Paidéia. E em vários contextos é possível produzir coisas interessantes com ele. Se o apoio rizomático aposta nos encontros e na disputa de projetos e ainda assim, em certos casos, produz apoiadores amestradores, o Paidéia também é capaz de produzir apoiadores palhaços em certas circunstâncias. Mas é preciso reconhecer que sua aposta principal, a partir de um método estruturado, leva mais frequentemente a apoiadores amestradores e mágicos.

3.9. UM ASSUNTO QUE VAZA NA DISCUSSÃO SOBRE APOIO: O ARRANJO DAS PROFISSÕES

Nas diferentes propostas de transformação/ inovação do trabalho em saúde o tema do encontro e da necessidade de articulação entre as várias

profissões da saúde tem sido uma constante e suscita intenso debate nos espaços das corporações profissionais nos espaços de gestão da saúde, entre outros. Sabemos que em grande parte esta intensidade de debate tem sido fruto das disputas corporativas e das tentativas de produzir reserva de mercado. Estas iniciativas se traduzem em uma busca incessante pela produção de normas que dêem limites precisos a atuação de cada categoria profissional, como uma forma de regulamentar os atos permitidos a cada profissão - com o argumento da necessidade de delimitar a responsabilidade profissional nos processos dos conselhos profissionais e da justiça civil, penal ou trabalhista. Sabemos também que esta disputa pela normalização sobre o fazer em saúde ocorre sob certas lógicas e interesses corporativos e apontam muito mais para uma reserva de mercado.

Para Beatriz Sebben Ojeda e Marlene Neves Strey (2008) os saberes, integrados a práticas cotidianas, movimentam-se nas relações de poder entre profissões e profissionais. Da mesma maneira que o saber, não existe verdade sem poder, ou seja, a verdade é produzida pelas relações que mantém com o poder. A circulação de saberes e poderes entre as diferentes profissões tornam as práticas em saúde um espaço social de intensa efervescência, em que estão presentes conflitos que buscam (des)acomodar saberes e limites. Determinados conflitos e mobilizações interprofissões expressam enunciados, presentes na sociedade, que também se mostram no cenário de formação dos profissionais. Perpetuam-se saberes e práticas individualizados em cada profissão, centrados em interesses corporativos, em territórios e práticas hierarquizadas que fragmentam as ações em saúde.

Para melhor situar-nos nesse debate, consideramos interessante revisitar a produção de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, que definiu que no trabalho em saúde as tecnologias dizem respeito também ao conhecimento aplicado à saúde e não somente os instrumentos e maquinaria. O autor adota dois conceitos neste sentido: tecnologias materiais para máquinas e instrumentos, e tecnologias não materiais, para o conhecimento técnico (Gonçalves, 1994). Emerson Merhy partindo da construção de Ricardo Bruno considera que há uma outra tecnologia presente nos processos produtivos em saúde, aquela que diz respeito às relações, por considerar que o trabalho em saúde é relacional, ou seja, ocorre sempre a partir do encontro entre sujeitos (trabalhador e usuário) individuais e coletivos. Adota, então, três categorias para tipificar as tecnologias de trabalho em saúde: tecnologias duras, tecnologias leve-duras e tecnologias leves (Merhy, 1997). E mais, Emerson afirma que a operação do trabalho em saúde se faz com o trabalho morto, aquele com o qual mobilizamos saberes expressos em modos de fazer que já estão dados (nos instrumentos, nos protocolos) e o trabalho vivo, que é o trabalho humano em ato, lugar próprio das tecnologias leves, lugar da criatividade, do reconhecimento das singularidades, mobilizado pelas afetações do encontro (MERHY, 2002).

Partindo deste pressuposto, o trabalhador de saúde ao produzir o cuidado, opera um núcleo tecnológico do cuidado, composto por trabalho morto e trabalho vivo, em que a composição técnica do trabalho é a relação entre eles. Assim, o trabalho em saúde pode ser trabalho morto centrado, quando há hegemonia do instrumental ou em processos de trabalho aprisionados nas prescrições ou ser trabalho vivo centrado, operando a partir da lógica relacional.

Emerson Merhy (1998) considera como vital, compreender que o conjunto dos trabalhadores de saúde apresenta potenciais de interinvenções nos processos de produção da saúde e da doença marcados pela relação entre seus núcleos de competência específicos, associados à dimensão de cuidador, que qualquer profissional de saúde detém, seja médico, enfermeiro ou um guarda da porta de um estabelecimento de saúde. Traz a imagem de que um profissional de saúde, quando vai atuar, mobiliza ao mesmo tempo os seus saberes e modos de agir, definidos em primeiro lugar pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar, sobre o qual se coloca em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos cobertos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional, como pode ser observado no esquema abaixo sobre os núcleos do cuidado (MERHY,2004) .

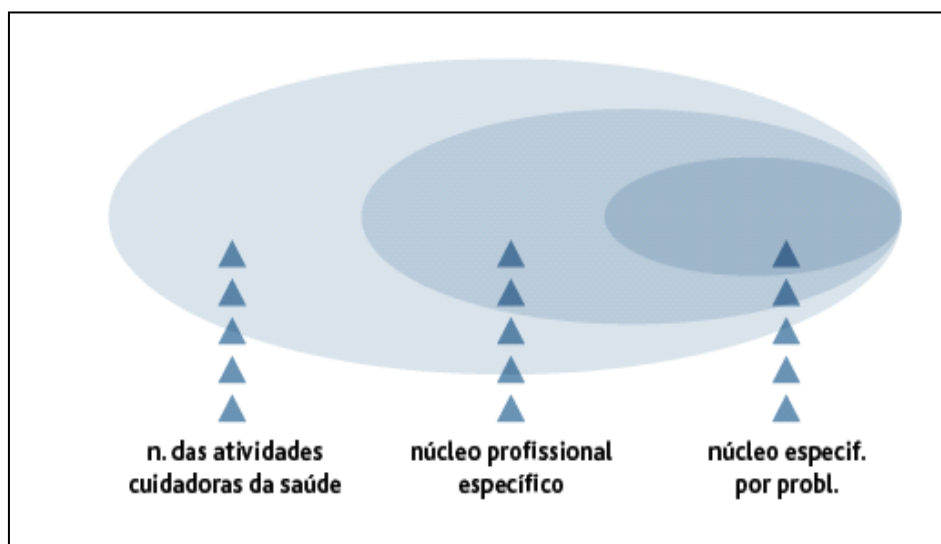


Figura 7: Núcleos do cuidado. MERHY, E.E. (2004)

Então, deixando claro, Merhy sustenta a idéia que na produção de um ato de saúde, coexistem os vários núcleos, como o núcleo específico definido pela

intersecção entre o problema concreto que se tem diante de si e o recorte profissional do problema. Mas, seja qual for a intersecção produzida, haverá sempre um outro núcleo operando a produção dos atos de saúde, que é o cuidador, no qual atuam os processos relacionais do campo das tecnologias leves, e que pertence a todos os trabalhadores em suas relações interseçoras com os usuários. Neste sentido, o núcleo cuidador é o que deverá se impor, o que favorecerá, inclusive, a diminuição das relações de dominação que se estabelecem entre os vários profissionais, como representantes de certos interesses e modos de operá-los no interior dos modelos de atenção. E, mais ainda, pode-se abrir, a partir desse núcleo em comum, o cuidador, um espaço semelhante e equivalente de trabalho na equipe, que explore a cooperação entre os diferentes saberes e o partilhamento decisório.

Merhy alerta para duas questões básicas: a de que todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, ao mesmo tempo que um gestor das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam na intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais que permitem agir em saúde diante do “caso” concreto, o que nos obriga a pensá-lo como um agente institucional.

Há ainda outras três questões que se mostraram vitais. Uma diz respeito ao fato de que um dos pontos nevrálgicos dos sistemas de saúde localiza-se na micropolítica dos processos de trabalho, no terreno da conformação tecnológica da produção dos atos de saúde, nos tipos de profissionais que os praticam, nos saberes que incorporam e no modo como representam o processo saúde e

doença. A outra faz referência aos processos gerenciais necessários para operar a gestão do cuidado e o modo como os interesses do usuário, corporativos e organizacionais atuam no seu interior. E, por último, a composição da caixa de ferramentas necessária para que os gestores dos serviços de saúde consigam atuar sobre esse terreno tão singular, gerindo serviços e sistemas de saúde com ferramentas governamentais complexas para atuar nos terrenos político, organizacional e produtivo. Neste sentido, considera como desafio, ter que pensar sobre o matriciamento necessário no dia-a-dia dos serviços de saúde, entre os processos produtivos – transdisciplinares e multireferenciados –, tanto os que resultam em procedimentos bem definidos, quanto os que estão implicados com os atos cuidadores, de tal maneira que os gestores dos atos cuidadores sejam os responsáveis, perante o usuário e o estabelecimento de saúde, pela realização das finalidades da produção do cuidado.

Emerson Merhy (2005) no texto *Engravidando as Palavras: o caso da integralidade* coloca que os modos atuais de se produzir o cuidado em saúde, a partir dos territórios nucleares das profissões, que ele chama de Modelos Médico Hegemônicos, pela força representativa que esta categoria profissional tem como expressão dos paradigmas dominantes, nas maneiras de se construir atos de saúde, têm tido a força de capturar várias categorias analíticas, dispositivos do anúncio de novas práticas. E alerta que não podemos dizer que só os médicos fizeram e fazem isso, pois, com um olhar atento, constata-se que esse é o movimento realizado por todas as profissões de saúde, universitárias ou não. E coloca que a produção do cuidado como um ato coletivo e implicado é um

imperativo categórico, que não só devemos desejar, mas do qual não podemos fugir.

Outra questão que Emerson coloca neste texto é que as 14 profissões universitárias da área da saúde procuram se distinguir entre si pelo núcleo profissional - pelo qual definem os saberes que dominam com exclusividade ou predominância - os objetos de suas ações e as suas finalidades enquanto produtores de atos de saúde específicos. E que o médico, como uma das 14 categorias profissionais, diz que sua identidade profissional se dá pelo seu domínio da clínica e da terapêutica, e que, portanto cabe a ele, profissional, dominar este território, a ponto de dizer para os outros, qual o diagnóstico do problema de saúde e quais os tipos de intervenções poderão (deverão) ser realizados. Ao considerar que o seu núcleo é o que possui poder para falar sobre o próprio campo da saúde como um todo, acaba por ponderar que todas as outras profissões são braços da sua, e mais, toma aquilo que produz como seu objeto de ação, o referente simbólico do campo, reprimindo todo movimento que expressa um vazamento desta sua pretensão impossível. Entretanto, o objeto simbólico do campo, tomando o cuidado como referente, sobra e pede muito mais do que uma profissão pode lhe fornecer. Neste sentido Merhy defende que há porosidades entre os núcleos profissionais e que também estão localizadas em um núcleo tecnológico não profissional de conformação para dar conta do cuidado, que denomina de dimensão cuidadora das práticas de saúde. Essa dimensão cuidadora, que visa ou é visada pelo mundo do referente simbólico do campo; por serem porosidades, é por aí que as profissões podem se encontrar desterritorializadas e, é por aí, que o usuário, penetra com seu

complexo mundo de necessidades, que vazam as nossas capturas nucleares. Então, afirma que a dimensão cuidadora opera com situações que todos os profissionais de saúde se defrontam, mesmo quem procura, sem muito sucesso, torná-la seu objeto restrito de ação.

Campos (1997, 1997, 2000a, 2000b) coloca que a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se daria mediante a conformação de núcleos e de campos. Núcleo como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional, e o campo, um espaço de limites imprecisos em que cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. Tanto o núcleo quanto o campo seriam mutantes e se interinfluenciariam, não sendo possível detectar-se limites precisos entre um e outro. Contudo, no núcleo, haveria uma aglutinação de saberes e práticas compondo uma certa identidade profissional e disciplinar. Metaforicamente, os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto.

Segundo Ricardo Ceccim (2004) a grande área da saúde é integrada por profissões cujos núcleos de competências se organizam pelas práticas do assistir e por outras, cujos núcleos de competências integram as práticas de promoção da saúde. Ele refere como distintos – em seus núcleos de competências – aqueles atos de saúde prestados as pessoas e os que são dirigidos as coletividades humanas. A impressão de limites entre os dois grupos, ou destes com outros

grupos profissionais, se relaciona com amplitude que se queira imprimir ao conceito de práticas de saúde.

Ricardo coloca algumas questões fundamentais para o debate. Primeiro que sua referencia a profissões de saúde está relacionada, por força da formação e habilitação profissional, a estarem aptos para o assistir individual, além da qualificação para compreensão ampliada da promoção de saúde e para prestação de práticas integradas de saúde coletiva. Segundo, que o processo educacional que vise a formação destes profissionais de saúde deve ter em vista tanto o desenvolvimento de capacidade gerais (identificadas com a grande área da saúde) quanto aquelas que constituem as especificidades de cada profissão. E que todo processo de educacional deveria ser capaz de desenvolver as condições para o trabalho multiprofissional, deslocando-se do eixo recortado e reduzido, corporativo-centrado, para o eixo plural e complexo, usuário-centrado. Terceiro, que devemos reconhecer a imposição social da multiprofissionalidade. Quarto que cada carreira, com sua lei de exercício profissional, seu currículo de habilitação técnica e sua participação no mercado das ocupações em saúde, segue o corte disciplinar que estrutura projetos de formação e de trabalho de maneira compartimentada e parcialista. Sexto, define um profissional de saúde a partir de sua condição objetiva de assistir, sua habilitação técnica para a clínica, sua profissionalização para o ato terapêutico, sua dedicação ao cuidar.

Ricardo então propõe a novidade de uma ética entre-disciplinar na estética multiprofissional do trabalho e educação da equipe de saúde. No lugar interdisciplinar deveríamos encontrar não o cruzamento ou interseção entre os profissionais, mas a produção de si e dos cenários de trabalho em mudança, em

que cada fronteira pode repercutir na outra intercessão por sua mudança, resultando em alteridade e aprendizagem. Ele propõe a entre-disciplina, compreendida sempre que se afirma o trabalho multiprofissional de maneira interdisciplinar, um lugar de sensibilidade e equilíbrio metaestável, em que a prática terapêutica emergiria em clínica mestiça ou clínica nômade, em que todos os potenciais seguiriam se atualizando e em que não haveria equilíbrio outro que não a transformação permanente.

Segundo Ricardo Ceccim e Laura Feuerweker (2005) tradicionalmente o setor da saúde trabalha com a política de modo fragmentado: saúde coletiva separada da clínica, qualidade da clínica independente da qualidade da gestão, gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância, vigilância separada da proteção aos agravos externos e cada um desses fragmentos divididos em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado. Essa fragmentação, que orienta a formulação das políticas e a organização das práticas, também tem gerado especialistas, intelectuais e consultores (expertises) com uma noção de concentração de saberes que terminam por se impor sobre os profissionais, os serviços e a sociedade e cujo resultado é a expropriação dos demais saberes e a anulação das realidades locais em nome do *conhecimento/da expertise*.

Trazendo novamente à cena o debate de Emerson Merhy (2002) acerca do processo de trabalho em saúde como um território de práticas e técnicas produtoras de cuidado em saúde, em que os atos de saúde são constituídos por dois núcleos: o da atividade cuidadora e o dos problemas concretos. A atividade cuidadora é aquela que atravessa todas as profissões da saúde e está presente

em qualquer prática, não sofrendo recorte profissional definido. A dos problemas concretos está centrada nos territórios profissionais específicos que recortam o mundo das necessidades dos usuários, e que possibilitam a significação do processo de saúde-doença com uma ênfase no profissional singular.

Assim, os recortes das necessidades de saúde apresentam tensão entre a dimensão cuidadora e a profissional e as tendências na ênfase do núcleo cuidador criam maiores possibilidades de práticas multiprofissionais/interdisciplinares, enquanto que a ênfase na dimensão profissional específica propicia práticas uniprofissional/unidisciplinares de dominação, em relação aos outros saberes profissionais.

Mas, a tendência mais comumente operante nos serviços de saúde é a hegemônica do modelo médico neoliberal, que subordina a dimensão cuidadora a um papel irrelevante, subordinando os outros profissionais de uma equipe à lógica dominante, tendo seus núcleos específicos profissionais submetidos à lógica médica e o núcleo cuidador empobrecido.

Explicitando, o médico no ato do agir clínico intervém como ator na organização partindo do pressuposto de que o mundo do trabalho e o mundo da organização têm poros de conexão, porque quando o médico está intervindo tecnicamente, está como trabalhador usando uma técnica do cuidado e também operando como um gestor do cuidado na organização, inclusive disputando o projeto de incorporação tecnológica que se tem no mundo das organizações. O médico no mundo do trabalho não é somente um trabalhador, mas ele também é um gestor do cuidado e, portanto um ator político na dinâmica do trabalho micropolítico em ato.

Alcindo Ferla (2002) em sua tese de doutorado coloca que apesar de haver no território da medicina a constatação de uma lógica medicalizadora, há também uma porosidade com outros conhecimentos, outras práticas, outras concepções de usuários, outras concepções metodológicas e teleológicas. Destaca que não se trata de substituir conhecimentos e habilidade técnicas para a atenção a saúde da população e tampouco para o exercício de um bom governo, trata-se, sim, de incorporar a esta condição porosidades para participação protagônica da população. Afirma a clínica e a gestão que se faz ao caminhar e caminhar em conjunto. A validade e a condição de legitimidade estão associadas não a capacidade explicativa da racionalidade hegemônica, mas ao compromisso ético e ao modo de fazer de cada processo, produzindo permeabilidade a diversidade dos saberes, porosidade aos diversos interesses e capacidade de resposta.

Arrisco-me a dizer que para o desenvolvimento de qualquer trabalho no campo da saúde é necessário incorporar a porosidade existente entre saberes, conhecimentos, práticas, profissões, etc. E tendo contextualizado estas questões, enfatizar que o trabalho desenvolvido pelos apoiadores passa por todas estas questões levantadas, sendo necessário trazer o debate sobre o arranjo multiprofissional no trabalho do apoio. Quais as tensões? Quais os conflitos que se apresentam? Quais os interesses?

No debate sobre apoiadores o arranjo multiprofissional é um assunto que vaza, primeiro porque um apoiador tem em sua formação um núcleo profissional específico e passa a apoiar outros profissionais que tem em sua formação núcleo profissional coincidente ou distinto ao do apoiador, e isto já configura um elemento de tensão. Esta tensão apareceu na experiência de João Pessoa na resistência

dos médicos em serem apoiados por profissionais não médicos, o que foi explicitado na greve dos médicos da estratégia de saúde da família em 2006 e 2007, quando uma de suas reivindicações era que os médicos precisavam ter apoiadores médicos ou no mínimo reuniões específicas de médicos.

Uma segunda questão importante aparece quando observamos que várias vezes os núcleos profissionais “mais ligados” a formação em saúde baseada no modelo biomédico, ou seja, as profissões tipicamente da saúde, apresentam maiores resistências em inovar e criar outras ofertas além das tradicionais consultas, prescrições e os conservadores grupos que supostamente fazem educação em saúde; enquanto que os núcleos profissionais “mais afastados” da formação em saúde entram de cabeça em ofertas mais inventivas, criativas e conseguem sair das tradicionais ofertas realizadas na produção do cuidado.

Para entender melhor esta questão, quero dizer que a formação de enfermeiros, médicos, odontólogos, fisioterapeutas etc trabalha os saberes estruturados a partir do modelo médico hegemônico, contribuindo para resistências a processos instituintes produzidos a partir das caixas de ferramenta de outros núcleos profissionais. Por exemplo, a recente entrada do educador físico na produção do cuidado provoca estranhamentos a estes núcleos profissionais com suas tecnologias duras e leve-duras.

A educação física tradicionalmente não é um núcleo profissional imediatamente envolvido com a produção do cuidado em saúde, mas esses profissionais podem atuar na produção do comum – o cuidado. A entrada do educador físico na produção do cuidado cobra uma certa desestruturação de

saberes instituídos para que novos territórios se desenhem a partir das necessidades de saúde da população. Apesar de, no senso comum, estabelecer-se uma associação praticamente direta das práticas desenvolvidas pela educação física com a saúde, sua presença em serviços de saúde é bastante escassa e constitui-se como uma discussão bastante recente. A necessidade de aproximar a educação física na organização da atenção em saúde pede o rompimento com o paradigma biomédico e hospitalocêntrico na saúde. Neste caso, a idéia de prevenir doenças e de promover saúde possibilita que outros espaços e práticas de saúde sejam visualizados e desenvolvidas. Uma outra explicação para essa tensão repousa no fato de estarem mais cristalizados os papéis de médicos e enfermeiros (mais que dos odontólogos, mas também destes) na atenção primária à saúde, o que contribui para “aprisionar” estes trabalhadores em agendas pré-estabelecidas e “libera” os demais para inventarem suas atividades.

Mas, vale ressaltar também que independentemente da composição profissional das equipes de apoiadores, havia disputas sobre quem deveria fazer o quê e atividades consideradas mais ou menos nobres, destacando que a identificação com as atividades mais ou menos nobres dependia da compreensão do que era o trabalho do apoio. Para os que estavam atrelados a idéia da gerencia administrativa, as atividades nobres era as ligadas a “gestão de pessoal”, material, medicamentos, equipamentos e instalações físicas das unidades. Para os que entendiam o trabalho do apoio como agenciamentos e conexões na produção da relação com as equipes, as atividades nobres eram interinventar junto com as equipes mudanças no agir tecnológicos a partir das necessidades de saúde. Mas assumir uma ou outra destas concepções não

estava ligado a ser de um ou outro núcleo profissional, mas a um modo de estar no mundo.

O desafio colocado para os apoiadores era o de construir a produção do cuidado, sendo capazes de criar/inventar novas agendas com os usuários e com os trabalhadores, fortalecendo a utilização das tecnologias leves, relacionais, com potencia de constituir relações mais implicadas, responsabilizadas e cooperadas. E assumir que nenhum profissional possui todas as ferramentas necessárias para exercer o cuidado e que necessariamente precisa contar com outros núcleos profissionais, como afirma Ceccim (2006, p. 262) que todo profissional de saúde, pela condição de terapeuta, deve ter, com apropriação, recursos e instrumentos de intervenção clínica, mas esta somente pode ser exercida na perspectiva de compartilhamento e matriciamento.

Então onde estão os limites dos núcleos profissionais? Nas relações de poder ou nas atividades? Este debate merece um mergulho no que diz respeito ao trabalho em equipe por entender que a inserção do trabalhador na produção do cuidado não é gerada apenas pela fusão entre os núcleos profissionais ou a intersecção entre os núcleos profissionais, até porque estes saberes e poderes de cada núcleo profissional são insuficientes frente as necessidades de saúde da população. Na produção do cuidado em saúde a circulação de saberes e poderes entre as diferentes profissões tornam o agir em saúde um espaço de intensa movimentação, produção de desconfortos, e conflitos que desacomodam saberes estabelecidos em cada núcleo.

Ceccim e Merhy (2009) colocam que o cuidar do outro é operado por distintas modalidades de saber e fazer, não culmina com as práticas particulares

das profissões, das tecnologias do cuidado ou dos protocolos, prolonga-se pela invenção de si, dos entornos, de mundos e que as práticas de cuidado estão orientadas pela clínica de um corpo sede dos órgãos ou por uma clínica do corpo de órgãos, essa é a maneira com que cada uma das profissões de saúde, prática a clínica e pensa o cuidado. E que é com base nessa condição que as profissões buscam distinguir-se e organizar o seu padrão de intervenções, em detrimento do promover a terapêutica, mesmo que cada uma das profissões de saúde procure dar sua marca ao campo de suas ações e mesmo que procurem opor-se entre si na disputa por territórios privativos de intervenção. Para estes autores a distinção radical entre as profissões, na esfera do cuidado, do acolhimento do outro, da oferta de encontro para compreender processos de produção de saúde, em realidade, não se verifica.

Então, os limites entre as profissões estão nas relações de poder e não nas atividades, porque há um “comum” (HARDT E NEGRI, 2005) entre as profissões nos atos de saúde, no núcleo de atividade cuidadora atravessam todas as profissões da saúde e no núcleo de problemas concretos, centrado nos territórios profissionais específicos é onde recortam o mundo das necessidades dos usuários, e tem ênfase em cada um dos núcleos profissionais. Neste sentido “borrar” o limite não é produtor de “comum”, porque trazem mais incômodos e desconfortos, do que linha de fuga para produção do “comum”. Até porque borrar os limites entre os núcleos profissionais pode significar a dissolução dos núcleos profissionais.

O “comum” no campo próprio das profissões de saúde pertence a todos e não a um núcleo profissional em particular. O trabalho vivo em ato, por exemplo, é

território de todos, não é privilegio de nenhum núcleo profissional em específico. O que é comum vaza as profissões de saúde. Um comum que não pertence a nenhum núcleo profissional, um campo de prática que é de todos e não tem núcleo que consiga capturar, porque é de todos. E como o usuário é gestor de sua própria vida e disputa ativamente com os trabalhadores de saúde os projetos terapêuticos, é fundamental compreender que essa possibilidade de encontro se dá num campo que é maior que o da clínica: o campo do cuidado. Esse é o comum, que temos usuário como seu portador principal, reconhecendo então que o usuário tem que ser construtor do seu projeto terapêutico junto com, no entre. É um estranho que invade porque não vem do campo do saber das profissões de saúde, mas que também domina o comum – porque ele é da ordem produção da vida, é de todos os viventes (MERHY, FEUERWERKER E CERQUEIRA, 2010)

Tomo o conceito de comum de Hardt e Negri (2005), numa construção vinculada à idéia de uma produção realizada pela multidão, voltada ao espaço comum, dinâmico e público em detrimento de uma organização corporativista ligada ao controle e a hierarquização do processo de trabalho em saúde.

Assim, pensar o apoio a partir da produção do comum é chave na busca de espaço de compartilhamento das várias caixas de ferramentas dos núcleos profissionais. Em outras palavras, como espaços de partilha e produção do comum. Pensar a multiprofissionalidade a partir do comum que se compõe entre. Uma multiprofissionalidade se define não por um elemento identitário ou identificador, mas por elementos transversais na produção do cuidado.

Laura Feuerwerker (2008) coloca que para entender melhor essa perspectiva multiprofissional é necessário compreender que a caixa de ferramentas necessárias aos trabalhadores da saúde conversa, em primeiro lugar, com “o fora” das profissões: o cuidado, as necessidades de saúde, as políticas de saúde. É a partir desse “fora” que se fazem “encomendas” aos núcleos profissionais específicos. Esse “fora” é o campo. E que olhando em primeiro lugar para as necessidades e para o encontro com o usuário e com as outras profissões pode-se chegar a demandas que são novidade para os núcleos profissionais, ou seja, que vão exigir a produção de novas respostas, vão impor desafios à construção/composição do agir tecnológico das profissões. Ao contrário do que ocorreria se olhássemos em primeiro lugar para a oferta dos núcleos profissionais – já instituída e disponível – para conformar o campo comum possível em cada área de atuação. Principalmente considerando que a lógica que orienta a conformação dos núcleos profissionais atualmente está fortemente orientada ao biológico, à produção de procedimentos e olha pobremente para as singularidades dos usuários e seus contextos.

Para Laura Feuerwerker (2008) a ampliação da autonomia e do compartilhamento na construção dos projetos terapêuticos, implica que o trabalho em saúde tenha como protagonistas trabalhadores e usuários, e não somente trabalhadores atuando sobre usuários a partir de seus saberes tecnológicos. E neste sentido o território em que acontece esse encontro,. E é a partir desse campo que se vão fazer pedidos específicos aos núcleos profissionais para a produção de atos de saúde que sejam realmente cuidadores

e que tenham a potência que somente a combinação de diferentes saberes tecnológicos específicos articulados pode produzir.

Tomando este debate sobre a produção do comum no trabalho em saúde multiprofissional, na construção do apoio matricial rizomático em João Pessoa experimentamos a contratação de profissionais recém formados de várias profissões, militantes do SUS. Sua caixa de ferramentas relacionadas a seus núcleos profissionais era limitada na apropriação de tecnologias duras e leve-duras para atuar na atenção básica e também em relação as tecnologias leves para atuar no encontro com os trabalhadores das ESF e com os usuários. E isto dificultou muito os movimentos necessários a serem desencadeados junto as ESF.

Entendendo melhor, o trabalho em saúde ocorre sempre a partir do encontro entre trabalhadores e usuários, onde três tipos de tecnologias: leves, leve-duras e duras. E que este arranjo, a combinação entre esses três tipos de tecnologias conforma os diferentes tipos de modelos de atenção à saúde. Onde as tecnologias duras são as que permitem manusear os equipamentos que possibilitam perscrutar, acessar dados físicos, exames laboratoriais e imagens, necessários para alimentar o raciocínio clínico e também todos os outros equipamentos e medicamentos utilizados nas intervenções terapêuticas das diferentes profissões da saúde. As tecnologias leve-duras são as que permitem processar o olhar do trabalhador sobre o usuário, como objeto de sua intervenção, em um processo de apreensão de seu mundo e de suas necessidades a partir de um ponto de vista técnico. Esse olhar é construído a partir de certos saberes bem definidos, tais como a clínica de cada profissão da

saúde e a epidemiologia, mas no momento concreto do agir do profissional, em sua interação com o usuário (imprevisto, singular), há uma mediação imposta - pela incerteza e pela situação específica – ao raciocínio clínico do trabalhador. E as tecnologias leves são as que permitem a produção de relações no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança; são as que possibilitam mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico. Os processos produtivos nesse espaço só se realizam em ato, ou seja, no momento exato do encontro entre trabalhador e usuário. É nesse território que a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação profissional-paciente adquirem importância. É também neste território – das relações, do encontro, de trabalho vivo em ato – que o usuário tem maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca, de também afetar (FEUERWERKER, 2008).

Neste sentido é necessário reconhecer que a desqualificação técnica dos apoiadores em João Pessoa foi um problema que dificultou a ação de muitos apoiadores na qualificação/problematização/reflexão do cuidado junto às equipes de saúde. Por exemplo, havia apoiadores que nunca tinham tido contato com a atenção básica, portanto, tinham dificuldades para problematizar o acompanhamento de hipertensos, do pré-natal, entre outros. Mas tinham muita facilidade no encontro com os agentes comunitários, os movimentos populares e as organizações comunitárias. Ao mesmo tempo tinham repertório técnico limitado, mas repertório político e sensível ampliado. Essa combinação interferiu em suas possibilidades de interinventar junto com as

ESF produção de novas ofertas e respostas a necessidades de saúde da população. Em suas possibilidades de construir novas ofertas de prevenção de doenças e promoção da saúde. Limitava sua possibilidade de usar os indicadores de saúde como disparadores do debate sobre o processo de trabalho, já que não eram apropriados da epidemiologia. Enfim, eram muitas as questões que se apresentavam para o apoiador no desenvolvimento do trabalho do apoio as ESF.

Com a formação em gestão do cuidado, como discutido anteriormente, agregamos vários elementos à sua caixa de ferramentas, mas ficou faltando “um pedaço” – mais apropriação sobre a clínica e a epidemiologia, também importantes para lidar com o “fazer” cotidiano de e o enfrentamento inovador dos agravos freqüentes como hipertensão, diabetes, IRA, pré-natal, puericultura, etc.

O aprendizado desta experiência é que efetivamente todas as tecnologias são necessárias para a produção do cuidado e a desqualificação técnica é um problema tão importante de ser enfrentado quanto o esvaziamento da dimensão cuidadora do trabalho em saúde. Mas a oferta desse conhecimento técnico precisa ser feita de modo a possibilitar sua ressignificação, considerando os múltiplos planos de constituição da vida, para além do biológico, e o lugar ativo do usuário na construção dos projetos terapêuticos e na condução de seu modo de viver.

Mas também reforça a idéia dos grandes desafios no campo da gestão do cuidado, como, por exemplo, construir estratégias de aprendizagem que possibilitem a produção do comum na produção do cuidado com foco nas tecnologias leves, pois a formação das diferentes profissões da saúde tem

vido fortemente centrada no campo das tecnologias leve-duras (saberes específicos) e duras (procedimentos). Outro desafio seria a construção compartilhada entre trabalhadores de saúde e usuários levando a vida em consideração, reconhecendo potências e modos de compreensão distintos.

4. ENTRE APARELHOS, RODAS E PRAÇAS

"O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem."

João Guimarães Rosa

Proponho este debate a partir da construção que Emerson Merhy (2006) faz no prefácio - Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças – em que propõe três imagens da relação público-privado na produção e apropriação dos espaços. Começamos pensando numa unidade de saúde e no trabalho que acontece em seu interior: é possível identificar vários importantes planos em sua constituição. Tomando o ponto de vista da produção da organização, há ao menos a perspectiva da gestão, a dos trabalhadores e a dos usuários. Cada qual entra no cenário com conceitos, intencionalidades e projetos, abrindo um campo de produção que pode se configurar de maneira mais ou menos rígida - como aparelho, como roda e como praça (MERHY, 2006).

A partir dessa construção, num outro texto, Merhy e Feuerwerker (2010) trazem a idéia de que a constituição organizacional de uma unidade de saúde é produzida em vários planos, em que se configuram de diferentes modos as relações público-privado e os encontros e atravessamentos entre as diferentes lógicas que mobilizam os distintos atores sociais que compõem essa cena.

Assim, há um plano de constituição mais formal, explicitado pelo organograma, pelos fluxos definidos, pelas normas, pela construção mesma do

espaço com seus consultórios, equipamentos. Há aí um instituído mais amplo, produzido pelo simples fato de que socialmente se imagina que certas coisas devam acontecer num lugar denominado unidade de saúde. Esse, então, é um lugar público constituído como um aparelho com funcionalidade bem definida: ser uma unidade de saúde. Esse é o aparelho, em que a funcionalidade definida é imperativa do lugar, é instituinte. Dá a cara do instituído, que dialoga fortemente com as molaridades relativas ao modo hegemônico de produzir saúde com todas as suas conseqüências. Desde certa perspectiva, basta mesmo inaugurar o espaço físico, instalar nele equipamentos e insumos e povoá-los com trabalhadores para que uma unidade de saúde funcione e cumpra “o seu papel”. (MERHY E FEUERWERKER, 2010)

Mas dentro das unidades de saúde também há “rodas” operando. A roda que os trabalhadores e a gestão podem instituir, fabricando suas equipes, seus modos de trabalhar e invadindo o aparelho unidade de saúde. Reúnem-se, fazem ofertas um para o outro, constroem entre si acordos e regras. Organizam-se para atuar como um coletivo em que cada um possa atuar do seu jeito. Atuam tanto para produzir o acordo, quanto para participar da produção de atos de saúde, que, por exemplo, consideram cuidadores. Enfim, o modo de construir a funcionalidade do espaço que está sendo produzido é muito mais elástico e muito mais disponível ao grupo constituído e em ação. Entretanto, todo este processo tem um objetivo final imposto a ser atingido: organizar a ação do coletivo para produzir atos de saúde.

O instituir-se como roda não independe do coletivo que está aí atuando: os projetos de cada qual, as referências que orientam as proposições e os encontros

mudam a feição dos acordos e dos agires, inclusive dos usuários, que também têm uma expectativa de uso em relação às unidades de saúde. A tensão na dobra público e privado é mais à superfície, não há uma interdição tão forte como no caso do aparelho, em que a regra é única e gera punição imediata em caso de violação, segundo quem o sustenta. Nas rodas os processos estão mais abertos aos acontecimentos. (MERHY E FEUERWERKER, 2010)

A terceira imagem é a de uma praça, na qual o espaço público é ocupado por vários diferentes instituindo seus usos sem o compromisso funcional de ter que realizar uma função única e específica, pois várias estão em produção. São vários os coletivos se intercedendo. Há até aqueles que vão lá apenas para ver os outros. Há outros que vão só por ir. E, há outros que vão para fazer alguma atividade própria, como a de produzir atos de saúde. Em uma praça o acontecimento é a regra e os encontros são a sua constitutividade. Nela há muitos “entres”. Não há regra a ser imposta, não há funcionalidade a priori a ser obedecida. Os coletivos que aí estão constituindo-os estão em pleno ato do acontecer, podendo ou não se expressar para o outro, ou ir em busca do outro, como forma de ampliar as muitas possibilidades de encontros, mas deixando os sentidos dos fazeres acontecerem em suas muitas multiplicidades. A possibilidade de compreender esta convivência contaminante produtiva e criadora, do diferente em nós, nos aparelhos e rodas, pode permitir a instituição da dobra público e privado como um lugar profundamente democrático e em produção. (MERHY E FEUERWERKER, 2010)

Claro que numa unidade de saúde há certos limites para a produção da praça, já que a intencionalidade relativa à produção dos atos de saúde é muito

forte para todos os envolvidos. Mas no que diz respeito ao encontro entre trabalhadores e usuários, essa é uma imagem bem poderosa. A agenda do encontro pode ser mais ou menos instrumental, mais ou menos aberta para a vida, inclusive acontecendo nos mais diferentes espaços (que não somente os das unidades), todos reconhecidos como possíveis lugares de encontro. (MERHY E FEUERWERKER, 2010)

Para trabalhar de outro modo esse tema dos aparelhos, rodas e praças, tomo emprestada a construção de Deleuze e Guattari (1997) quando categorizam a formação ou modos de ocupar o espaço, como estriado e liso. O espaço estriado seria instituído pelo aparelho de Estado, como máquina abstrata de poder hegemônico, enquanto o liso seria promovido pela máquina de guerra, mas considerando que os espaços - liso e estriado - não são oposições sem diálogo, o liso está sempre se traduzindo em estriado, enquanto o estriado reverte-se em liso, um desdobrando-se sobre o outro. Podemos então dizer que a praça, enquanto espaço liso, é formada por acontecimentos, o aparelho enquanto espaço estriado é constituído por processos instituídos. Enquanto a praça é um espaço de afetos, o aparelho é o espaço de propriedades. No aparelho o movimento se dá funcionalmente, na praça se desencadeia como rizoma, como corpo sem órgãos, ou seja, sem organismo, sem organização. A roda seria produção de predominância do espaço liso, porém atravessada pelo espaço estriado.

Essa abordagem possibilita compreender o apoio matricial rizomático enquanto máquina de diferentes naturezas, como máquina burocrática de Estado, instauradora de espaços estriados, e também como máquinas de guerra,

produtoras de espaços lisos. Então o apoio matricial produz praça, roda e aparelho. O apoio matricial rizomático enquanto máquina de guerra constrói o espaço liso para produzir linhas de fuga do instituído, espaço de múltiplos encontros, devires e de invenção; quando é aparelho instaura o espaço estriado, de controle e de coerção.

Aparelhos, rodas e praças têm a ver com o modo de governar, com a forma como a sociedade se institui, pela natureza das instituições e pela ação dos praticantes do poder. Na experiência de João Pessoa houve momentos de aparelhos, rodas e praças envolvendo não somente os apoiadores em sua relação com as equipes, mas também os diversos espaços e atores da gestão em distintos momentos: de disputa, de confronto, de desejo de eliminação do outro, de encontros, de invenção e de produção coletiva.

Mais aparelhos e rodas que praças. Mas também praças. O matriciamento e o apoio foram ferramentas para a produção de rodas e praças (na construção de estratégias cuidadoras, na formação dos agentes comunitários etc.), mas também foram ferramenta para produção de aparelhos com o objetivo de controlar, submeter, enquadrar as equipes, particularmente quando escasseavam ferramentas nas valises tecnológicas, mas também por convicção de que assim é que se exerce o poder. Havia distritos-roda-praça e distritos-aparelho. Havia diretorias predominantemente produtoras de rodas e diretorias predominantemente produtoras de aparelhos.

Houve momentos particularmente praça, como no curso de especialização e na invenção de novos modos de cuidar, inclusive num hospital inventado para cuidar articuladamente – para dentro e para fora. E houve intensos momentos-

aparelho particularmente quando os diferentes tipos de coletivos se organizaram em vertentes com pretensão de verdade e baixa disposição de escuta e negociação.

E foi a operação aparelho que inviabilizou a composição múltipla, com seus limites e possibilidades, que havia produzido e sustentado toda essa experiência, com tudo o que ela teve de bom e interessante e de limitado e complicado.

Para Foucault (2008) governar segundo o princípio da razão de Estado é fazer com que o Estado possa se tornar sólido e permanente, possa se tornar rico e forte diante de tudo o que pode destruí-lo. Para Bobbio (2002) o termo Razão de Estado está intimamente ligado com a caracterização do Estado como o ente soberano e único, como autoridade competente para administrar seus processos jurídicos internos, com o monopólio legítimo da força. Caso o Estado não seja capaz de impor suas ordens de modo irresistível, é impossível garantir a ordem pública e, assim, qualquer progresso moral, econômico ou civil. Então para manter a integridade do Estado e sua segurança, o governante deve se valer de qualquer meio, independente de tal estratégia ser moralmente aceita ou não. A Razão de Estado tende a disciplinar e racionalizar a conduta dos governantes quanto a ações que possam levar a um enfraquecimento do Estado.

Para Foucault (2008) as práticas de governo não se impõem de cima para baixo, elas acontecem perpendicularmente, horizontalmente, micropoliticamente. Isso significa uma micropolítica do cotidiano. A micropolítica, ao investir na vida cotidiana, focaliza a população, os efeitos da população no que tange às formas de vida. A vida da população constitui-se como estratégia de governo, ou seja, como uma forma de governamentalidade.

A noção de governamentalidade proposta por Foucault (1990) diz respeito a considerar que as práticas de governo, além de investirem na forma como se organiza uma determinada sociedade/população, se voltam para os sujeitos no que se refere à forma como estes se autogovernam. As práticas de governo também são práticas de governo das mentalidades, dos afetos, das relações, dos comportamentos. Entretanto, as práticas de governo produzem também o seu avesso: práticas de liberdade. Essas práticas de liberdade não significam um modo de se recusarem as estratégias de governo, e sim uma maneira de construção de novos sentidos.

Há uma lógica maquina em qualquer aparelho, de que ele também não é um aparelho, toda praça não é uma praça e toda roda não é uma roda. A máquina governamental existe e não existe, ou seja, uma coisa é pressupor que há uma maquina governamental com um arranjo que opera com uma racionalidade, em si por si, como razão de estado. Esta maquina governamental tem uma razão de estado que vaza linha de força e novas institucionalidades, significa compreender a maquina governamental na sua micropolítica.

5. PENSAR E (RE)INVENTAR-SE: É QUANDO A VIDA VAZA

É quando a vida vaze.
É quando como quase.
Ou não, quem sabe.

Paulo Leminski (2001)

Entre encontros e desencontros vivenciados no SUS, neste momento final do trabalho de doutorado, encontrei em um trecho de Foucault (1998) a expressão precisa do que tenho sentido, pois fala muito de mim, do meu trabalho, do meu jeito de encarar a vida e o saber, e que, agora, ganhou corpo nesse novo jeito de produzir/inventar conhecimento:

“Quanto ao motivo que me impulsionou foi muito simples. Para alguns, espero, esse motivo poderá ser suficiente por ele mesmo. É a curiosidade, em todo caso, o único tipo de curiosidade que vale ser praticada com um pouco de obstinação: não aquela que procura assimilar o que convém conhecer, mas a que permite separar-se de si mesmo. De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição de conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece?”

Pensar e (re)inventar-se parece fundamental num processo para abrir-se ao devir. Aprendi que a “força” dos processos é micropolítica e que para a instauração de uma micropolítica a favor da autonomia é necessário operar nos diversos planos em que gestores, trabalhadores e usuários transitam para produzir-se e encontrar-se em mútua afetação na vida e no sistema de saúde. E para compreender estes processos micropolíticos, como cartógrafa, aprendi que devemos nos colocar sempre que possível, na adjacência das mutações das cartografias, posição que permite acolher o caráter finito ilimitado do processo de

produção de realidade que é o desejo, utilizando um "composto híbrido", feito do olho e do corpo vibrátil. Apreender o movimento que surge da tensão, seus fluxos de intensidades escapando do plano de organização de territórios, desorientando as cartografias, desestabilizando as representações e, por sua vez, representações estacando o fluxo, canalizando as intensidades, dando-lhes sentido. Não tem jeito, o desafio é permanente e vamos definindo e redefinindo para nós mesmos, constantemente, a cada momento, com o caráter de finito ilimitado que o desejo imprime na condição humana desejante e seus medos. Evidenciando a todo o momento o grau de abertura para a vida que cada um se permite a cada momento e o quanto conseguimos entrar em contato com o caráter finito – ilimitado da condição humana (ROLNIK, 2007).

A idéia de máscaras da Suely Rolnik (2007) é interessante não somente para falar de apoiadores, mas também de gestores e de trabalhadores de saúde na produção do cuidado, pois não estamos falando dos indivíduos que ocupam esta posição na instituição, mas das diversas máscaras que eles constroem nos diversos encontros em diferentes cenários. Porque uma máscara é a expressão de intensidades, é operadora de intensidades e está sempre em montagem e desmontagem. A máscara é condutora de afeto em ato. Mas a máscara também pode desmanchar, ou melhor, perder a capacidade da condução de afeto em ato.

Senti, percebi e compreendi que nos processos de disputa de projetos o desejo é revolucionário porque quer sempre mais conexões e agenciamentos (DELEUZE, 1998). Trata-se de afirmar as potências, as diferenças, as multiplicidades e possibilidades finitas e ilimitadas do homem, da sociedade e da política.

Compreendi que a formação de Facilitadores de Educação Permanente pode ser um dispositivo estratégico para capilarizar debates, conceitos, possibilidades de encontro em todos os âmbitos – da gestão e da produção do cuidado. É também uma boa oferta para apoiadores. Mas, isoladamente, não dá conta de fabricar trabalhadores de saúde como apoiadores, a EP deve ser disparada e operada por dentro da gestão (que dizer com a garantia de espaços, com a legitimação de processos que facilitadores sozinhos não podem assegurar). Experimentar os vários arranjos de apoio abriu perspectiva para entender a porosidade na produção dos encontros, na criação incessante e efervescente nos movimentos instituintes e instituídos, permitindo chegar ao plano das intensidades, possibilitando pensar e (re)inventar fora das regras, protocolos e das certezas, abrindo espaços para os momentos imprevisíveis, para o inusitado. Trata-se de agenciar modos de fazer a gestão e o cuidado em saúde, dar espaços à diferença. Isso vem ao encontro do que Nietzsche (1995) coloca como a possibilidade da via estética dar formas de criação e expressão às multiplicidades.

A gestão estética advém da tentativa de potencializar a diferença, o devir. Trata-se de interinventar, compondo-se e recompondo-se, inventando formas de ação micropolíticas, no sentido de subverter as linhas duras de existência. É um ir fazendo, construindo aos poucos, pelas bordas, a produção de novos territórios. Ou melhor, esse espaço de novos sentidos, escapando dos modelos e dos protocolos para buscar maior plasticidade em seu fazer, capazes de transformações políticas do desejo na produção do SUS e como diria Nietzsche, um fazer para além do bem e do mal. A gestão estética procura acessar não

somente o plano racional, mas também o plano intensivo, das sensações, dos fluxos, das impressões, do desejo, do corpo e do afetamento.

Neste sentido, poderíamos pensar nas linhas de vida que coloca Rolnik (2007), onde a primeira seria a dos afetos ou linha de fuga, do encontro entre corpos, do poder de afetar e ser afetado, das intensidades. A segunda linha seria a da simulação, dos ensaios, das experimentações e das tentativas e a terceira seria da organização dos territórios. Na gestão e na produção do cuidado em saúde, muitos podem ser os afetos agenciados. E quando nos propomos a fazer uma gestão estética, que saia do fazer mais tradicional, somos tomados por inúmeras dúvidas, incertezas, não sabendo muitas vezes ao certo onde está o “este lugar da gestão”.

Os dispositivos que são disparados pela “equipe de gestão” só “viram alguma coisa” se alguém provocar e cuidar. O gerente de unidade de saúde pode ser um partícipe importante e fundamental desse processo, mas precisa de companhia, de respaldo e de espelho. E quando não existe a figura do gerente o processo ganha complexidade ainda maior. O apoiador é fundamental no “entre” lugar, pois o apoio se constitui na micropolítica do encontro entre apoiador e as equipes de saúde, apoiador e equipe de gestão, entre profissões, saberes e desejos mobilizando distintas ofertas, relacionadas à organização do processo de trabalho e à produção do cuidado e reconhecendo a mútua constitutividade entre a produção e gestão do cuidado.

E como cuidar dos afetamentos provocados, por apoiadores transversalizados na rede de serviços de saúde em seus movimentos intensos e densos? Neste caso, como coloca Rolnik (2007), a segunda linha de vida pode ser

bem evidenciada, onde o campo da experimentação e dos ensaios, neste vaivém incessante e ilimitado, é que nos possibilita interinventar outras formas de fazer a gestão em saúde. A experimentação e o ensaio não significam repetir, mas criar, ir a fundo no campo das intensidades. E como colocam Paula Cerqueira, Laura Feuerwerker e Emerson Merhy (2010) a repetição não pode ser vista como um *déjà vu*, como uma generalização. É importante criar zonas de visibilidade para as linhas de fuga em permanente construção no campo da gestão. É necessário, ensaiar, experimentar, até que algo novo se constitua. Para se desfazer em seguida...

O nível central da SMS para estar em movimento de apoio, fazer a gestão estética, precisa estar articulado em suas várias áreas e com o conjunto dos serviços de saúde que compõem a rede de serviços de saúde, enfrentar os problemas sem “receitas” e regras, acolher as demandas das equipes de saúde. E neste caso poderíamos observar a linha finita, visível e consciente da organização dos territórios, pois esta cria roteiros de circulação do mundo, diretrizes de operacionalização para consciência pilotar os afetos. Ela é finita porque finita é a duração dos territórios.

Concebemos, então, a possibilidade de diferentes fluxos de intensidade produzidos nos processos de gestão em saúde. Onde a operação arborescente e rizomática do organograma se atravessam o tempo inteiro, intensamente. O instituído opera em todos nós o tempo todo. Autoanálise e coletivos de reflexão são indispensáveis para todos (gestores, apoiadores, trabalhadores) para podermos produzir mais rodas e praças do que aparelhos. E por isto não estou falando do arranjo de gestão com apoio como do bem e a gestão dura como do

mal, mas dizendo que ambas estão presentes nos processos que se dão em disputa e os coletivos em ação configuram-se com maior potência quando há brechas para o debate intenso e cotidiano do que fazer, como fazer e porque fazer. É necessário abrir espaço para o diálogo e acordos, não para eliminação. Mas, aprendi a “duras penas” que em situações de disputa de desejos e projetos em seus desdobramentos, pode acontecer o “extermínio”. E o desejo de extermínio também está presente em coletivos criativos e inovadores!!! Por isto, as equipes de gestão precisam ter clareza de que quando operam com arranjos de apoio há muitas situações de desterritorialização das mesmas. Os fluxos de poder não ficam mais concentrados no ápice da pirâmide do organograma, mas distribuídos em todos os pontos e linhas do rizoma. E as equipes de gestão que não compreendem este desenho, em muitos casos retomam o contorno duro do poder piramidal, porque não conseguem mais achar um “novo lugar”, então se reterritorializam, e o desmanchamento do jogo de multiplicidades , ao menos no plano formal, é inevitável.

Neste sentido, o arranjo matricial ou o motriciamento pode ser a expressão do organograma rizomático, em que linhas e pontos se conectam ou podem se conectar, sem obedecer a relações de hierarquia ou subordinação. O matriciamento propõe desprodução do lugar de comando centralizado, a partir do autogoverno de cada um e dos “entres” fabricados pelos coletivos. E é exatamente aí que podem ocorrer as rupturas, pois é este processo de gestão que pode criar, romper com padrões, num ato micropolítico de transformação. Assim podemos pensar numa gestão que procura abrir espaços às intensidades,

mutação de valores e existências já envelhecidas e enrijecidas pelas formas de captura do modo de gestão tradicional marcado pelo organograma arborescente.

A análise dos processos iluminados por este estudo possibilita evidenciar potência na conquista da integralidade de arranjos que articulem a gestão de nível central, distrital e a efetiva produção da rede de cuidados. Optar por uma gestão não pronta, mas porosa, correr o risco de lidar com o inusitado, embora sabendo “na pele” o quão complicado isso possa significar. Acreditar na multiplicidade da gestão em saúde significa reconhecer a multiplicidade do mundo, das formas de existência, na plasticidade da saúde, na vida em construção.

Há sim necessidade de articulação e condução da rede que está em constante movimento, atravessamento, disputas e transformação. A rede de cuidados é produzida em seu franco movimento de produção de encontros, composição e decomposição de máscaras, entre trabalhadores, usuários e gestores. Fui compreendendo os vários sentidos que passaram a percorrer meu “mar” de desejos, sensações e saberes. Entre incontáveis ensaios e experimentações pude sentir as intensidades frenéticas no corpo, nas dobras que vão se compondo, lançando-nos as descobertas, arriscando-nos em problematizar a produção cotidiana da gestão, pois a vida pulsa/vibra é nos espaços micropolíticos, na gestão peripatética, na gestão estética.

Outro aprendizado importante é que não há gestores, apoiadores ou trabalhadores prontos. Sempre, precisam estar em formação, mesmo quando parecem ter ferramentas para lidar com a diversidade na produção do encontro, pois não é possível trabalhar desse modo sem se colocar em análise, sem abrir espaço para ser um coletivo em produção.

Neste sentido dar espaço para aparecer a diferença é fundamental. A diferença é necessária na produção de um coletivo, já que ela é o fruto de composições das forças que se constituem num determinado contexto e abrir-se para a diferença implica necessariamente em se deixar afetar pelas forças em fluxo contínuo. A diferença, passa pela idéia da produção de um coletivo, não no sentido de agrupamento de pessoas, mas em uma composição de forças e como coloca Deleuze (1997) o problema coletivo, consiste em instaurar, encontrar ou reencontrar um máximo de conexões, pois as conexões são precisamente a física das relações.

Então se cada um pode ser definido por inúmeros afetos e devires, quer dizer, que cada um é, por si só, uma multiplicidade de acontecimentos que geram efeitos no coletivo. Se o devir não é atingir uma forma (identificação ou imitação), mas encontrar a zona de vizinhança, acordos, pactos, podemos ressaltar que a produção de coletivos é em ato o tempo todo uma revolução molecular.

As equipes de gestão têm instituído os colegiados de gestão, colegiado de gestão ampliado, reuniões de direção, etc. como sinônimo de coletivo de gestão, mas preciso não se satisfazer com a forma, com as agendas formais e com o discurso. Inúmeros colegiados são muito mais espaço de legitimação de tomadas de decisão do que espaços de cruzamentos e agenciamentos. Então é preciso tensionar, rasgar, abrir, porque produzir coletivo é criar algo que não está nem em um e nem no outro, mas entre os dois, mas no espaço comum, no entre-lugar.

Então, como grande aprendizagem neste processo coloco a produção de coletivos na gestão como grande desafio e complexidade de operação. Os colegiados de gestão tem sido um decalque na gestão municipal, e para buscar

linhas de fuga no modo de operá-los a questão é buscar novas territorialidades, pois creio há necessidade de desterritorialização e reterritorialização no modo de operar a gestão municipal de saúde, encontrar novos espaços e lugares. E este arranjo de constituição de apoio as equipes de saúde é uma perspectiva de reinvenção na gestão e na produção do cuidado em saúde, ou seja, buscar conduzir os grupos de trabalhadores e equipes de gestão a processos auto-analíticos. Assim se produzem novos modos de se interpretar e relacionar-se com o mundo do trabalho e do cuidado em saúde. Tratando de estabelecer fluxos de comunicação entre os diversos sujeitos presentes na cena da gestão e da produção do cuidado em saúde, usuários, gestores e trabalhadores.

ver
é dor
ouvir
é dor
ter
é dor
perder
é dor
só doer
não é dor
delícia
de experimentador

Paulo Leminski (1985)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, R. B. **Dispositivos em ação: o grupo.** SaúdeLoucura. São Paulo: Hucitec, n. 6, 1997.
- BARROS, R..B. de & PASSOS, E. **Transdisciplinaridade e Clínica.** Polígrafo. Niterói/RJ,1998.
- BADUY, R.S. **Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento.** Rio de Janeiro, 2010. Tese (Doutorado em Clínica Médica)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- BOBBIO, Norberto. **Dicionário de Política.** 5 ed. UNB: v. 2, Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – 4 ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família: trabalhos premiados/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica De Saúde Mental. **Mensagem Eletrônica Circular n. 028/2007** de 19 de dezembro de 2007 para Supervisores selecionados no edital Supervisão II. Brasília, 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. AREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL. **Mensagem Eletrônica Circular n. 028/2007** de 19 de dezembro de 2007 para Supervisores selecionados no edital Supervisão II.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde.** Brasília, 2004. 66 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise de contexto da gestão e das práticas de saúde.** Rio

de Janeiro, FIOCRUZ, 2005a, 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde.** Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005b, 104 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – prática educativas no cotidiano do trabalho em saúde.** Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005c, 61 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – integradora.** Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005d, 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **EducarSUS: notas sobre o desempenho do departamento de gestão da educação na saúde - período de fevereiro de 2004 a junho de 2005,** Brasília, 2005e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 76 p. 2006– (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada /** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.2, pp. 399-407. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2007000200016.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2007, vol.12, n.4, pp. 849-859. ISSN 1413-8123.

CAMPOS, G.W.S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p.53-92.

CAMPOS, G.W.S. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. In: Passos, Eduardo (org.) **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. / Organizado por Eduardo Passos e Regina Benevides. — Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 2 v.

CAMPOS, G.W.S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.) **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. 1 ed., São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G.W.S. **O apoio institucional e a análise de demanda em saúde**. 2001.

CAMPOS, G.W.S. **O anti-Taylor e o método Paidéia: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional**. Tese de livre-docência. Campinas/SP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP). 2000a.

CAMPOS, G.W.S. **Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos**. 1 ed. São Paulo: Hucitec. 2000b.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2000c, vol.5, n.2, pp. 219-230. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232000000200002.

CAMPOS, G.W.S. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**: v.14, n°4, Rio de Janeiro, out./dez. 1998.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: **Agir em Saúde: Um Desafio para o Público** (MERHY, E.E.; ONOCKO, R. org.), pp. 229-266, São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial. 1997.

CAMPOS, G.W.S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R.C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública** [online]. 1997, vol.13, n.1, pp. 141-144. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X1997000100025.

CAMPOS, R.O. A Gestão: Espaço de Intervenção, Análise e Especificidades Técnicas. In: CAMPOS GWS. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec; 2003; p122-

149.

CAMPOS, R.O. **Reflexões sobre o conceito de humanização**. Capturado: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=48> em 11/05/2010

CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão: trabalho médico e o programa saúde da família**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Campinas, 2003.

CECCIM, R.B. Equipe de saúde: perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3º ed. Rio de Janeiro: IMS / UERJ / ABRASCO, 2006. p. 259 – 278.

CECCIM, R.B. Equipes de Saúde: Perspectiva Entre-Disciplinar na Produção dos Atos Terapêuticos. In: Pinheiro R & Mattos RA (orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 2004, 320 p.

CECCIM, R.B.; MERHY, E.E. **A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização**. 2009.

CECCIM, R.B.; MERHY, E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface** (Botucatu) [online]. 2009, vol.13, supl.1, pp. 531-542. ISSN 1414-3283. doi: 10.1590/S1414-32832009000500006.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu) [online]. 2005, vol.9, n.16, pp. 161-168. ISSN 1414-3283. doi: 10.1590/S1414-32832005000100013.

CECILIO, L.C.O. O "Trabalhador moral" na saúde: Reflexões Sobre um conceito. **Interface** (Botucatu) [Online]. 2007, vol.11, n.22, pp. 345-351. ISSN 1414-3283. Doi: 10.1590/S1414-32832007000200012.

CECÍLIO, L. C. O. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CECILIO, L.C.O.; MENDES, T.C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde soc.** [online]. 2004, vol.13, n.2, pp. 39-55. ISSN 0104-1290. doi: 10.1590/S0104-12902004000200005.

CUNHA, G.T.; VIANNA, D.D. Uma contribuição para a co-gestão da clínica: GRUPOS BALINT PAIDÉIA. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.P. **Manual de Práticas de Atenção Básica**. 1 ed. São Paulo, HUCTEC, 2008.

CUNHA, G.T. **Roda 40 - O apoio matricial: obstáculos e potencialidades nas práticas em construção**, texto referência do 2º Seminário Nacional de Humanização, realizado em Brasília no dias 05 a 07/08/2009, capturado: <http://www.redehumanizaus.net/node/7510> em 01/04/2010.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. Orientador: Gastão Wagner de Souza Campos. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2004.

DELEUZE, G. O que é um dispositivo? In: Deleuze, G. **O mistério de Ariana**. Lisboa, Vega, 1996.

DELEUZE, G. **Nietzsche**. Lisboa: Edições 70, 1994.

DELEUZE, G. **Conversações**. Trad. Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

DELEUZE, G. **Diferença e repetição**. Tradução por Luiz Orlandi e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. v.1. São Paulo: Ed. 34, 1995a.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. v. 2. Rio de Janeiro: Ed. 34,1995.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. v. 3, Rio de Janeiro, Editora 34, 1996.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. v. 4, São Paulo: Ed. 34, 1997.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. v. 5, São Paulo: Ed. 34, 1997.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é a filosofia?** Rio de Janeiro, Editora 34, 1992.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Ed. Escuta, 1998.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. Trad. Eloisa Araújo Ribeiro, São Paulo: Escuta, 1998, 184p. Edição digital disponível na web: <http://bibliotecanomade.blogspot.com/2008/04/arquivo-para-download-dilogos-de-gilles.html>

DELEUZE, G.; GUATARI, F. **Kafka, por uma literatura menor**. Trad. Júlio Castañon Guimarães. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

DELEUZE, G. **O que é pensar?** Capturado: <http://rizomando.blogspot.com/2003/04/o-que-pensar-deleuze.html> em 18/10/2008.

DESCARTES, R. **Discurso do método**. São Paulo: Ícone, 2006.

DONNANGELO, M.C.F. **Saúde e sociedade**. 2 ed., São Paulo: Duas Cidades, 1979.

ERVEDOSA, E.N.B.; MAERSCHNER, R.L. Roda de Conversa (33): **A prática cotidiana e a função apoiadora**, texto referência do 2º Seminário Nacional de Humanização, realizado em Brasília no dias 05 a 07/08/2009, capturado: <http://www.redehumanizaus.net/node/7510> em 01/04/2010.

ESCOSSIA, L. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. **Interface** (Botucatu) [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 689-694. ISSN 1414-3283. doi: 10.1590/S1414-32832009000500019.

ESPINOSA, B. **Ética**. Trad. de Joaquim de Carvalho, Joaquim Ferreira Gomes e António Simões. Lisboa: Relógio D'Água, 1992.

FERLA, A.A. **Clínica nômade e pedagogia médica mestiça: cartografia de idéias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas**. Porto Alegre, 2002. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação: Educação em Saúde. Porto Alegre, 2002.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1838 p.

FEUERWERKER, L.C.M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002. 306 p.

FEUERWERKER, L.C.M. **A educação permanente e o SUS**. Brasília, 2004, mimeo.

FEUERWERKER, L.C.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação

do SUS. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

FEUERWERKER, L.C.M. **Campo, núcleo e residência multiprofissional em saúde: desafios para a construção de processos inovadores de formação e de produção do cuidado em saúde**. Texto produzido para a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e que foi discutido no III Seminário Nacional de Residência Multiprofissional. Brasília, 2008.

FEUERWERKER, L.C.M; MERHY, E.E. **Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado**. 2009.

FISCHER, N.B. **Ação coletiva, sujeitos e educação**. Porto Alegre: PPGEDU/UFRGS, 2000.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**: curso dado no Collège de France (1978 – 1979). Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: **Ditos e escritos V: ética, sexualidade, política**. Org. Manoel Barros da Mota. Trad. Elisa Monteiro, Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. 10 ed. Tradução por Lígia Vassallo. Petrópolis: Vozes, 2004.

FOUCAULT, M. Conversação sem complexos com um filósofo que analisa as “estruturas do poder” (1978). In: **Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber**. Org. Manoel Barros da Mota. Trad. Vera Lúcia A. Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003, p. 307

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2000.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 10ª ed, Rio de Janeiro: Graal, 1992. 295p.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**. Trad. Salma Tannus Muchail. São Paulo: M. Fontes, 1981.

FRANCO, T.B. **Processos de Trabalho e Transição Tecnológica na Saúde: um olhar a partir do Sistema Cartão Nacional de Saúde**. Tese de Doutorado apresentada na Unicamp, Campinas, 2003.

FRANCO, T. B. et al **Acolher Chapecó**. Hucitec. São Paulo. 2004.

FURTADO, Juarez Pereira e Campos, Rosana Onocko. A transposição das

políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Rev. Latinoam. Psicopat.**, ano VIII, n. 1, mar/2005 VIII, 1, 109-122.

GAUTHIER, J. O que é pesquisar – Entre Deleuze-Guattari e o candomblé, pensando mito, ciência, arte e culturas de resistência. **Educ. Soc.**, vol.20, n.69, Campinas, 1999.

GONÇALVES, R.B.M. Práticas de Saúde: processo de trabalho e necessidades. **Cadernos Cefor**, Serie textos, n. 1, 1992. 53p.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde. Características tecnológicas de Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo.** São Paulo, Hucitec ABRASCO, 1994.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo.** Petrópolis: Vozes, 7 ed., 2005.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Multidão: guerra e democracia na era do império.** Tradução: Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Record, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE. **Cidades.** Capturado: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>, em 22/01/2010

JOÃO PESSOA. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Vigilância em Saúde. **Dados epidemiológicos do município de João Pessoa/PB.** Relatório. 2005.

LEMINSKI, P. Imagem capturada 03/04/2010 em:
<http://www.elsonfroes.com.br/kamiquase/winterverno.htm>

LEMINSKI, P. **Não fosse isso e era menos; não fosse tanto e era quase.** Curitiba: ZAP, 3 ed., 1980.

LEMINSKI, P. **Caprichos & Relaxos.** São Paulo: Brasiliense, 3 ed., 1985.

LEMINSKI, P. **La vie en close.** 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 2000.

LEMINSKI, P. **Distraídos Venceremos.** São Paulo: Brasiliense, 2001.

LOUREIRO, C. **A linguagem da fotografia.** capturado no dia 19/05/2009, disponível:
<http://www.fotografiacontemporanea.com.br/v07/artigo.asp?artigoId=3334012E>

LUNARDI F.º, W.D.; LEOPARDI, M.T. **O trabalho da enfermagem: sua inserção na estrutura do trabalho geral.** Rio Grande, 1999.82p.

M ACHADO, R. **Deleuze e a Filosofia**. Graal, Rio de Janeiro, 1990: pg 66.

MERHY, EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E.; MAGALHÃES JR, H.M.; RÍMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

MERHY, E. E. **Engravidando palavras: o caso da integralidade**. In Pinheiro, R & Mattos, R. A. (orgs.). Construção social da demanda. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005, p. 195-206.

MERHY, E.E. **O Ato de Cuidar: a alma dos serviços de saúde**. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde BRASIL Projeto-Piloto da VER-SUS Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil. Brasília. 2004.

MERHY, E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B.; PERES, M.A.de A.; FOSCHIERA, M.M.P.; PANIZZI, M.(org.) **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MERHY, E.E. et al **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo, Hucitec, 2003.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo, Hucitec, 2002.

MERHY, EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE, org. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã; 1998. Pp. 121–42.

MERHY, E.E. **A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde uma Discussão do Modelo Assistencial e da Intervenção no seu Modo de Trabalhar a Assistência**. In: Emerson Elias Merhy in: Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público; Ed. Xamã; São Paulo, 1998.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e de intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MERHY, Emerson Elias e outros (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. Belo Horizonte: Xamã, 1998. p. 103-120.

MERHY, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde - um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo. In: FLEURY, S. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo, Lemos Editorial, 1997a.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In MERHY, E. E. & ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 1997b.

MERHY, E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 1997c.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In CECÍLIO, L.C.O. (org) **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo, Hucitec, 1994.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: **Leituras de novas tecnologias e saúde** / Ana Cristina de Souza Mandarino, Estélio Gomberg (org.) – São Cristóvão: Editora UFS, 2009. 285 p.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. **Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado**. 2009.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M.; CERQUEIRA, M.P. **Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado**. 2010. No prelo.

NEGRI, A. **A constituição do Comum**. Conferência Inaugural do II Seminário Internacional Capitalismo Cognitivo – Economia do Conhecimento e a Constituição do Comum. 24 e 25 de outubro de 2005, Rio de Janeiro. Organizado pela Rede Universidade Nômade e pela Rede de Informações para o Terceiro Setor (RITS).

NIETZSCHE, F. **Ecce homo**: como alguém se torna o que é. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

OJEDA, B.S.; STREY, M.N. Saberes e poderes em saúde: um olhar sobre as relações interprofissionais. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 2-8, jan./jun. 2008.

OLIVEIRA, A.M.F.; CAMPOS, G.W.S.; OLIVEIRA JÚNIOR, J.F.; FIGUEIREDO, M.D. Espirais D'Ascenso: as contribuições de Balint e da Psicologia Grupal para a potencialização do Método da Roda. In: CAMPOS, G.W.S. e

GUERRERO, A.P. **Manual de Práticas de Atenção Básica**. 1 ed. São Paulo, HUCTEC, 2008.

OLIVEIRA, G.N. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde** / Gustavo Nunes de Oliveira. Orientador: Sergio Resende Carvalho Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2007.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Proyecto Regional de Educación Permanente en Salud**. Washington, 1990. 41p.

PASSOS, E. (org.) **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. / Organizado por Eduardo Passos e Regina Benevides. — Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 2 v.

PEDUZZI, M.; CARVALHO, B.G. Mesa 22: **Arranjos e dispositivos de co-gestão: espaços coletivos e coordenação de equipes/serviços**, texto referência do 2º Seminário Nacional de Humanização, realizado em Brasília no dias 05 a 07/08/2009, capturado em 01/04/2010.

PENA, R.S. **Saúde mental atravessada: “construindo espaços de interlocução entre a queixa invisível e outras dores já instituídas”** / Ricardo Sparapan Pena. Campinas, SP: [s.n.], 2009. Orientador: Sérgio Resende Carvalho. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Anablume, 1998.

RISK, H. **Compreender Spinosa**. Petrópolis/RJ. Vozes, 2006.

ROLNIK, S. Uma ética do real. Capturado 21/01/2010 no seguinte endereço: <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/eticareal.pdf>

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

ROLNIK, S. Esquizoanálise e Antropofagia. In: ALLIEZ, Eric. (Org.) **Gilles Deleuze: uma vida filosófica**. Coordenação da tradução de Ana Lúcia de Oliveira. São Paulo: 34 Letras, 2000. (Coleção TRANS).

ROLNIK, S. À sombra da cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia. In: MAGALHÃES, Maria Cristina Rios (Org.) **Na sombra da cidade**. São Paulo: Escuta, 1995b, p. 141-170. (Ensaio)

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental da América**: produção do desejo na era da cultura industrial. São Paulo: PUC-SP, 1987. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados, Pontifícia

Universidade Católica de São Paulo.

ROLNIK, S. **Lygia Clark e o híbrido arte/clínica**. Criado em 17/11/2002. Capturado no sítio: <http://caosmose.net/suelyrolnik/textos/Artecli.doc> em 10/07/2006.

VASCONCELOS, M.F.F.; MORSCHEL, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. **Interface** (Botucatu) [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 729-738. ISSN 1414-3283. doi: 10.1590/S1414-32832009000500024.

VIRNO, Paolo. **Gramática da Multidão: Para uma Análise das Formas de Vida Contemporâneas**. Capturado no site: http://br.geocities.com/autoconvocad/gramatica_da_multidao.html no dia 26/04/2009

WEBER, M. Sociologia. São Paulo: Ática, 1991

ANEXOS