



RICARDO SPARAPAN PENA

**O APOIO INSTITUCIONAL COMO ESTRATÉGIA DE
GESTÃO EM COLETIVOS NA SAÚDE MENTAL**

CAMPINAS

2012



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas

RICARDO SPARAPAN PENA

**O APOIO INSTITUCIONAL COMO ESTRATÉGIA DE
GESTÃO EM COLETIVOS NA SAÚDE MENTAL**

Orientador: PROF. DR. SERGIO RESENDE CARVALHO

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, área de concentração em Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Este exemplar corresponde à versão final da tese defendida pelo aluno **RICARDO SPARAPAN PENA** e orientado pelo **PROF. DR. SERGIO RESENDE CARVALHO**

Assinatura do Orientador

CAMPINAS
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

P37a Pena, Ricardo Sparapan, 1977-
O apoio institucional como estratégia de gestão em coletivos na saúde mental / Ricardo Sparapan Pena. -- Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Sergio Resende Carvalho.
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde coletiva. 2. Políticas públicas de saúde. 3. Gestão em saúde. 4. Saúde mental. 5. Relações pesquisador-sujeito. I. Carvalho, Sergio Resende, 1958-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Institutional support as management strategy in collectives of mental health.

Palavras-chave em inglês:

Public health

Health public policy

Health management

Health mental

Researcher-subject relations

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Sergio Resende Carvalho [Orientador]

Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima

Maria Elizabeth Barros de Barros

Rosana Teresa Onocko Campos

Gustavo Nunes de Oliveira

Data da defesa: 19-12-2012

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

RICARDO SPARAPAN PENA

Orientador (a) PROF(A). DR(A). SERGIO RESENDE CARVALHO

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). SERGIO RESENDE CARVALHO



2. PROF(A). DR(A). ELIZABETH MARIA FREIRE DE ARAÚJO LIMA



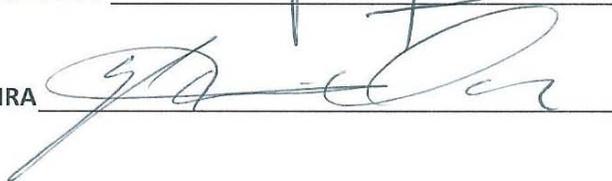
3. PROF(A). DR(A). MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS



4. PROF(A).DR(A). ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS



5. PROF(A).DR(A). GUSTAVO NUNES DE OLIVEIRA



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 19 de dezembro de 2012

Dedico este trabalho a
todos os que se atrevem a viajar pelas múltiplas linhas do cotidiano,
fazendo do pensamento uma prática de liberdade.
Seguimos juntos!

AGRADECIMENTOS

Essa é a parte que sempre considero a mais delicada, pois seria imperdoável me esquecer de alguém aqui.

Então, ao invés de simplesmente agradecer, gostaria de dizer algumas palavras para algumas pessoas que, mesmo interessadas ou não neste trabalho, fazem parte dele porque disseram sim ao exercício de fazer parte da minha vida.

À minha família, sempre agradeço por tudo. Agradeço pela aposta em me acompanhar nas minhas idas e vindas pelos mais variados territórios que habito, pelo apoio às minhas decisões, pela crença nos meus projetos e pela paciência com as minhas dúvidas.

Agradeço muito ao meu orientador, Prof. Dr. Sergio Resende Carvalho, um grande companheiro de viagens pelo SUS, pois entende esse meu 'jeito acadêmico' de escrever sobre a minha experiência no SUS. Obrigado sempre por insistir, por dizer que dá certo, por ser parceiro na escuta do meu modo de pensar.

Agradeço à Banca presente na minha defesa de doutorado pelas interlocuções constantes não apenas por ocasião da tese, mas sim por todo o percurso de aprendizado que contribuiu para a construção de um pensamento - Prof. Dr. Gustavo Nunes de Oliveira, Profa. Dra. Rosana Onocko Campos, Profa. Maria Elizabeth Barros de Barros e Profa. Dra. Elisabeth Maria Freire Araújo Lima.

Quero agradecer também à Ligia, funcionária do meu orientador, a qual sempre me ajudou a descobrir onde ele estava e também sempre me acolheu com um café delicioso;

Aos meus queridos amigos do Conexões - Sabrina Ferigato, Tadeu de Paula, Bruno Mariani, Bruna Reis, Michele Eichelberguer e Ludimila Palucci - agradeço a vocês pelo incentivo, pelas trocas teórico-práticas,

pelos almoços, pelos encontros étlicos quando possíveis, por constituírem um coletivo onde é possível viver e incertezas.

Aos meus também queridos companheiros de trabalho no Distrito de Saúde Leste - Marco Giannuzzi, Vivi Martino, Cíntia Soubia, Lina Santângelo, Beth Amstaldem, Cris Ilário, Anamaria Porzia, Clarice Scopin, Paulo Palma, Edilson Vicentin e Tânia Marcucci- muito obrigado por viajarem juntos comigo em nossas expedições territoriais.

Ao Eduardo Bueno e ao Sander Albuquerque, amigos pela vida e também pelo Distrito de Saúde Leste, eu mais que agradeço pela confiança na parceria de trabalho e nas andanças pela vida. Obrigado por comprarem comigo essa 'boa briga' no território.

A todos os trabalhadores e gestores do Distrito de Saúde Leste, sou muito grato pelo trabalho que desenvolvemos juntos e valorizo fertilidade da nossa experiência juntos.

Aos 'compas' da PNH é sempre bom dizer que o que vivemos e enfrentamos é fundamental para a construção de uma sociedade mais justa. Obrigado por tudo.

Aos amigos Ariana Campana, Cátia Paranhos e Clayton Santos eu agradeço sempre pelos muitos empurrões nos momentos mais escorregadios percorridos ao tecer este trabalho.

Aos amados Ligia Donnângelo, Patrícia Borguezan, Gilson Firmino, Ju Aleixo, Savio Garrido, Ju Faina, Lairto Tosta Jr. e Dani Benália, obrigado pelo apoio, pela boa vibração e torcida de sempre.

À grande companheira na afirmação do CAPSi como dispositivo lutas pela afirmação da saúde mental infanto-juvenil, Emelice Bagnola, eu agradeço pela força que sempre me deu para seguir em frente neste trabalho.

Aos professores, funcionários e amigos do Departamento de Saúde Coletiva da FCM/Unicamp, muito obrigado pelas trocas, pelo apoio e pela convivência nestes anos todos.

Aos meus alunos da UNESP/Assis em 2012, nas disciplinas “Políticas públicas e Movimentos Sociais” e “O Campo da Atenção Psicossocial”, obrigado por viverem comigo a experiência coletiva mais intensa destes últimos anos. Com certeza o nosso encontro modificou em muito a geografia deste doutorado.

Ao Paulo Vital, muito obrigado pelo seu companheirismo nestes quatro anos de doutorado. Saiba que sua parceria foi fundamental para que tudo corresse bem.

Para finalizar, quero agradecer a duas personagens fundamentais em minha vida - os professores Silvio Yasui e Cristina Amélia Luzio, os quais sempre disseram sim ao encontro comigo, me acolheram nas madrugadas muito quentes ou muito frias de Assis, apostaram que sempre podemos desenvolver bons trabalhos juntos e que, com certeza, continuarão muito próximos na minha jornada.

*“(...) o único proveito, dizia cá comigo,
que posso tirar do ato de escrever,
é o de ver desaparecer com isso
as vidraças que me separam do mundo”*

Henry Miller



RESUMO

Esta pesquisa busca analisar a intervenção ativada pelo Apoio Institucional para a construção de redes de produção de saúde junto às equipes que atuam nos serviços de saúde localizados no território do Distrito de Saúde Leste (DSL), órgão da Secretaria Municipal de Saúde/Campinas/SP. Podemos destacar que o trabalho dos profissionais da Saúde Mental aparece como elemento central na constituição destas redes. Frente a este quadro, o desafio encontrado pelo Apoio Institucional é desconstruir esta centralidade, problematizando a ação da Saúde Mental junto às demais áreas estratégicas, a atuação das equipes no acolhimento aos usuários, assim como a construção de projetos terapêuticos baseados na integralidade das ações em saúde. Para tanto, faz-se necessário construir coletivamente pactos de gestão que alinhem o trabalho em saúde neste território aos investimentos apontados pelas atuais políticas públicas em curso no campo da Saúde Mental, o que configura o cenário de práticas do Apoio. No curso desta intervenção, as ações operacionalizadas se dão pela presença constante do apoiador institucional nos serviços de saúde e também nos espaços coletivos de gestão do DSL, os quais se constroem cotidianamente. Para a análise da intervenção, os espaços eleitos para a construção dos diários de campo que forneceram os materiais empíricos desta pesquisa são as reuniões semanais entre trabalhadores e apoiadores da saúde mental e de outras áreas, sediadas no DSL e coordenadas pelos apoiadores institucionais ligados ao campo da Saúde Mental. A análise dos materiais produzidos nestes espaços de gestão busca compor uma cartografia do Apoio Institucional, sendo que o referencial teórico utilizado para este empreendimento cartográfico consiste na produção brasileira no campo da Saúde Coletiva, assim como no estudo da Análise Institucional e dos pensadores da diferença. A intervenção do Apoio Institucional é contínua e seus efeitos geram ações de cuidado que podem ser observadas e analisadas ao longo do tempo. Neste estudo, concentramos o trabalho de campo entre os anos de 2011 e 2012.



ABSTRACT

This research seeks to analyze the intervention enabled by Institutional Support for the construction of production networks with the health staff working in health services located within the Eastern Health District, an agency of the Municipal Health/Campinas/SP. We highlight, firstly, that the work of Mental Health's professionals appears as a central element in the formation of these networks. Facing this situation, the challenge faced by Institutional Support is to deconstruct this centrality, questioning the action of Mental Health along with other strategic areas, the teams' work hosting the users, as well the development of therapeutic projects based on completeness of shares health. Therefore, it is necessary to build collectively management pacts that align health work in this area indicated by the current investment policies in progress in the field of Mental Health, which sets the scene for the support practices. In the course of this intervention, actions occur operationalized by the constant presence of supportive institutional health services and also in collective spaces of the District, which are built daily. For the analysis of the intervention, the spaces chosen for the construction of field diaries that provided the empirical material of this study are weekly meetings between workers and supporters of mental health and other areas, based on District and coordinated by institutional supporters connected to the field of Mental Health. The analysis of the material produced on those managements spaces seeks to compose a map of Institutional Support. The theoretical basis for this venture is to produce cartographic Brazilian in the field of Health as well as the study of Institutional Analysis and Difference's thinkers. The intervention of Institutional Support is ongoing and its effects generate care actions that can be observed and analyzed over time. We concentrated our field study between the years 2011 and 2012.

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|---------------|--|
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ABI | Associação Brasileira de Imprensa |
| CAP | Caixas de Aposentadoria e Pensão |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CAPSad | Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas |
| CAPSi | Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil |
| CEB | Comunidades Eclesiais de Base |
| CEBES | Centro Brasileiro de Estudos em Saúde |
| CSM | Colegiado de Saúde Mental |
| CGSMS | Colegiado gestor da Secretaria municipal de Saúde/Campinas |
| CHOV | Complexo Hospitalar Ouro Verde |
| CPSF | Convênio PSF |
| CS | Centro de Saúde |
| CSM | Convênio Saúde Mental |
| CTSM | Câmara Técnica de Saúde Mental |
| DSL | Distrito de Saúde Leste |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |

| | |
|---------------------|---|
| IAP | Institutos de Aposentadoria e Pensão |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social |
| NAC | Núcleo de Atenção à Crise |
| NADeq | Núcleo de Atenção à Dependência Química |
| ONG | Organização Não-Governamental |
| OS | Organização Social |
| PA | Pronto Atendimento |
| PMC | Prefeitura Municipal de Campinas |
| PNH | Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS |
| PUCC | Pontifícia Universidade Católica de Campinas |
| PTS | Projeto Terapêutico Singular |
| RH | Recursos Humanos |
| SADA | Serviço de Atenção às Dificuldades de Aprendizagem |
| SES | Secretaria Estadual de Saúde |
| SESP | Serviço Especial de Saúde Pública |
| SMF/Campinas | Secretaria Municipal de Finanças/Campinas |
| SMS | Secretaria municipal de Saúde |

| | |
|---------------------|---|
| SMS/Campinas | Secretaria Municipal de Saúde/Campinas |
| SPA | Substâncias Psicoativas |
| SSCF | Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira |
| TCE | Tribunal de Contas do Estado de São Paulo |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| Unicamp | Universidade Estadual de Campinas |

| | Pág. |
|---|------|
| RESUMO | xvii |
| ABSTRACT | xxi |
| APRESENTAÇÃO - A começar por um plano: o plano-método | 37 |
| 1- CAPÍTULO 1- Narrando sobre Políticas Públicas: breves pensamentos acerca dos movimentos constituintes das políticas de saúde | 47 |
| 1.1- Políticas Públicas, Estado, Sociedade Civil e o Sistema Único de Saúde (SUS) | 49 |
| 1.2- Esfera pública e saúde no Brasil | 51 |
| 1.3- Políticas Públicas: instrumento de ação do governo? | 62 |
| 2- CAPÍTULO 2- Humanização do SUS: breve pensamento sobre a construção democrática dos modos de atenção e gestão no SUS | 73 |
| 2.1- Os projetos Em Defesa da Vida, Paidéia e da Reforma Psiquiátrica Brasileira: a construção do solo para um projeto de humanização do SUS | 75 |
| 2.2- Aportes sobre a PNH: campo variado de produções na esfera da saúde | 78 |
| 2.3- Saúde Mental e Humanização do SUS: breves cruzamentos para a construção democrática dos modos de atenção e gestão em saúde | 83 |

| | |
|---|------------|
| 2.3.1- Sobre a Saúde Mental: inclusão e cidadania..... | 83 |
| 2.3.2- Saúde Mental e Humanização: interfaces entre gestão e clínica para a produção coletiva de saúde no território..... | 86 |
| 3- CAPÍTULO 3- O Apoio Institucional como estratégia de gestão em coletivos na saúde mental..... | 95 |
| 3.1- Apoio Institucional: um pouco sobre os modos, os usos e as apostas..... | 97 |
| 3.2- Para nós, a gestão..... | 107 |
| 4- CAPÍTULO 4- O Apoio Institucional: aportes sobre o contexto de sua construção no Distrito de Saúde Leste..... | 113 |
| 4.1- Os terrenos de composição do apoio institucional - terrenos compondo-se em mim..... | 115 |
| 4.2- O Apoio Institucional e a intervenção em curso..... | 120 |
| 4.3- Apontamentos sobre a crise (?) da saúde em Campinas..... | 121 |
| 4.4- O caso da saúde mental..... | 132 |
| 5- CAPÍTULO 5- A experiência concreta do apoio institucional na rede do Distrito de Saúde Leste..... | 147 |
| 5.1- Afirmando a atenção psicossocial na política pública..... | 160 |
| 6- CAPÍTULO 6- Os aprendizados sobre o apoio institucional: algumas proposições teóricas formuladas a partir da experiência..... | 171 |
| 6.1- O apoio institucional: função fronteira e ação no coletivo..... | 173 |
| 6.2- O entre como espaço intercessor..... | 177 |

| | |
|---|------------|
| 6.3- As equipes-coletivos..... | 180 |
| 6.4- Apoio institucional: a indissociabilidade entre gestão e clínica na esfera da saúde mental..... | 184 |
| 6.5- O apoio pode ativar a inteligência coletiva..... | 193 |
| 7- CAPÍTULO 7 - De todo o aprendizado..... | 195 |
| 8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 201 |



APRESENTAÇÃO

A COMEÇAR POR UM PLANO - O Plano-Método

Se por algum lugar nos propomos a começar esta escrita, então que seja pelos possíveis, isto é, onde ela se atreve a passar. Mas, entender os planos que a percorrem não significa descrevê-los ou decifrá-los, fixando-a em sua totalidade, mas sim deixar que se esparrame por todos os lugares visitados por esta tese para que possamos entendê-la além dos muros que circundam o seu campo de experiências.

Salientamos que, por toda esta escrita, emerge o *nós*. Entendemos, concordamos, seguimos, nos alinhamos... O *nós* busca expressar o quanto as palavras que compõem este trabalho se constituem como efeitos de passagens por várias estações, nem todas aqui mencionadas, mas de igual importância para dar expressão àquilo que se quer dizer.

Sim, expressão daquilo que se quer dizer. Poderia o leitor pensar: daquilo que se quer dizer ou daquilo que o autor quer dizer? Certamente a autoria é coletiva, pois se há um sujeito-autor, aqui ele derrama, fazendo do eu o sinônimo de si, assim como de si, o equivalente ao nós. E o *nós* evoca a sua força transversal para reforçar o quanto o sujeito que escreve enuncia, através destas páginas, as experiências vividas em terrenos que provocaram e ainda provocam transformações subjetivas pela quebra de modelos instituídos de saúde, as quais compõem um mosaico de terrenos que, por mais que já tenham sido explorados, não foram/são permanentemente habitados.

Peço permissão, então, para dizer sempre junto - sempre em nós, por nós, para nós - sempre ao lado dos que me acompanharam neste processo investigativo, e não dizer nada sozinho, trabalhando melhor essa ideia de terrenos não completamente habitados, a qual nos remete à função da escrita.

Deleuze, em *Crítica e Clínica* (1997) nos ensina que “escrever é um caso de devir sempre inacabado, sempre em via de fazer-se, e que extravasa qualquer matéria vivível ou vivida” (p.11). Embarcados na fluidez da ideia

deleuziana, sentimo-nos convidados a pegar carona em seu pensamento e refletir sobre quais são e como se engendram os terrenos a que nos referimos.

A escrita que nos mobiliza apresenta-se em sua função constituidora de mundos, de realidades, misturando-se ao corpo para criar, com ele, uma máquina de produção de outras realidades.

Assim, faz-se em nós a compreensão de que a produção subjetiva, ativada pela inscrição da escrita no corpo, nos serve para constituir os terrenos que não são completamente e permanentemente habitados por nós. Isso significa dizer que nos lançamos ao desafio de, através de uma escrita que busca cartografar por qual ou quais planos inventamos o apoio institucional, buscamos analisar ‘o como’ ou ‘os modos’ em que o apoio se fez presente, tornar público quais os terrenos que habitamos e o que transformamos em suas geografias.

O ato de cartografar relaciona-se intimamente com o acompanhamento de processos, com a investigação de linhas e fluxos que se cruzam para conferir formas e forças aos acontecimentos, produzindo, segundo Ferigato e Carvalho (2011), mundos e realidades.

Sobre a cartografia como método de pesquisa qualitativa, Ferigato e Carvalho nos colocam que ela

“(…) nos indica um procedimento de análise a partir do qual a realidade a ser estudada está em constante transformação e movimento, uma realidade composta por diferentes narrativas, contextos e linhas de força a serem consideradas em sua complexidade e singularidade. A transformação da realidade, aqui referida, também ocorre a partir do próprio observador e das interferências da pesquisa no universo real, o que implica o pesquisador com o campo problemático na transformação de si, do objeto e de seu contexto, conferindo ao trabalho da pesquisa seu caráter intrínseco de intervenção, como já nos indicava. Lourau (2004)”. (p. 667)

Afirmando a cartografia como atitude metodológica, os autores contribuem a partir da função que ela opera, no contexto brasileiro, nos apontando a sua ação inventiva de estratégias e dispositivos tanto para a atuação em pesquisa, como também para as práticas em saúde. Reconhecem na leitura de várias produções parceiras em sentido metodológico, que as configurações de produção subjetiva compõem-se por agenciamentos entre usuários, trabalhadores, práticas, territórios, sendo que a cartografia, neste emaranhado de modos de funcionar que envolvem sujeitos, discursos e práticas, interessa-se pelas

“relações de força e as forças liberadas nessas relações (...), [pelos] “enunciados que regem essas forças e as colocam em funcionamento, [pelos] valores produzidos a partir delas, [o] que permite [ao] sujeito relacionar-se consigo mesmo e com os outros (...)”. (p. 670)

Para acessar, então, este plano de agenciamentos, se fazem presentes neste procedimento investigativo o pesquisador, também apoiador, seu orientador, os apoiadores institucionais, trabalhadores e gestores das unidades de saúde do Distrito de Saúde Leste (DSL) - Secretaria municipal de Saúde/Campinas/SP, os quais se organizaram em reuniões semanais na sede do DSL, coordenadas pelos apoiadores institucionais para promover discussões sobre as práticas clínicas e de gestão no campo da saúde mental.

O traçado da investigação acompanhou a ação do apoio institucional nestes encontros, nos anos de 2011 e 2012, o que deu contorno aos terrenos da pesquisa e produzindo, por meio dos diários de campo (Lourau, 2004; Azevedo & Carvalho, 2009) e da inserção do apoiador nos serviços de saúde do DSL - comumente conhecido como ‘a Leste’, os registros intensivos destes momentos coletivos de problematização/gestão dos modos como inventamos as ações de apoio às políticas de saúde mental no território.

Sobre os diários de campo, estes se fizeram companheiros pelos encontros ao passo em que sustentavam registros de intensidades. Seguindo na linha de Azevedo e Carvalho, (2009), ao discorrerem sobre a prática diarística em pesquisa a partir das contribuições de Lourau e de outros autores, os mesmos nos ensinam que os diários de campo podem servir como ferramentas para as quais são possíveis diversos usos. Porém, dentre várias, formas nos conectamos aos diários como instrumentos de intervenção, de inclusão dos sujeitos envolvidos com a investigação e análise coletiva do que se produz nos terrenos pelos quais circulamos. Aprofundando, os autores o vinculam ao exercício da escrita a um devir em passagem, como já mencionado acima e referido à Deleuze, onde, em nosso entendimento, os registros compõem marcas importantes do que ali se passou, de quais forças e fluxos se agenciaram para forjar a realidade experimentada.

Deste modo, por entre as linhas dos diários, as falas dos sujeitos, os arranjos políticos e as múltiplas implicações que sustentaram a produção de saúde no DSL, buscamos mapear por quais caminhos nos arriscamos a tomar por devir a própria função apoio, afirmando este trabalho em uma ‘forma’ pesquisa e uma ‘força’ devir que pode nos auxiliar a multiplicar as vozes que o compõem: uma pesquisa qualitativa, a qual ensejando dizer sobre algo, revelar experiências, analisá-las em sua força disruptiva para transformar práticas e saberes em saúde, busca se fazer cartografia como um *ethos* para afirmar as vocalidades que se combinam no apoio institucional.

Em seu mapa investigativo, a pesquisa é efeito do percurso por terrenos não completamente habitados, pois constitui recortes de várias passagens por onde um apoiador se arriscou em encontros com parceiros e também com desconhecidos. Não tem um início específico. Não é possível demarcar que esta pesquisa se inicia com o doutorado; não é possível afirmar que ela constitui apenas produção acadêmica, não é possível localizar com exatidão aonde o apoiador, o qual se compõe assim coletivamente, vê-se convocado a encarnar o *nós* como veículo de uma fala que é coletiva.

Consideramos possível afirmá-la como intervenção, pesquisa-intervenção, pensando-a a partir da produção de tensões em um plano de transformações subjetivas e seus efeitos geradores de novas explicações sobre a experiência de viver a construção do comum. Buscamos, então, nas próximas linhas, analisar como se dão e o que se passa nas relações entre os processos de trabalho e os atores que o operam, isto é, como acessar o plano-método desta investigação.

Chamamos este modo pretensiosamente cartográfico de pesquisa como plano-método para marcar uma distinção entre o campo das práticas e o plano de análise. Motivados pelas colocações de Passos e Barros (2000) acerca da destituição da noção de campo na pesquisa, nos utilizamos do pensamento dos autores como intercessor para provocar um ponto de virada no modo como essa pesquisa se desenha.

Em concordância com os autores, buscamos o tempo todo nos agenciar, por mais terrenos que esta pesquisa possa ter perseguido, com as possibilidades de provocar novas relações entre sujeitos e objeto de pesquisa, não os distinguindo e nem preservando suas identidades para diagnosticar o modo como se relacionam.

Entre os diversos pensamentos e usos do apoio institucional neste trabalho, podemos afirmar que nos atravessamos por todos os que foram mencionados porque reconhecemos a nossa participação na construção de seus modos de operar. Pesquisar o apoio, com esta implicação, significa alcançar um plano aonde é possível mapear por quais vias e de que jeitos teoria e prática não se apresentam como realidades distintas e anteriormente dadas à pesquisa, mas coemergem a partir dos efeitos disparados na relação entre os sujeitos de pesquisa, a intervenção operada pelo apoio e as práticas em saúde.

Assim, atravessados por Barros e Passos (2000), entendemos que a pesquisa agencia a invenção do sujeito e do objeto, não os tomando como ponto de partida para o ato investigativo, mas como produção das forças e fluxos

presentes nos corpos e territórios em pesquisa. Temos, então, um estado transitório de mobilização de forças: estamos em pesquisa, sendo que se a pesquisa opera fazendo surgir simultaneamente a problemática, o sujeito, o objeto e a produção de novas instituições a partir da desconstrução das que já cristalizadas, então a pesquisa e intervenção se coengendram.

E, em pesquisa-intervenção, a noção de campo, não se sustenta por estabelecer, segundo os autores, a separação entre sujeito e objeto, demarcando inclusive os seus limites, pois a noção de campo preserva a produção de recortes específicos que definem a extensão de alcance da pesquisa, isto é, abortam o seu funcionamento conectivo, rizomático.

Mas, somente a partir da compreensão de intervenção como investigação é que também se coloca em análise o campo onde ela opera. Isto faz com que o campo de pesquisa-intervenção não se descole do campo de análise autorizando-nos a atuar de forma transversal para fazer variar este campo.

Já colocada a noção de intervenção produtora de comuns e com a qual nos conectamos nesta pesquisa, entendemos a partir de uma multiplicidade de leituras e pensamentos que a intervenção analisa e dá visibilidade ao próprio processo de institucionalização (Passos e Barros, 2009) dos termos e das práticas. Assim, esta operação de desconstrução do instituído para a emergência do instituinte e de possíveis outras institucionalidades se dá, segundo Passos e Barros, em um plano de experimentações.

Para nós, a pesquisa opera em plano analítico de produção de metodologias, realidades, termos, e não o contrário. Um plano-método, assim como entendemos com Passos, Kastrup e Escóssia (2009), que a produção das análises acerca da intervenção opera a destituição do primado da meta, afirmando o caminhar da pesquisa como foco da intervenção.

Construímos, como objetivo de pesquisa, aquilo que poderia caber a este processo investigativo, afirmando que não podemos garantir que estes objetivos se mantenham intactos nas linhas analisadas, o que nos alegra perante a possibilidade de abrir novos diálogos com a academia.

Então, como objetivo de pesquisa, temos o desejo de analisar a intervenção do apoio Institucional enquanto estratégia de gestão em coletivos, junto às equipes de saúde do DSL, especificamente no plano das práticas em saúde mental e, concomitantemente, mapear como se processa a produção de conhecimentos acerca da saúde mental, posicionando-nos por dentro das práticas operadas pelas equipes de saúde para a construção de redes de saúde mental no território/terreno mencionado.

Assim, consideramos necessário apresentar certo caminho escolhido para facilitar a leitura dos interessados, trazendo no primeiro capítulo um breve histórico da constituição das políticas de saúde no Brasil, pautadas pela relação entre a sociedade civil e o Estado.

O segundo capítulo aborda as interfaces entre a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS (PNH) e a Política Nacional de Saúde Mental, buscando tecer algumas leituras decorrentes da experiência nos planos da clínica e da gestão. Já o quarto e o quinto capítulos, totalmente efeitos das práticas no território do Distrito de Saúde Leste, busca mapear o plano de atuação dos apoiadores institucionais no período em que esta tese se recorta no tempo.

O sexto capítulo busca trazer, de forma teórico-analítica os aprendizados desta experiência de apoio, apresentando um pensamento atravessado por autores que contribuem para a desconstrução das certezas que poderíamos ter sobre o apoio, assim como nos leva para a introdução a novas ideias que emergem deste plano de práticas.

O sétimo capítulo apresenta uma breve conclusão sobre este processo de pesquisa-apoio.

Assim, podemos agora adentrar esta experiência nada simples para quem se aventurou a contá-la, mas com a clareza de que múltiplas vozes com ela compõem.

Boa leitura!

1- CAPÍTULO 1

**Narrando sobre Políticas Públicas: Breves
pensamentos acerca dos movimentos
constituintes das políticas de saúde**

Narrando sobre Políticas Públicas: Breves pensamentos acerca dos movimentos constituintes das políticas de saúde

1.1- Políticas Públicas, Estado, Sociedade Civil e o Sistema Único de Saúde (SUS)

A partir de meados dos anos 70 e nos anos 80, alguns setores da população brasileira ligados aos movimentos de redemocratização do país alavancaram uma série de movimentos sociais, os quais buscavam o reconhecimento de direitos através da formulação de políticas públicas afirmativas do exercício da cidadania.

A saúde, como direito de todos e dever do Estado, é uma conquista social que se dá como efeito das lutas que se concretizaram ao longo dos anos pós-ditadura militar. A participação social surge como ferramenta de composição entre os interesses da sociedade civil e as ações de governo.

A criação do Sistema Único de Saúde faz parte deste contexto de iniciativas inscritas na história de redemocratização do Brasil, no qual vivenciamos a resistência ao modelo de ditadura imposto ao país através pluralidade dos movimentos sociais, populares e culturais, vistos pelo governo militar, num primeiro momento, como desdobramentos da ação comunista, já que aos militares, o que interessava era subsidiar a entrada do liberalismo econômico no país.

O processo de abertura política também se caracterizou pela falência das formas de controle centradas nos modos de produção da economia brasileira. A interferência do Estado nos processos econômicos e políticos durante o milagre

econômico, no período da ditadura, não se sustentou a partir dos anos 70 frente à crise econômico-financeira do regime e às demandas das novas elites, dos setores médios e, em particular, dos trabalhadores da base da pirâmide, cabendo especial destaque ao operariado urbano que, alavancado pela migração de trabalhadores do campo para a cidade, reordenam a ocupação das cidades mais desenvolvidas, chegando a estes centros urbanos num cenário ausente de políticas públicas.

Assim, na esfera dos acontecimentos que marcam os anos 1970 e 1980 como palco das transformações que culminam na redemocratização do país, a abertura política gradativa se conforma como um movimento que revela como a ação militar gerou a própria base de sua dissolução como governo, pois provocou a oposição entre a centralidade do governo militar e a multiplicidade de interesses da sociedade civil, o que também tem como efeito a instalação de um campo de negociações para o fortalecimento dos partidos políticos como instâncias representativas da democracia.

Então, no bojo das ações de movimentos como a luta sindical, movimentos pela melhoria das condições de saúde, educação, de transporte, da resposta cultural dada à ditadura em distintos campos das artes e, fundamentalmente, de reivindicação da democracia como as Diretas Já, a Reforma Sanitária posiciona-se como mais um vetor de transformação das práticas de construção social no Brasil.

Podemos entendê-la como um projeto que, em consonância com a efervescência sociocultural instalada no circuito de redemocratização do país, significa aquilo que Dagnino et al, (1999) através da leitura de Hannah Arendt, denominam como a invenção do “direito a ter direitos”. A Reforma Sanitária, que tem no SUS o efeito da luta pela conquista da atenção à saúde como um direito de cidadania, coloca em questão a excessiva privatização do sistema de saúde estimulada por políticas públicas residuais que buscavam fortalecer o setor privado de prestação de serviços e, não menos importante, por políticas

meritocráticas que historicamente se configuraram no Brasil através, entre outros, dos IAPs da década de 30, INSS na década de 60 e, nos anos 70, o INAMPS.

A construção do direito à saúde como direito dos cidadãos brasileiros, sua inscrição no campo das políticas sociais e sua efetivação enquanto política pública, através do SUS, surge como prática social na esfera de redemocratização do país no período pós-ditadura, expressando mais um dos tantos aspectos que reconfiguram uma nova relação entre Estado e sociedade civil.

Podemos, assim, pensar alguns aspectos desta relação em seu contexto histórico.

1.2- Esfera pública e saúde no Brasil

De acordo com Dagnino et al (1999), a sociedade civil brasileira passa por reformulações ao longo da história das lutas políticas e sociais no país. Os autores consideram que, no período anterior aos anos 1970, as concepções hegemônicas no campo progressista são marcadas pela perspectiva marxista sobre a sociedade de classes. Nesta concepção, a classe operária é tomada como protagonista das ações de transformação social, minimizando, em geral, o potencial papel de questionamento do *status quo* de outros setores sociais.

Observando a construção da esfera pública no Brasil a partir da década de 70 e buscando relacioná-la com a constituição da sociedade civil brasileira, constatamos que a democracia toma novos impulsos e sentidos. Mais do que a conquista de direitos formais, tratava-se de afirmar o componente social e ampliar o sentido da participação e da representação democráticas, buscando dar-lhes conteúdos substanciais que ampliassem seus sentidos.

Por este ângulo, o fomento aos espaços públicos como instâncias de tomada de decisões políticas torna-se um modo de questionar a ação governamental hegemônica, assim como afirmar um novo modo de fazer política

que ampliasse a participação de distintos setores da sociedade civil, os quais buscavam afirmar seus interesses. Assim, as experiências de constituição dos espaços coletivos de discussão e tomada de decisões são importantes para a formulação de políticas públicas que combatam a exclusão social. A ampliação da participação social a partir da mudança de sua natureza passa, a partir da década de 70, a constituir-se como elemento central para a consolidação dos direitos, sustentando novos arranjos e dispositivos de mediação de conflitos entre Estado e sociedade civil.

Procura-se, assim, romper com a tradição patrimonialista, autoritária e clientelista que caracteriza a história política brasileira desde a existência do país como nação.

Observamos já no governo Vargas que as elites políticas e econômicas têm um forte papel na conformação da sociedade civil, cooptando e, até certo ponto, direcionando os interesses de distintos setores sociais através de práticas meritocráticas e clientelistas. A intervenção do Estado na economia modula e induz de maneira importante à conformação de uma determinada sociedade civil com limitada autonomia de afirmação e reivindicação de direitos. Estamos aqui na passagem da política do café com leite para a industrialização do país. A cidadania aqui se afirma pela formação do público cliente do Estado, isto é, configura-se, através do termo cunhado por Santos (1987) como uma “cidadania regulada”, na qual os direitos sociais funcionam como ferramentas de controle do Estado populista.

Neste período, podemos constatar, na saúde, que a criação dos IAP (Institutos de Aposentadoria e Pensão) em substituição às CAP (Caixas de Aposentadoria e Pensão), de 1923, fomentou a base da atenção médico-previdenciária com fortes interesses privatistas, os quais possibilitavam o atendimento em saúde à apenas uma parcela de trabalhadores, reforçando o modelo de desenvolvimento capitalista ligado aos interesses populistas.

A saúde se conformava, neste período da história, como um direito apenas do cidadão contribuinte com a previdência social. Segundo Luz (1991),

“Tais institutos (os IAPs) foram criados por Getúlio Vargas ao longo dos anos 30, favorecendo as camadas de trabalhadores urbanos mais aguerridas em seus sindicatos e mais fundamentais para a economia agroexportadora até então dominante. Ferroviários, empregados do comércio, bancários, marítimos, estivadores e funcionários públicos foram algumas categorias assalariadas favorecidas pela criação de institutos. Todas constituíam pontes com o mundo urbano industrial em ascensão na economia e na sociedade brasileiras de então”.
(p. 79)

Brasileiros que não compunham esta parcela de empregados formais eram atendidos, em paralelo, pelo sistema privado através de pagamento direto e, no caso da grande maioria, pela assistência filantrópica e pelo incipiente sistema estatal de atenção à saúde, como por exemplo, pelos serviços ligados à Fundação SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), a qual concentrava os dispensários de tuberculose, leprosários, etc.

É interessante observar que as políticas de saúde, limitadas no que se referem às possibilidades universalistas e redistributistas, não deixaram de ter importância junto aos governos desenvolvimentistas das décadas de 30 a 60. Além de constituírem-se também como mecanismos de cooptação de determinados setores sociais - trabalhadores formais - e de cumprir papel importante na manutenção da capacidade produtiva dos trabalhadores, as ações de saúde respondiam direta ou diretamente aos distintos interesses do capital. Fato observável, por exemplo, no modelo campanhista, cujas ações respondiam às demandas que, antes de sociais, se configuravam como econômicas. A criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) nos anos 40, em uma ação conjunta com o governo americano, serviu igualmente aos

interesses de expansão econômica do Estado brasileiro tendo como objeto a assistência à saúde de seringueiros, mineradores e trabalhadores rurais em regiões que o Estado brasileiro elegia como prioritárias para a expansão econômica em curso.

Vivenciamos com o populismo um exercício de democracia representativa que, por meio das reformas trabalhistas, favorecia o operário garantindo-lhe direitos que mediavam a relação entre patrões e empregados, mas não constituíam políticas públicas que priorizassem a população que se encontrava distante do trabalho assalariado - até mesmo algumas categorias de trabalhadores não eram atendidas pelos IAP.

O populismo, então, se caracterizou pelo exercício do controle político e estatal, com o governo centralizando ações para o desenvolvimento econômico e com baixo investimento em políticas sociais, atuando expressivamente com base nas relações clientelistas até o golpe militar de 1964, o qual reconfigurou todas as relações entre Estado e sociedade. Isto não significou, importante observar, que no período não tenham ocorrido avanços sócio-democráticos se comparado com o período prévios aos anos 30 e, em especial, àquele que lhe sucedeu entre 64 e 85 que foi marcado pelo estado de excesso, falta de liberdades e agudização das diferenças socioeconômicas no interior da sociedade brasileira.

Estas tendências, destacamos, não são imunes às disputas sociopolíticas. No início da década de 60 estas disputas serão exacerbadas a partir de interesses conflitantes de setores nacionais desenvolvimentistas progressistas e setores conservadores.

Na saúde isto se manifesta, entre outros, pelos conteúdos dos projetos em disputas. Do ponto de vista dos setores progressistas, que serão derrotados com a instalação do Estado de excesso no pós 1º de abril de 1964, vale a pena mencionar a configuração de um projeto que, sob os auspícios de sanitaristas como Mário Magalhães, preconizaram, em 1963, junto à 3ª Conferência Nacional de Saúde, a constituição de um Sistema de Saúde público que incorporava

elementos fundamentais ao que seria, nos anos 90, o Sistema Único de Saúde: unidades próprias, descentralização da saúde, sistema interfederativo e fortalecimento do componente municipalista na prestação de serviços.

Porém, com o golpe militar de 1964, toda e qualquer ideia que levasse à Reforma Sanitária foi subsumida pelos interesses e vetores de forças que sustentaram a longa noite do regime ditatorial em nosso país.

Neste contexto, ocorre por um lado a o aumento da cobertura através da expansão da assistência hospitalar, prontos-socorros e distintos centros especializados que tinham no início, como objeto, os trabalhadores com carteira assinada incluindo, progressivamente, outros setores sociais como domésticos e trabalhadores do campo.

Nesta década, temos a atuação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e, posteriormente, do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) como organizadores da atenção médico-previdenciária que dava sustentação a um modelo de saúde que, mesmo com a presença de unidades próprias que prestavam atendimento à população excluída do mercado de trabalho (vacinação, ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos), privilegiava a atenção especializada. A expansão do complexo médico hospitalar privado, da medicina supletiva e do papel “público privatista” do INAMPS na regulação e indução de um modelo médico centrado e fragmentado de prestação de cuidado à saúde, constitui uma marca e essência do projeto de saúde entre os anos de 1964 a 1984.

Entre os anos 1970 e 1980, no contexto de reação à ditadura expressa nas lutas pela redemocratização do Brasil, testemunhamos a ação dos Novos Movimentos Sociais (Gohn, 2004) como protagonistas para a consolidação da saúde como direito, assim também como a luta por outros direitos sociais. Os Novos Movimentos Sociais (NMS), para Gohn (2004), não se caracterizam unicamente como frentes de plena oposição ao Estado, mas, a partir da heterogeneidade de interesses que dão sentido às lutas pela construção de

direitos, compondo formas de se organizar que não correspondem à sociedade de classes balizadas dentro do pensamento marxista.

Neste momento histórico, a autonomia surge como a categoria chave para a afirmação da sociedade civil, para o embate contra os modos privatistas de gerenciamento das relações entre Estado e sociedade, pela conquista e reconhecimento dos direitos. O espaço público passa a ser reivindicado como prática do diálogo, dos debates, da proposição de ações e da abertura para novas agendas políticas.

Dentro das ações de abertura para a pluralidade das relações entre grupos de interesse e governo, vale destacar que a Educação Popular, ativada e difundida no Brasil por atores ligados às ideias de Paulo Freire, e também base de sustentação da atuação das Comunidades Eclesiais de Base e de outras formas de organização popular, partidária e sindical, tem nas insígnias da aprendizagem significativa, da construção argumentativa, da equivalência entre educando e educador e da relação dialógica uma importantíssima contribuição para a construção das práticas saúde, pois valoriza a singularidade regional e a experiência popular nos modos de cuidar.

Assim, os Novos Movimentos Sociais agregam a construção da autonomia e o pluralismo de interesses como características fundamentais e, segundo Gonh (2004), imprimem à esfera pública um tom debatedor das ideias, de organização coletiva contra a ditadura e o abafamento da multiplicidade social. Evidencia-se, neste momento, a figura do ator social - o negro, a mulher, o trabalhador, o educador, entre outros, afirmando o pluralismo de interesses em direção à construção de uma sociedade que se organiza para compor com as decisões políticas no país, agora já não mais definidas unicamente pelas ações do governo.

Por isso, é importante destacar que os anos 1970 e 1980 são o marco das organizações civis no Brasil. O associativismo como o ato de filiação a estas organizações caracteriza a luta contra um Estado ditatorial e a oposição a este,

dentro da legalidade. A atuação das Comunidades Eclesiais de Base (CEB) e o questionamento acerca autoridade religiosa, das Pastorais da Saúde, responsáveis pelo combate à desnutrição e à mortalidade infantil, assim como as denúncias de violações de direitos humanos feitas pela Associação Brasileira de Imprensa (ABI), pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e por setores progressistas da igreja católica compõem movimentos que acirram a disputa pelo direito de participar da construção de um sistema democrático que assegura os direitos dos cidadãos (Gohn, 2004).

Os movimentos populares e também os universais (feministas, homossexuais, ecologistas, de igualdade social e etc.) passam a ter mais ênfase na relação direta com a organização da sociedade civil. As mobilizações de militantes dos interesses coletivos expressam as lutas pela conquista de direitos sociais. Figuram aqui os movimentos populares que atuaram nas ruas e se organizaram em associações e sindicatos para a reivindicação de seus direitos. Os movimentos de associações de moradores em atuação conjunta com as comunidades de base organizaram-se para defender interesses pela melhoria das condições de moradia, transporte, saneamento, educação. O movimento sindical e as greves no ABC Paulista, em resistência ao arrocho salarial e ao controle da atuação sindical, fortaleceram a oposição ao regime militar.

O protagonismo e a invenção dos direitos, como características de expressão de interesses singulares de determinados grupos, são as marcas de afirmação do poder popular, da democracia que se alicerça nas bases e da luta contra o poder decisório do Estado. Os Novos Movimentos Sociais são fundamentais na reorganização da sociedade civil, pois afirmam em cena as bases populares e o seu papel ativo na luta por direitos. Assim, a sociedade de classes e a categoria proletariado deixam de ser a principal explicação para o que seria a sociedade civil antes do período de contraposição à ditadura, de redemocratização do Brasil.

A política, neste momento, se fortalece com a ação de grupos interessados em pluralizar as características da sociedade brasileira. O movimento das Diretas Já é influenciado pelos movimentos progressistas aqui citados, os quais disputavam o sentido das transformações sociais em detrimento dos interesses liberais conservadores, os quais já vinham se descolando do projeto ditatorial. Na medida em que a ditadura é pressionada pela retomada do exercício do voto, para uma inscrição do cidadão na esfera política também por meio da representação direta e da ativação da participação popular na decisão dos rumos das políticas sociais, segundo Gohn (2004), ocorre a constituição de novas sociabilidades, de outros modos de fazer gestão pública.

A Constituição Federal de 1988 responde a estes interesses em disputa, estando nela presentes partes dos projetos derivados dos movimentos sociais que se constituíram nos anos anteriores. No capítulo saúde, por exemplo, afirma-se, o que não é pouco, “a Saúde como direito de todos e dever do Estado”.

Com a chegada dos anos 1990, os tempos são marcados pela onda da globalização e, em especial, pela penetração do ideário neoliberal e de suas tecnologias sociais junto a distintos aspectos da vida social: macroeconômico, social, cultural e político. No Brasil, observamos uma crise dos movimentos sociais, caracterizada por Gohn (2004) pela gradativa redução do espontaneísmo que afirma a singularidade do ator social, assim como uma redução do poder popular. Do ponto de vista político-partidário a derrota dos setores progressistas nas eleições de 1989 e a presença de governos aderentes ao ideário neoliberal até o início do século XXI constituem um cenário que trará para o setor saúde enormes desafios.

Carvalho (2009) ao buscar refletir sobre a penetração do ideário e das políticas neoliberais no Brasil a partir da leitura de autores como Foucault, Lazzarato e Deleuze afirma que

“Esse ideário [neoliberal] propõe como alternativa, um novo padrão de organização estatal que tem como objetivo garantir o livre jogo do mercado e a acumulação do capital, estimulando para isto,

políticas fiscais que limitam os dispêndios sociais e que beneficiam, em última instância, setores localizados no topo da pirâmide social. O Estado que se busca estruturar tem a pretensão de ser uma espécie de “Estado-empresário” (Fiori, 1994) enxuto, eficaz, livre das amarras da prestação de serviços e do peso das burocracias. Paralelo a estas medidas o projeto neoliberal manifesta a intenção de corrigir o que ele denomina de disfunções burocráticas propondo, para tanto, a implementação de um modelo de administração gerencial em que busca transpor para o setor público práticas bem-sucedidas da administração de empresas. A venda do patrimônio público e a concessão de serviços à iniciativa privada são, igualmente, estratégias centrais ao referido projeto”. (p.24)

O autor destaca, nas suas reflexões, que estas políticas macro-governamentais se efetuam a partir, e ao mesmo tempo - como em uma dobra de Moebius, diríamos - de movimentos micropolíticos que produzem determinados modos de viver a vida, movimentos que induzem uma produção subjetiva que incitam condutas e escolhas - o consumismo, a competição, o homem como empresário de si mesmo - o qual induz e fortalece a ordem capitalista. Vetores de força e linhas de subjetivação presentes na esfera micropolítica das relações sociais produzem, em última instância, corpos individuais e coletivos e, inclusive, modos de desejar e pensar.

Assim, em concordância com este autor, não haveria dissociação entre o que acontece em nível molar e molecular, pois se o Estado enxuga a sua máquina e se reduz sua participação na formulação e sustentação de políticas sociais, o indivíduo, através de suas ações pautadas pelo princípio da competição, empreendedorismo e fomento da desigualdade como um motor de produção de vida em sociedade, produz e é produzido pelo capital e pelo modelo de Estado que nele se faz presente. Em um aparente paradoxo, no capitalismo observamos, cada vez mais, indivíduos autônomos para inventar uma vida cujo sentido e

substância são determinados e limitados pelos valores que constitui o ideário neoliberal.

Nas palavras de Carvalho (2009)

(...) o que “o capital faz funcionar é uma máquina axiomática, combinando os mais diferentes fluxos sociais, desejantes, culturais, afetivos, em prol de sua acumulação e de sua expansão”. Este funcionamento se dá, em especial, no plano molecular, no qual não se têm sujeito e objeto constituídos, mas potências e linhas de subjetivação. Esta produção molecular não se dissocia de suas atualizações molares agenciadas em corpos, expressões e estados de corpos (Neves & Massaro, 2009). Isto resulta, para o que nos interessa, na produção em nossas sociedades de sujeitos-cidadãos dóceis e integrados ao *status quo* Sujeitos que, em última instância, são expressão momentâneas de um plano de relações entre modos de subjetivação. (p. 26)

Assim, o neoliberalismo não se resume apenas à regulação do mercado e a privatização dos bens públicos, até mesmo porque não sustentamos uma explicação para os atuais modos de produção de subjetividades excluída dos efeitos do capital na sociedade. Vemos, com isso, que a produção de mercadorias e bens de consumo também se agrega a uma vida que não se tece distante da lógica do mercado.

Bem, se os modos de desejar e sentir podem se confundir com os conteúdos das embalagens e dos códigos de barra, como preconiza a lógica do mercado livre, o que acontece com aqueles que não desejam como manda o mercado, que não conseguiram acessar os meios de produção para a própria subsistência, ou seja, o que acontece com o desempregado, com o dito desqualificado, com o não economicamente ativo, com o louco, com o marginalizado?

Constatamos, com a chegada dos anos 90, que estes personagens reais agora se tornam o principal público da filantropia e das ações solidárias de organizações civis representantes das políticas sociais, pois ao Estado mínimo cabe, neste momento, 'compartilhar' com a comunidade a gestão dos recursos sociais necessários à população.

Então, temos com os anos 1990 o fortalecimento do terceiro setor como estratégia de transferência de responsabilidade de ações que deveriam ser desempenhadas pelo Estado, mas que são atribuídas agora à sociedade civil organizada. Não podemos deixar de pontuar o quanto os modos de cuidar operados pela terceirização de serviços podem se desviar dos objetivos das políticas sociais, pois abrem caminho para que os interesses privados sejam defendidos em nome de certos bens que são ofertados ao público. Bens, como por ex., a saúde.

As ONGs, neste período em que surgem no Brasil, podem ser vistas como braços do Estado que funcionam mediando a relação entre o próprio Estado e o mercado. Algumas asseguram direitos civis, outras supostamente o fazem, pois todas coexistem com o jogo estabelecido pelo mercado. O Estado então passa a financiar ações sociais através de organizações que não se sentem obrigadas a alinhar a gestão de programas sociais com as diretrizes nacionais estabelecidas para estes programas. A roupagem solidária de atuação destes serviços pode afirmar a terceirização como a alternativa viável para assegurar os direitos da população. Mas, o principal aspecto que fortalece a existência de serviços terceirizados é a privatização dos modos de produção de vida e de subjetividades.

Nada distante deste contexto, o SUS nasce como política pública, sendo garantido por lei, porém ainda driblando os resquícios da meritocracia característica do populismo, das práticas patrimonialistas, privatistas, autoritárias, assim como num cenário de práticas neoliberais de regulação da vida, as quais também objetivam transformar a saúde em bem de consumo.

Passemos, então, para uma breve discussão sobre políticas públicas e a interferência do neoliberalismo na saúde e na gestão da vida em sociedade.

1.3- Políticas Públicas: instrumento de ação do governo?

Falemos um pouco sobre políticas públicas para embasar melhor o que queremos discutir.

Para sustentar a proximidade deste trabalho com a esfera das políticas públicas, consideramos necessário pontuar que nossa reflexão se inicia pautada por duas contribuições sobre a relação entre Estado, governo, sociedade e política pública.

A primeira é de Souza (2006), quando realiza uma consistente revisão literária sobre a multiplicidade de concepções de política pública na literatura clássica e mais recente, e a segunda, de Höfling (2001) sobre Estado e políticas sociais, na qual destaca que a formulação e execução de ações em âmbito social é função exercida pelo Estado através das instituições que compõem o governo, sempre em contraponto com os interesses da sociedade civil.

Mais adiante, procuraremos problematizar a condução das políticas públicas por meio das ações de governo - políticas públicas como políticas de governo - nos direcionando para o protagonismo dos atores sociais na constituição de políticas públicas como a experiência de constituição do comum¹.

Dando continuidade à discussão, a segunda contribuição que apontamos é a de Höfling (2001), a qual denomina o Estado como a presença das instituições que constituem o governo, como por ex., o exército, os órgãos legislativos, os tribunais e etc.. Neste mesmo trabalho, o que caracteriza o governo é a formulação e implementação de programas e projetos ofertados pelas estruturas do Estado e por organizações civis para todos os cidadãos,

¹Sobre a experiência do comum, entendemos a partir da nossa leitura de Negri (2005) que o comum se constitui por meio de redes de cooperação entre sujeitos, as quais engendram a existência de espaços de produção e afirmação de singularidades como efeitos das relações que compõem a dimensão coletiva da vida.

conforme a orientação política adotada pelo governo em exercício, o qual exerce o papel do Estado por um período de tempo determinado.

E, seguindo nesta linha argumentativa, nos servimos do pensamento de Souza (2006), quando a autora circunscreve o campo das políticas públicas como

(...) o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (...) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (...). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real. (p.26)

Vemos, em seguida, que Souza, no mesmo texto, afirma a tensão entre a ação do Estado e a dos grupos sociais organizados para a defesa de seus interesses.

“Não se defende aqui que o Estado (ou os governos que decidem e implementam políticas públicas ou outras instituições que participam do processo decisório) reflete tão-somente as pressões dos grupos de interesse, como diria a versão mais simplificada do pluralismo. Também não se defende que o Estado opta sempre por políticas definidas exclusivamente por aqueles que estão no poder, como nas versões também simplificadas do elitismo, nem que servem apenas aos interesses de determinadas classes sociais, como diriam as concepções estruturalistas e funcionalistas do Estado”. (p. 26 e 27)

Segundo a nossa leitura de Souza, demarcamos que a ação dos governos frente à elaboração de políticas públicas é questionada pelos grupos e organizações que se encontram tanto dentro como fora do governo. Afirmamos,

então, que esta tensão também faz parte dos movimentos constitutivos do plano de negociações que afirmam a democracia, mas não totalizam essa discussão.

Bem, se as políticas públicas, como afirma Höfling, constituem-se como expressões de um governo em curso e são formuladas em conformidade com o posicionamento político dos governos e, se de acordo com Souza inferimos que a ação dos governos situa-se num campo de disputas com a sociedade civil, faz-se necessário aqui nos debruçar brevemente sobre a esteira dos investimentos neoliberais responsáveis, atualmente, pela composição da vida em sociedade, buscando com isso pensar como as políticas públicas podem resistir ao contexto da produção de subjetividades marcadas pela dicotomia entre Estado e sociedade civil.

Analisando brevemente a exposição da vida à ação do Estado, de acordo com os pressupostos neoliberais (valorização da propriedade privada, minimização do Estado, não interferência do Estado no mercado, formação de um exército de reserva através da manutenção do desemprego, descentralização territorial da produção e homogeneização dos mercados em esfera global) poderíamos inferir que esta organização política direciona o modo com os cidadãos conduzem suas vidas, pois dentro de uma orientação política que mantém vivas as relações de mercado concordantes com uma vida economicamente massificada, às políticas públicas caberia o papel de suprir aquilo que o cidadão não conseguiu adquirir, ou seja, não conseguiu tornar para si sua propriedade privada. Deste modo, a orientação neoliberal preocupa-se com a aquisição de direitos individuais entendidos como bens de consumo.

Os direitos individuais, nesta realidade, podem ser comparados à construção de vidas departamentalizadas, isto é, por ora, o indivíduo agrega a si o pacote da saúde, por ora, o da educação, por ora o da felicidade e por assim adiante.

Como indivíduo, nos orientamos para entendê-lo em sua dimensão ontológica, pois é determinado historicamente conforme as transformações dos modos de produção nas sociedades capitalistas. Assim, segundo Negri (2005),

o indivíduo é separado da totalidade, é constituído sob as referências identitárias que, em nosso entendimento, são fomentadas pelo próprio Estado capitalista. Portanto, o Estado e seu funcionamento economicamente organizado transcendem ao indivíduo, ofertando-lhe padrões subjetivos de consumo que não lhe permitem variar as formas.

No caso da saúde, nosso plano de investimento neste trabalho, podemos afirmar que o neoliberalismo exprime a individualização do cuidado, ou seja, torna a saúde algo objetalizado a ser conquistado. Exemplificando, o olhar para o que se apresenta no momento do acolhimento aos usuários nas unidades de saúde relaciona-se muito mais com certa substância contida na queixa e no sintoma do que com a imanência que engendra a produção da vida. Assim, o indivíduo constituído pelas práticas do mercado é aquele que não admite ou está sem tempo para sentir dor, tendo baixa experiência para lidar com ela, exigindo cada vez mais uma solução rápida para uma dor que, em tese, não deveria existir. É preciso rapidamente solucionar os problemas deste departamento.

Observamos, concretamente, que o que indivíduo reclama ao Estado, neste momento do acolhimento, é que este não lhe permita adoecer, já que a lógica de mercado em curso nas sociedades neoliberais o conduz para uma vida de trabalho onde o adoecimento o identifica com a improdutividade. Porém, é nesta hora que detectamos certa incoerência da função do Estado neoliberal no que diz respeito à saúde: se por um lado o Estado reúne forças para moldar um indivíduo produtivo e livre de tudo que o impeça de servir ao mercado, quando esta fórmula falha, os mecanismos de estabilização das forças produtivas do indivíduo são deslocados para a esfera do privado, aquela cujo ideário garantiria os direitos individuais de fato.

Buscamos com isso argumentar que a orientação política neoliberal é hábil para transformar a vida em mercadoria - viver, dentro desta afirmação, significa consumir, gerar a própria autonomia e ser empreendedor de si dentro das regras do mercado e, nesta lógica, o cuidado em saúde é visto como mais um

produto que, se consumido, reconduz o indivíduo a certa normalidade e, àquele que não produz em sua vida as conexões necessárias para manter-se saudável, sobra-lhe a culpa pela própria degradação. O que o Estado neoliberal não revela para o indivíduo é o quanto a sua ação mercantilista fomenta mecanismos para uma produção em massa das formas de desejar, as quais só podem ser adquiridas por quem 'corresponde' a este sistema mercadológico de engendramento da vida.

Para isso, o neoliberalismo opera encarcerando a forma indivíduo na dependência das inovações tecnológicas, no consumo de produtos desnecessários, na necessidade de superespecialização, na competitividade por um lugar imaginário que representa certa posição social, na conquista de algo que não se sabe pra que, enfim, ancora-se no esgarçamento da subjetividade e da produtividade do indivíduo para dele se sustentar.

Deste modo, o adoecer e/ou o sofrer não podem ser vistos como uma experiência, mas como um desajuste das forças produtivas constituintes do indivíduo, sendo que a dor passa a ser algo que é preciso anular instantaneamente - a dor é incoerente com este modo de viver em processo.

Então, quando detectamos as enormes filas nas unidades de saúde, assim como a inesgotável espera por exames e outros procedimentos, podemos entender estes fenômenos como semelhantes à livre concorrência pela garantia do direito individual e privado de não sofrer. Não afirmamos aqui que sofrer seja bom ou necessário, mas nos distanciamos da ideia de que a saúde é um produto que, se consumido, aniquila o sofrimento.

Observamos atualmente que a garantia à saúde está cada vez mais destinada ao indivíduo, ao 'si próprio', ao 'si mesmo'. A saúde como um direito, assim como todos os direitos sociais, se subjugados apenas às ações de governo encarnadas nas políticas e programas inscritos nas plataformas eleitorais, reforçam a ideia de que o indivíduo é uma forma de existência necessária ao Estado.

Nesta lógica, poderíamos pensar que o Estado realmente deve proporcionar ao indivíduo as alternativas para protegê-lo das formas de adoecimento que o tornam improdutivo. Esta ideia nos sugere que o Estado que incita ao consumo, também gera a improdutividade e o adoecimento, sendo seu dever amparar determinados grupos sociais pouco autônomos para a manutenção da própria saúde - ou da inscrição da vida em competitividade. Tais grupos não se encontram apartados apenas da saúde, mas também do trabalho, da potência de criação, pois vivem numa humanidade em massa inventada pelo reinado do capital.

Pois bem. Não discordamos de que o Estado deve comparecer com programas e políticas que subsidiem os direitos sociais e alimentem a arena de negociações, garantindo assim a multiplicidade e a heterogeneidade características da vida em sociedade.

Mas, para tanto, precisamos nos deslocar desta inscrição sobre o campo das políticas públicas e também do Estado descritos por Souza (2006) e Höfling (2001), pois se brevemente analisamos como o neoliberalismo opera na produção de subjetividades, as leituras acima citadas sustentam certo entendimento de que o Estado e as instituições pelas quais se dá o governo podem corporificar uma concepção de políticas públicas que não se dá no plano da coletividade e da expressão das singularidades, justamente por situar-se dentro de uma dicotomia que identificamos entre governo e sociedade, a qual distancia as instâncias decisórias das mobilizações sociais para a garantia de direitos.

Para tanto, se olharmos para o problema das políticas públicas juntos de Benevides e Passos (2005), observamos que os autores se desviam de uma concepção de políticas públicas que dicotomizam Estado e sociedade civil, as pensando no âmbito do coletivo, isto é, como políticas do coletivo. No caso do SUS, o caráter público da política, ou seja, a dimensão pública da política é aquela que trabalha para a saúde de cada sujeito, para assim trabalhar a saúde da população.

Discorrendo sobre a humanização como dimensão pública das políticas de saúde, os autores afirmam que a saúde pública e/ou saúde coletiva reside na não interiorização dos movimentos de produção de cuidado pela máquina do Estado. A saúde pública é aquela que ativa o protagonismo dos sujeitos, não os fixando em posições como pacientes ou trabalhadores de saúde. Sobre o SUS, reforçam que é um movimento que resiste ao esquema neoliberal de gestão da vida e que, em suas práticas, é necessário não perder o seu caráter de política que se constitui no coletivo, tendo sempre em vista que o coletivo é o próprio plano de forças constituintes do SUS.

Assim, provocando os desvios necessários em relação ao nosso posicionamento acerca das políticas públicas, podemos dizer que já temos no Brasil e, especificamente no campo da saúde, tema deste trabalho, condições de pensar a formulação de políticas públicas que equacionam a relação entre Estado e sociedade civil de modo a não colocá-las em lados opostos, mas sim posicionando a política pública como uma dobra da ação social dentro das práticas democráticas na sociedade.

Consideramos importante aqui reafirmar o caráter público de política pública também no encontro com o texto de Aguiar (2006), com o qual compreendemos melhor os modos de atuação do poder na relação entre Estado e sociedade.

O texto de Aguiar é importante porque retoma o tema do poder em Foucault, mas, de certo modo, inova ao relacioná-lo com a ação dos Novos Movimentos Sociais, já acima referidos.

Reproduzindo a analítica do poder em Foucault, Aguiar nos diz que é preciso analisá-lo não por via de sua centralidade na figura do Estado, mas sim pelo seu funcionamento difuso nas práticas cotidianas, encontrando no indivíduo a forma necessária para a sua máxima expressão, funcionando por meio da aceitação, da interiorização das formas de comando.

Porém, a operação que desinterioriza do poder do Estado e o desloca para o âmbito das relações sociais se dá pela transformação dos seus mecanismos de ação, o que, segundo ao autor, tem início na década de 60 a partir da ebulição constituída pelas novas formas de lutas sociais desenhadas pela modernidade, as quais necessariamente se relacionam com a composição de novas subjetividades - lutas públicas que, nesta leitura, podem operar políticas públicas.

Na linha foucaultiana, Aguiar afirma que o modo difuso de atuação do poder o desvincula de suas formas violentas e repressoras, agindo de modo produtivo. Este modo produtivo caracteriza-se pelo seu imbricamento com o saber, isto é, onde há poder, existe necessariamente a sua inscrição num campo de saber. Logo, na analítica foucaultiana do poder, podemos entender que a díade saber-poder fomenta o plano de constituição das relações de poder.

Assim, se o poder transita por todas as relações que se estabelecem em diferentes dimensões (econômica, política, social, sexual, entre outras), constitui então sua microfísica.

E, ao apresentar-se como componente das relações, o poder encontra também as resistências à sua ação, o que, para os Novos Movimentos Sociais, fomentou a questão de luta contra a sua atuação por todos os pontos das redes de relações, fazendo nascer assim as estratégias de sua modificação, reconhecendo que o poder atua dentro de uma multiplicidade de modos, sem necessariamente uma forma concreta, construindo para si um não-lugar. Para Aguiar, “construir estratégias específicas de luta significa questionar como o poder é exercido e quais são as relações da subjetividade com o poder” (p.117).

Deste modo, os movimentos sociais relacionam a ação do poder com a subjetividade, isto é, provocam desvios nesta ordem de dominação na qual a subjetividade está subsumida aos imperativos, políticos, econômicos, raciais, entre outros.

Em seu funcionamento na modernidade, o poder constitui-se em práticas cotidianas e afirmadoras de modos de ser e existir - um poder disciplinar gerador de conhecimento e normatizador. O correspondente ao poder disciplinar é o indivíduo e, resistentes aos efeitos individualizantes das disciplinas, os movimentos sociais atuam para libertar-se das formas produtoras de verdades sobre o corpo desenvolvidas pela atuação micropolítica do poder.

O movimento de produção de verdades sobre o homem, operado pelas disciplinas, resulta da atuação produtiva do poder. Então, podemos considerar que os movimentos sociais são a expressão, na modernidade, das formas de produção de subjetividades que não coadunam com as totalidades disciplinares.

Já entendemos que o poder, na modernidade implica-se com as relações socialmente estabelecidas para manter-se no controle.

Então, no que se refere ao caráter coletivo das políticas públicas, o poder encontra resistências frente aos modos compartilhados de construção dos bens sociais. Ao Estado, nesta perspectiva, não cabe apenas posicionar-se como a matriz de onde surgem políticas e programas que logram alcançar à população, mas sim como efeito das tensões constitutivas presentes nas articulações políticas em níveis local e nacional. Governar, nesta perspectiva, não significa afirmar primazia do Estado sobre a população, mas sim a composição com a multiplicidade de interesses que se originam nas diversas conformações territoriais.

De acordo com a orientação política neoliberal, p.ex., o poder imbui-se desta arte de governar, não apenas caracterizando a formação dos mercados ou das disputas entre projetos políticos, mas também alçando voos rumo às produções subjetivas, pois fomenta ideais de corpos moduláveis, incutindo valores como vitória, sucesso, felicidade, bem-estar, autossustentação, entre outros, ou seja, valores essenciais à lógica de mercado.

O neoliberalismo não opõe o Estado à sociedade, isto é, não estabelece o que pode ou não pode ser feito da vida das pessoas, não determina quais são os acontecimentos locais, mas opera para manter os indivíduos consumindo seus produtos, suas ideias, ofertando inclusive diferentes valores para as mesmas coisas.

Na dissertação de mestrado que antecede a esta tese (Pena, 2009), já afirmamos, em relação às formas de acolher nos serviços de saúde, o quanto as queixas buscam ser encaixadas em possibilidades diagnósticas que localizem para os usuários onde está e no que se compõe o sofrimento, qual a sua matéria.

Em nossa trajetória pelo campo da saúde, nos deparamos constantemente com equipes implicadas com a solução dos problemas dos usuários dos serviços. Sabemos que, as atuações individuais dos trabalhadores não ampliam os graus de comunicação entre as equipes, não quebram os cristais das certezas frente ao sofrimento que se coloca na relação entre trabalhadores e usuários.

O movimento neoliberal, na complexidade da vida, assim como na saúde, impõe padrões de comportamento e vetores de subjetividade que sirvam à lógica da concorrência inerente ao mercado. Porém, transforma em produto consumível as formas de alívio do sofrimento. Do mesmo modo que o capital exige do indivíduo que gaste seus recursos financeiros e subjetivos para ser “o Homem” (Benevides e Passos, 2005), exige também deste indivíduo que gaste para se proteger daquilo que ele próprio está consumindo.

Assim, podemos inferir que ao Estado, em sua força indutora de políticas de saúde, não cabe mais afirmar-se como o formulador e políticas e programas de forma ausente das discussões públicas e das tensões provocadas pela sociedade civil. Aquele Estado soberano que articulou o nascimento das formas de coerção foi engolido pelas novas roupagens dos próprios mecanismos de poder. Assim como o poder se utiliza das relações e dos indivíduos para a própria manutenção, também se utiliza da macroestrutura do Estado para ampliar o espectro de ações em sua microfísica.

Dado os usos do poder na modernidade, não nos eximimos da responsabilidade de afirmar que a luta pela 'saúde como um direito de todos e um dever do Estado' também é efeito da atuação do poder nas relações estabelecidas entre Estado e sociedade.

Portanto, na esfera das lutas democratização do país temos, como um dos seus efeitos, o SUS. Após mais de vinte anos de trabalho intenso para consolidá-lo como política pública, com sentido público e por meio de práticas coletivas, buscaremos, a seguir, dissertar sobre alguns modelos de atenção à saúde nacionalmente reconhecidos, justamente com o objetivo de afirmar o lugar de onde partimos e criar terreno para fortalecer a discussão sobre o apoio institucional - nosso foco de ação neste trabalho - como força motriz de articulação de políticas públicas no território.

2- CAPÍTULO 2

Humanização do SUS: Breve pensamento sobre a construção democrática dos modos de atenção e gestão no SUS

Humanização do SUS: Breve pensamento sobre a construção democrática dos modos de atenção e gestão no SUS

2.1- Os projetos Em Defesa da Vida, Paidéia e da Reforma Psiquiátrica brasileira: a construção do solo para a humanização do SUS

Como já afirmado anteriormente, nos anos 1990 inicia-se a implementação do SUS, subsidiada pelas leis 8080/90 e afirmando a saúde como um “direito e dever do Estado” no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (CF 1988). Neste cenário de práticas e conquistas sociais, ocorre também a regulamentação do controle social (Lei 8142/90) através das conferências e conselhos de saúde, instâncias para a construção conjunta da saúde com trabalhadores, gestores e usuários, e também de acompanhamento das ações do SUS nos territórios de atuação.

Utilizamos, como exemplos de construção dos modos compartilhados de produção da clínica e da gestão em saúde no Brasil, dois modelos - se assim podemos chamá-los - que despontam nos anos 1990 como afirmadores da construção democrática das práticas clínicas e de gestão no SUS, aqui brevemente resumidos em seus ideários. Baseados em experiências nacionais e internacionais, destacamos, primeiramente, o Modelo em Defesa da Vida (Campos, 1991; Carvalho e Campos, 2000; Merhy, Malta e Santos, 2004), desenvolvido em algumas cidades da região de Campinas/SP ligadas ao LAPA (Laboratório de Planejamento e Administração), do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (atual Departamento de Saúde Coletiva), assim como em algumas cidades de Minas Gerais e do Rio de Janeiro.

A proposta deste modelo consiste em trazer para as experiências concretas em saúde os princípios do SUS, afirmando a saúde como um direito de cidadania, buscando a humanização/potencialização das relações entre trabalhadores e usuários através da conexão entre a identificação dos problemas de saúde e a garantia de acesso aos serviços e dos recursos tecnológicos necessários. O modelo Em Defesa da Vida atua dentro da esfera da democratização das relações entre Estado e sociedade, sustentando valores e práticas coerentes com a democratização da gestão.

As estratégias de atuação vão ao encontro da vinculação entre trabalhadores e usuários, responsabilização das equipes multidisciplinares pelo território, ampliação da autonomia das equipes através da construção de projetos terapêuticos, avaliação do processo de trabalho por meio de indicadores e democratização da gestão com a criação, entre outros, de colegiados gestores e espaços de troca entre trabalhadores.

Deste modo, podemos afirmar que, nos anos 90, vemos junto da implementação do SUS o crescimento de um debate em torno da gestão democrática em saúde alavancado, entre outros, pela produção do projeto Em Defesa da Vida². Deriva do mesmo, entre outras formulações, uma proposta objetivando a análise e a cogestão de coletivos que recebeu a alcunha de Método Paidéia e/ou Método da Roda (Campos, 2007).

Este Método propõe a viabilizar a implementação de projetos e a construção de sujeitos coletivos e organizados a produção. Busca atuar provocando a análise dos processos de trabalho em saúde, aproximando os modos de fazer gestão do cotidiano dos serviços.

Para isso, a dimensão coletiva do trabalho em saúde é facilitada por arranjos organizacionais direcionados pela cogestão dos processos de trabalho, os quais se apresentam como espaços de resistência à alienação dos

²Neste momento, não fazemos referência a outros modelos tecnoassistenciais que orientam as práticas de gestão democrática em saúde, como os SILOS - Sistemas Locais de Saúde, que no Brasil tiveram força de atuação mais expressiva na Bahia e também as Cidades Saudáveis, no Brasil atuando mais especificamente em Curitiba (Merhy, Malta e Santos, 2004).

trabalhadores frente aos modos de atuação na saúde. Os espaços de cogestão minimizam as distâncias entre os processos de planejamento, execução e avaliação dos trabalhadores em relação aos processos de trabalho em saúde.

O efeito Paidéia residiria, segundo preconiza Campos, na alteração das formas dominantes de subjetivação, apostando que é possível transformar os modos de atuação em saúde através da produção dos sujeitos. Sendo assim, busca ativar o protagonismo de trabalhadores e gestores nos momentos decisórios relativos aos modos de intervir e construir ofertas em saúde. O Método da Roda objetiva, portanto, o fortalecimento de sujeitos e de coletivos com base na autonomia e na ampliação da capacidade de análise para a democratização institucional.

E, no contexto das experimentações do Modelo Em Defesa da Vida como um todo, no qual o Método da Roda constitui uma destacada variante, e de outros projetos gestados no interior da Saúde Coletiva brasileira (por ex. na Saúde Mental, junto a Políticas voltadas para os pacientes portadores de HIV e no interior de distintos Centros de Investigação no Brasil) é que observamos uma gradativa priorização por parte do Ministério da Saúde de políticas e práticas que tenham como objetivo realizar as transformações necessárias às práticas clínicas e de gestão. Preconiza-se, aqui, que estas estejam alicerçadas no entendimento de que a produção de saúde significa, necessariamente, a produção de sujeitos valorizando desta maneira a experiência singular como força motora para novas composições entre sujeitos, saberes e fazeres que afirmem a democratização institucional.

É no interior deste processo que surge a Política Nacional de Humanização da Atenção e gestão do SUS (PNH), ou como convenciamos chamá-la, a Humanização do SUS³ Esta política é fortemente influenciada pelo projeto em Defesa da Vida, pelo movimento da Reforma Psiquiátrica e por práticas e políticas em torno da Redução de Danos.

³Não afirmamos aqui que a Humanização das práticas clínicas e de gestão no SUS se desenvolve somente a partir da criação da PNH. Quando dizemos Humanização do SUS, utilizamos o termo Humanização apenas para chamá-la pelo seu nome mais conhecido nacionalmente.

Pela força de suas ideias, pela influência da PNH sob o autor e pesquisador desta tese e pela singularidade em seu modo de debater a gestão e o cuidado no SUS, julgamos pertinente tecer, no que se segue, alguns comentários sobre a mesma.

2.2- Aportes sobre a PNH: campo variado de produções na esfera da saúde⁴

Os movimentos que impulsionaram a discussão sobre a Humanização em saúde datam da década de 1990, quando o Ministério da Saúde (MS) realizou diversas iniciativas para tentar incluir a Humanização como estratégia de qualificação das áreas técnicas e ações programáticas.

Dentre essas iniciativas, em 1999 é criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), assim como outros programas pontuais relacionados à saúde, fato que corrobora a atuação inicial da Humanização com foco nos hospitais, justamente pela centralidade destes serviços no modelo assistencial brasileiro (Martins, 2010), tornando a Humanização, inclusive, tema da 11^a Conferência Nacional de Saúde, no ano 2000.

Deste modo, na esfera das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde em torno da desconstrução de práticas verticalizadas de clínica e de gestão, cria-se uma lente aumentativa dos problemas em diversos outros pontos de atenção na rede SUS, onde se colocam em análise os modos de produzir saúde em toda a rede de serviços de saúde de administração pública e direta.

De acordo com Benevides e Passos (2005), quando evidenciadas as fragilidades no entendimento acerca da humanização nas práticas de saúde, a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde propõe, em 2003, a criação da PNH

⁴A discussão sobre a PNH, especificamente neste tópico, é bastante referenciada pelo artigo escrito por Luísa Milano Navarro e Ricardo Sparapan Pena, intitulado “A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde”, aprovado para publicação na Revista de Psicologia da UNESP, prevista para o ano de 2013.

para responder à convocatória de redefinir o conceito de humanização e sua inscrição nas práticas e políticas públicas de saúde comprometidas com o coletivo e com os modos cogestores de produção de saúde e de sujeitos no SUS. Esta Política responde, igualmente, ao interesse de importantes setores e formuladores do campo da Saúde Coletiva em disputar e afirmar determinados modos de se fazer e pensar saúde no país no interior de uma instituição em que se faziam presentes distintos projetos e interesses que disputavam os sentidos das políticas e das estruturas que a sustentavam.

Inicialmente a PNH esteve alocada no interior da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. A partir de 2011 passa a se vincular à Secretaria de Atenção à Saúde no interior do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), sendo este, atualmente, o local de sua inscrição, de seu vínculo institucional, de possibilidade atual de sustentação e fronteirização com a estrutura de governo.

Possui um núcleo técnico em Brasília-DF, organizado como equipe executiva da Política e com a finalidade de afirmar os princípios, diretrizes e método da PNH nas estratégias de produção de interfaces entre políticas públicas e áreas técnicas do MS, assim como referenciar os coletivos regionais da PNH pelo Brasil, sendo esta a organização da política no território. Os coletivos regionais da PNH atuam junto às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS), assim como estabelecem parcerias de trabalho com coletivos organizados e representativos na construção de saúde em esfera local, a partir da inserção dos apoiadores institucionais nos territórios de atuação da Política.

Vale acrescentar que estamos falando de uma política pública sem inscrição formal na estrutura ou organograma do Ministério da Saúde, ou seja, a PNH não é constituída por portaria e nem por decreto, mas sim principalmente - esta é a nossa tese - pela sua força instituinte e capacidade de entremear-se junto aos movimentos que buscam situar-se tanto dentro quanto fora do aparato estatal. Em seu modo de fazer, a PNH busca agenciar o cuidado e a gestão em saúde

fundamentada em três princípios, a partir dos quais se desdobra como política pública de saúde. São estes: **a)** transversalidade; **b)** indissociabilidade entre atenção e gestão e **c)** protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

A transversalidade - um aporte da produção esquizoanalítica que se faz presente na política a partir de 2003 - é entendida aqui como a ampliação da comunicação tanto entre políticas, programas e projetos, quanto entre os sujeitos e coletivos. Diz respeito ao aumento da capacidade da troca de saberes, de afetos e de análise e enunciação das formas de exercício de poder no dia-a-dia dos serviços de saúde, desestabilizando as fronteiras entre os diversos conhecimentos e o silêncio instituído nas relações de trabalho, sem, contudo desmerecer as especificidades teórico-técnicas, mas colocando-as em relação (Pasche e Passos, 2008).

A indissociabilidade entre os modos de cuidar e gerir nos serviços de saúde afirma clínica e gestão como campos distintos, porém inseparáveis em seus modos de atuar, pois se determinam e se influenciam mutuamente (Pasche, 2009). Esta inseparabilidade é um ato político, pois se refere a um modo de fazer saúde que a localiza no ponto exato de interferência entre clínica e gestão, isto é, sustentando a clínica e gestão como efeitos um do outro. Quando se atua em um destes campos, mexe-se concomitantemente no outro conforme apontando de maneira pioneira pela produção do Defesa da Vida na década de 90 e atualizada posteriormente por distintos autores (Pasche e Passos, 2008).

O terceiro e último princípio da PNH pauta-se, então, no protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. A PNH parte de uma concepção ativa de sujeito, entendendo que trabalhadores gestores e usuários constroem a si mesmos e ao em mundo em um processo incessante e coletivo (Martins, 2010). Assim, a PNH aposta na capacidade transformadora dos sujeitos e na construção de redes de corresponsabilização pelo cuidado e o exercício de busca de autonomia.

Quanto às suas diretrizes, a Política se orienta através de direções éticas no exercício da produção de saúde, preservando-a também como produção de cidadania. Valoriza-se, em especial, formulações e práticas que têm como eixo o acolhimento, a ampliação da clínica, a valorização do trabalho e do trabalhador, a cogestão, a defesa dos direitos do usuário e as práticas voltados para a qualificação de ambientes (“ambiência”) que potencializem os processos de trabalho e os princípios da política (Brasil, 2008).

O acolhimento - cujas diretrizes e práticas pioneiras remontam no SUS à década de 90 (Merhy, 1994, Carvalho, 1997; Malta, 1998, Franco et al, 2000) - aparece como uma das diretrizes de maior relevância da PNH. Acolher é, nesse sentido, posicionar-se junto ao problema do outro, o qual sempre é legítimo independente de sua natureza e se apresenta como demanda para os trabalhadores da saúde. Demanda esta que deve ser atendida de maneira qualificada e baseada na escuta daquilo que o usuário traz, pois essa atitude valoriza a singularidade dos sujeitos que procuram os serviços, o que confirma que o acolhimento deve ser, para o serviço de saúde, uma “diretriz norteadora de sua forma de funcionamento” (Pasche, 2009, p.705).

A ampliação da clínica, que no interior da PNH assume a proposição hegemônica da Clínica Ampliada (Campos, 2007) e da Clínica como a “indução de um desvio” (Benevides & Passos, 2005), por sua vez é uma diretriz que busca destacar a complexidade do processo saúde/doença na experiência do adoecer e do sofrer e a importância de se valorizar a singularidade inerente aos sujeitos e usuários da saúde. Como diretriz, busca a integração de diversas abordagens que viabilizem a complexidade do trabalho em saúde e dos sujeitos implicados neste processo (Brasil, 2009).

A valorização do trabalhador, como diretriz do SUS, considera este ator como um sujeito fundamental nas decisões sobre o funcionamento dos serviços e processos de trabalho, o que necessariamente busca se dar na direção das melhorias nas condições de trabalho e da atenção para elementos e fatores que podem interferir na produção de saúde dos mesmos.

Por cogestão, entende-se a democratização dos serviços de saúde, incluindo novos sujeitos nos processos de decisão, criação de espaços coletivos e geração de corresponsabilidade nos modos de gerir e cuidar.

A defesa dos direitos dos usuários está no incentivo ao conhecimento dos direitos garantidos aos mesmos por lei. Isso também deve funcionar como parâmetro para os serviços de saúde, assim como garantir o cumprimento destes em todo o processo do cuidado.

A ambiência consiste na criação de espaços acolhedores, bem estruturados e confortáveis. Sendo assim, estes espaços devem ser lugares que promovam os encontros entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar para que, como efeito disso, ocorram as transformações necessárias às mudanças nos processos de trabalho.

Bem, abordar inicialmente a PNH, neste momento, constitui uma estratégia de apresentação de princípios e diretrizes em prática no SUS, os quais se constroem no cotidiano das experiências em saúde implicadas com a pluralidade de movimentos que se apresentam nos territórios, os quais necessariamente compõem diversos arranjos instituintes de saberes e fazeres que diferem entre si.

Deste modo, é possível agora agenciar o encontro entre dois campos que se debruçam sobre as práticas clínicas e de gestão no SUS, os quais também se articulam para compor modos de produção de saúde geradores de práticas em torno do sofrimento psíquico, afirmadores de políticas transversais, as quais buscam consolidar os princípios e diretrizes acima abordados como direções para a construção da saúde caucada na cidadania e na inclusão como marcas de sua produção: a Saúde Mental e a Humanização do SUS.

2.3- Saúde Mental e Humanização do SUS: breves cruzamentos para a construção democrática dos modos de atenção e gestão em saúde

2.3.1- Sobre a Saúde Mental: inclusão e cidadania

Anteriormente ao surgimento da Humanização como política do SUS, os investimentos acerca das políticas públicas no campo da Saúde Mental se faziam presentes no contexto da saúde coletiva brasileira já nos anos 1980, tendo como marcos⁵ a fundação do primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) do Brasil, o CAPS Luis Cerqueira, localizado em São Paulo (capital), e também dos NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), em Santos (SP), sendo que neste município se conformou a primeira iniciativa de atenção 24 horas aos usuários em sofrimento psíquico, dentre os serviços substitutivos à internação psiquiátrica.

Sob forte influência das experiências de atenção em Saúde Mental na França, na Inglaterra, mas, principalmente inspirados na Psiquiatria Democrática Italiana (Amarante, 1995), os movimentos que impulsionaram o desenvolvimento da Saúde Mental no Brasil como política pública concentram-se dentro dos esforços alavancados pela Reforma Sanitária Brasileira, podendo situar aqui, dentre as várias lutas importantes para o cenário da nossa Reforma Psiquiátrica, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental que, no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (Bauru, SP, 1987), lança o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) com a insígnia “Por uma Sociedade Sem Manicômios no ano 2000”, decidindo também pelo dia 18 de maio como o dia nacional da luta antimanicomial.

Após anos de luta e de experiências significativas de expansão da rede de cuidados e da busca pela afirmação dos serviços substitutivos à internação em hospital psiquiátrico como carros-chefes da invenção e publicização do olhar antimanicomial frente ao sofrimento psíquico, a Saúde Mental constrói seu alicerce

⁵Não citamos aqui outras experiências significativas na esfera das produções no campo da Saúde Mental, pois tratamos das interfaces entre PNH e Saúde Mental, não realizando um estudo completo acerca destas duas políticas.

em práticas coletivas que culminam na lei 10.216/01, conhecida como a lei Paulo Delgado ou lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, compondo também com várias outras portarias como a 336/02, conhecida por redirecionar o modelo de atenção à saúde mental através da regulamentação dos CAPS.

Na esfera da inclusão dos sujeitos em sofrimento psíquico nos mais variados espaços urbanos e da produção de cidadania como princípios que balizam suas práticas, a Saúde Mental vem construindo de forma participativa junto de trabalhadores, gestores, usuários e movimentos sociais, as condições necessárias para consolidar importantes lutas pela construção do cuidado em liberdade aos usuários dos serviços de saúde mental do país.

Além das portarias e decretos que regulamentam os investimentos **a)** na linha da redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos e implementação dos CAPS como serviços substitutivos à internação; **b)** das supervisões clínico-institucionais e programas de formação em Saúde Mental, **c)** do subsídio financeiro aos egressos de internação psiquiátrica; **d)** das condições de moradia dos usuários, **e)** do fomento às instâncias de participação social como as associações de familiares e usuários, **f)** da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, **g)** dos cuidados com os usuários de *crack*, álcool e outras drogas por via da redução de Danos (RD), **h)** das iniciativas de geração de trabalho e renda em parceria com a Economia Solidária, **i)** dos cuidados em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS), **j)** da inclusão dos cidadãos brasileiros em sofrimento psíquico nos espaços públicos e privados, entre outros investimentos, a Saúde Mental continua avançando muito na produção de cuidados baseada naquilo que acreditamos como um cruzamento fértil e totalmente possível: a produção da saúde também como reinvenção da cidadania.

Atualmente, como política nacional, a Saúde Mental organiza-se por todo o território brasileiro, constituindo-se em áreas técnicas situadas no Ministério da Saúde e nas secretarias estaduais e municipais de saúde, mantendo,

de modo participativo, espaços como fóruns e colegiados de gestão cujas funções se encontram em torno do fortalecimento das ações em curso por todo o país.

No escopo das ações desenvolvidas, o número de CAPS inaugurados desde a década de 1990 até os dias atuais já é bastante expressivo, sendo que encontramos uma significativa ampliação do número de serviços, passando de 148, em 2002, para 1742 experiências financiadas pelo SUS em curso por todo o país, isto é, um aumento de 1177% até o ano de 2011. Seguindo a linha da abertura de serviços substitutivos à internação em hospitais psiquiátricos, a redução de leitos psiquiátricos passou de 51393, em 2002, para 32284 em 2011, ou seja, uma redução de aproximadamente 63%⁶.

A importância da construção destes dados - construção, pois refletem os produtos das lutas políticas implicadas com a destituição do manicômio enquanto paradigma norteador de saberes e práticas neste campo - se deve aos avanços nos modos de produzir clínica e gestão imbricadas com processos de trabalho em saúde que não negligenciam o território, seus serviços, os sujeitos que o habitam e os movimentos sociais nele presentes como componentes de uma institucionalidade que, ao invés de enfatizar a doença com o alvo de suas práticas, como já dizia Franco Basaglia, afirma a produção do sujeito como a principal direção de seus investimentos.

Assim, neste solo de afirmação da cidadania e da inclusão como princípios balizadores das práticas em torno do sofrimento psíquico, podemos agora focar as interfaces entre Humanização e Saúde Mental, afirmando-as como políticas transversais que buscam não dualizar a relação entre Estado e sociedade, sujeito e objeto, saúde e doença, entre tantas outras possíveis dicotomias presentes no ato de cuidar.

⁶Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde - Saúde Mental em Dados, Ano VII, nº 10, março de 2012 - <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>

2.3.2- Saúde Mental e Humanização: interfaces entre gestão e clínica para a produção coletiva de saúde no território

Frente ao que está em discussão neste trabalho, podemos inferir que a PNH e a Saúde Mental surgem no contexto das demandas de reformulação dos discursos e práticas em ação no SUS até o momento em questão. O que nos interessa, neste ponto, é afirmá-las como políticas públicas que, ao mesmo tempo em que logram disparar efeitos de análise das práticas clínicas e de gestão no SUS, sem dissociá-las, buscam encontrar-se também como efeitos da reorganização de movimentos institucionais e populares conectados às transformações em curso na sociedade.

De acordo com o que apresentamos acima, sentimo-nos agora desafiados a produzir alguns cruzamentos entre a Humanização e Saúde Mental, não por questões ideológicas, mas sim por um percurso experimental que nos gera questões, as quais transformamos ao longo da experiência, em campos problemáticos.

Então, um campo eleito neste trabalho para ser problematizado é a ampliação da clínica. Dentre as várias abordagens ou mesmo modelos assistenciais em curso na Saúde Coletiva, entendemos que a ampliação da clínica, assim como os outros princípios e diretrizes da PNH, não se restringe apenas ao modo como a própria PNH a apresenta, nem tampouco podemos situá-la em representações identitárias, a fixando neste ou naquele modelo assistencial. Já reconhecemos, como no caso do Método da Roda e do modelo Em Defesa da Vida, que a ampliação da clínica se compõe não apenas como um investimento na produção de modos inovadores de cuidar, mas também como estratégia de produção de sujeitos, isto é, de coprodução de sujeitos, entendendo que trabalhadores, gestores e usuários se produzem mutuamente entre si e justamente no próprio ato de produção do trabalho em saúde.

Nesta direção, nos autorizamos a avançar em nossa problematização sobre a ampliação da clínica para enfatizar três aspectos, também trazidos pela PNH, e relativos a esta diretriz: a singularidade dos sujeitos, a complexidade da

experiência do adoecimento e a integração entre saberes e fazeres no ato de cuidar.

Entendemos que o cuidado com o sofrimento psíquico não é exclusivo de uma clínica que enfatiza os aspectos mentais relativos à experiência do sofrer. Talvez, não devêssemos considerar a Saúde Mental apenas como 'mental', pois isso nos tem trazido dificuldades históricas em relação aos cuidados com as pessoas em situação de sofrimento, principalmente nos espaços de tratamento não específicos das práticas do campo psi - o campo da saúde mental pode fixá-lo em si mesmo. Aliás, a psicologização extrema do sofrimento psíquico pode gerar armadilhas que restrinjam a clínica em ações onde o entristecimento, por questões conjunturais, é identificado rapidamente como um caso de depressão.

Atualmente, assistimos à medicalização da vida como solução apresentada para eliminar do sujeito a possibilidade de enfrentamento de seu próprio cotidiano. É claro que não podemos ignorar que muitas pessoas são diagnosticadas como deprimidas ou com algum transtorno de humor, como por exemplo, o transtorno afetivo bipolar, banalizado nos dias de hoje como justificativa para quaisquer variações nos estados de humor.

Ao mesmo tempo, não podemos nos furtar do fato de que muitos diagnósticos realmente correspondem ao que acontecem com as pessoas - sim, existem pessoas deprimidas e que necessitam de auxílio psicológico, psiquiátrico, social, entre outros. Porém, observamos a presença de certa onda de diagnósticos em massa, onde a administração de psicotrópicos auxilia na dependência física e psicológica de medicamentos que, em muitos dos casos, descaracterizam a dor como a experiência, e, por si, não modificam os fatos na vida das pessoas.

Frente a este fato, erramos quando apontamos apenas a administração de psicotrópicos como a causa da dependência física e/ou psicológica dos medicamentos - se é que nos cabe qualquer dissociação entre estes termos físico e psicológico quando a dependência encontra-se instalada. Os discursos, práticas e saberes em torno da doença, como objeto de ação da saúde,

contribuem fortemente para que a recorrência ao remédio como alternativa ao sofrimento se consolide também como uma das ofertas do SUS.

Outros desafios enfrentados pela Saúde Coletiva, nos dias atuais atribuídos mais especificamente à Saúde Mental, são as preocupações quanto ao uso do crack - não mais restrito às regiões periféricas das cidades - e também quanto à judicialização da saúde, fortalecida pelo aumento da demanda para internação dos usuários de crack, álcool e outras drogas.

O uso do crack tem gerado preocupações devido ao seu alastramento pelos espaços urbanos, fazendo com que alguns governos tomem medidas higienistas em relação a este fato. Assistimos, com maior ênfase no município de São Paulo e recentemente em Campinas, à ação do governo estadual através de uma política de internações compulsórias que, nos últimos meses, tem gerado discussões que seguem em múltiplas direções quanto aos efeitos de tal ato. A internação compulsória, diferente do que tem sido veiculado a seu favor, não garante os aspectos fundamentais para a composição de redes de atenção aos usuários de substâncias psicoativas. Vista como uma tentativa de ajuda aos usuários, esta ação imediatista esconde um variado elenco de questões que necessitam ser problematizadas para a reconfiguração dos espaços urbanos.

Tomamos como exemplo, o investimento em políticas intersetoriais. Entendemos que esta é uma ação processual, demanda tempo, gera custos e não atende às expectativas de uma sociedade que diariamente afirma a sua necessidade por respostas imediatas aos incômodos causados pelo seu próprio modo de funcionar.

Não pretendemos de modo algum apontar aqui uma solução para o problema do crack, nem tampouco negligenciá-lo, o identificando e o fixando apenas como um problema de saúde pública, assim como acontece com o álcool. Buscamos apenas afirmar que, quando se trata do cuidado a um sujeito em situação de uso abusivo desta ou de qualquer outra substância psicoativa, as explicações que sustentam o uso de drogas com base na desestruturação do

modelo familiar, na certeza de que essa é uma doença que não tem cura, na escolha que é feita pelo sujeito e até mesmo na ausência de serviços de saúde que se ocupem desta demanda, apenas reforçam o quanto é seguro atribuir à justiça o deslocamento destes sujeitos da rua para o isolamento.

Não podemos, neste caso, atribuir um sentido intersetorial à ação da justiça, ou até mesmo apontá-la como uma ação combinada com a saúde para cuidar dos usuários de crack e outras drogas - não se trata de ressignificar a internação compulsória como uma ação intersetorial. Ao contrário, ela desativa todas as possibilidades dentro de um circuito entre setores como saúde, educação, assistência social, justiça, trabalho, habitação, entre outros, pois na perspectiva de isolamento do sujeito, a internação compulsória reforça um fenômeno que buscamos combater, isto é, a falsa certeza de que de fato não há nada a se fazer contra esta 'epidemia' de crack, a colocando no plano do sofrimento interno e individual.

Porém, para provocarmos alguns caminhos que busquem se desviar da medicalização, da judicialização e de outras abordagens que atribuem ao sujeito e ao seu interior tanto a causa como a solução para o seu sofrimento, é preciso fugir das identificações acerca de qual clínica é a mais necessária para cuidar do sofrimento psíquico, buscando entender como a clínica - produção coletiva, pode ser ampliada.

Nesta perspectiva, a ampliação da clínica se configura como ato transversal ao passo em que busca desinteriorizar o sofrimento, o deslocando de um sujeito para a relação entre sujeitos. A PNH vem buscando ampliar a clínica não como uma ação específica do seu ideário, mas como atitude que transversaliza os saberes e fazeres em curso nos territórios. Isso não significa dizer que a clínica está comprometida apenas com o setor saúde, mas, ao contrário, a clínica se faz como composição coletiva na medida em que articula os elementos constituintes do sujeito e de seu mundo, ou seja, perseguindo o desmanche de sua forma 'indivíduo' e abrindo passagem para que visualizemos um sujeito - este sujeito, aquele sujeito - dentre tantos sujeitos.

Podemos, então, entender que o movimento de ampliação da clínica é um movimento coletivo, de invenção de novos contornos que não a fixam nesta ou naquela política pública de saúde, mas sim as articulam. Quando visualizamos um sujeito dentre tantos, nos referimos à singularidade como investimento a ser percorrido e isso não deve ser exclusividade desta ou daquela clínica, mas sim da clínica como desvio das forças que estruturam o indivíduo como forma fixa de um estado de ser e o culpabilizam pelo seu próprio sofrer.

Neste ponto, PNH e Saúde Mental se misturam ao entenderem que a clínica se amplia incorporando ao cuidado elementos não tradicionais e desprendidos de uma clínica pautada na relação entre sujeito da ação (trabalhador de saúde) e objeto de intervenção (paciente). Não se trata de afirmar a medicação e as várias modalidades de psicoterapias existentes no mercado como formas seguras de cuidado ao sofrimento psíquico, mas sim de inovar mergulhando na complexidade que constitui as tramas relacionais em passagem pelos corpos.

Aqui também não afirmamos a clínica ampliada como sinônimo de integralidade em saúde, mesmo concordando que ambas não se dissociam. Buscamos sim avançar na compreensão de que a clínica se amplia quando os sujeitos, em relação, se coproduzem ao mesmo tempo em que inventam uma relação, desconstruindo a já cristalizada dicotomia sujeito-objeto. Este ato inventivo de técnicas, ofertas, modos de se relacionar e de forjar novas condições de existência tanto para usuários, como para trabalhadores da saúde, é o que entendemos como clínica ampliada.

Avançando mais ainda nessa compreensão, trabalhadores e usuários se inventam em relação e produzem novos conhecimentos acerca de si próprios no mundo, do mesmo modo em que ampliam as ofertas em saúde através desta experiência de produção subjetiva - compondo redes de produção subjetiva, as quais, ao invés de ficarem restritas ao âmbito individual de cada um, necessitam ser publicizadas como efeitos de singularidade para desconstrução

dos modos de cuidar pautados no distanciamento e suposta neutralidade entre trabalhadores e usuários, o que encarcerava a clínica no paradigma sujeito-objeto.

Relativo a esta desconstrução, o adoecimento precisa ser visto na complexidade de sua experiência, isto é, argumentamos que só é possível desmontar as representações em torno do adoecer se pudermos, de algum modo, problematiza-lo enquanto experiência de desvio de tudo o que faz de uma vida saudável um estereótipo, sem compreender o que cada sujeito considera o que seria uma vida saudável para si.

Neste sentido, contamos com o pensamento de Canguilhem (2011) quando o autor nos apresenta um posicionamento sobre saúde diferente da ausência de doença. Neste ponto, Canguilhem nos coloca que tanto o que pode ser considerado como normal ou como patológico são variações da mesma norma, isto é, de certa norma criada pelo sujeito para significar a si mesmo o que seria o seu estado normal. Para Canguilhem, o normal se difere do patológico na medida em que ambos se distanciam das normas de vida saudável criadas pelo próprio sujeito que as experimenta. Assim, não é possível considerar que todo estado depressivo ou eufórico, por ex., sejam entendidos apenas como estados patológicos, pois de acordo com as normas de vida inventadas por este mesmo sujeito, a depressão ou a euforia podem ser consideradas estados normais para si. Como saúde, neste caso, o autor afirma através da possibilidade do sujeito inventar para si novas normas, isto é, novos estados de ser e estar no circuito saúde-doença que se apresentem como efeitos da experiência de variar por entre as normas criadas por si mesmo para significar o seu estado normal, ou seja, extraindo da patologia ou da normalidade uma experiência de desconstrução das formas instituídas de adoecer ou ser saudável, permitindo a patologia como uma possível e nova normalidade.

Como exemplo, observamos que existem sujeitos em conexão com o uso de drogas e que não necessariamente são doentes por conta do uso, mas vivenciam as drogas como componentes de seus cotidianos, posicionados

em um circuito de produção subjetiva que já superou a utilização de substâncias psicoativas como antônimo de saúde. Trata-se de pessoas que trabalham, estudam, vivem em família (dentro das mais diversas expressões de família) e mantém laços sociais constituintes de redes de afirmação da vida. Também observamos que existem sujeitos inseridos em redes nas quais o uso de drogas apresenta-se como preponderante frente a todo um repertório de ações e compromissos que se nos apresentam como funções sociais - o trabalho, o estudo, a vida social, as responsabilidades do dia-a-dia... Mas, também é necessário provocarmos o seguinte questionamento: como temos desenvolvido estratégias de cuidados que não se pautem nas representações de uma vida ideal, ou seja, os modelos de subjetivação altamente veiculados pela mídia nos servem como parâmetros para tratamento no SUS? Tais modelos - família 'estruturada', boas condições de estudo, carreira profissional de sucesso, casamento monogâmico, vida saudável, velhice prolongada, entre outros, são 'encaixáveis' em todos os que nos procuram quando estão em sofrimento?

É possível que as estratégias de cuidado ainda reforcem o movimento de abstinência ao álcool ou a qualquer outra droga como alternativa de 'sucesso terapêutico'?⁷ É possível que a internação compulsória seja o recurso mais potente contra o uso das drogas?

Frente ao problema exemplificado, ao adotarem o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como estratégia de ampliação da clínica e diferenciação das formas de cuidar encarnadas no binômio saúde-doença, a Humanização e a Saúde Mental vem trabalhando de forma a transversalizar a construção das ofertas em saúde considerando que todos os envolvidos com o 'caso clínico' em questão são fortes colaboradores para a composição de estratégias de intervenção.

⁷O uso de aspas para o destaque dos termos, neste capítulo, se faz apenas para causar um efeito de estranhamento no ato da leitura, entendendo o estranhamento como potência de re-criação dos próprios termos.

Um PTS pode se constituir como um exercício de composição entre múltiplas vozes, como um ato de elevação da singularidade à sua máxima potência quando conseguimos reunir diferentes modos de se afetar pelas questões trazidas pelos usuários dos serviços de saúde. Os diferentes olhares-fazeres-saberes de médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas, agentes comunitários de saúde, entre outros trabalhadores, formam um consistente material de trabalho para pensar as intervenções em saúde não apenas pelo caráter interdisciplinar da mistura entre seus núcleos profissionais, mas sim pelo produto de tal composição entre saberes e corpos implicados com o cuidar.

Neste ponto, o PTS se coloca como uma estratégia de produção de relações, isto é, de colocar em relação os trabalhadores, suas histórias, seus saberes, as instituições onde trabalham e os usuários de quem cuidam. É nesse conjunto de diferenças e múltiplas variáveis que compomos as ofertas em saúde e, frente à dificuldade de como lidar com um 'caso complicado', com um 'caso bomba', é muito comum que as equipes de saúde se agarrem fortemente a modelos de intervenção que sugiram a segurança muito mais de quem cuida do que de quem está recebendo cuidado. Assim, o PTS perde em potência, pois nada mais faz do que executar uma tarefa ou cumprir um protocolo cuja eficácia clínica pode ser questionável quando se trata dos diferentes modos como os sujeitos vivem suas vidas e a nós se apresentam - podemos com isso fortalecer o distanciamento entre trabalhadores e usuários, retornando então a uma concepção de tratamento pautada pela dicotomia sujeito-objeto.

Quando falamos em transversalizar a construção das ofertas em saúde, falamos então da possibilidade de transmitir não apenas o que foi feito ou está em curso em um PTS, mas sim como a ação de cuidado foi ou vem sendo desenvolvida. Em um PTS, muito nos interessa que fique claro como se processa o agenciamento entre trabalhadores e seus saberes, como se dão as tomadas de decisão nos momentos de acolhimento a uma crise, por ex., como se articulam, no encontro entre trabalhadores e usuários, o pensar, o saber e as demandas dos

sujeitos - sim, de trabalhadores e usuários, pois também está em jogo o ato de cuidar como demanda para a composição destes encontros-experiências.

Continuando, então, na linha da transversalidade, se falamos em composição das ofertas em saúde nos encontros entre trabalhadores e usuários, já estamos articulando intimamente a clínica ampliada à integração entre saberes e fazeres no ato de cuidar. Nesta linha de pensamento, argumentamos que não é possível, à primeira vista, relacionar saberes e fazeres como consequências um do outro, sem antes poder apontar as possibilidades de variação entre ambos. Afirmamos, com isso, que a Saúde Mental aposta, por ex., no Apoio Matricial também como estratégia de ampliação da clínica ao colocar em relação os diferentes saberes e fazeres na construção das ofertas em saúde. O Apoio Matricial, assim como outros dispositivos da PNH, contribui para a transformação das práticas ao propor a desespecialização dos saberes 'psis', isto é, ao trabalhar a ideia de que o cuidado em saúde mental é da ordem da saúde coletiva, e não especificamente dos profissionais 'especialistas em sofrimento psíquico'.

Deste modo, é possível que a ação dos apoiadores matriciais consiga desestabilizar a solidez dos muros que cercam de certezas as distâncias entre saúde mental e saúde coletiva, fazendo com que saberes e fazeres se tornem efeitos das transformações subjetivas decorrentes das transformações também nos modos de conhecer os problemas de saúde mental que a nós se apresentam nos serviços de saúde - experiências de conhecimento, de encontros que geram novas práticas.

Podemos então, a partir de agora, passar para outro plano de problematizações, o qual toca justamente na experiência de cuidar: o apoio institucional como estratégia de gestão em coletivos na saúde mental.

3- CAPÍTULO 3

Apoio Institucional como estratégia de gestão em coletivos na saúde mental

Apoio Institucional como estratégia de gestão em coletivos na saúde mental

3.1- Apoio Institucional: um pouco sobre os modos, os usos e as apostas

Iniciamos nossa discussão sobre o apoio institucional como estratégia de gestão a partir de Campos (2007), quando no Método da Roda, situa o apoio como uma ação gerencial, o afirmando como tarefa que se desenha na relação entre apoiador e equipe, ou seja, como um modo de atuar na gestão e na organização dos processos de trabalho em saúde. Para tanto, o lugar de atuação do apoiador institucional são as equipes ou Unidades de Produção, tendo como objetivo a construção de espaços coletivos direcionados para o fortalecimento das formas de cogestão dos processos de trabalho.

Deste modo, o apoio institucional constitui-se como metodologia que opera horizontalmente no funcionamento das organizações de saúde, instalando-se nas equipes para problematizar e produzir alternativas aos mecanismos verticalizados de gestão, ampliando assim a capacidade de análise e intervenção no cotidiano dos serviços. Ao apoio é necessário considerar a circulação de afeto e poder presente nos serviços, apostando na interatividade entre trabalhadores e gestores para o reconhecimento dos diferentes papéis, saberes e implicações com as quais os sujeitos se posicionam perante o trabalho em saúde.

O apoio, nesta concepção, faz valer o efeito Paidéia, sendo também denominado como Apoio Paidéia, pois busca desconstruir concepções e modos cristalizados de trabalho no campo da saúde a partir do entendimento de que a produção de sujeitos, no contexto de trabalho, opera como a produção de novas subjetividades.

Neste caso, o apoiador institucional torna-se figura fundamental na transformação das tarefas de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe, entendendo que, se a gestão se dá entre sujeitos, é necessário então que as relações que se estabelecem nas equipes operem alguma forma de cogestão.

Assim, criticar e desestabilizar a racionalidade gerencial (caráter Anti-Taylor do método) torna-se eixo central de investimento do Apoio Paidéia. Para isso, o trabalho do apoiador busca fomentar mecanismos coletivos de gestão que ampliem a capacidade de análise e intervenção das equipes, fortaleça os sujeitos e os coletivos, produza novos sentidos como autonomia e liberdade para o trabalho, configurando, então, modos de cogestão que viabilizem a democratização institucional.

Para Pasche e Passos (2010) o apoio institucional relaciona-se com o método da PNH porque sustenta a inclusão como diretriz metodológica das práticas em saúde, sendo, então, a substância do apoio. O método da inclusão consiste no reconhecimento de que as práticas no SUS não se restringem apenas ao âmbito das organizações de saúde. A partir de uma reversão metodológica, isto é, priorizando o caminho pelo qual se tecem as práticas em saúde ao invés de condicioná-las às metas preestabelecidas, cria-se o terreno para afirmar a experiência de equipes e coletivos como base de sustentação dos processos clínicos e de gestão.

O apoio, nesta orientação, insiste em colocar em análise os modos de fazer, enfatizando, da mesma forma, “o quê” e “o como”, apostando no desvelamento dos mecanismos institucionais que condicionam as organizações de saúde a determinadas formas de circulação do poder. Neste sentido, os autores afirmam que, a respeito das tecnologias relacionais no SUS, é necessário que se opere certa capacidade dos sujeitos e das organizações para questionarem os modos instituídos de trabalho em saúde, podendo assim abrir passagem para as práticas instituintes de transformações nos processos de trabalho.

No entanto, a inclusão de trabalhadores, gestores e usuários nas discussões acerca de como se dá a produção de saúde in loco busca garantir o caráter coletivo e cogestor da construção e avaliação das políticas públicas no SUS.

Deste modo, colocam que

“A prática de cogestão no processo de trabalho em saúde modifica tanto as práticas gerenciais quanto as de atenção, afirmando a inseparabilidade entre clínica e política, entre atenção e gestão. (...) Toda ação da PNH é de intervenção, estando o apoiador da política imerso, incluído no plano em que faz a intervenção. Daí essa reversão paradoxal que, metodologicamente, faz o caminhar anteceder qualquer meta a ser alcançada. O apoiador acompanha o caminho em um processo de mudança dos modelos de atenção e gestão na saúde. Mudança de modelos implica mudança de método e é preciso o rigor metodológico, quando estamos comprometidos com o plano das políticas públicas, em que devemos ser muitos e para tal nos abrir para o coletivo”. (p. 429)

Ainda na esteira dos modos de fazer apoio na PNH, Pasche e Passos consideram necessário marcar que esta ação se dá por três modos de operar: o intensivista, o de contágio e o de referência.

Sobre a ação intensivista do apoio, afirmam que a experiência singular nos territórios articula-se através da reversão das práticas extensivas ministeriais em ações intensivas e locais. Neste caso, o apoio busca, para a democratização das instituições (discussões e decisões relativas aos processos que se engendram nas organizações e serviços de saúde) e para o compartilhamento dos rumos da política pública no território, a inclusão de trabalhadores, gestores e usuários, assim como dos conflitos gerados nestas situações - entendidos como

analísadores institucionais. Busca também incluir os movimentos sociais que se organizam para a defesa de interesses e compartilhamento dos processos decisórios por via da participação social. Trata-se, então, de uma Tríplice Inclusão, por meio da qual Pasche e Passos apontam que

“O apoiador institucional age localmente, acionando processos de mudança que pelo poder de contágio podem assumir proporções extensivas. Assim, no lugar de abrir mão da extensividade, tomá-la como efeito e não como ponto de partida ou causa de ações programáticas”. (p.430)

Em relação ao poder de contágio, os autores colocam que é preciso operar as trocas de posições que demarcam a fixidez dos atores nos processos de produção de saúde. Inspirados nos modos pelos quais as práticas de prevenção ao HIV/AIDS, colocam que, por meio dos mesmos veículos que se propagam as ideias mortíferas em relação ao viver com o HIV, é possível propagar também as noções de prevenção e cuidado, isto é, contagiar por meio da afirmação da vida. Logo, podemos inferir que o apoio pode contribuir para a construção dos processos de produção de saúde ao entender que saúde não é apenas um objeto de investimento da alçada de trabalhadores e gestores, mas se processa no território convocando usuários, familiares e movimentos sociais a compartilhar dos modos de fazer gestão e clínica, os entendendo como efeitos da ação coletiva.

Já, como referência, o apoio posiciona-se no acompanhamento às ações clínicas e de gestão no SUS, colocando-se, por meio das diretrizes e dispositivos da PNH, como referência para dar suporte às transformações nos modos de operar a inseparabilidade entre clínica e gestão, assim como às mudanças de cenário recorrentes nos territórios, buscando garantir a continuidade das ações em curso.

Também referente às práticas de apoio na PNH, Oliveira (2011) nos esclarece que a função do apoiador institucional se desdobra em cinco pontos que buscam sustentar o apoio como processo: **1) construir espaços coletivos por meio**

de arranjos ou dispositivos⁸ que favoreçam a interação e as trocas entre sujeitos; **2)** reconhecer a existência de mecanismos de poder em torno das relações, assim como os afetos e saberes que envolvem as práticas, com o objetivo de facilitar o desenvolvimento de projetos; **3)** entremear-se na construção de objetivos institucionais comuns, assim como no estabelecimento de compromissos e contratos; **4)** qualificar as ações institucionais; **5)** buscar ampliar a capacidade crítica e avaliativa das equipes e outros grupos, ativando a transformação das práticas e dos processos de gestão no SUS.

Ainda relativo aos modos de atuação do apoiador, Oliveira aponta, em texto extraído do blog Apoio para o SUS⁹, cinco indicações metodológicas para o exercício do apoio institucional da PNH.

A primeira destas indicações é sobre o processo de contratação do apoio. Sobre este ponto, Oliveira destaca que para definir o regime de contratação do apoiador é necessário que não se perca o horizonte ético de não precarização do trabalho.

Antes da definição de que o apoiador será concursado, contratado, consultor ou agente externo, é preciso colocar em análise, junto da gestão, o que se quer produzir com a ação do apoio, assim como avaliar quais as condições apresentadas pelos serviços para o desvio de uma atuação instrumental não baseada nas prerrogativas de transversalização dos processos de produção de saúde e democratização institucional. Também deve haver o esclarecimento das bases conceituais, éticas e políticas do apoio, pois contribuem para evitar a construção de relações entre apoiador e equipe pautadas pela insegurança e desconfiança.

⁸Nos referimos aqui aos dispositivos da PNH, os quais podem ser encontrados em cartilhas da Política disponíveis na página da PNH no portal do Ministério da Saúde: Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Colegiado Gestor, Contrato de gestão, Visita Aberta e Direito à Acompanhante, Equipe de Referência e Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular, entre outros.

⁹<http://apoioparaosus.net/oliveiragn/2011/11/26/cinco-indicacoes-metodologicas-para-o-apoio/>

O segundo indicativo metodológico aborda o lugar institucional para o exercício da função apoio e a questão dos arranjos. Nesta 'pista', Oliveira discorre sobre em quais relações de saber-poder, no cotidiano dos serviços, podem se inscrever as práticas de apoio. Não se trata da definição do lugar institucional de atuação do apoiador, mas sim da sustentação de um trabalho pautado pela democracia institucional - como diz o autor, fundação de um *ethos* do apoiador.

E, sobre o tema da democracia, dispara o pensamento para esclarecer que a coexistência entre as divergências e os conflitos constitui um solo que não permite reduções identitárias de tudo o que difere na relação entre sujeitos. Entendemos, a partir do autor, que com base nisso, é possível que o esclarecimento de posicionamentos ético-políticos permita que as ações de apoio sejam contínuas ou interrompidas conforme se dá o campo de negociações. Considera também que o apoio não pode afirmar em quais 'lugares' ou em quais rumos o apoio pode chegar, pois assim negaria seus próprios pressupostos metodológicos. Deve sempre, ao contrário disso, afirmar a aposta na ampliação da capacidade de análise das equipes frente aos processos de trabalho, pois assim podem aproximar mais os resultados das expectativas. E, finalizando o tema da democratização institucional, Oliveira a relaciona com a inclusão dos sujeitos e dos conflitos, afirmando que a ação do apoiador necessariamente deve confrontar as representações, por ex., de que o saber especializado se encontra somente no especialista, de que o território tem 'dono' - no caso, o médico, de que a gestão não diz respeito apenas aos gerentes, entre outras.

O terceiro indicativo relaciona-se a alguns conceitos importantes para o apoio, como real, virtual e estado de coisas. Neste aspecto, coloca que revelar para equipe qual o estado de coisas que se apresenta em relação à sua organização serve apenas para a modificação do próprio estado de coisas, impedindo a equipe de produzir outros sentidos para o trabalho em saúde através da análise do mesmo. Assim, o apoiador deve sempre estar alerta para o fato de que a realidade das coisas e dos processos nunca é a que se apresenta através do estado de coisas, mas carrega consigo virtualidades que podem ou não

atualizar-se. Sobre o virtual, Oliveira nos explica, a partir de Deleuze e Parnet (1998), que os autores consideram a realidade como multiplicidades compostas pelo atual e virtual. Entendemos, então, que o que é real em relação aos processos de trabalho e às relações entre os sujeitos são as virtualidades que se atualizam como efeitos da experiência cotidiana. Logo, para Deleuze e Parnet, o virtual é real.

A quarta proposição metodológica trazida por Oliveira diz respeito à ativação de redes e a ação por contágio, referindo-se à relação apoio - democratização institucional - tríplice inclusão. Relacionando o apoio a um processo de democratização institucional, parte da afirmação de Campos (2007) de que a Unidade de Produção (UP) constitui-se como o *setting* de instalação do apoio.

De acordo com Campos, a Unidade de Produção visa à constituição de formas colegiadas de gestão dos processos de trabalho em saúde, promovendo tanto os valores de uso como os Coletivos organizados para a Produção, os quais objetivam o enfrentamento da fragmentação do trabalho por meio da interdisciplinaridade. O Coletivo Organizado para a Produção, diferente da organização como uma empresa ou serviço com um fim produtivo destinado, é apontado como uma alternativa de alargamento dos limites estabelecidos pelas organizações, pois se engendra num movimento contínuo de composição e recomposição de sua capacidade analítica de operar, provocando, assim, a constituição de equipes ou grupos mais autônomos frente às intervenções no campo da saúde.

E, finalizando com a quinta proposição, o afeto, o conhecimento e o corpo surgem como modos e matérias de análise no apoio. O autor aponta que uma das dificuldades do trabalho no apoio é o estabelecimento de contato afetivo com os grupos, pois são múltiplos os posicionamentos - chamados por ele, com base em Lourau (2004) de implicação e sobreimplicação dos sujeitos com os processos de trabalho. Deste modo, a tarefa do apoio tem de entender-se também

como finita, pois se o apoiador se posiciona para solucionar problemas, pode torná-la cada vez mais assujeitada à sua ação. Outra situação da qual nos alerta são os movimentos disparados pelas equipes frente à presença do apoiador, pois as situações discutidas podem tornar-se narrativas forjadas pelas equipes.

Quando, em contato com esta narrativa, os fatos narrados são o aspecto menos importante, pois em contato com o dito, o corpo reage incomodado, surpreso, resistente, alegre... A estas vibrações que se dão como efeitos da narrativa de um acontecimento, o autor as considera, a partir de Espinosa, como afecções. Assim, as narrativas são sempre acontecimentos, narrativa-acontecimento, pois evocam outros planos de percepções do que está em jogo nas relações e que escapa àquilo que está sendo dito. A incorporação das afecções ao trabalho do apoiador, portanto, constitui matéria de análise no apoio, pois, para não se esquivar da relação com as equipes e agarrar-se a antigos referenciais que respondem de imediato aos problemas apresentados, é preciso, em nossa compreensão, não ater-se somente aos fatos, mas a como eles constituem o corpo do apoiador em ato.

E, tocados pelas contribuições trazidas por Oliveira, também nos deparamos com a produção de Bertussi (2010) sobre o apoio matricial. A esta modalidade de apoio, a autora chama de rizomático e nos diz que o apoio se relaciona com a Análise Institucional, não separando clínica e gestão, analisando como o poder circula por entre sujeitos e se localiza nas relações entre apoio e equipes de saúde. Por se dar em uma relação, o apoio acontece na esfera micropolítica, trabalha com ofertas que se relacionam com os processos de trabalho e com a produção do cuidado, tendo como base o reconhecimento de que a produção e a gestão do cuidado constituem-se como dobras um do outro.

Nesta visão, a atuação do apoiador ativa as práticas relacionais nos serviços, constituindo-se em um movimento contínuo que também compõe com tecnologias duras e leve-duras (Merhy, 1997).

Torna-se, então, totalmente compreensível o fato de que o apoio afirma-se como prática eminentemente micropolítica, pois atua engendrando a fabricação de intercessores ao conciliar sujeitos, saberes e diferentes tecnologias para o processo de produção de saúde, não se desvencilhando da análise dos conflitos e tensões constitutivas deste plano.

Se o apoio é um movimento produtor tanto das práticas quanto do próprio plano onde atua, necessariamente se faz ação de conexão entre linhas e pontos que reconfiguram os modos de organização dos serviços, podendo desconstruir as relações pautadas na hierarquia e na fixidez de papéis institucionais.

Assim, posicionamo-nos totalmente de acordo com as reflexões de Bertussi, ao aproximar a ação do apoio matricial ao modo de funcionar do rizoma (Deleuze, 1998), pois a coexistência de saberes e práticas, em um mesmo plano de produção de saúde, pode ter como efeito a constituição de coletivos com variados graus de potência, os quais se definem apenas quando se forjam os espaços de discussão dos processos de trabalho.

O ganho que se apresenta neste modo de agir é a invenção de relações variáveis, que se compõem de modo a não reproduzir os mecanismos de poder que insistem em tornar totalizantes os modos de agir nos processos de produção de saúde, pois podemos entendê-los como efeitos da produção de subjetividades, como efeitos de constituição da vida.

Nesta linha, a autora ainda afirma que o apoio matricial rizomático é um processo de produção de integralidade da atenção à saúde em todo o SUS, assim como Pena (2009) também o faz ao problematizar a integralidade como o principal conceito em jogo nas práticas de apoio, quando afirma, assim como Bertussi, que o matriciamento constrói momentos que promovem a troca de afetos e de saberes entre trabalhadores de diferentes áreas da saúde, ativando relações de corresponsabilização pela demanda do território.

Não distante do que afirmam Oliveira e Bertussi, Vasconcelos e Morschel (2009) também nos colocam que a função do apoio institucional está conectada à do analista institucional, isto é, na construção de análises acerca dos movimentos presentes nas instituições, problematizando os modos como se dão as relações, como agem os mecanismos de poder, como se dão as práticas em exercício e quais afetos permeiam os sujeitos.

O objetivo desta análise é agregar, aos sujeitos que operam os processos de trabalho, novas significações acerca do funcionamento institucional, identificando potências e entraves que promovem ou dificultam a produção de redes, trabalhando então para gerar ações e discursos que se diferenciam dos modos instituídos de produzir saúde.

Nas palavras das autoras, este flerte entre o apoio e a análise institucional nos chega

“No sentido mesmo de subversão do instituído, mantendo-nos abertos ao irrepresentável e ao indizível, àquilo que está ainda por acontecer, o próprio nome “apoio institucional” deve ser posto em análise. Sua potência reside justamente no fato de ele localizar-se no “entre” das instituições, no “entre” dos estabelecimentos, no “entre” dos serviços, no “entre” atenção e gestão, no “entre” trabalhadores e usuários, no “entre” usuários inseridos nos serviços e usuários que encontramos fora dos espaços institucionais”. (p.730)

Assim, por dentro dos olhares que apresentamos neste trabalho sobre o apoio, compreendemos esta estratégia nos assemelhando a vários pontos aqui discutidos.

Destacamos aspectos que nos faz vibrar na mesma intensidade do que nos dizem os autores: a produção do trabalho em saúde como produção de subjetividades, a similitude entre o apoio institucional e análise institucional no que

toca o cuidado com os barulhos institucionais, o espaço relacional como produção do trabalho vivo em ato, a lateralização dos processos por via do entendimento de como se dão as relações de poder entre sujeitos, e também vários outros aspectos.

O apoio vislumbra a multiplicidade dos gestos, nos conduzindo ao encontro com as diferenças na ativação de políticas públicas em saúde, nos indagando sobre como estabelecer relações de composição com as singularidades que circulam pelos espaços institucionais.

Apoiar, em consonância com tudo o que experimentamos com as palavras dos autores, é diferir de certos modos instituídos de funcionamento, seguindo de encontro com a produção das análises daquilo que se processa no funcionamento dos serviços de saúde, assim como de tudo o que mobiliza os processos de produção de saúde. É, em nossos aportes sobre este tema, um exercício de desconstrução dos muros que separam a clínica da gestão, o trabalhador do usuário, o planejar do executar, assim como do avaliar; é uma estratégia para tornar oblíquas as relações entre poderes, saberes e fazeres.

Então, se afirmamos que o apoio ativa/articula políticas públicas no território, precisamos nos debruçar sobre como esse processo se dá a partir das experiências concretas, para em seguida, analisá-lo por dentro do que praticamos no campo da saúde mental. Porém, antes deste desafio, tomaremos aqui alguns posicionamentos necessários, pois atuamos em um plano de práticas e produções que, enquanto estratégia de gestão em coletivos, precisa dizer o que pensa sobre gestão.

3.2- Para nós, a gestão

Antes de entrarmos diretamente na experiência concreta do apoio institucional, nos surge a necessidade de esclarecer, de forma breve, sobre qual gestão falamos neste trabalho.

Após a leitura de alguns textos que abordam a gestão em saúde, dois destes comparecem com suas forças e características singulares para subsidiar certo posicionamento acerca da gestão que nos toca.

O primeiro deles é a contribuição de Franco (2006) acerca das redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde, nos subsidiando para pensar a gestão com base no destaque que o autor faz, a partir de Merhy (1997), sobre o trabalho vivo em ato como produção de uma cartografia dos processos de trabalho.

Sobre o trabalho vivo, Franco aponta a sua potência para criar conexões em territórios heterogêneos, apostando num funcionamento rizomático, conectivo e produtor de novas significações, a partir de uma lógica muito própria aos sujeitos que operam o cuidado em saúde, buscando assim diferenciar-se das normativas que podem amarrar os sentidos atribuídos ao trabalho.

Afirmando a atividade produtiva de redes na gestão, seu texto reflete sobre três características das redes que se tecem a partir dos encontros entre trabalhadores, entre estes e os saberes (na relação entre as tecnologias relacionais e as tecnologias duras), assim como entre trabalhadores e usuários.

A primeira destas características é a imanência das redes na micropolítica do processo de trabalho, onde comparece a formação de redes entre serviços que se comunicam continuamente, a formação de microrredes que se processam dentro de uma mesma equipe para a realização de procedimentos de saúde ofertados aos usuários, e também as redes que se formam entre os próprios trabalhadores que, no cotidiano dos serviços, constituem-se em uma rede de intensa movimentação para a produção do cuidado.

Deste modo, segundo as observações do autor, torna-se evidente que o trabalho vivo processa conexões em tempo integral a partir da tessitura de relações que se bifurcam produzindo redes que articulam serviços, equipes, saberes, práticas e subjetividades na articulação dos processos de trabalho que objetivam o cuidado em saúde.

A segunda característica diz respeito às redes rizomáticas no trabalho em saúde, onde Franco nos posiciona que as redes se compõem por conexões e fluxos. Neste ponto, os trabalhadores se articulam em práticas nas quais suas ações são complementares umas as outras, caracterizando a produção de cuidado como um processo eminentemente relacional. Assim, as redes se configuram por dentro de conexões e fluxos que se misturam, surgindo como efeitos da operação de subjetividades desejantes em constante cruzamento, os quais constituem linhas de cuidado que se desdobram em ações terapêuticas.

Já, na terceira característica das redes de cuidado comparece a ideia de autoanálise e autogestão. Aqui, a autogestão afirma o exercício do trabalho em saúde com alto grau de autonomia apresentado pelos trabalhadores, destacando o protagonismo destes na atuação singular e solidária, ou até mesmo divergente para a produção do cuidado. Atuando com base em suas representações simbólicas sobre saúde, reside aqui certa potência para o estabelecimento de conexões que disparam ações, dando corpo aos processos de trabalho.

Sobre a autoanálise, fica mais clara a necessidade de um constante desdobrar-se por dentro do que as equipes vem produzindo, pois essa atividade analítica é o que pode barrar o encarceramento dos processos de trabalho em visões normatizadas sobre o cuidado em saúde. Franco destaca que “o pior das amarras normativas é a anulação do desejo” (p. 469), o que pode inibir a potência produtiva dos sujeitos, barrando, assim, os processos instituintes de inovação nas linhas de cuidado.

Em suma, para o autor, toda rede constitui-se como rizoma por ser intrínseco ao seu funcionamento a produção de conexões e o cruzamento de fluxos que materializam os modos de operar em saúde. Assim, afirma que o movimento irrefreável de encontros que se dão por entre fluxos e conexões constituem mapas que expressam uma cartografia do trabalho vivo em ato, impossível, como ele mesmo fala, de ser modelada e serializada, não prevendo por quais entradas e saídas operam as intervenções na realidade dos serviços e processos de trabalho em saúde.

Muito semelhante ao que Franco nos ensina, o trabalho de Azevedo (2012) sobre o ensino de gestão para alunos de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e os possíveis encontros entre universidade e serviços de saúde, aborda a gestão como um processo constituído a partir da produção de relações.

Azevedo, em suas colocações, discute a partir das leituras de Campos, Spinoza e Deleuze, seus posicionamentos sobre gestão, com os quais também concordamos pelo modo como se processam.

Buscando romper com as formas de gestão apenas macroinstitucionais e centradas na execução de procedimentos, nos traz a noção de que o campo da gestão constitui-se por meio da organização de espaços que afirmem o caráter coletivo das discussões, pactuações e composições dos processos de trabalho em saúde.

Através da inclusão de trabalhadores, gestores, usuários e movimentos sociais, aposta nas rodas (Campos, 2007) e em outros espaços institucionais ou não como arranjos legítimos para o desvio das ações de planejamento, execução e avaliação centradas no distanciamento entre os atores acima citados. Porém, reconhece que tais espaços podem ser insuficientes se guiados por um olhar apenas instrumental, meramente funcional, pois a gestão também se dá em espaços que se constituem na micropolítica que entremeia a relação entre sujeitos - faz-se, aqui, uma aposta ético-política.

Para Azevedo, a democracia institucional deve ser constantemente perseguida para que haja mudanças de posicionamentos, como por ex., da destituição do lugar de paciente atribuído ao usuário, para a evocação de seu protagonismo tanto nas ações em saúde como nas instâncias de participação social no SUS. Aponta também que o desafio central para os processos de gestão reside na concentração de esforços para fazer da autogestão profissional, do cuidado de si e da criatividade, os fluxos necessários para a construção de vidas potentes.

Assim, os espaços coletivos de gestão apontados por ele são espaços eminentemente de cuidado com o que se processa nas relações que forjam a multiplicidade dos processos de trabalho (práticas, saberes, afetos, sensações...), não distanciando quem planeja de quem executa. Objetivam não negligenciar os movimentos que se produzem entre trabalhadores, gestores, usuários e movimentos de participação social e política no SUS, podendo se constituir como vias de análise de ruídos institucionais, do exame criterioso do ‘como’ e do ‘por que’ se operam processos de construção do cuidado, assim como de proposições inventivas não pautadas pelos imperativos da hierarquização, do autoritarismo e da alienação. Em suas palavras, podemos entender que

“Fazer a gestão olhando para os encontros não seria, então, apenas pensar no que é produzido com a somatória dos indivíduos que entram em contato uns com os outros, mas o que se produz a partir do contato entre esses tantos mundos possíveis, o que é possível construir a partir do afeto entre as pessoas”. (p. 56)

Entendemos que as leituras de Franco e Azevedo se cruzam porque apostam que o movimento da gestão é, na imanência dos processos de trabalho em saúde, constituidor de redes.

Franco reforça o tempo todo a micropolítica do trabalho vivo em ato, problematizando o funcionamento rizomático das redes. Azevedo, por sua vez, nos traz a ideia de que, mesmo que os mecanismos institucionais busquem controlar os espaços de encontros que se estabelecem no cotidiano das práticas e dos serviços, estes encontros se tecem por redes invisíveis e possíveis de transformar regimes discursivos e de visibilidade nas instituições.

Aqui, não há como os autores se distanciarem, por mais que sejamos nós os provocadores do encontro entre eles.

Também não há como nos distanciarmos deles, pois, em nossa compreensão, é perfeitamente possível sintetizar que ambos os olhares sobre a gestão nos convocam a partilhar de movimentos que afirmem a produção de novas subjetividades em curso nos serviços de saúde.

Portanto, o olhar para a gestão que se apresenta nesta tese é o de ativação da construção coletiva dos processos de trabalho em saúde, entendidos como atos cuidadores que se processam por entre modos de conhecer a vida, modos de conhecer a si e modos de conhecer como se tece o trabalho. Afirmamos que estas três vias de conhecimento envolvidas na gestão coexistem entre si na medida em que a produção de conhecimento, como veículo de escape das vias instituídas de enquadramento da vida, e tomando o trabalho como efeito desta, é necessariamente um movimento constituidor de novas subjetividades.

Passemos, então, às abordagens e problematizações sobre o apoio institucional, ao motivo pelo qual todas as linhas escritas até o momento se fazem valer.

4- CAPÍTULO 4

O Apoio Institucional: Aportes sobre o contexto de sua construção no Distrito de Saúde Leste

**O APOIO INSTITUCIONAL: aportes sobre o contexto de sua construção
no Distrito de Saúde Leste**

4.1- Os terrenos de composição do apoio institucional - terrenos compondo-se em mim

Em uma linha cronológica apenas para tornar didáticas a apresentação e a discussão que se seguem, vários são os terrenos habitados que possibilitaram o meu exercício no apoio institucional. Do CAPS Novo Tempo, na região sudoeste de Campinas, lugar de onde partimos para o encontro¹⁰ com o Centro de Saúde DIC III, construímos o apoio matricial em saúde mental, desmanchando para *nós* (apoiador e equipe) um território marcado pela pobreza e pelos arranjos marginalizados, afirmando e conduzindo-nos por forças afirmadoras das possibilidades de ampliação do acesso dos usuários ao serviço.

Esta primeira ação de apoio disparou a transformação de um posicionamento que muito incomodava o apoiador, onde foi possível a quebra dos cristais que inoculavam o trabalhador nesta mesma posição: o trabalhador apenas como trabalhador.

Outras passagens se exigiam necessárias neste processo, podendo extrair disso a primeira aprendizagem: o trabalhador também é gestor de sua atuação, também produz territórios existenciais de onde se produzem outras experimentações da política pública.

¹⁰Encontro que disparou a escrita da dissertação de mestrado intitulada “Saúde Mental Atravessada: construindo espaços de interlocução entre a queixa invisível e outras dores já instituídas”, defendida em fevereiro de 2009, no Depto. de Medicina Preventiva e Social, atual Depto. de Saúde Coletiva da FCM/Unicamp.

Ao final deste processo, fim do mestrado, início do doutorado, o encontro inesperado com as ações de Educação Permanente para o fortalecimento da Atenção Básica no Departamento Regional de Saúde (DRS - 3), em Araraquara, minha cidade natal, foi importante pra ressignificar a relação entre o corpo, a cidade, a origem e a potência.

O berço araraquarense me ofertou a circulação por alguns municípios e as relações com alguns atores que, aparentemente, se compunham da minha mesma matéria. Lutei com muitas forças para tornar novas, todos os dias, as experimentações desta matéria por mim já tão conhecida. Por vezes, me autointitulava como efeito das forças atuantes em Campinas, cidade que habito desde 2003, após sair da faculdade, na louca UNESP/Assis, pensando com uma enganada clareza de que eu já me encontrava um desidentificado cidadão do mundo.

Engano doloroso. Sou também matéria araraquarense que também reativa todas as suas forças conservadoras, totalizantes, identitárias e constituintes do 'Morada do Sol *way of life*', se minha estadia lá se estende por muito tempo. O exercício de reconhecimento desta origem rearranjou os afetos que por mim passavam, reafirmando minha função intercessora entre Educação Permanente e Atenção Básica no 'meu' terreno araraquarense, fazendo-me ponderar mais o quanto a matéria araraquarense e sua fixidez demarcam passageiramente os meus estados de ser. O estreitamento dos laços familiares, por todo esse tempo, contribuiu para esta decisão.

Já em Vitória (ES), a atuação junto de Gustavo Nunes de Oliveira, na construção do apoio à rede de saúde municipal, me fez experimentar certa responsabilidade que eu nem dimensionava com tanta clareza. Foi um primeiro momento de apoio às políticas de saúde mental fora do contexto de Campinas. Foi possível construir conhecimento a partir das vivências em outra realidade, forçando o pensamento a ser estratégico em nível macropolítico, ao mesmo tempo em que revoluções micropolíticas se constituíam naquele território.

Os cenários eram outros... Em alguns momentos, fui convocado a falar a partir de certa autoridade que nunca me coube. Nestas horas, sempre me posicionei buscando analisar, com os parceiros, como a rede de saúde enxergava os efeitos da intervenção do apoio, quais regimes discursivos e de visibilidade se processavam no território. Nesta experiência, me conectei mais ao jogo entre macro e micro que toca às políticas públicas.

Outro terreno pelo qual este trabalho também se atravessou foi a passagem por Brasília, Ministério da Saúde, em 2010. Como consultor da PNH, trabalhador do núcleo técnico da Política no Ministério, foi possível transitar por várias interfaces que se constituíam dentro e fora da máquina estatal, pelo encontro entre políticas públicas, entre sujeitos e multiplicidades, entre singularidades que nos questionavam permanentemente se seria possível constituir zonas de comunidade entre tudo o que se colocava em disputa naquele terreno.

O ano de 2010 foi particularmente difícil, pois morar em Brasília não foi uma experiência agradável, justamente por habitar o que de mais instituído compõe aquela terra: o trabalho. Foi muito difícil, por durante todo o ano, reconhecer como legítima a composição de forças e os efeitos de composições que tornam Brasília como ela se apresentou a mim. Da grama da cidade à mesa da sala de reuniões do gabinete do ministro, do apartamento na 402 Sul à estação de trabalho na PNH (conhecida e denominada carinhosamente de baia - com efeitos de engorda), do aeroporto ao Lago Norte... Tudo cheirou a máquina do estado e as conversas se permearam, além das discussões e ações que afirmavam a política pública em nível nacional, pela necessidade que o próprio lugar 'Brasília' tinha de disparar em meu modo coletivo de ser para me fixar naquela terra.

Momentos bons em Brasília? Muitos! A companhia da minha grande amiga Cátia Paranhos Martins foi imprescindível para que tudo ficasse melhor. Habitávamos um apartamento na 402 Sul, o qual conheceu os seus 'Brasis',

tamanha diversidade que circulou por aquelas paredes alugadas por um preço exorbitante. Na sala da PNH, muitos contatos intra, extra e inter territórios. Boas surpresas: da reunião da Câmara Técnica de Humanização - Formação (CTH-F) rumei direto para o Acre e o Pará!

A região norte do Brasil foi o melhor presente de 2010. A cocoordenação dos cursos de Formação de Apoiadores da PNH nos dois estados trouxe novos sabores, aromas e temperaturas. Quilos, muitos quilos também!

Aprender com os trabalhadores e gestores destes dois estados foi uma experiência que ainda hoje se afirma como privilegiada e irrecusável, pois necessariamente tivemos de inventar dois cursos compondo com rios e matas que entrecortam estes terrenos, dificultando a circulação dos sujeitos que se apresentavam implicados com a qualificação do SUS local.

A invenção passou por pactuações e repactuações inúmeras, por entre contas feitas e refeitas para a otimização dos recursos da Educação Permanente, pelo acolhimento às angústias de trabalhadores e gestores que experimentavam a função apoio com certa ansiedade, pois tinham coisas a dizer.

O norte do país possibilitou a tessitura de relações não antes por mim pensadas entre sujeitos, recursos e territórios; mobilizou deslocamentos entre os extremos do Brasil, revelou um modo de fazer política pública com forte presença da participação social, mesmo sendo escassos os espaços de discussões coletivas para a construção do comum.

O Acre e o Pará contribuíram para uma revolução no meu modo de pensar o apoio institucional. Na montagem dos dois cursos acima referidos, o coletivo de trabalhadores e gestores sentiu o peso dos limites institucionais marcados pela máquina estatal. As políticas públicas que inventam terrenos férteis de atuação se adubam da altíssima proximidade entre as tensões que marcam as relações entre trabalhadores, gestores, usuários, movimentos sociais e prioridades de governo local.

Cronologicamente findada a estação Brasília, vivencio o retorno à Campinas. Falarei de Campinas em seguida, pois o que me toca agora é falar de um retorno que se deu simultaneamente à Assis, cidade da tresloucada UNESP, ou como diriam os meus alunos, Assisterdã! Por ocasião da aposentadoria de um dos maiores afetos durante a minha formação e também durante a minha vida, a professora Cristina Amélia Luzio, prestei o concurso para substituto da disciplina “Políticas Públicas e Movimentos Sociais”. Passei e me lancei, novamente e com toda a força, nas entranhas do sertão paulista. Confesso que nunca estudei tanto na minha vida como no primeiro semestre de 2012, pois o programa da disciplina era muito complexo. Sobre o encontro com os alunos, posso dizer com certeza que foi o maior desafio que já enfrentei. Inventamos uma disciplina, inventamos um modo de estar juntos, me senti novamente universitário.

O prazer de voltar à Assis foi tão grande que, no segundo semestre, tive a honra de substituir o professor Silvio Yasui, por quem tenho um apreço e afeto também inestimáveis, na disciplina “O Campo da Atenção Psicossocial”.

Vivi um ano fabricando as condições necessárias para vivenciar tudo o que construímos e reconstruímos em 2012 na nossa terra sertaneja e quente. Inúmeras são as histórias, inúmeras as passagens.

Detalhe a parte, praticamente morei dentro do Andorinha, o ônibus que me conduzia de Campinas à Assis. Passei dificuldades imensas nas 13 horas semanais das viagens de ida e volta. Criei, no *Facebook*, a “Saga Andorinha”, na qual eu relatava os momentos mais tragicômicos das minhas viagens. Muito me indignava com as coisas que aconteciam, mas em sua maioria, carregava sacolas de risadas que se enchiam por conta das situações ocorridas. A saga foi um dos maiores dispositivos que já inventei para fazer valer e viver o meu desejo.

A comunicação através da saga me rendeu gozações, momentos de solidariedade, mas, acima de tudo, por dentro deste modo lúdico de relatar o que eu vivia, recompus minhas aspirações quanto à função professor e testei ao

máximo todos os limites que operam na carne - não só as situações da viagem compunham a saga, mas meu corpo sentia os efeitos de tudo o que se passava nas menos de 24 horas que eu ficava em Assis.

Destaque imprescindível nesta experiência: o encontro com Luísa Milano Navarro, uma aluna companheira, inteligente e dedicada. Este encontro disparou em nós a escrita de um artigo aprovado para publicação na Revista de Psicologia da UNESP, cujas linhas e fragmentos compõem algo que queremos dizer juntos.

Também entre as minhas idas e vindas, as parcerias inventadas com os companheiros do Conexões - Políticas da Subjetividade e Saúde Coletiva, grupo de pesquisa ao qual sou vinculado na FCM/Unicamp, foram fundamentais para a minha construção como apoiador-pesquisador. O processo de doutorado não foi tranquilo, mas os afetos neste grupo me ajudaram a permanecer no desafio desta escrita reflexiva.

Enfim, marcadas estas várias passagens, é chegada a hora de falar sobre o terreno campineiro e a análise da construção do apoio na Leste.

Embarquemos juntos!

4.2- O apoio institucional e a intervenção em curso

O cenário agora é Campinas.

Se no dia 18 de janeiro de 2010 eu me mudei pra Brasília, para o Ministério da Saúde, para a PNH, exatamente um ano depois, em 18 de janeiro de 2011, eu retornei à Campinas como apoiador institucional no Distrito de Saúde Leste.

Um bom reencontro com a cidade e seu modo 'campinóide" de funcionar.

Fui muito bem acolhido pela equipe do DSL. Agradeço imensamente ao Eduardo Bueno e ao Sander Albuquerque pela indicação para o processo seletivo da vaga de apoiador.

Agora, aos poucos, vamos destrinchando esta experiência.

4.3- Apontamentos sobre a crise (?) da saúde em Campinas

Nos anos de 2011 e 2012, a equipe de apoio institucional no Distrito de Saúde Leste recebe novos personagens. Eu sou um deles, retornando à Campinas em 2011. Entro nesta equipe no momento em que ela vem se afirmando cada vez mais como a base organizacional do próprio Distrito, isto é, compondo-se por um grupo de psicólogos, médicos, enfermeiros e dentistas, cujo objetivo reside, além da função do acompanhamento aos processos de gestão em saúde, na própria construção contínua da função 'gestão'.

Pensar esta função sempre esteve na pauta do DSL, ainda mais levando em consideração as constantes mudanças ocorridas na administração municipal ao longo dos dois anos acima citados, onde presenciamos três trocas de prefeitos em menos de um semestre após o escândalo de desvio de recursos públicos que garantiu o enriquecimento ilícito de alguns governantes e empresários da cidade.

Nesta constante troca de prefeitos, Campinas passou também por mudanças na gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), trocando de secretários e de coordenadores de áreas técnicas da SMS, o que gerou questionamentos, em nível municipal, sobre qual a base de sustentação do SUS - quais articulações poderiam manter vivos os projetos que os trabalhadores e gestores construíam e sustentavam. Houve muita especulação em torno dos interesses político-partidários, assim como houve também uma clara e rica disputa em torno da política de saúde do município, com forte representação da sociedade civil na defesa da saúde como um direito conquistado e garantido.

O apoio, em virtude dos acontecimentos, sofre inúmeras marcações em relação à sua ação, função e permanência. Teria esta equipe de apoiadores as condições necessárias para enfrentar as possíveis variações de modelos de saúde ou projetos político-partidários que se apresentavam em disputa no território? A institucionalidade gerada ao redor do apoio se engatava em potências para este grupo se manter na linha de ação do DSL? Sabíamos que os cargos de apoio se manteriam. Mas, ocupados por quem?

Surge aqui, então, um primeiro conflito: o apoio fica ou não fica na gestão? A equipe sai ou não sai? Quem sustenta esse cargo?

Esta dúvida, revertida em conflito pode ser analisada em virtude do termo institucional, o qual vem acoplado ao termo apoio. Desenvolver esta ideia nos convoca a pensar o efeito do termo institucional e seu encargo frente à sustentação de políticas públicas em um território - ou, como convencionamos dizer, neste terreno 'apoio na Leste'.

Sobre o termo instituição, pensado pela análise institucional francesa a partir das contribuições específicas de Lourau e Lapassade, entre outros autores, o mesmo sofre variações de concepção, as quais podem ser resumidas, segundo a nossa compreensão do trabalho de Paulon (2009), como a atuação estatal em sua função produtora de leis e agenciadora de forças que reproduzem as relações de dominação, tanto em grupos como em estruturas organizacionais. Por meio desta função, o Estado atravessa a constituição de coletivos de qualquer ordem e organizados em seus fins específicos.

Já, em nosso entendimento sobre a concepção de instituição para a esquizoanálise, também uma corrente do movimento institucionalista francês, com a presença do pensamento de Deleuze e Guattari aprendemos que a instituição se coloca como algo que perpassa todas as relações sociais, não se caracterizando a partir de um ponto fundante da subjetividade, mas como agenciamento de forças e fluxos que compõem a subjetividade, sendo os processos de subjetivação o alvo de análise institucional, pois,

por meio desta análise, é possível descobrir os caminhos percorridos pelo capital e seus efeitos agenciadores de modos de vida, de gestão, de desejo.

Agarrados nestas concepções nos surge a preocupação com as práticas que institucionalmente desenvolvemos para ativar as redes de saúde no território.

Não consideramos necessário negar a atuação estatal, mas é preciso rachá-la e decompô-la para dar visibilidade aos modos como se constroem as práticas e os modos de gestão em curso nas intervenções operadas pelo apoio. Isso significa dizer que, nos processos territoriais micropolíticos, o apoio institucional que defendemos neste trabalho não se organiza para fazer cumprir as determinações do Estado, simplesmente por cumpri-las. Isso seria negar toda a força motriz da própria constituição do SUS, isto é, o apoio não pode ser visto unicamente pela sua face institucional-estatal após mais de 20 anos de afirmação de práticas inclusivas de gestão e clínica nos territórios.

Também não é possível afirmar que este pensamento fosse uníssono no DSL. Não afirmamos aqui que todas as práticas são somente atravessadas pelo mandato estatal. A própria definição de prioridades pela SMS, em muitas vezes, buscou nos aprisionar ao componente político-econômico da gestão. Sabemos que todas as práticas são permeadas pelo Estado, mas, o que encontramos a partir da análise do apoio na Leste é o modo como o Estado se impõe a partir de suas práticas tecnicistas. Vivemos sim o conflito entre as práticas tecnicistas e as relacionais.

Porém, a possível perda do cargo de apoio como efeito da turbulenta gestão municipal não amedrontava pelo seu aspecto tecnicista, mas sim pelo relacional. Concordamos que o apoio aproxima-se da análise institucional e achamos, então, o ponto que desestabiliza o grupo: a 'possível impossibilidade' de continuar afirmando as relações que se constituem neste terreno, ou seja, o desmanche abrupto dos territórios existenciais de cada apoiador envolvido com a produção de práticas de saúde no DSL, pois, desenvolvendo ações técnicas ou não, o 'cargo apoio', simbolicamente, ainda sustentava territórios existenciais.

Então, nos é possível pensar que o cargo institucional é atravessado pela noção de sustentação dos empregos, das equipes de gestão e de um projeto político de afirmação do SUS local. O que não podemos afirmar é que a institucionalidade do apoio - em sua função de provocar desvios das práticas instituídas e arriscar-se pela via do instituinte, garante a construção de práticas equânimes e singulares em saúde unicamente através do cargo.

Vemos, assim, que o apoio está no meio de uma dupla inscrição: entre cargo e função. Eis então uma complicação: o termo institucional poderia ser afirmado a partir de uma força instituinte?

Não sabemos e não nos sentimos autorizados a responder. Somente a problematizar.

Consideramos que a SMS e os distritos de saúde estiveram, por conta das incertezas na gestão municipal, exatamente no meio de uma discussão pública que apontava para a afirmação de uma política de saúde representativa da construção cotidiana da saúde no município por parte de trabalhadores, gestores e usuários, em detrimento das alternativas apontadas para salvar a saúde da crise instalada por meio do arrocho de recursos e mecanismos de gestão.

Frente a este quadro, inúmeras foram as manifestações em outros Distritos de Saúde, nos próprios serviços de saúde, nos conselhos de saúde locais, distritais e municipal, com a organização de reuniões que discutiam a situação do SUS e dos trabalhadores no município (ameaçados de demissão), envolvendo organizações civis como sindicatos ligados à saúde, o Centro de Estudos Brasileiros de Saúde em Campinas (CEBES), atuante não apenas neste movimento, mas com um núcleo de trabalho constante no município, o movimento dos trabalhadores de saúde em Campinas, o fórum popular de saúde, o movimento dos trabalhadores do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), construindo as cartas-manifesto dos Distritos de Saúde, os serviços e movimentos sociais, levando adiante as passeatas, panfletos, faixas, microfones e

megafones como estratégia de provocar visibilidade aos manifestos, promovendo momentos de ocupação das principais ruas de Campinas e do saguão do Paço Municipal, estando estes manifestos em consonância com a greve dos servidores municipais da saúde e da educação em 2012, dando volume aos atos de repúdio e combate à meteórica desestabilização do SUS local, o que afetou diretamente a relação trabalhador - usuário através do esvaziamento profissional da rede, da falta de medicação, de materiais, de investimento quantitativo e qualitativo nesta rede, o que também ocasionou a insatisfação popular com a restrição do acesso aos serviços, os quais bravamente continuaram de portas abertas e funcionando de acordo com as prioridades necessárias.

No caso do DSL, não houve fechamento de unidades de saúde, até o momento em que o Pronto Atendimento (PA) do Centro não apresentava mais nenhuma condição de manter as suas portas abertas devido à ausência de profissionais, de material para intervenção clínica, irregularidades no convênio com a Santa Casa de Misericórdia, o que constantemente questionava a permanência do PA no prédio tombado em que funcionou por muitos anos.

Além dos fatores degradantes que de fato se tornaram visíveis com a crise na administração pública - não podemos dizer que os fatores acima citados são causadores de uma crise apenas na saúde, mas sim efeitos de um modelo de gestão que se utilizou da esfera pública para enriquecimento da privada - a situação do convênio entre a SMS e o SSCF gerou um longo momento de tensão para trabalhadores e gestores do SUS municipal. Com o fim do convênio conhecido como Programa de Saúde da Família (CPSF), através do qual a SMS contratava trabalhadores de todas as categorias para compor os quadros de funcionários de serviços como os Centros de Saúde (CS), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Pronto-Atendimentos (PA), Prontos-Socorros (PS), hospitais, entre outros serviços, áreas meio e administrativas, houve um esvaziamento com a demissão de aproximadamente 1300 funcionários contratados pelo SSCF de todas as categorias atuantes na rede SUS municipal.

O Colegiado de Saúde Mental (CSM) do município, também conhecido como Câmara Técnica de Saúde Mental (CTSM)¹¹ - apesar das diferenças entre um colegiado e uma câmara técnica, esta experimentação de formas de funcionamento, em Campinas, ainda não definiu sua natureza - teve a sua composição estremecida por diversas vezes, pois a maioria dos apoiadores institucionais que compunham o colegiado, junto da coordenação de saúde mental da cidade e da gestão do SSCF, eram funcionários contratados pelo SSCF e integravam as equipes de gestão dos Distritos. O fim do convênio PSF entre SMS e SSCF significou a possibilidade de desligamento destes trabalhadores. A demissão dos apoiadores traria, para o contexto da saúde mental de Campinas, o desmonte desta instância de gestão, o que conseqüentemente esvaziaria os Distritos de representantes da saúde mental nos grupos gestores dos mesmos, compostos por apoiadores e coordenadores distritais.

A proximidade desta situação e seu agravamento - desmonte do Colegiado de Saúde Mental - provocou um movimento de discussão na SMS em torno da função destes apoiadores na rede.

Neste momento, verifica-se que a sustentabilidade das ações de saúde mental em rede, no município, está ameaçada pela fragilidade nas formas de contratação. Como convênio PSF não pode suportar mais as irregularidades apontadas pelo Ministério Público (MP) e pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE), cujos principais apontamentos são de que os funcionários do SSCF teriam de estar 'sob gestão' do SSCF, e não 'sob gestão' da SMS, assim como as contas do Convênio PSF estão irregulares - o que contraria todos os princípios de uma cogestão - alguma solução deveria ser pensada rapidamente para que os

¹¹Uma Câmara Técnica tem como função fazer o acompanhamento dos processos de gestão, assim como discutir, junto às instâncias gestoras, as diretrizes e/ou prioridades de investimento em uma rede de serviços de saúde, como a de Campinas, por ex., a partir do que acontece nos territórios. Trata-se de uma instância que analisa os processos de gestão e elabora caminhos para a qualificação dos mesmos, não sendo deliberativa em último caso. Já, o colegiado gestor é uma instância formuladora e indutora de ações dentro dos processos de gestão em políticas públicas. A ele, cabe trabalhar com o material produzido pela Câmara Técnica e outras instâncias de gestão, tomando decisões compartilhadas sobre os investimentos que entrarão em curso nos territórios, assim como decidindo, quando necessário, sobre as alterações nos processos de gestão já em andamento.

apoiadores continuassem a fazer parte das equipes de gestão distritais, pois essa foi a defesa feita pelas equipes e gestores dos Distritos, os quais juntos de outros gestores da SMS e do secretário municipal de saúde, compõem o Colegiado Gestor da SMS (CGSMS).

Deste modo, a decisão tomada naquele momento foi a da inserção dos apoiadores ligados à saúde mental em outro convênio entre a SMS e o SSCF, conhecido como Saúde Mental (SM), vigente no município há mais de vinte anos e que vem fomentando a ampliação da rede de saúde mental através da Lei Municipal nº 6.215 de 9 de maio de 1990, popularmente conhecida em Campinas como a Lei da Cogestão.

Sobre a problemática da sustentação da rede de saúde mental, podemos afirmar que as dificuldades de gestão vivenciadas pelo apoio institucional, no município todo, tiveram como consequência a geração de uma pauta de discussões sobre como operar em uma cogestão.

Muitas vezes, o que os trabalhadores do SUS Campinas defendiam que deveria ser definido pela SMS como parâmetros para o número de trabalhadores na rede, e também para os recursos destinados aos serviços, estava sob a gestão de um convênio que se colocava como instrumento de tomada de decisão.

Neste caso, nos cabe perguntar se algumas formas de cogestão no SUS conseguem dar conta dos problemas a serem geridos em uma rede de saúde, ou se acabam por objetivar a gestão em documentos como decretos ou portarias que institucionalizam as formas de funcionar e não podem ser 'desobedecidos' em hipótese nenhuma.

O apoio, então, combinaria com a superação de problemas como contratação, alocação de recursos, controle e fiscalização de recursos humanos (RH), ou serviria para entremear-se nos processos de clínica e gestão e viabilizar a implementação e o fortalecimento das políticas de saúde no território?

Certamente esta dúvida percorre todo este trabalho e não se resolve na experiência de apoio no DSL, pois entendemos que a operação de cogestão envolve um coletivo que ultrapassa a capacidade de ação das instâncias de gestão, dado visto que o possível desmonte da rede de saúde mental foi vivenciado intensamente por trabalhadores, gestores de serviços, apoiadores, usuários, familiares, comunidade local, isto é, por todo um coletivo que se manifestou a favor da regularização das formas de contratação e da garantia de manutenção dos empregos das pessoas demitidas.

Muitas foram as formas de expressar o descontentamento com a ameaça que cercou não apenas a saúde mental, mas a saúde em nível municipal, envolvendo a mídia em nível local e também nacional, já que o contexto de desconstrução do SUS em Campinas é efeito da situação política inscrita na cidade.

Com o envolvimento do MP na relação entre SMS e SSCF, um Termo de Ajuste de Conduta (TAC) foi assinado pelo prefeito em exercício no momento e o MP, buscando combater o esvaziamento profissional da rede de saúde com a garantia de realização de concurso público. Isso significa uma conquista de todos os setores envolvidos na garantia de um SUS público e de qualidade no município, mesmo com o número de vagas reduzidas apresentadas no edital. Mesmo assim preocupações de ordem qualitativa cercaram o coletivo de pessoas implicadas com a construção de um SUS que corresponda aos efeitos positivos das lutas sociais em seu entorno, pois a situação dos demitidos não tinha outra resposta além da aprovação no concurso, o que legitimaria o emprego destes trabalhadores através do estatuto do servidor público municipal. Outro ponto de desestabilização foi a garantia da qualidade dos serviços e da rede de saúde, caso os aprovados no concurso fossem trabalhadores com pouca ou nenhuma experiência no SUS ou até mesmo no SUS/Campinas.

Porém, o que também se coloca como barreira no avanço da municipalização do quadro de trabalhadores da saúde mental em Campinas é o número de vagas estabelecidas para o concurso em 2012. É certo que,

em concursos anteriores, a SMS contratou um número expressivo de profissionais da enfermagem, assim como um grande número de médicos clínicos.

Como Campinas apresenta em algumas regiões da cidade um modo de produção de saúde que ora se afasta e ora se aproxima da Estratégia de Saúde da Família (ESF), é perfeitamente inteligível - não quero dizer que seja perfeitamente aceitável - a opção por um grande número de clínicos em sua rede de saúde, pois muitos Centros de Saúde (CS) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) - como o leitor queira chamar - compõem os processos de trabalho organizando a atenção à população pautada na consulta médica como a principal oferta para resolver os problemas de saúde das famílias nos territórios.

Essa descaracterização da Estratégia de Saúde da Família como a orientação para o cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) não é institucionalizada dentro de portarias ou decretos municipais, e nem deveria ser, mas evidencia-se através de um movimento de desconexão entre as ofertas de saúde existentes nos territórios, o que vem sendo gerado principalmente dentro dos dois últimos governos (2005 - 2012), nos quais a orientação política era o atendimento às “demandas” dos usuários como se isso fosse sinônimo de porta aberta. Aliás, todo e qualquer pedido, neste período, foi entendido como demanda, o que simplesmente inibiu gestores e trabalhadores a se debruçar em torno do que realmente significa esta palavra, pautando a agenda dos mesmos para a formatação do acolhimento das necessidades que se apresentavam nas portas das unidades.

Quando falamos em demanda, nos aproximamos do pensamento de Franco e Merhy (2005) quando estes autores nos colocam que a demanda se constrói a partir das representações que os usuários têm sobre o que é ofertado nos serviços de saúde, o que nos dá a dimensão da construção imaginária da demanda.

Deste modo, há três aspectos que compõem a construção das demandas.

O primeiro, segundo a leitura que os autores, seria o fato de que ninguém demanda o que não é ofertado pelo serviço. Sendo assim, a demanda se cria em torno do que é apresentado ao usuário. O segundo aspecto diz respeito ao fato de que a demanda é gerada a partir daquilo que o usuário não conseguiu realizar em outro serviço, ou seja, ocorre aqui a busca de satisfação de uma necessidade expressada pelo usuário, a qual ele tentou “sanar” em outro serviço, mas não conseguiu. Isso ocorre nos processos de trabalho que não pautam a interatividade entre trabalhadores e usuários e deixam de problematizar como se constroem tais necessidades apresentadas nas portas dos serviços, sendo que essa busca pode se tornar crônica, assim como uma doença se cronifica. O terceiro aspecto que compõe a produção social da demanda está no fato de que os usuários associam a solução de seus problemas a algumas ofertas que encontram nos serviços de saúde, como p.ex., a satisfação de necessidades encontradas em determinados procedimentos clínicos.

Pensando neste terceiro aspecto, é possível inferir que a consulta médica respondeu ao projeto de um governo que se preocupou em fazer da porta aberta nas unidades de saúde o sinônimo de consulta médica, o que descaracterizou a ESF como um campo de produção de práticas de saúde conectadas com a invenção da vida, pois no bojo de suas práticas e no curso dos investimentos em Saúde da Família no território, a ESF não aborda o cuidado centralizado na consulta ou no procedimento, mas sim na exploração das condições que a comunidade constrói pra promover qualidade de vida e saúde.

Junto desta descaracterização da Saúde da Família, há outros fatores estruturais que explicam a abordagem tecnicista utilizada para a administração da saúde no município. Um destes fatores, talvez o mais comentado entre trabalhadores e gestores é a centralização dos recursos da saúde na Secretaria Municipal de Finanças (SMF), o que destituiu a SMS do poder de tomada de decisões e priorizações acerca dos investimentos necessários.

Também o escândalo do enriquecimento ilícito de alguns governantes e empresários da cidade afetou o orçamento do município em sua totalidade, o que disparou os movimentos anticorrupção em Campinas. Porém, não apenas este escândalo pode ser visto como o estopim do desabastecimento das farmácias das unidades de saúde, da negativa dos fornecedores em entregar não apenas as medicações, mas outros insumos importantes para a realização de procedimentos que salvam vidas.

Assistimos também à ausência de oxigênio em unidades de pronto-atendimento, de curativos nos Centros de Saúde, de medicações em todo o território de Campinas e vimos gestores e trabalhadores serem silenciados em torno da problemática. Também vimos estes mesmos trabalhadores e gestores inventarem soluções para estes problemas a partir da implicação dos mesmos com a saúde no município e, o mais interessante a pontuar nesta decisão de “não abandonar o barco” é que houve profundo respeito com as solicitações e com o envolvimento dos usuários nesta questão, pois as reuniões de conselhos locais, distritais e municipal estiveram completamente lotadas e pautadas pela resolução de problemas que nem deveriam existir.

Mas, também é fato que chegamos perto, em alguns momentos, da possibilidade de não garantir o funcionamento dos serviços de urgência e emergência a partir da falta de profissionais, de materiais e da temerosa incerteza de qual seria a solução dada pela SMS para este problema. Afinal de contas, a população que não encontrava consulta ou medicação nos Centros de Saúde procurava imediatamente os serviços de urgência e emergência do município, o que inchava cada vez mais a porta destes serviços se somarmos os casos de urgência e emergência à procura espontânea por atenção de todas as ordens.

Podemos entender, a partir deste quadro, que a precarização principalmente da APS despotencializou a integração destes serviços em rede, pois os mesmos apresentaram muitas dificuldades para acolher os usuários em suas necessidades - mesmo com o esforço heroico das equipes,

as quais perderam trabalhadores de muitos anos com o fim do convênio PSF - o que gerou menos capacidade de oferta qualificada e mais volume de procura pelos serviços. Um reflexo deste desinvestimento na rede é o inchaço dos Pronto-Atendimentos e Prontos-Socorros.

4.4- O caso da saúde mental

Podemos afirmar, a partir das experiências acima vivenciadas, que os serviços de saúde mental do município não ficaram ilesos no meio da nuvem de corrupção que se instalou na cidade. A rede de saúde mental foi tão afetada como qualquer outra rede existente no SUS/Campinas.

Quando dizemos rede de saúde mental, nos referimos ao fato de que a saúde mental sempre apresentou um movimento próprio, construindo seu modo de funcionar um tanto quanto distanciado da malha de procedimentos e resultados que sustentam outras áreas técnicas da saúde. O bônus disso é não frear o movimento de avanço nas tecnologias relacionais e qualificar os encontros permeados pelas ações de cuidado às vidas em sofrimento. Já o ônus de existir uma rede de saúde mental está na dificuldade de integração da mesma com a rede SUS, o que pode contribuir para que usuários desconhecidos do sistema estejam sob *o não cuidado* dos hospitais psiquiátricos.

Assim, a perspectiva de desmonte desta rede assombrou trabalhadores, gestores e usuários até o último segundo antes da renovação do Convênio Saúde Mental (CSM) em julho de 2012.

Os principais prejudicados por ocasião do encerramento do convênio Programa de Saúde da Família (CPSF) seriam os usuários dos Centros de Saúde, ou seja, da APS, pois deixariam de receber assistência em saúde mental, caso os psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras fossem demitidos sem a reposição de suas vagas.

Mas, a ausência destes profissionais é algo com que os distritos de saúde do município lidam com frequência, e sempre terão de lidar se continuarem a fomentar processos de trabalho nos quais a saúde mental é uma área de cuidado super especializada na agenda das unidades de saúde.

O alto grau de especialidade que a saúde mental construiu em Campinas, ao longo dos anos, pode ser identificado como um dos principais geradores do quadro de possível desassistência com o encerramento do convênio PSF¹².

Podemos afirmar, ao longo da experiência no SUS/Campinas, que a saúde mental, como área técnica da SMS, sempre apresentou dificuldades para construir redes de atenção à saúde em parceria com as outras áreas técnicas. Isso não acontece por falta de ampliação de serviços, por falta de contratação de trabalhadores, ou seja, por falta de expansão da rede. Aliás, Campinas tem uma das maiores redes de saúde mental do país, atualmente com 6 CAPS III (24horas), 2 CAPSi (12 horas), 3 CAPSad, sendo que um destes funciona 24 horas e os outros dois, 12 horas, 11 Centros de Convivência¹³, um coletivo de serviços de geração de trabalho e renda com 2 serviços instituídos (o NOT - Núcleo de Oficinas de Trabalho e a Casa das Oficinas) além de outras várias experiências de geração de renda em curso. Conta também com os leitos em hospitais gerais (Complexo Ouro Verde - CHOV, e Unicamp, já que os leitos da PUCC - hospital da Pontifícia Universidade Católica de Campinas estão temporariamente desativados) e das instalações do Núcleo de Retaguarda do SSCF, que concentra o Nadeq (Núcleo de Atenção à Dependência Química), o Núcleo Clínico, destinado aos usuários com baixíssimo grau de mobilidade e autonomia ocasionados por alterações neurológicas e intenso sofrimento psíquico,

¹²Um ponto que gera uma ampla discussão é se acontece assistência em saúde mental com quadro completo e, se acontece, como se dá essa assistência.

¹³Quanto ao número de Centros de Convivência em Campinas, há controvérsias. O Fórum de Centros de Convivência do município ora aponta 10 serviços, ora aponta 11. Como apenas 1 destes serviços possui cadastro no Ministério da Saúde, de acordo com o que foi preconizado pela portaria Nº 396 de 07 de julho de 2005, podemos afirmar que se são 10, 11, mais ou menos serviços, com certeza todos compõem experiências de problematização e de ampliação das possibilidades de vida nos territórios onde atuam.

e também o NAC (Núcleo de Atenção à Crise), responsável pelas internações de usuários em crise aguda e também de crônicos.

Juntamente com os serviços acima citados, Campinas conta com uma unidade específica que concentra 36 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), divididos entre os Distritos de Saúde Sul e Leste, sendo que existem SRT ligados a alguns CAPS e que não se concentram nestes 36. O investimento mais recente nesta rede é a implementação de uma equipe de Consultório na Rua, a qual funciona interligada com os CAPSad, CS, PA e PS.

Vale destacar que Campinas é um dos municípios contemplados com a Escola de Redutores de Danos, investimento do Ministério da Saúde dentro do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (Decreto Nº 7179, de 20 de maio de 2010) com o objetivo de trabalhar a Redução de Danos enquanto paradigma para as práticas de atenção à saúde mental, as quais nunca se concentram apenas nesta esfera.

Dado o tamanho desta rede, tornou-se extremamente difícil administrá-la em um contexto político de desagregação dos investimentos em saúde no município.

Entendemos que o contexto político apresentou-se o tempo todo como um obstáculo para a solução da falta de psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras em alguns CAPS e CS da cidade, pois as formas de contratação estavam obstruídas por ocasião da véspera de renovação do Convênio Saúde Mental. Observamos também que a efetivação de novos serviços como o CAPSad 24 horas, situado no DSL, e o CAPS ad 12 horas, no Distrito de Saúde Noroeste (DSNO), atrasou porque a SMS não conseguia agenciar as contratações dos trabalhadores necessários a estes serviços devido ao impedimento das contratações via SSCF, o que se deu em virtude do Termo de Ajuste de Conduta (TAC) anteriormente citado.

Porém, há um ponto polêmico no que toca às formas de contratação para a rede: a quase indistinção entre a política de saúde mental do município e o convênio de cogestão com o SSCF, isto é, o Convênio Saúde Mental.

Durante os anos de 2011 e 2012, qualquer investimento nos serviços de referência em saúde mental e também na APS passou pela discussão de como contratar trabalhadores para a rede. Isso é processual no município, já ocorre através do referido convênio há mais de 20 anos e tem suas vantagens e desvantagens.

Podemos citar como vantagens tudo o que for relativo à utilização do direito privado de uma instituição como o SSCF para a execução de ações em serviços públicos: **a)** na relação com o SSCF, a possibilidade de que os processos seletivos para a atenção e para a gestão sejam feitos através da pareceria entre SMS e SSCF, envolvendo trabalhadores e gestores tanto dos distritos de saúde como das unidades sob¹⁴ gestão do SSCF, buscando a máxima transparência; **b)** a rápida contratação pela CLT, o que burla a demora na homologação de concursos públicos e posterior convocação dos aprovados; **c)** a rápida manutenção de equipamentos quebrados e substituição dos mesmos quando necessário, assim como a rápida substituição de trabalhadores em caso de afastamentos, licenças maternidade e demissões, entre outras vantagens aqui não elencadas.

Podemos citar como desvantagens tudo aquilo que impede a plena execução do direito público da Prefeitura Municipal de Campinas (PMC) para a administração de sua própria máquina pública: **a)** a possibilidade de que as ações de implementação da rede de saúde mental sejam cada vez mais intrínsecas à existência de um instrumento como o convênio; **b)** a utilização do convênio para contratações irregulares, isto é, que não respeitam o objeto de atuação do próprio

¹⁴Por que sob gestão do SSCF? Este é um ponto de difícil acordo no município, devido às diferentes opiniões. Se há uma cogestão, então como operá-la? Onde se sustentam os diferentes modos de pensar e atuar dos serviços de administração direta da PMC e de administração indireta via SSCF? Estas são questões perambulam pela rede SUS Campinas há anos.

convênio¹⁵; **c)** a acomodação dos gestores municipais frente à municipalização dos serviços de saúde, o que pode fomentar cada vez mais as ações de terceirização da rede pública de serviços; **d)** o fortalecimento de uma cultura que afirma que o direito privado e a autonomia de recursos financeiros evita o nivelamento dos serviços “por baixo”, ou seja, distancia serviços administrados pela SMS e pelo SSCF, afirmando que a precarização dos serviços de administração direta é efeito das formas de gestão pública; entre outras desvantagens aqui não citadas.

Podemos dizer, com base nos acontecimentos de 2011 e 2012 na saúde em Campinas, que essa espécie de cultura da precarização das formas de gestão pública reforça a dificuldade de ampliação de índices de cultura antimanicomial nos territórios de saúde. Concomitante a isso, também apontamos dois pontos que nos fazem analisar as dificuldades nos modos de gerir e cuidar em rede: o primeiro diz respeito à centralidade dos CAPS como o dispositivo de Atenção Psicossocial que coordena os cuidados em saúde mental; o segundo, a necessidade de investimentos na quebra dos papéis da Atenção Básica e dos CAPS.

Relativo ao primeiro motivo apontado - a centralidade dos CAPS na coordenação dos cuidados em saúde mental no território - é necessário reconhecê-la enquanto diretriz da política pública de saúde mental no Brasil, mas é também necessário desmistificar tal centralidade no campo da Atenção Psicossocial, levando em consideração o percurso realizado pelos usuários em busca de acolhimento.

Observamos que os investimentos da Coordenação Nacional de Saúde Mental/Ministério da Saúde, juntamente com as instâncias de participação social sustentam, desde a ocasião da Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002,

¹⁵É válido pontuar aqui que o convênio conhecido como PSF, já acima referido, serviu em seu início para a contratação de 38 agentes comunitários de saúde, os quais implementariam as ações da Estratégia de Saúde da Família no município de Campinas. O avanço das contratações consideradas irregulares pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE) foi tão extenso que, em 2012, com a não renovação deste convênio, o montante de trabalhadores demitidos aproximou-se de 1300 funcionários.

que os CAPS são responsáveis pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território.

Porém, com a regulamentação da Lei 8080/90 através do Decreto 7508 de 28 de junho de 2011 e do estabelecimento de diretrizes para a organização das redes de Atenção à Saúde pela Portaria Nº 4279 de 30 de dezembro de 2010, essa coordenação de cuidados tem como fio condutor a APS. Não é de nosso interesse aqui defender que a centralidade dos cuidados em saúde mental esteja com o CAPS ou com a APS, mas sim apontar que o novo cenário de produção de práticas em saúde no SUS, mesmo sem essa intenção, nos desafia a quebrar tais centralidades, buscando provocar a construção do cuidado em redes regionalizadas de atenção à saúde.

Deste modo, podemos compreender melhor o plano político no qual se compõe a Atenção Psicossocial, pois ela nos convoca a construir uma clínica pautada em dispositivos para o cuidado com o sofrimento psíquico. Neste plano, a clínica nos exige inventividade.

As considerações de Amarante (2007) sobre a Atenção Psicossocial nos auxiliam, por uma escolha deste trabalho, a discutir a centralidade do CAPS no cuidado em saúde mental, já que o autor nos coloca que a Atenção Psicossocial é atravessada por quatro dimensões que se entrelaçam e se apresentam simultaneamente nas práticas de atenção e gestão na esfera da saúde mental. Estas dimensões (teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural) nos dão a noção de que a Atenção Psicossocial é um processo de construção paradigmática dentro da complexa tarefa de fazer saúde.

A dimensão teórico-conceitual diz respeito à transformação da ciência, questiona a psiquiatria biológica como expressão da verdade afirmada pelo paradigma positivista. A dimensão técnico-assistencial refere-se à integralidade em saúde, pois considera os serviços de atenção à Saúde Mental como locais de acolhimento, lidando com pessoas, e não com doentes, isto é, com sujeitos ativos na produção de sociabilidade e subjetividades. A jurídico-política faz menção à

construção da legislação no campo da Atenção Psicossocial, garantindo direitos de cidadania como a expressão singular dos direitos humanos e, de acordo com o autor, a dimensão sociocultural é considerada a mais estratégica de todas, pois envolve a sociedade na discussão sobre a reforma psiquiátrica para a construção de um novo imaginário social da loucura - em nossas palavras, de uma cultura antimanicomial, fazendo uso da arte e de outros dispositivos como vias de passagem do "louco" ao "sujeito louco".

O que nos interessa afirmar, através deste breve detalhamento das quatro dimensões apontadas por Amarante, é a potência de produção de redes de atenção à saúde mental que reside no entrelaçamento das mesmas, o que em nosso entendimento, questiona qualquer centralidade no processo de cuidar - algo muito apontado nas ações de saúde mental do DSL, as quais serão analisadas mais adiante.

Se a dimensão técnico-assistencial aponta para os serviços da rede enquanto pontos de acolhimento, isso nos dá a noção de que são os usuários que decidem por onde iniciarão ou por onde retomarão seus cuidados em saúde mental. Não nos é possível centralizar as ações de produção de vínculos que se constroem nos encontros entre trabalhadores e usuários, o que nos convoca a afirmar que qualquer tipo de centralidade que defina aonde um usuário deverá se cuidar antecipa-se às composições de relações que podem se estabelecer entre usuários e trabalhadores, assim como entre os próprios serviços de saúde.

Entendemos, também, que o trabalho pautado no fortalecimento de vínculos entre trabalhadores e usuários provoca rupturas no pensamento psiquiátrico científico vigente no Brasil desde o início do século XX, o que nos confirma a atuação da dimensão teórico-científica na transformação paradigmática, pois a luta da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no seu cerne, busca pautar sua agenda na potencialização de uma rede assistencial produtora de relações entre sujeitos e serviços, afirmando a atenção em saúde mental dentro de um campo de relações que, através da leitura de Merhy (2004), estabelecem encontros intercessores, isto é, encontros onde o que se produz entre

trabalhadores e usuários, em ato, não é anterior à conformação deste novo sujeito, o qual se funda nesta relação e não apresenta caráter individual, mas sim coletivo.

Vimos que as duas dimensões acima problematizadas¹⁶ afirmam a Atenção Psicossocial enquanto um campo produtor de redes de relações que não sustentam centralidades no ato de cuidar, tanto por sua função afirmativa de redes quanto pelas transformações que o SUS vem iniciando nos últimos dois anos.

Porém, o intuito de afirmar uma descentralização não defende a ideia de que o cuidado em saúde não precisa de certa coordenação por parte de trabalhadores e serviços de referência. Um Projeto Terapêutico Singular - PTS (Oliveira, 2008; Brasil, 2008), por ex., como estratégia de coordenação do cuidado em saúde, é uma ação potente para o cuidado em rede porque agrega os diferentes sujeitos envolvidos com as ações de saúde no território e isso requer acompanhamento, estabelecimento de ações que serão projetadas e avaliação constante do processo, podendo apontar para as mudanças de curso necessárias.

Mas, do momento do acolhimento (Teixeira, 2003; Brasil, 2006) à construção de um PTS, existe uma trama de conversas e de relações entre sujeitos e serviços de saúde que apontam muito mais para o compartilhamento de responsabilidades no ato de cuidar do que para a delegação do cuidado em saúde mental ao especialista.

Assim, a Atenção Psicossocial se posiciona como um campo de problematizações porque envolve a análise da construção do sofrimento psíquico, dos modos de cuidar em curso na relação entre trabalhadores e usuários, assim como da implicação (Lourau, 2004) dos trabalhadores com a produção do cuidado, provocando aí um descolamento das práticas em saúde mental centradas tanto no uso da medicação e da internação com o único recurso de

¹⁶ Afirmando a potência das dimensões técnico-assistencial e teórico-conceitual para a produção de redes, não queremos dizer que as dimensões jurídico-política e sociocultural não sejam potentes para esta função. O uso das duas primeiras dimensões, para esta finalidade, é apenas uma escolha metodológica deste trabalho.

cuidado, como na institucionalização de que o cuidado ao sofrimento psíquico é de propriedade de um único dispositivo de saúde, no caso, o CAPS, o qual também pode ser palco de práticas corporativo-centradas, isto é, de práticas que “resolveram” por si próprias contar a verdade sobre o outro.

Muitas vezes apontamos, com certa ênfase nas equipes de saúde do SUS, principalmente os médicos como profissionais corporativo-centrados, enxergando neles apenas a potência da medicação e a solução para questões emergenciais, como os surtos repentinos e as crises desconhecidas. Também colocamos nos usuários adjetivos como sexualizados, poliqueixosos, refratários, dissociados, deprimidos. Definimos situações de tratamento como ansiogênicas, iatrogênicas, entre tantos outros adjetivos. Mas, parece que nos apropriamos deste linguajar e desta força corporativo-centrada para reforçar ainda mais essa centralidade das práticas “psi” no ato de cuidar.

Então, se reforçamos estas centralidades, como conseguimos produzir redes de cuidado? Entendemos que rede é sempre um movimento construtor de alguma coisa, é sempre um movimento de ligação e adição de componentes que configuram algo que em muitas vezes não é resultado daquilo que buscamos.

E é através desta noção de rede que podemos discorrer sobre o segundo motivo que apontamos para a precarização dos modos de gestão e sua relação direta com um modelo de cuidado antimanicomial: a necessidade de investimentos nas quebra dos papéis da Atenção Básica e dos CAPS.

Já afirmamos que na Atenção Psicossocial, assim como em qualquer outro discurso em vigência na saúde, podemos pensar a produção de redes a partir das ligações que este campo problemático estabelece entre usuários, trabalhadores, gestores, serviços de saúde, serviços de outros setores, afetos, saberes, não saberes, entre tantos outros fatores, independente do que queremos com os projetos que fazemos para a condução dos casos ou para as ofertas nos serviços de saúde.

Se estamos conversando até o momento sobre a construção de redes, sobre a de proximidade entre os atores envolvidos no processo de cuidar, e não de distanciamento, como conseguiremos sustentar a ideia de que os CAPS não necessariamente se apresentam hoje como o regulador das ações de saúde mental em um território?

Podemos pensar, então, sobre as portas de entrada para o sistema. Muitos usuários chegam aos serviços de referência como o CAPS das formas mais variadas possíveis. Há casos de “demanda espontânea”, casos vindos através de encaminhamento dos centros de saúde, dos prontos-socorros, das famílias, dos vizinhos, das escolas, ou seja, de diversas formas.

Já afirmamos que os usuários decidem quais são as vias pelas quais eles chegam até o serviço.

Porém, há um modo de funcionar no SUS que busca regularizar os encaminhamentos, centralizando a Atenção Básica como porta de entrada para as demandas existentes. Vemos também que os modos como os usuários acessam os serviços de saúde, atualmente, não são relacionados apenas aos sintomas, mas a um pedido de escuta para além daquilo que o sintoma enuncia. Isso não se restringe apenas aos casos de saúde mental. Podemos observar que em outras áreas como a saúde da mulher, do idoso, da criança entre outras, os usuários nos trazem demandas consideradas sociais, e em muitas vezes, reagimos a isso com estranhamento, ainda dissociando os modos de vida e a produção dos sintomas - é impossível buscar uma separação entre sintoma e sua história.

Tanto nos CAPS como nos Centros de Saúde, o que está em jogo é o quanto as equipes fomentam o entendimento de que os usuários acessam uma rede de serviços, e não apenas um serviço ou outro. Portanto, o cuidado é um ato que exprime a demanda pela construção de redes potentes de afirmação da vida, ou seja, de modos de cuidar que escapam ao imperativo de que o usuário é de um serviço ou de outro.

Neste sentido vemos, de certo modo, que há uma tensão entre a atenção básica e o CAPS, por exemplo, quanto às discussões de caso e aos encaminhamentos que são dados aos mesmos. Essa tensão é gerada justamente por conta do estabelecimento de papéis que as unidades de saúde tanto buscam.

A atenção básica ou APS é responsável por casos onde a demanda pela resolução de problemas é possível naquele espaço. Mas, quando algo foge a esta regra, o número de encaminhamentos para as especialidades cresce muito enquanto busca dessa resolução. Do outro lado desta conversa, a especialidade coloca que a atenção básica precisa saber lidar com casos mais complexos e não encaminhar tudo. Mas como construímos uma boa conversa entre os serviços de saúde se os mesmos imediatamente colocam para os parceiros a sua finitude, ou seja, o seu limite, o seu papel, até onde podem chegar?

A saúde mental entra nessa conversa problematizando essas dificuldades, sendo a área de atuação encarada como a mais difícil de lidar nas unidades de saúde e vista como propriedade dos especialistas.

Atualmente, muitas questões que aparecem nas portas das unidades de saúde são encaradas como demandas específicas da saúde mental. Até mesmo um choro, uma expressão de tristeza, uma alegria mais espontânea do que o “natural” são encaminhadas ao psiquiatra, ao CAPS, na forma de um pedido de auxílio para cuidar de sintomas subjetivos que não se expressam com muita clareza, assim como uma transferência de problemas.

As queixas em saúde mental são queixas invisíveis e as olhamos como dores que já estão instituídas (Pena, 2009), ou seja, muitas vezes olhamos automaticamente para essas dores, as protocolamos e damos os encaminhamentos que julgamos necessários.

No CAPS, desenvolvemos tecnologias de relações que estão demonstrando eficácia na vinculação de usuários considerados casos complexos, jogando forças e apostando no trabalho em equipe para que a multiplicidade de

modos de existir dos próprios trabalhadores componha com os usuários para que nos tornemos referências para os mesmos.

Na atenção básica, mesmo com a dificuldade que os trabalhadores têm de lidar com os casos para os quais não foram capacitados, ocorre o mesmo. Os usuários procuram os centros de saúde por vários motivos como a proximidade, a dor, a solidão, o retorno na consulta, o vínculo com o profissional que o escuta, tudo isso independente da complexidade do caso. A centralidade dos centros de saúde, neste momento, é desmontada porque a finitude dos serviços é denunciada pelos usuários. Se há algo que deva se tornar central nas linhas de cuidado em saúde é o modo como os serviços se relacionam para construir redes, e não apenas qual é a finalidade de cada serviço.

A partir do momento em que cuidamos dos usuários e buscamos construir com eles a autonomia para o cuidado de si, buscando também com os mesmos o estatuto de sujeitos de direito na sociedade, estamos a mercê do descontrole sobre os acontecimentos e da finitude dos serviços envolvidos nestas redes.

O que queremos dizer com isso? Se o campo “psi” se autoriza a produzir práticas e discursos que têm como efeito a especialização da Saúde Mental, nos enganamos quando pensamos ter o controle dos modos como os usuários constroem para eles mesmos os próprios entendimentos sobre o sofrimento que os afeta.

Definimos estes modos como conformações doentias, isto é, como usuários que afirmam suas vidas entregues ao cuidado que produzimos, sendo que com isso também nos autorizamos a classificá-los como propriedades do nosso conhecimento. Se não temos o controle da finitude dos serviços envolvidos na rede, ou seja, se não nos conformamos quando um serviço de saúde não consegue responder ao campo “psi” do modo como entendemos o que é cuidado, o que nos resta é provocar desvio, é inventar práticas que vislumbrem a vida como o plano onde as finitudes se exercem e deixam rastros para que tanto

profissionais quanto usuários se desestabilizem, construindo outra espécie de ordem que possa dar conta desse momento de desestabilização.

Novamente, o que queremos e dizemos com isso? Queremos sustentar a ideia de que o CAPS, entendido como o regulador das ações de saúde mental em um determinado território, se desestabiliza quando encontra usuários que recusam as suas práticas e, na relação com outros serviços de saúde, encontra seus limites quando não produz discussões ou práticas clínicas satisfatórias dentro daquilo que é entendido como Atenção Psicossocial, dado visto que o próprio termo Atenção Psicossocial tem, para os trabalhadores, as mais variadas representações e significados.

Podemos entender que hoje avançamos muito quando estamos frente ao sofrimento apresentado pelos usuários, o que denota que provocamos desvios nos modos como nos relacionamos com eles. Em um passado não muito distante, enfocávamos a doença mental e a tratávamos a partir de sua fenomenologia, buscando seus sintomas e a conformação dos mesmos dentro de um quadro nosológico. Hoje o olhar focado no sintoma não está totalmente desconstruído e, na multiplicidade inerente ao campo problemático da Atenção Psicossocial, nem pretendemos que este campo seja totalizante ao ponto de negar a doença. Mas, vemos com mais clareza que o sofrimento já se desdobrou também em possibilidades.

E que possibilidades? Como elas surgem? As possibilidades das quais falamos aqui residem nas várias composições de tratamento que vimos desenvolvendo, no Brasil, desde a década de 1980. Viajamos dos grupos terapêuticos às oficinas, dos atendimentos ambulatoriais aos acompanhamentos terapêuticos, das prescrições aos projetos terapêuticos singulares, das classificações nosológicas à escuta, da consulta à ampliação da clínica, da internação permanente às residências terapêuticas, do hospital psiquiátrico ao CAPS.

Porém ainda depositamos no CAPS toda a nossa esperança de existência de um equipamento verdadeiramente substitutivo ao hospital. A desestabilização, a quebra dos referenciais nosológicos pelos trabalhadores que constroem a história da nossa reforma psiquiátrica é produto da imersão em outra lógica de trabalho, isto é, é produto de daquilo que podemos chamar de encontro com a alteridade.

Não podemos definir alteridade como o simples reconhecimento da diferença, mas como aquilo que está fora do corpo do trabalhador, que a ele e nem a ninguém pertence, que ele nunca experimentou, mas que quando o trabalhador entra em contato, transforma não apenas o seu entendimento sobre o trabalho que desenvolve até aquele momento, mas o reposiciona em outro sistema de valores que coloca tudo o que ele já viu na vida em suspenso.

A alteridade é o que constitui a base dos encontros entre trabalhadores e usuários, pois o que é vivido nessas relações vem, com o passar do tempo, transformando a gama de necessidades e demandas que são construídas tanto por trabalhadores como por usuários, pois cada vez mais estamos imbricados em uma clínica que não permite distanciamentos desnecessários em prol de qualquer teoria que possamos seguir para a orientação de nossas práticas.

Se há um gradativo esgotamento do modelo hospitalocêntrico, é justamente porque há proximidade entre trabalhadores e usuários. Essa proximidade ocorre como uma nova palavra de ordem, como um movimento até mesmo imperceptível, onde vivenciamos várias transformações no mundo em que vivemos, onde a velocidade dos acontecimentos e a exigência de progresso, competência e bem-estar, produtos de uma vida guiada pela ordem econômica dos dias atuais, nos é imposta e muito facilmente nos captura.

Se nos transformamos em pessoas que hoje convivem com uma história de vida que muda rapidamente, que é constantemente conectada a novas ordens sociais, que nos exigem o entendimento de coisas que nunca imaginaríamos que existiriam, com os usuários dos serviços acontece o mesmo.

Estamos então em um mesmo plano, implicados com o resgate da clínica do cotidiano, buscando formar redes de cuidado suficientes para a valorização dos encontros que a Saúde Mental nos proporciona, podendo construir em conjunto uma prática clínica que não necessariamente tenha que dar respostas rápidas ao sofrimento, mas sim problematizá-lo.

Deste modo é que trabalhadores se implicam: imersos na alteridade vivida nos encontros com os usuários, vivenciando necessidades em muitas vezes irreconhecíveis, nunca antes pensadas, deslocando a doença do sintoma e a vendo como produção de vida. Deste modo também é que o sofrimento: na ausência de parcerias que nos auxiliem a entender tantas coisas novas e estranhas que acontecem, conosco. E entendemos que o plano de produção de sofrimento não é exclusivo dos usuários. Os trabalhadores também sofrem e constroem suas dores no mesmo plano que os usuários. Então, não é mais possível nenhum tipo de distanciamento.

5- CAPÍTULO 5

A experiência concreta do apoio institucional na rede do Distrito de Saúde Leste

**A experiência concreta do apoio institucional na rede do
Distrito de Saúde Leste**

Bem, após as considerações feitas acima, podemos abordar a experiência de apoio no DSL.

A chegada ao grupo de apoiadores do DSL acontece em janeiro de 2011, inicialmente sem encomenda específica, mas para compor com um grupo de apoiadores envolvidos com a construção do planejamento do Distrito para 2011.

Os espaços coletivos de gestão primeiramente apontados são as reuniões quinzenais de saúde mental do DSL, as reuniões semanais de coordenadores de unidades de saúde e apoiadores do distrito, a reunião semanal de apoiadores com a coordenação distrital e o colegiado de saúde mental do município, também com frequência semanal.

Detalhando melhor o funcionamento destes espaços, as reuniões quinzenais de saúde mental do DSL, conhecidas como reunião de saúde mental do distrito constituíram-se como um fórum de discussões sobre o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde mental, de caráter relativamente deliberativo, o qual se encontrava enfraquecido pelas constantes trocas de apoiadores de saúde mental no DSL.

O grupo, constituído por um ou mais representantes de cada serviço já se acompanhava há aproximadamente dois anos, sendo que a entrada de um novo apoiador para compor com outro existente neste território há poucos meses, acontecia pautada pela escuta da seguinte fala do grupo: “já trabalhamos juntos há quase dois anos, nos conhecemos e o que vocês nos trarão não é novidade

nenhuma. O apoio é um cabide de empregos e existe para nos mandar fazer as coisas”.

Frente ao colocado para os apoiadores, a tarefa de fazer parte deste grupo torna-se um desafio a partir do entendimento de que não era necessário enfrentar o grupo, mas sim compor com o mesmo através do trabalho.

As reuniões semanais de coordenadores e apoiadores do DSL, conhecidas como reuniões de coordenadores, às quartas-feiras, apresentou-se como um espaço mais acolhedor para o novo apoiador. As preocupações deste espaço giravam em torno de como construir o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no DSL e colocar em prática os cuidados aos usuários portadores de doenças crônicas.

Neste momento, algumas destas reuniões aconteciam com a presença de coordenadores de áreas da SMS, com ênfase na preparação da Atenção Básica para receber o NASF. Este é o espaço reconhecidamente deliberativo do DSL, mas sempre com a preocupação de alinhar as ações de coordenadores e trabalhadores às ações da SMS. Esta grande roda das quartas-feiras de manhã colocava em evidência os diferentes olhares sobre o que é produzir redes de atenção à saúde, sendo muito permeado pelas dificuldades enfrentadas por gestores e trabalhadores em nível local.

A construção de pautas para esta reunião foi um problema enfrentado pelos apoiadores e pela coordenação distrital, pois uma linha de atuação para conciliar o trabalho em nível distrital às prioridades da SMS não existia com certa clareza. O desejo de investir em uma rede mais sólida não tinha formas suficientes para este grupo e era difícil sistematizar qualquer ação sem um objetivo claro não apenas para o trabalho, mas para a construção de uma política que se desviasse da manutenção da queixa e avançasse para a transformação daquilo que era identificado pelos gestores como a “ponta”.

Estávamos no momento do planejamento, com dias marcados e uma linha condutora de trabalho que buscou desenvolver as seguintes prioridades apontadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS):

- 1) Ampliação do acesso dos usuários de substâncias psicoativas à rede de saúde do município, tendo como ações pactuadas a ampliação do CAPS AD Reviver para funcionamento 24 horas, a criação da Casa de Acolhimento Transitória, do Consultório de Rua e da Escola de Redutores de Danos, sendo que tais projetos são ações desencadeadas pelo Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção ao Álcool e Outras Drogas - *PEAD* (Portaria Nº 1.190, de 4 de junho de 2009) e também pelo Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (Decreto Nº 7.426, de 7 de janeiro de 2011);
- 2) Intensificação dos cuidados aos portadores de Doenças Crônicas através do Projeto Gestão da Clínica conhecido no Ministério da Saúde como Projeto Territorialização¹⁷;
- 3) Investimento no fortalecimento da Atenção Básica à Saúde através da criação e consolidação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008).

Buscamos, nos momentos de encontro entre apoiadores e coordenação distrital, estabelecer as metas e os prazos para alcançá-las, sendo apoiados por trabalhadores da rede com larga experiência em planejamento.

O que logo se apresenta como dificuldade a ser enfrentada é a distância entre as prioridades estabelecidas pela SMS e a realidade vivida no território.

¹⁷Para conhecer o Projeto Gestão da Clínica, basta acessá-lo na página da SMS/Campinas através do link <http://territoriosuscampinas.org/wpcontent/uploads/2012/08/Gest%C3A3o-do-Cuidado-em-Rede-Estrategia-SMS-Campinas.pdf>

As prioridades pensadas pela SMS para serem desenvolvidas pelos trabalhadores do campo da Saúde Mental não se descolam da Política Nacional de Saúde Mental (lei 10.216/2001), nem tampouco da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, de 2004. Os recursos para as ações acima pactuadas foram pleiteados pela SMS em 2010, através da participação em editais públicos lançados pelo Ministério da Saúde. Esta iniciativa gerou polêmica pelo modo como foi direcionada para os distritos de saúde.

No caso específico do DSL, a ausência de análise constante dos dados epidemiológicos gerados pela vigilância epidemiológica do distrito nos mostrou que os trabalhadores desconheciam a demanda para cuidados aos usuários de álcool e outras drogas. Tais dados não eram cotidianamente apresentados e trabalhados com as equipes de saúde mental da atenção básica e dos serviços de referência em saúde mental, como CAPSad, CAPS III e CAPSi. O contato com os trabalhadores nas reuniões quinzenais de saúde mental do DSL também nos deu a noção de que a função do CAPS AD na rede de saúde é desconhecida pela maioria das equipes, o que nos levou a crer que o movimento era semelhante em relação ao CAPSi, que também atende crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade pela exposição à rua e ao uso de substâncias psicoativas (SPA).

Neste cenário inicial, torna-se difícil até mesmo pensar, quanto mais criar ações que consigam marcar um território sólido de atuação: o fortalecimento da Atenção Básica através da integração das equipes de saúde mental com as equipes de saúde da família, buscando com isso a produção de redes de cuidado que integrem a Atenção Básica aos serviços de referência em Saúde Mental para, através de equipes fortalecidas, colocar em práticas as ações de ampliação do acesso dos usuários de substâncias psicoativas à rede de saúde do município, no nosso caso, mais especificamente à rede de saúde do DSL.

Outras perguntas surgiam junto dessa preocupação inicial: como articular a criação do NASF e inserir o profissional de saúde mental neste núcleo em uma rede com vários serviços de referência em saúde mental para

apoiar equipes da Atenção Básica sendo que, de 10 Centros de Saúde existentes no DSL, 7 contam com equipes de saúde mental? Como reformular o espaço das reuniões quinzenais de saúde mental e sair do binômio queixa-conduta para produzir um trabalho analítico e coletivo de fomento às redes de produção de saúde?

Vimos que a articulação para a sustentação do NASF não se efetivou no DSL, assim como gerou muitos questionamentos e formas diferentes de funcionar em outros distritos. O que podemos tirar como efeito desta discussão é a ampliação do olhar para as necessidades de saúde em todo o território do DSL, o que também desencadeou em ações de apoio para fortalecer as relações entre a Atenção Básica e os serviços de referência em Saúde Mental, pois o que se apresenta como uma discussão em torno do acolhimento e dos cuidados aos usuários de SPA revela que há um terreno a ser construído e que extrapola as ações e torno do crack e de outras drogas, estendendo-se para todo o território: era necessário construir uma liga entre a Atenção Básica, os CAPS, os Centros de Convivência e as Unidades de Pronto Atendimento (PA e SAMU), ou seja, sustentar a construção de uma rede.

Assim, com o desenrolar do apoio no DSL, insistimos em sustentar um novo formato para as reuniões quinzenais da saúde mental, centrando forças na aproximação entre apoiadores e trabalhadores, já que os investimentos macropolíticos em saúde mental pareciam muito deslocados da experimentação dos trabalhadores nas unidades de saúde. Para tanto, este formato deveria se dar através da escuta do grupo, isto é, com base no desejo do grupo de provocar certa aproximação com os apoiadores.

Não foi fácil propor um desenho de rearranjo para essas reuniões. Os apoiadores se debruçaram na insistência sobre um novo modo de provocar encontros, buscando quebrar a noção de 'cabide de empregos', a qual designa formas verticais de contato com o grupo de trabalhadores. As diferenças de opinião sobre um novo desenho, entre os apoiadores, eram sutis e também nos mostravam certas dificuldades a priori, como a reorganização de horários de

trabalhadores nos serviços e o modo como as equipes designariam quais trabalhadores participariam das reuniões, pois arranjados em um grupo grande, muitos não se sentiam autorizados a falar neste espaço, demonstrando, até mesmo, certo medo de serem repreendidos pelos colegas em suas falas.

Então, com muita cautela, partimos para a elaboração de um desenho a fim de propor uma tentativa de provocar estreitamento entre trabalhadores e apoiadores, mesmo sabendo que enfrentaríamos resistência, pois como já dito anteriormente, este grupo já se acompanhava há dois anos devido às constantes trocas de apoiadores. Segue o formato:

- Primeiras segundas-feiras de cada mês - reservadas para a reunião geral entre apoiadores e todos os trabalhadores de saúde mental dos serviços localizados no território do DSL. Neste espaço, era possível manter uma agenda sistemática com o SADA (Serviço de Atenção às Dificuldades de Aprendizagem), pois neste espaço das reuniões quinzenais, este serviço ligado à área técnica de especialidades (o que é bastante questionável) realizava as ações de Apoio Matricial junto às unidades básicas de saúde;
- Segundas segundas-feiras de cada mês - reservadas ao encontro entre apoiadores e trabalhadores da microárea 1 (CAPS, Centro de Convivência desta região e unidades básicas de saúde);
- Terceiras segundas-feiras de cada mês - reservadas ao encontro entre apoiadores e trabalhadores da microárea 2 (CAPS, Centro de Convivência desta reunião e unidades básicas de saúde);
- Quartas segundas-feiras de cada mês - reservadas ao encontro entre apoiadores e trabalhadores da microárea 3 (CAPS e unidades básicas de saúde).

Vale ressaltar que, quando listamos os CAPS (III, ad e infantil) neste formato, entendemos que os mesmos deveriam participar das quatro reuniões que aconteciam no mês, pois são serviços de referência para todo o DSL.

Tivemos muitas dificuldades tanto no acolhimento/entendimento da proposta, quanto na organização das agendas das equipes para esta participação, o que já era previsto. Mas, com o passar dos tempos, a presença destes serviços de referência foi se definindo com mais clareza para todos. Esta organização valeria também para os dois Centros de Convivência do DSL. Porém, entendemos que o número reduzido de trabalhadores destes serviços impediria uma maior participação nas reuniões.

De 'posse' do novo arranjo, buscamos discuti-lo com os trabalhadores. A resistência foi imensa. As pré-avaliações de que não daria certo sustentavam ainda certo distanciamento entre trabalhadores e apoiadores. Este distanciamento não diz respeito apenas às dúvidas em relação à figura do apoiador na rede, mas sim ao seu poder de atuação, ponto este que necessita ser mais bem discutido no SUS Campinas, pois entendemos que o apoio como um cargo no organograma é mais um dos investimentos para garantir a articulação da rede de serviços e sustentação do modelo de saúde do município, mas também, como cargo, pode ser pouco estratégico para a gestão em coletivos na medida em que, dependendo da interpretação feita sobre essa função na rede, o apoiador pode se ser visto (e em muitos casos é assim que acontece) como o chefe dos gestores e trabalhadores das unidades de saúde. Então, depois de muitas discussões com o grupo de trabalhadores da saúde mental e com os gestores dos serviços, ampliamos a nossa capacidade de análise sobre o desenho e também os nossos argumentos para o sim e para o não.

Os argumentos que buscavam sustentar o não funcionamento deste desenho/arranjo seguiam na tentativa dos trabalhadores de não mexer na agenda de atendimento nas unidades, assim como não gerar discussões desnecessárias entre trabalhadores e gestores por conta das saídas destes profissionais das unidades. Afinal de contas, no desenho anterior a este proposto, as reuniões aconteciam sempre nas primeiras e terceiras quartas-feiras de cada mês e, ter de mudar o dia, traria um trabalho extra.

Outro ponto que recheava este argumento não se encontra na linha daquilo que pode ser dito. Já avaliamos no decorrer de todos os espaços de gestão percorridos pelo Apoio e também nas idas às unidades de saúde, que nem todos os gestores de serviços estavam apropriados das agendas da saúde mental com o Distrito. Alguns gestores não sabiam dizer ao certo em quais dias os trabalhadores estavam em reuniões com os apoiadores, sem manter qualquer tipo de acompanhamento desta atividade, até mesmo sem construir um significado para isso.

Ao nos depararmos com o que constatamos através deste não dito, não partimos para uma ação controladora ou fiscalizadora da ação dos gestores sobre os trabalhadores. Buscamos entender o que se passava entre os trabalhadores e os apoiadores para que o novo desenho provocasse tanta resistência - e foram meses de resistência!

Escutando os trabalhadores, pudemos entender que o desenho anterior agregava todos os trabalhadores e, o atual, os dividia em grupos. Esta divisão poderia fragilizar uma organização que, de certo modo, se sentia fortalecida para enfrentar as formas verticais de gestão que os mesmos supunham que os apoiadores poderiam lhes imprimir. Do mesmo modo, sustentavam que no arranjo do 'grupão' os apoiadores de outras épocas conseguiam escutar melhor o que eles queriam e, sendo assim, trabalhavam de modo mais livre.

Se a linguagem que este trabalho vem imprimindo - a mistura entre a primeira pessoa do singular e a primeira do plural, ou seja, o nós como marca do coletivo - me permite uma licença para o eu, aqui falarei em primeira pessoa: confesso que fiquei absolutamente estarecido com esta constatação! Os trabalhadores, neste 'grupão', se protegiam dos apoiadores e, a estratégia de divisão das reuniões por microáreas era interpretada como tentativa dos apoiadores de controlar o trabalho das equipes de saúde mental do DSL.

Bem, voltando ao nós e, diante deste fato, só nos restava fundamentar melhor o que a proposta dos apoiadores trazia: sustentar cada vez mais uma relação mais íntima entre trabalhadores e apoiadores, mais próxima, fomentar a

construção de zonas de comunidade entre estes atores que operavam saberes e práticas neste território, ofertar uma escuta mais qualificada dos apoiadores para os processos de trabalho em curso nas unidades e também para as dificuldades vivenciadas pelos mesmos no cotidiano dos serviços, pois muitos enfrentamentos se faziam necessários para garantir as ações de saúde mental em todos os serviços.

A proposta dos apoiadores aparece como um arranjo de gestão que busca dar suporte e analisar aquilo que entendemos através do que Hardt (2003) nos coloca, como trabalho afetivo, ou seja, como um trabalho que exige a presença real ou virtual dos corpos para que se efetue, tendo como terreno para esta presença a constituição das zonas de comunidade das quais falamos acima.

O trabalho afetivo, como modalidade de trabalho imaterial - produtor de comunicação, informação e afeto, é visto por Hardt também como possibilidade de resistência aos processos capitalistas de apropriação dos modos de produção através da geração de subjetividades coletivas, de redes sociais, de modos de viver em comunidade.

Não descolamos do trabalho afetivo a sua potência para alavancar a produção capitalista através da produção de bens como a satisfação ou o bem-estar que os produtos da indústria podem fornecer rapidamente. Mas, agregamos ao trabalho desenvolvido pela saúde mental o caráter de trabalho afetivo para que, também como uma forma de trabalho imaterial, afirmemos tanto a dimensão coletiva do engendramento de trabalhadores, saberes e práticas, assim como a necessidade de desvio de trabalho imaterial gerador de desconexão entre demanda e oferta, o que pode irradiar cada vez mais a medicalização dos processos de sofrimento em curso.

Então, se a nossa intenção de gestão - provocar proximidades assemelhava-se, no entendimento dos trabalhadores, como mais uma ferramenta de controle das formas de atuação na saúde, entendemos que seria necessário insistir e investir neste arranjo para experimentá-lo e, em seu curso, avaliar junto

dos trabalhadores se estaríamos sustentando uma espécie de mordaza travestida de gestão compartilhada.

Negociamos em muitas reuniões e, algo que foi proposto para o grupo em julho de 2011, só entrou em experimentação a partir de outubro do mesmo ano.

Nas várias trocas de apoiadores no DSL e na dificuldade de sustentar um trabalho coletivo para a produção de rede de cuidado em saúde mental, um espaço se preservou neste processo e ele se sustentou e se sustenta por fora da atuação do apoio, mas não se diferencia tanto assim de uma forma de potencializar o trabalho das equipes, podendo também ser agenciada pelo apoio institucional: a supervisão clínico-institucional.

Observamos que, até o momento das iniciativas que se colocavam em curso a partir de 2011, os investimentos mais recorrentes e apontados pelos trabalhadores como mais eficazes para discutir o cuidado em saúde mental no DSL encontravam-se nas supervisões clínicas e institucionais, tanto nos CAPS quanto nos Centros de Saúde.

Frente a isso, os apoiadores precisaram se debruçar sobre esta estratégia, agregando à função do apoio também a possibilidade da supervisão.

No momento de uma supervisão, assim como no apoio, entendemos que não há o que sustente a dissociação entre clínico e institucional. Não há possibilidade de não entrar em análise o contexto institucional na condução de um caso clínico, assim com a instituição ou o serviço de saúde não existe sem a atuação dos sujeitos implicados com os processos de trabalho.

Podemos, então, apontar que há um equívoco nesta distinção, mas ela apresenta-se com muita força para as equipes de saúde do DSL.

Aliás, algo ser pontuado neste trabalho é o modo como estas supervisões se davam.

Propusemos - os apoiadores - em algum momento que as supervisões acontecessem no próprio Distrito, com todo o grupo, nas primeiras segundas-feiras de cada mês, ou seja, nas reuniões que chamávamos de gerais, já que o recurso de supervisões clínico-institucionais disponibilizado pela SMS para a Atenção Básica era pouco utilizado por estas equipes e, quando utilizado, as supervisões aconteciam muitas vezes em espaços da própria unidade de saúde, envolvendo apenas os trabalhadores da saúde mental, e não toda a equipe de referência, por ex.

A intenção de supervisionar os casos no distrito era a de coletivizar este recurso para todos os trabalhadores, estimulando inclusive aqueles que se autorizavam a dizer que não necessitam dele, podendo incluir neste processo os trabalhadores em geral, não apenas os da saúde mental. As supervisões que aconteceriam com o grupo todo trariam casos emblemáticos para a rede, analisando o nosso modo de funcionar e pensando a articulação de ações para os usuários.

Deste modo, buscamos então construir com os trabalhadores da saúde mental do DSL, outros entendimentos sobre o recurso da supervisão, ou seja, também como análise de nós mesmos. Novamente, enfrentamos muita resistência, mesmo afirmando que não estávamos 'proibindo' a realização das supervisões nas unidades de saúde, mas sim buscando utilizar parte deste recurso em favor do coletivo, isto é, como algo próximo de uma análise institucional. Sobre a nossa ideia de supervisão, voltaremos a ela mais adiante.

Além das já problematizadas, muitas dificuldades foram vivenciadas junto a este grupo de trabalhadores. Mas, em algum momento, a intervenção operada pelo apoio começa a enxergar os seus efeitos. Para isso, buscamos analisar como o apoio pode dar visibilidade às articulações para uma intervenção mobilizadora de afetos e transformações nos modos de cuidar.

5.1- Afirmando a atenção psicossocial na política pública

Pergunta difícil de responder, mas inventamos formas. Criamos alternativas, bifurcamos caminhos para desviar-nos das trilhas que dissociavam apoiadores e trabalhadores, as quais teriam como efeitos de práticas, o encapsulamento do sofrimento psíquico, o tornando, então palavra falada, discutida pelo grupo de apoiadores e trabalhadores, driblando os não ditos e as resistências afetivas.

Podemos entender essas resistências como afetivas e como efeitos de instituição. A resistência ao trabalho dos apoiadores aparecia, inicialmente, referida ao trabalho. Mas, com o passar do tempo, ser chamado de 'cabide de emprego' nos deu a dimensão de que o encontro com figuras novas no contexto do trabalho foi muito difícil para o grupo todo, pois rompemos com os modos de afirmação de certa unidade constituída neste espaço.

Para que o trabalho tivesse consequências de transformação de práticas e posicionamentos subjetivos, o acolhimento às angustias dos trabalhadores se fez presente com a intensificação das idas dos apoiadores às unidades de saúde.

Muitos enfrentamentos foram feitos dentro das equipes. Assim, a partir da realidade encontrada nos serviços e do envolvimento com as situações geradoras de ansiedade pelo próprio trabalho, o apoio foi construindo uma institucionalidade onde se tornou possível, no encontro com as equipes, trabalhar algo além da dimensão prática da saúde, mas sim afetiva, relacional.

Apoiadores e trabalhadores precisaram se relacionar superando o olhar estritamente técnico do trabalho, discutindo, na imanência dos encontros, seus posicionamentos perante o trabalho em saúde, seus medos, angústias, apostas, erros, acertos, enfim, o que produz a vida.

Esse movimento de discussão no interior dos serviços necessariamente precisava retornar às reuniões de saúde mental no distrito.

Quando conseguimos discutir casos e situações institucionais nos serviços, combinamos agendas mais próximas dos trabalhadores, driblando a insegurança destes frente ao desnudar-se em público. Sim, desnudar-se, pois a resistência em fazer reuniões por microárea, em grupos menores, servia como estratégia de defesa para encobrir o medo de encarar uma relação na qual o que 'eu sei' e o que 'você sabe' aparecem sem intermediários, no corpo a corpo. Assim, aprendemos que o tal grupo de trabalhadores, que há 2 anos se reunia como um bloco intransponível servia para afirmar uma posição homogênea de resistência não só ao novo, mas à emergência de um 'si' desgastado pelas vicissitudes do trabalho.

Acolhendo o pedido dos trabalhadores de 'emergir aos poucos', gradativamente as reuniões por microárea foram se efetivando. As relações entre apoiadores e trabalhadores foram se fortalecendo, e então pudemos trazer à tona o trabalho e sua dimensão produtiva de subjetividades.

Os efeitos que colhemos a partir da intensificação da ida dos apoiadores às equipes foram muito produtivos. Ir às unidades e considerar legítimo tudo o que se apresentava a nós foi, literalmente, um convite aos trabalhadores para um novo arranjo de gestão e clínica - as reuniões por microáreas. Este convite refez os contratos necessários para a intervenção operada pelo apoio, o qual se colocou, então, em estado fronteiro, no qual apoiadores e trabalhadores se coproduziram nas experimentações cotidianas de seus fazeres, construindo política pública de saúde mental a partir do que se passa entre eles e do que se produz no território.

Aprendemos, então, que a intervenção do apoiador institucional deve operar dando suporte aos movimentos onde trabalhadores e apoiadores se engendram.

Como já afirmado no início desta tese, a pesquisa se faz intervenção ao passo em que analisa e problematiza os modos de construir a ação de apoio institucional, situando pesquisador e objeto de pesquisa no mesmo plano de

produção de práticas e saberes. Então, esta função-intervenção agregada ao apoio faz da pesquisa o plano de produção do apoiador e do próprio apoio.

Experimentar o apoio na intensidade das relações e como uma ação que também se faz pesquisa foi possível para não afirmar a intervenção a partir de uma ação do apoio sobre as equipes. Podemos aqui nos adiantar sobre um entendimento que também se afirmará mais adiante: as equipes de saúde são coletivos justamente pela potência de não separar trabalhador e equipe, mas por entender que o coletivo engendra os dois termos, e o mesmo se dá na relação ente apoiador e equipe - ambos se engendram e, somente com base nesta constituição simultânea de termos, é possível construir um cenário comum entre estes atores.

Uma cena onde isso se apresenta com muita força é a discussão, a partir do que passou entre atenção básica e CAPS III, sobre quais são as diretrizes da política de saúde mental no SUS.

Sempre foi muito evidente que CAPS e Atenção Básica, neste terreno, se estranharam muito, até mesmo pelas questões acerca da Atenção Psicossocial já discutidas anteriormente. Mas, no território do DSL a tensão entre estes serviços nos fez mobilizar forças para evitar rompimentos entre pontos de conexão da rede.

A ação do CAPS sempre foi apontada pela Atenção Básica como muito fechada, dentro de um paradigma que não se fazia inteligível por toda a rede. Por outro lado, o CAPS também apontava suas dificuldades de inserção na rede, colocando-se como incompreendido.

Esta situação, na Leste, foi muito difícil de enfrentar, pois como as relações entre esses serviços construíam cuidado compartilhado com base nas disputas entre 'modelos'¹⁸, a ação do hospital psiquiátrico ganhou terreno para conduzir casos em rede.

¹⁸ Isso não quer dizer que não haja contato entre o CAPS e os serviços de atenção básica, mas a relação entre estas unidades de saúde não configurava apoio matricial, pois não provocava as interferências necessárias nos modos de funcionar de ambos os serviços.

Por mais paradoxal que isso possa parecer, o discurso e as práticas operadas pela equipe do Núcleo de Retaguarda do SSCF se aproximavam mais dos princípios da Reforma Psiquiátrica do que poderíamos imaginar. Sempre muito articulados em rede, os trabalhadores do hospital constantemente discutiam casos com as equipes de atenção básica, dos serviços de geração de trabalho e renda, com os centros de convivência, pactuando ações conjuntas em relação aos projetos terapêuticos e também às altas.

Isso se deve pelo menos a três motivos:

- 1) A pronta resposta do hospital frente às necessidades de internação da rede e dos próprios CAPS da cidade, pois, mesmo com os casos em crise sendo avaliados pelos CAPS e pelo SAMU, as internações aconteciam em grande número;
- 2) A uma relação orgânica entre alguns CAPS do município e o Núcleo de Retaguarda - relação problematizada não apenas nas reuniões de saúde mental do DSL, mas também em vários espaços de gestão municipal;
- 3) A baixa apropriação do cuidado em saúde mental na atenção básica, mesmo com 7 unidades de atenção básica do DSL contando com equipes de saúde mental.

Dada a complexidade desta situação, o apoio se aproxima mais do CAPS para pensá-lo em rede e retomar a sua função matriciadora de cuidados em saúde mental no território. De modo processual, isso deixa de ser um problema constrangedor para as reuniões de saúde mental da Leste e passa a ser um analisador da rede.

Retomamos com o grupo de trabalhadores as diretrizes e princípios da política nacional de saúde mental, reafirmamos as relações entre serviços como potentes para desconstruir o inaudível entre estes atores e, como apoiadores institucionais, também nos lançamos às ações de apoio matricial em algumas unidades da atenção básica, pois se fazia necessário abrir mais as portas tanto do

CAPS quanto das unidades básicas de saúde para o cuidado compartilhado e para os encaminhamentos necessários.

Entendemos que este processo de afirmação das relações entre serviços, enquanto estratégia de gestão em coletivos na saúde mental, não encerra os efeitos do apoio em estratégias para essa ou aquela situação, mas pode viabilizar a construção de um terreno comum de trabalho quando enfrenta a destituição de modelos cristalizados a partir das transformações subjetivas imanentes a estas relações. O que não aparece de forma literal nesta tese são as falas presentes na constante ação de acolhimento aos sujeitos trabalhadores e suas raivas, angústias, desânimos e vontades de revolucionar - os telefones dos apoiadores institucionais é que suportavam estes movimentos e também costuravam ações que a rede nem imagina!

Bem, a experiência de reconfigurar as relações entre CAPS e outros serviços da rede nos fez investir mais na discussão sobre rede a partir dos casos. Conseguimos, então, trazer para a grande roda das reuniões de saúde mental alguns casos que se tornavam emblemáticos no território. Convidávamos para este momento todas as equipes interessadas em ampliar o seu espectro de ação de cuidados com o sofrimento psíquico, objetivando, com isso, dar luz aos fluxos e forças que engendravam especialmente o CAPS e a Atenção Básica no mesmo plano de práticas, no mesmo território, sem necessariamente colocarem-se como serviços autônomos e com papéis exclusivamente próprios.

Não questionamos aqui as especificidades de cada serviço, mas, se já apontamos que os usuários circulam pelo mesmo território de atuação de ambas as unidades de saúde, não faz sentido entendê-las como serviços apenas prontos para atender ao público, mas sim como serviços que, tomados pela demanda de produção de vida no coletivo, emergem do público, do território. Estes serviços, juntos, inventam outra noção do que é o público.

Frente aos casos, como apoiadores, nos fizemos também supervisores clínico-institucionais e enfocamos a ação de apoio/supervisão em grupo, entendendo que uma supervisão pode ofertar às equipes de saúde algumas

ferramentas para a análise dos problemas vivenciados nos processos de trabalho cotidianos, com a finalidade de construir com equipes e gestores o entendimento da Atenção Psicossocial como estratégia substitutiva ao modelo centrado na internação psiquiátrica, conforme os investimentos da Política Nacional de Saúde Mental.

Deste modo, fomentamos a ideia de que o apoio, também atravessado pela supervisão clínico-institucional, é uma estratégia de trabalho para a Atenção Psicossocial, pensado como um processo, ao passo em que se propõe a acompanhar os caminhos percorridos pelas equipes para a construção cotidiana do trabalho em saúde.

O que está em evidência aqui é o que se produz quando equipes e apoiadores se encontram - a possível ampliação da capacidade das equipes de analisar o contexto no qual produzem saúde, e qual saúde produzem.

Assim, trabalhamos com as equipes e seus gestores esta ampliação da capacidade de análise de ambos em relação às questões vivenciadas no cotidiano dos serviços - casos complexos, situações institucionais que travavam os processos de trabalho, inserção dos serviços em rede, conhecimento do território, construção da Atenção Psicossocial enquanto paradigma de construção de ações em saúde que se desviem da institucionalização de usuários e equipes de saúde, entre tantos outros aspectos.

Para isso, é imprescindível, então, que tenhamos o entendimento de que os serviços de referência como o CAPS, atualmente, encontram-se como o dispositivo de maior expressividade dentro da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sendo um serviço de ampla visibilidade dos cuidados em saúde mental nos territórios. Deste modo, o CAPS necessita estar potente para ofertar alternativas de atenção em rede, construindo projetos terapêuticos condizentes com a demanda apresentada pelos usuários, explorando o território como o cenário de produção subjetiva de usuários e familiares.

Junto a isso, as equipes de saúde da atenção básica também são fundamentais neste processo, pois se bem apropriadas do território onde trabalham, não precisam contar apenas com o CAPS como alternativa de cuidados. Neste sentido, a rede funciona através da ativação de relações entre o CAPS e outros serviços, especialmente os da atenção básica por pelo menos dois motivos aqui citados:

- a) Os usuários em sofrimento psíquico intenso apresentam outras questões clínicas advindas da vida em quaisquer circunstâncias: diabetes, hipertensão arterial, gripes, inflamações, isto é, sinais e sintomas apresentados por qualquer ser humano. Deste modo, não é porque os usuários de CAPS se expressam de modo diferente que os mesmos não podem se cuidar em outros espaços de saúde que não seja o CAPS - é direito de todo cidadão frequentar qualquer serviço de saúde que ofereça cuidados para o que ele demanda. Isso nos remete também ao princípio da integralidade no SUS, resgatando a noção de que o usuário do CAPS não é feito apenas de sofrimento psíquico, mas é um sujeito que tem o seu corpo vulnerável às vicissitudes da vida como qualquer cidadão;

- b) O saber e a prática acerca do cuidado em saúde mental não são exclusivos das instituições especializadas, ou seja, não apenas o CAPS sabe do que se trata o sofrimento psíquico. A atenção básica também tem condições de ofertar escuta aos usuários independentemente da queixa que os mesmos apresentam, pois em muitos casos, uma boa escuta pode diferenciar uma tristeza de uma depressão, reduzindo então as possibilidades de medicalização da vida.

Deste modo, a Saúde Mental encontra-se como um efeito de práticas de atenção à saúde em rede, devendo ativar as relações entre serviços, assim como entre diferentes áreas, como no caso da intersetorialidade.

Outros dispositivos de cuidado em saúde também figuram na cena das práticas no campo da Atenção Psicossocial - os Centros de Convivência, atualmente buscando regulamentação em nível nacional, ofertam a interface entre

saúde e cultura como alternativa de produção de subjetividade e bem-estar para toda uma comunidade. O que está em jogo, neste caso, é a circulação de qualquer pessoa por estes espaços, sendo usuários ou não de algum tipo de serviço de saúde.

Para tanto, o ganho da Atenção Psicossocial com a existência dos Centros de Convivência é a livre coexistência de pessoas num mesmo espaço, onde o que importa é o que estas pessoas podem vivenciar e significar para as suas vidas, estando o diagnóstico fora da centralidade da vida das pessoas, ao menos neste momento.

Os centros de Convivência são especiais porque contribuem cada vez mais para a ampliação dos índices de cultura antimanicomial nas cidades, funcionando de acordo com os fluxos e movimentos de um território, sem ditar as regras de uma “boa saúde” ou uma “saúde necessária”, encerrando a vida nas marcas de um diagnóstico.

Outro caminho a ser percorrido pelo apoio, orientado pela Atenção Psicossocial, é o da geração de trabalho e renda, a qual pode ser viabilizada tanto pelos dos Centros de Convivência, assim como pela inserção dos usuários em cooperativas de geração de trabalho e renda. Através destas iniciativas, a Saúde Mental tem se misturado com a Economia Solidária para construir alternativas que reafirmam o trabalho como mais um vetor de cidadania, pois a geração de renda é condição de vida em uma sociedade de capitalismo globalizado.

Portanto, um apoio que busque provocar com equipes e usuários o entendimento da Atenção Psicossocial enquanto estratégia de cuidado pode ser eficaz para contribuir na produção de redes de atenção à saúde mental, ressignificando o trabalho das equipes de CAPS, atenção básica, Centros e Convivência e etc.

Relativo aos investimentos de apoio institucional para o CAPSi deste território, nos conectamos a uma preocupação cada vez mais forte com os cuidados em saúde mental à infância e juventude. Mais especificamente, a partir dos anos de 2010 e 2011, o CAPSi abriu suas portas para atender crianças e adolescentes vulneráveis à situação de rua e ao uso e abuso de substâncias psicoativas.

Este novo cenário gera para a Atenção Psicossocial o desafio de explorar o território em sua máxima potência de criação de redes intersetoriais - a rua, em muitas vezes, oferece as condições necessárias para a construção de vínculos que originam famílias possíveis para crianças e adolescentes, conseqüentemente nos fazendo questionar os modelos tradicionais de atenção à saúde baseados na família nuclear, aquela constituída por pais e filhos.

Deste modo, muitas perguntas surgem do processo de abertura das portas para o que sempre foi de domínio da assistência social e da pediatria: como misturar, num mesmo ambiente, crianças e adolescentes com idades diferentes, organizações familiares variadas, instaladas em casas, abrigos ou na rua, com ou sem inserção na escola, vítimas ou não da devastação ocasionada atualmente pelo crack, em cumprimento de medida socioeducativa ou aprisionadas em instituições como a Fundação Casa?

Como conseguir promover atenção no contraturno escolar e ainda respeitar o número de usuários dentro do CAPSi, definido pela portaria? Como estreitar as relações com os abrigos e com a vara da infância e juventude do município?

Estas e outras perguntas são inquietações de um cotidiano que questiona todo e qualquer entendimento acerca da infância e adolescência.

O importante, no trabalho com crianças e adolescentes, é reduzir ao máximo os riscos de institucionalização dos mesmos em instituições que regulamentam a conduta em detrimento do 'viver a infância' da infância e da adolescência.

O trabalho do CAPSi não é ofertar um padrão de família ou de conduta, mas é justamente cuidar de crianças e adolescentes que questionam a existência destes padrões. Não diferente do que é entendido como a “tarefa” da criança no mundo, o CAPSi oferta cuidado levando em consideração a preocupação com o brincar e com o educar, pois entende que em situações vulneráveis ou não, estes são os principais discursos que asseguram a cidadania e garantem direitos nesta idade.

Assim, o apoio ao CAPSi no território do DSL auxiliou na construção de projetos terapêuticos em rede, levando em conta a integralidade das ações em saúde, pois crianças e adolescentes respondem melhor aos investimentos quando ofertados de modo intersetorial, sendo que a integralidade aqui amplia o seu sentido para além do campo da saúde, mas sim entendendo a vida em suas múltiplas dimensões.

Nesta mesma via as discussões com o SADA - Serviço de Atenção às Dificuldades de Aprendizagem - sobre os problemas de aprendizagem articularam este serviço à atenção básica e deram maior visibilidade ao problema da medicalização de crianças que, em tese, não conseguiam aprender.

Extraímos deste processo que as equipes de atenção básica se apropriavam muito pouco das outras alternativas para o cuidado de crianças e adolescentes que não fosse o encaminhamento para o CAPSi.

Gradativamente, discutíamos os casos em grupo com base em uma agenda de discussões preestabelecida. Conseguimos assim, zerar a fila de casos parados.

Aliás, um ponto que merece destaque é a visibilidade que o apoio construiu para o cuidado infanto-juvenil. O trabalho do CAPSi foi fundamental neste processo, pois articulados intersetorialmente, os trabalhadores desenvolveram importantes ações de apoio matricial com esta rede intersetorial.

Mesmo com as diferenças que se apresentavam entre saúde, educação, assistência social e poder judiciário, evitar as internações de crianças e adolescentes que não demandavam o hospital, mas sim situações de abrigo, foi a ação de apoio mais difícil de enfrentar em parceria com os trabalhadores. O cuidado infanto-juvenil ainda carece de muitos investimentos em nível municipal.

Bem, buscando concluir este capítulo, afirmamos que é fato que esta tese não contempla todas as ações que poderíamos aqui descrever e analisar. Foram elencados aqui apenas alguns momentos-chave para problematizar o plano de experiências vivenciado pelo apoio neste terreno da Leste.

Porém, o que se exprime neste ponto da escrita são os arranjos possíveis para a articulação da Saúde Mental enquanto política pública no território.

A partir disso, podemos agora adentrar um plano de discussões teórico-prático que se dá como efeito dos aprendizados extraídos desta experiência. Sigamos nele.

6- CAPÍTULO 6

**Os aprendizados sobre o Apoio Institucional:
Algumas proposições teóricas formuladas a partir
da experiência**

Os aprendizados sobre o Apoio Institucional: algumas proposições teóricas formuladas a partir da experiência

6.1- O apoio institucional: função fronteira e ação no coletivo

Sugerimos, após a apresentação analítica da experiência de apoio no DSL desenhada nos capítulos anteriores, engatar aqui no pensamento sobre o apoio institucional não demarcando a sua origem, nem tampouco o seu encaixe dentro dos modos de gestão em saúde, mas sim a sua função como estratégia de gestão ou como intervenção que afirmamos situar-se entre os processos de trabalho em saúde e os atores que o operam.

Tornou-se pertinente para nós compreender o apoio como uma função, não como uma ação prescritiva dos modos de gestão em saúde, justamente pelo seu potencial interventivo - entendemos intervenção, neste contexto e de acordo com Lopes e Diehl (2012), como um ato que ao investigar os modos de produção dos processos de trabalho em saúde, pode ter a função de gerar tensões no plano onde se produzem tanto as transformações subjetivas que emergem da experiência, como a reconfiguração das explicações sobre tais experiências, o que, segundo os autores, tem como consequência a “construção de comuns a partir de existências singulares” (p. 139).

Porém, o apoio institucional, afirmado aqui como função que intervém (função - intervenção) diretamente no trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde, coloca trabalhadores, gestores e usuários num lugar fronteiro, ou seja, em um lugar que constantemente se faz, se desfaz e se refaz na medida em que se modula no terreno das mudanças ocorridas nos processos de trabalho, as quais não estão descoladas das transformações subjetivas dos atores acima citados.

Neste sentido, o apoio como função-intervenção questiona exatamente o que se passa entre os processos de trabalho e os atores que o operam, isto é, busca ocupar-se da difícil tarefa de desvelar os planos constitutivos do trabalho em equipe/rede, assim como clarear o trajeto de sua própria inserção nas unidades de saúde, isto é, trazendo aos olhos, através de um processo analítico, os modos como se engendram as forças e os fluxos que se instalam e operam os processos de transformação do trabalho das equipes.

Assim, o apoio ganha materialidade justamente por situar-se na fronteira (função-fronteira) entre o que as equipes produzem e o que devém do próprio território, não se posicionando como uma habilidade específica da gestão, mas sim como um dispositivo através do qual podemos empreender uma cartografia¹⁹ (Passos & Barros, 2009) do trabalho cotidiano.

Podemos entender, neste sentido, que a intervenção operada pelo apoio constitui-se na afirmação das fronteiras, borrando os limites imaginários entre sujeitos e os processos de subjetivação, assim como entre os saberes instituídos e as práticas inventivas, localizando no espaço-tempo entre equipes de saúde e processos de trabalho as possibilidades de criação de novos territórios existenciais e transversais no universo das práticas em saúde.

Então, quando tocamos neste delicado campo fronteiro, isto é, neste campo que gera transformações a partir da movimentação dos sujeitos em relação com a produção de saúde, consideramos necessário aproximar o apoio do plano onde ele opera: o plano da multidão.

Sobre este plano, entramos em sintonia com Negri (2004) quando o autor nos coloca que a multidão compõe-se de singularidades, fazendo oposição à forma “povo” justamente pelo fato de não constituir-se como uma massa, mas sim como expressão da articulação ou da cooperação entre singularidades que atuam contra o processo de unificação ou massificação da existência.

¹⁹O empreendimento cartográfico ao qual nos referimos busca desvelar como as equipes de saúde agenciam o poder das práticas e discursos para comporem aquilo que denominam assistência em saúde mental.

Quando Negri fala sobre multidão ele não se refere apenas a um conjunto ou à somatória de singularidades em coexistência, mas sim às redes que se formam por meios de singularidades em relação que inventam modos cooperativos de viver. Na multidão, a identidade que demarca o território existencial do indivíduo não sobrevive, pois esta 'forma' está condicionada a um plano existencial em que o indivíduo opera a interiorização de algo que o transcende. À multidão não interessam os processos de interiorização, mas sim a expressão das potências de constituição da vida e do trabalho, isto é, de concretizar a resistência aos processos que nos fixam na mensuração e/ou quantificação do que podemos entender como produtos da nossa atuação no mundo.

Nesta perspectiva, não há medida que moldure a singularidade, ou seja, que a individualize e anule a sua natureza relacional. A multidão nos insere na certeza de que o que existe é um plano de intensidades que serve de base para os encontros, ao mesmo tempo em que se origina destes, plano este onde a linguagem opera em sua máxima potência para afirmar a multiplicidade e o sistema cooperativo e comunicacional engendrado pela multidão.

A linguagem, neste caso, não surge como mais um elemento presente na multidão, mas sim como o que circula por ela para sustentar a afirmação das singularidades; ela comunica as lutas necessárias e produz costuras em torno da modificação de projetos institucionais que contrariam a concepção de público, materializando-se naquilo que corre por dentro da multidão para enunciar as formas de vida e trabalho.

Porém, se entendemos a linguagem como mais uma substância da multidão, isto é, como voz que se forja para expressar o que se passa nas relações entre os sujeitos, podemos afirmar, como faz o próprio Negri, que a linguagem constitui aquilo que ele mesmo denomina como o comum.

Logo, se o comum é constituído pela linguagem e esta por sua vez comunica a multiplicidade, ou seja, a coexistência entre singularidades, podemos inferir que produzir o comum é produzir a multidão.

Entendemos que o terreno de constituição do comum se relaciona com a multidão justamente por ordenar outra lógica de fabricação da realidade. Na multidão, o que está em jogo é a constante negociação para que uns vivam com os outros, trabalhem com outros, apoiem as lutas e as conquistas dos outros, pois estes movimentos constituem o que é público e comum a partir do reconhecimento do outro, assim como a singularidade é efeito das relações.

Então, na linha do que afirma Negri, entendemos que o comum é a constituição da própria realidade a partir da experiência singular de aceitação e legitimação do outro. É alimentado pela multidão porque relaciona todos os elementos de uma dada realidade para transformá-la em experiência coletiva.

Neste caso, a intervenção do apoio institucional encontra-se com a produção do comum quando provoca processos de trabalho que garantam a coexistência entre singularidades, trafegando por linhas de atuação marcadas pela desconstrução de dicotomias como indivíduo-equipe, trabalhador-gestor, queixa-conduta, entre tantas outras, ou seja, quando opera no 'fazer-multidão', no 'fazer-comum'.

A desconstrução destas dicotomias se faz necessária para visualizar algo em comum entre todos os envolvidos nos processos de trabalho em saúde. Já afirmamos acima que esta zona de comunidade é marcada pela coexistência entre singularidades, pela multiplicidade. Mas, não sustentamos os processos de singularização nas equipes de saúde se não produzirmos condições para que as singularidades, em processo de cooperação mútua para o trabalho em saúde, expressem pensamentos, ideias, sentidos e vontades referentes aos modos como tecem o trabalho nos serviços de saúde e em rede.

É preciso, então, ativar os estados fronteirços entre sujeitos e objetos de atuação para que a multiplicidade se mostre e se afirme. É assim que acreditamos num funcionamento plural do apoio institucional: forjando fronteiras que podem tanto revelar o que se repete entre os atores e os processos de trabalho, assim como dar suporte à experiência de singularização ou

transformação subjetiva de trabalhadores e gestores que se dá em ato e no ato do fazer saúde.

Então, enquanto função-fronteira, o Apoio busca ativar a produção de relações entre os elementos que constituem o trabalho em saúde, acionando, portanto, as relações como veículos de produção de subjetividades, podendo ter como consequência, a produção e a ampliação do conhecimento sobre os modos de operar na saúde. É nas relações *entre* os atores que se constroem as ofertas em saúde; é *entre* atores que se constrói a gestão, é *entre* atores que se desenha o trabalho coletivo.

6.2- O *entre* como espaço intercessor

Continuando na linha que situa o apoio institucional *entre* os processos de trabalho e os atores que o operam, consideramos importante trabalhar aqui a interferência do apoio enquanto estratégia de gestão em coletivos. Pensar o trabalho do apoio na esfera das equipes de saúde é criar as brechas para aquilo que Deleuze (1998) afirma como a “inserção numa onda preexistente” (p. 151), quando fala de alguns tipos de esporte como o surfe. Entendemos, de acordo com o autor, que a carona que se pega nessa onda não nos leva à origem ou ao ponto de partida dela, mas nos situa no meio de tudo o que está em curso.

No caso da saúde, não nos é necessário decifrar onde se inicia o processo de trabalho nas equipes atualmente. O que se faz primordial para a entrada neste ‘meio’, neste *entre*, é a potência para situar-se no movimento já existente, fazendo deste movimento o veículo de inserção num plano de construção de relações e ofertas em saúde.

Como estratégia de gestão em coletivos, o apoio se faz *entre* quando contesta as convicções em relação aos processos de trabalho e as certezas sobre os movimentos que ocorrem nos territórios. O apoio não preexiste às equipes, tampouco se posiciona como a solução final para a desconstrução de modelos

verticais de gestão e clínica, mas instala-se no meio destes modelos para operá-los de outro modo.

Por sua potência geradora de relações, o apoio pode deslizar por movimentos que desprendam as ações dos discursos e analisem o que está em processo nas equipes de saúde, interferindo nestes movimentos para o fortalecimento das políticas públicas de saúde.

Com isso, queremos dizer que o apoio acontece entre os processos de trabalho e os atores que o operam porque inventa condições para que, no meio do que está em curso nos serviços de saúde, nos territórios e naquilo que está por vir, possamos desenhar caminhos que provoquem encontros com novas formas de operar nas políticas de saúde. Estas novas formas irrompem em novos conceitos. Então, em consonância com o que Deleuze nos coloca sobre a criação de conceitos, afirmamos que eles perdem em potência criativa se engatam em ondas que sempre quebram no mesmo lugar. Aliás, a existência de um lugar definido para se chegar já nos coloca o problema da inoperância no campo da saúde.

Como já argumentamos acima, o apoio situa-se no plano da multidão e, sendo assim, a expressão das singularidades, ao mesmo tempo em que garante a multiplicidade, a constitui também por sua capacidade de afirmar ali, no instante em que uma vida pode se anular, a necessidade de preservar a sua existência. Como exemplo disso, jamais podemos ter a certeza de que todo sofrimento deriva das mesmas determinações sociais, assim como existam formas de cuidado que sejam suficientes para dar conta da complexidade da vida.

Aliás, a preservação da vida não é um movimento apenas individual, mas coletivo, pois concilia forças visíveis e invisíveis, naturais e artificiais, humanas ou infra-humanas - forças intercessoras que se colocam a favor da manutenção dos processos vitais.

Assim o intercessor funciona para a vida como aquilo que a ela se liga para afirmá-la, agindo entre os aspectos fisiológicos e os sociais, não os dissociando, mas causando relações de interdependência entre ambos.

Do mesmo modo, para o apoio institucional, os intercessores se colocam como aquilo que, concordando com as ideias de Deleuze, fabricamos para agregar potência a um discurso de minoria.

Se o apoio lida com a quebra de modelos autoritários e nada cogestores de produção de saúde, então nossa tarefa consiste em resistir ao que sufoca a liberdade inventiva das equipes e fomenta a afirmação de uma clínica impotente. O fazer apoio como 'fazer-multidão', 'fazer-comum' é andar na contramão dos processos hegemônicos de gestão que tradicionalmente operam práticas neoliberais de esfacelamento do sujeito e das subjetividades, isto é, é entrepor-se aos modos de fazer para afirmar os sinônimos de integralidade nas ações de saúde, é reconhecer no usuário a sua capacidade de escolha, o protagonismo em seus atos, é reconhecer no trabalhador a sua autonomia e capacidade de decisão frente às questões que o envolvem no cotidiano dos serviços, é dar escuta e articular-se aos movimentos sociais para garantir que, por meio da expressão do 'querer', a subjetividade se apresente como movimento de anulação das realidades autoritárias, afirmando a sua participação ativa na construção do comum, do público, do social.

Portanto, estar entre é interpor-se em, é desnaturalizar os processos de trabalho identitários e abrir espaço para a produção de novas realidades, e, neste caso, estar entre aproxima-se da invenção de uma nova práxis no campo da saúde, operando a passagem das prescrições estabelecidas para a negociação de ofertas equânimes em saúde, sempre construídas entre trabalhadores e usuários, sempre em voga *entre* os processos de trabalho e os atores que o operam, os quais se coproduzem neste processo fronteiro de intervir.

6.3- As equipes-coletivos

Vimos que a intervenção agenciada pelo apoio institucional busca a ativação de uma nova práxis, sendo concebida neste trabalho como a superação do estatuto meramente teórico dos saberes, o que, em nosso ver, traduz-se na concretização dos discursos em práticas produtoras de liberdade de ação no âmbito do trabalho em saúde, o que, conseqüentemente, pode produzir também um sujeito livre da atuação baseada em sistemas pré-concebidos de produção de saúde e vida.

Neste caso, se entendemos intervenção como uma função e também entendemos que esta função é a produção de relações, só nos resta então conceber as equipes como espaços múltiplos de saberes, práticas e singularidades, isto é, como planos de atuação onde o trabalho em saúde pode se caracterizar como a invenção de relações, nas quais também se inventam o trabalhador e a equipe.

Reafirmando nosso posicionamento inicial, é neste contexto que buscamos problematizar o apoio institucional: enquanto uma função-fronteira; fronteira produtora de '*entres*', de relações que, conseqüentemente, atualizam efeitos de práticas nas equipes, as quais marcadas por intensidades, singularidades e multiplicidades, são vistas aqui como equipes-coletivos.

As equipes podem ser entendidas como formas estabelecidas ou instituídas para operarem os processos de trabalho. Podem ser vistas - ou mesmo são vistas - como a organização de trabalhadores sob uma coordenação, com a missão de desempenhar o trabalho em saúde num determinado território.

Quando as entendemos apenas como uma forma de organização dos sujeitos para desempenhar tarefas, necessariamente não levamos em consideração a potência do trabalho em equipe para desvelar dos movimentos de produção dos modos de vida dos usuários no território.

Isso significa dizer, sob o olhar estritamente funcional, que uma equipe atua para desempenhar tarefas como atender aos usuários, vacinar a população, acolher com base em protocolos, fazer encaminhamentos, visitas domiciliares, preencher planilhas de produção, cadastrar famílias, além de outras atividades entendidas como o papel dos trabalhadores.

O que se apresenta neste modo de olhar é a premente necessidade de um dimensionamento de trabalhadores, de um número razoável de recursos humanos (RH - marcando aqui as posições mais identitárias e totalizantes possíveis), para desenvolver algumas tarefas nas unidades de saúde. Não devemos desconsiderar essa necessidade, pois as equipes de saúde são montadas com base em critérios populacionais e epidemiológicos sobre os quais não nos debruçaremos neste trabalho.

Porém, pensar as equipes para além de suas formas instituídas (formas que predominam, formas 'RH') e entendê-las fora dos regimes totalizantes, longe de práticas pré-formatadas e territórios geograficamente demarcados, é uma tarefa que pode nos levar a analisar substancialmente as forças que as atravessam e geram efeitos disruptivos, inventando práticas em saúde que se deslocam dos mandatos a serem cumpridos nos territórios.

Há, neste ponto, algo a se movimentar em torno das equipes e tal movimentação localiza-se muito mais nos modos como se constituem do que no plano de suas utilidades.

É buscando alçar novas compreensões sobre como esta organização "equipe" opera no cotidiano que tornamos necessário afirmá-la em seu efeito gerador de produção compartilhada do processo de trabalho.

Estamos, neste momento, tentando produzir um deslocamento nos modos de entender equipe: deslocamento da forma à força (Deleuze & Parnet, 1998). Não se trata da substituição de um olhar pelo outro, mas sim da passagem de uma forma "grupo" para uma força "coletivo", um coletivo que não

necessariamente já tenha uma forma fixa e suas prescrições prontas para agir no território, que não dê espaço para que as relações entre equipes e usuários inventem novos modos de produção de saúde. É neste sentido que, em concordância com o pensamento de Escóssia e kastrup (2005), utilizamos o conceito de coletivo para agregá-lo à equipe.

Segundo as autoras, no texto intitulado “O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade” (2005), o coletivo situa-se como o plano de coengendramento do indivíduo e da sociedade. Opera com base nas relações, entendidas como agenciamentos (Deleuze e Parnet, 1998), onde o que está em jogo não é a preexistência de mecanismos interativos entre indivíduo e sociedade, mas sim a coexistência nos processos de produção destes dois termos. O indivíduo e a sociedade não preexistem, mas sim, produzem-se ao mesmo tempo em que o plano que os engendra também se produz. Neste caso, a relação é condição para constituição destes dois termos.

É necessário entender que indivíduo e sociedade não se diferenciam como se eles se referissem apenas a molecular e molar (Deleuze & Guattari, 1995), respectivamente. Neste ponto, as autoras os colocam como dicotômicos para diferenciá-los, mas não para separá-los, afirmando que dicotomia não tem o mesmo sentido que dualidade, pois não distancia os termos, mesmo mantendo a unidade de ambos. Colocam também que, enquanto plano de coengendramento e criação, relacional e impessoal, o coletivo não sustenta agenciamentos entre sujeitos já individuados ou personalizados anteriormente à relação, ou seja, não sustenta a produção do indivíduo como efeito de oposição à sociedade, e vice-versa.

Se indivíduo e sociedade se coproduzem num plano coletivo, o qual também se produz neste processo de coengendramento dos termos, a coexistência na constituição destes elementos por si só derruba a dicotomia que os diferencia, pois operando com base na manutenção das unidades totalizadas e individualizadas dos termos, a natureza da dicotomia anula o efeito agenciador de relações que funcionam como sustentação de um plano coletivo.

Afirmando as equipes como coletivos, podemos experimentar outro sentido além da forma instituída (Lourau, 2004) ou preestabelecida para operar o trabalho em saúde. É com base na potência das relações construídas entre trabalhadores, gestores e usuários que podemos avançar para outros possíveis sentidos de trabalho coletivo, isto é, buscando analisar o trabalho da equipe a partir dos agenciamentos coletivos que a compõe, ou seja, de dentro de seu plano de engendramento.

Os agenciamentos, dentro do que é possível analisar sobre a composição do trabalho das equipes de saúde, consistem no ato de fabricar as ligações necessárias que dão substância às relações entre trabalhadores, gestores e usuários. Tais ligações não se restringem às formas de atuação na saúde como o trabalho em conjunto, os atendimentos compartilhados e as visitas domiciliares. Agenciar é colocar em relação as matérias constituintes dos corpos (destes atores), o que sempre terá como efeito um modo de ser e existir. É desnaturalizar as formas já calcificadas de atuação na saúde para que, em relação, os corpos se constituam e se reconstituam independentemente de suas naturezas prévias, produzindo então novas possibilidades de agir no complexo mundo do trabalho em saúde.

Quando novos corpos ou novos sujeitos se produzem a partir da experimentação de seus elementos vitais em relação, quando se produzem a partir dos encontros com novos regimes de existência/pensamento, o efeito disso é a produção de subjetividades. E este efeito produtor de subjetividades é também, necessariamente, produtor de conhecimento, de um conhecimento de si no mundo, e não de si e do mundo, ideia da qual concordamos de que devemos nos desviar, segundo Escóssia & Kastrup.

Portanto, neste momento, nos é necessário indiferenciar todos os termos aqui utilizados para descrever o que entendemos por equipes-coletivos, os agenciando, isto é, entremeando-nos por eles na tentativa de forjar a função-fronteira que os colocam em relação: as equipes-coletivos,

em nosso entendimento, são efeitos de agenciamentos provocados pela interposição de um agir que, em sua função, deve provocar as relações necessárias entre trabalhadores, gestores e usuários visando sempre, como tal provocação, a produção de subjetividades que tenham como efeito a geração de conhecimentos transformadores dos processos de trabalho em saúde.

Seguindo na onda destas transformações, afirmamos que o apoio institucional busca fronteirizar-se, desestabilizar os códigos e interpor-se, agindo entre trabalhadores e gestores, provocando a relação entre os mesmos como a condição de coengendramento de trabalhadores, gestores, usuários e equipes de saúde.

Fazer fronteiras é provocar relações. Provocar fronteiras é então criar a possibilidade dos atores no campo da saúde relacionarem-se, nomadizarem-se, saírem das confortáveis condições de luz e calor dos protocolos e saberes especializados para habitarem planos desconhecidos que se geram nos encontros, experimentando nestas relações, como nos ensinam Escóssia e Kastrup, algo nunca antes visto, sentido, que não é de ninguém, não é meu e nem é seu, mas é impessoal, colocando em curso a produção de conhecimento em saúde, o que em nosso entendimento, é o que há de ser ativado e explorado pelo apoio institucional.

6.4- Apoio Institucional: a indissociabilidade entre gestão e clínica na esfera da saúde mental

O apoio institucional tem sido objeto de investimento das políticas públicas de saúde, por meio das práticas clínicas, de gestão, assim como de estudos acadêmicos. Ambas as esferas demonstram que é através das experiências teórico-práticas que os atores implicados com o apoio vêm buscando construir conhecimento acerca dos modos de operar no campo da gestão, sem separá-la da clínica.

Neste momento, apontamos como necessário retornar à PNH e dar atenção ao imbricamento entre clínica e gestão, entendendo melhor aonde essas práticas se borram. Para isso, vamos nos debruçar sobre a indissociabilidade entre clínica e gestão, como uma prática em curso no SUS.

O primeiro ponto deste princípio - *alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho* (Brasil, 2008, p.23), nos coloca que é necessário transformar os modos de cuidar sem que, para isso, a clínica que se desenha no cotidiano das práticas em saúde seja objeto de intervenção dos trabalhadores sobre os usuários. Quando fala em *alteração dos modos de cuidar*, a PNH nos mostra que a clínica é um efeito dos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários, efeito este que somente se atualiza em práticas que provocam a *alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho*.

Deste modo, inferimos que se tais alterações nos modos de gestão se produzem nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários, tomando os encontros como constitutivos do plano de engendramento da clínica, podemos afirmar que a gestão e clínica são efeitos deste plano relacional, entendendo a relação como a substância dos encontros.

A partir deste entendimento, é possível então nos desdobrar sobre o segundo aspecto do mesmo princípio: *a inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos* (Brasil, 2008, p. 23).

Temos, com base neste segundo aspecto, a difícil tarefa de desnaturalizar as interpretações que ocorrem nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários no SUS. Porém, o que significa este movimento de desnaturalização? O dizemos quando afirmamos que os encontros são formas de relação que atualizam as forças de produção do trabalho em saúde, da vida e de seus elementos?

Dizemos que os encontros entre trabalhadores, gestores e usuários podem ser, em grande parte, mediados por formas prontas de agir, formas estas que se antecipam aos próprios problemas que podem surgir em uma relação. É o caso da ação baseada por interpretações prévias em relação ao sofrimento psíquico, por ex., as quais podem assujeitar os corpos aos regimes de dominação criados pelos especialismos das práticas.

De acordo com Passos & Barros (2001), o que está em trânsito na clínica é a produção de desvios, isto é, a construção de uma política que atue em favor da vida, e não do aprisionamento das formas desejantes ou dos processos de subjetivação. Os autores afirmam o desvio enquanto uma característica do contemporâneo e, deste modo, as práticas clínicas devem desviar-se de modos de cuidar que aprisionam os processos de subjetivação a determinados momentos históricos, pois como afirmam, a clínica é utópica (instalada num não-lugar) e intempestiva (atualizando presente e passado num mesmo instante). Através da leitura de Foucault, utilizam o conceito de biopoder para nos explicitar como as disciplinas agem sobre corpos individuados, os mantendo em regimes de correção de condutas.

Podemos entender, de acordo com Foucault (1988), que o biopoder relaciona-se aos efeitos das disciplinas no desenvolvimento de corpos dóceis e adaptados ao mundo da fábrica, o que dá sustentação ao poder afirmativo do capitalismo através das práticas disciplinares nas instituições educacionais, militares, religiosas, de trabalho, de saúde entre outras, isto é, produz indivíduos aptos para o processo de acumulação do capital. A incidência das disciplinas sobre os corpos reside na afirmação da força econômica produtiva através da expansão da capacidade dos corpos para o processo de consolidação fabril, onde se observa o seu início nos séculos XVIII e XIX.

Deste modo, adentrando também a leitura foucaultiana da biopolítica, Passos e Barros demarcam o campo da resistência às práticas dominantes, colocando que se o biopoder age sobre os corpos individuados e produz formas

assujeitadas de subjetivação, agindo então sobre a própria vida, a biopolítica, enquanto construção de uma política de desaprisionamento das virtualidades, abre campo para o agenciamento de práticas de si enquanto práticas de liberdade (Foucault, 2004).

Sobre a biopolítica, Foucault (1988) também nos ensina que o que está em cena é o campo de lutas e de resistência contra a docilização e submissão dos corpos, ou seja, é o reconhecimento da biopolítica como o espaço-tempo onde os corpos são convocados a atuar em redes cooperativas de produção da vida comum, redes estas provocadas pela expansão de tecnologias capitalistas que atualmente não centram seus efeitos apenas nos corpos, mas na vida cotidiana em si, tecendo as tramas que conseguem levar para o espaço empresarial os ideais de saúde, de bem-estar, de família, de beleza, de similitude entre o trabalho, a própria casa e etc.. Porém, da sociedade disciplinar analisada por Foucault à sociedade de controle pensada por Deleuze (1998), o que observamos é a transformação nos modos de atuação do biopoder, ou seja, como o mesmo molda o seu funcionamento no contexto de expansão e afirmação das forças sócio-político-econômicas.

E, na conformação das atuais práticas no SUS, inclusive nas práticas específicas do campo da saúde mental, um dos maiores desafios que temos enfrentado é o de construir processos de gestão que libertem o olhar de trabalhadores e gestores das práticas que sustentam dicotomias como queixa-conduta e afirmam uma saúde resolutiva e moldada como um produto de consumo, isto é, necessitamos dizer mais vezes sim ao desafio de inventar a clínica como desvio.

Observamos que a inventividade no trabalho com a saúde mental é inerente a este campo, assim como pode ser em todos os outros. Constitui-se como substância do próprio trabalho e não nos é possível, na atualidade, trabalhar com modelos de atenção baseados em intervenções que dão conta apenas do sintoma, sem entendê-los enquanto sofrimento, entendendo também sofrimento como um mais uma característica da vida.

Sobre este ponto - o sofrimento como característica da vida, podemos afirmar que não existem modelos, teorias ou práticas que sustentem intervenções que dão conta da totalidade da vida e de seus modos de expressão. A clínica, em seu encontro com o sofrimento psíquico, pode lançar-se às ações criativas, colocando em ato não apenas trabalhadores e usuários, mas também os elementos que o compõem - sentimentos, certezas, histórias de vida - tendo nisso, o objetivo de afirmar, muito antes dos modelos clínicos de atuação ou protocolos de extinção da dor, a própria relação, desmanchando assim a necessidade de antepor-se à experiência de sofrimento.

O sofrimento pode compor com a vida dos usuários de vários modos. Podemos aqui, observá-lo por dois ângulos:

a) O primeiro é o sofrimento como manifestação do incômodo, é a expressão de um estado de ser que deve ser entendido como produção da própria existência. Quando o usuário do serviço percebe-se em uma experiência de sofrimento e manifesta o que sente, espalha os seus incômodos por todas as relações que vive. Até mesmo quando sofre calado, o silêncio produz os seus efeitos. Sofrer aparece como uma tentativa de fazer caber em si mesmo aquilo que está sentindo. Quando não consegue fazer isso sozinho, este usuário busca parceria para dividir com o outro este incômodo que não se ajusta em um só corpo, e nos é necessário, como trabalhadores e gestores, entender isso. O sofrimento não é produto de um único usuário, mas sim uma das várias dimensões da vida em si.

Sendo assim, buscar entender de que modo os usuários ajustam o sofrimento ao próprio corpo é compreender as tentativas que ele faz para conectar-se à complexa tarefa de ser humano;

b) O segundo ângulo é o sofrimento imposto a quem sofre. Mas, que tipo de sofrimento é esse? Assim como no primeiro exemplo, o usuário tenta ajustar-se ao que dele é exigido. Essa nos parece ser a pior forma de sofrer - corresponder àquilo que determina qual é o grau de normalidade, a capacidade financeira ou a inserção social de alguém.

Podemos corroboramos nosso olhar sobre as formas de constituição do sofrimento a partir de Negri (2004) quando, ao falar sobre a multidão vista como um sujeito produtor de bens e mercadorias e passível de exploração, o que se coloca em jogo é a dimensão corporal, pois no trabalho, assim como em outras atividades, o corpo exercita as suas 'determinações vitais' (p. 21) tornando-se matéria prima para o processo de produção do capital. Logo, o capital é componente indutor de sofrimento na medida em que o estatuto humano se iguala à máquina produtora de bens de consumo, sustentando a reprodução de uma sociedade capitalista.

Atentos a este movimento e atuando na linha da resistência à reificação dos corpos, temos neste caso, que redobrar a escuta em nossos atos clínicos, pois podemos nos perder em práticas manicomiais quando nós, trabalhadores e gestores da saúde, nos distanciamos da conexão entre corpo e desejo, podendo confundir, nos processos de clínica e gestão, a realização do desejo com a resolução de problemas, excluindo dessa resolução o próprio usuário em sofrimento. Isso acontece quando nós, profissionais da saúde e de outros campos, decidimos por quais "caminhos" resolveremos o que nós achamos que "tem de ser resolvido".

Parece-nos que este segundo ângulo de entendimento pode caminhar na tentativa de eliminar o sofrimento do sujeito. Mas, este não é o nosso trabalho.

A nossa tarefa, a nossa missão na saúde mental é acompanhar o usuário em sua jornada pela vida, acompanhá-lo na sua construção pela possibilidade de viver no mesmo mundo em que todos vivem, entendendo que para cuidar desse alguém em sofrimento não é necessário eliminar a dor que ele sente, não é necessário procurar as causas dessa dor em lugares escondidos no próprio sujeito, acreditando que para ter acesso a tais lugares, são necessárias as mais complexas técnicas de análise e o maior grau de especialização possível para acessar as tais profundezas da intimidade humana.

Sobre este ponto, nos é necessário desconstruir a propriedade sobre o conhecimento acerca dos cuidados em saúde mental. A psicologia, a psiquiatria, a medicina vêm desde Pinel avançando nos modos de conhecer o sofrimento humano, buscando respostas para alguns estranhamentos vividos nas relações entre terapeutas e pacientes, trabalhadores e usuários.

O conhecimento acerca das formas de cuidar - e também de não cuidar - vem sendo pensado em várias áreas da saúde - na medicina, na psicologia, na enfermagem, na terapia ocupacional, no serviço social... E em todas essas disciplinas estão em constante processo de criação as verdades sobre os modos de cuidar. Temos observado que há uma disputa entre estes saberes, uma dificuldade na relação entre todas essas verdades. Há uma disputa entre o que se deve e o que não se deve fazer com o usuário, entre o certo e o errado, entre o meu jeito e o seu jeito de cuidar e reforçar essas dualidades é a prática mais manicomial que podemos exercer quando nos lançamos no ato de cuidar.

E por que é manicomial? Porque entram em disputa os vários sentidos sobre o próprio processo de cuidar, sendo que em muitas vezes os cuidadores não encontram suporte para atuarem em conjunto. Sendo assim, a escuta, a medicação, o fazer, entre outras práticas, entram em conflito pela afirmação de suas verdades. Dentro destas várias disputas, destas perdas e ganhos, existe o usuário do serviço de saúde que experimenta e cria sentidos para o seu sofrimento e, nesta hora, quem pode perder a disputa é ele próprio, pois no cuidado pode ser necessário escutar, medicar, organizar, fazer... Tudo isso ao mesmo tempo e de modo que os trabalhadores/cuidadores se desagarrem de suas verdades absolutas e analisem coletivamente os modos de cuidar que estão em operação no cotidiano.

A atitude manicomial não está apenas no uso da medicação, não está na necessidade da internação, não se concretiza apenas na figura do hospital psiquiátrico. Muitas equipes de saúde e muitos trabalhadores buscam desconstruir a psiquiatria enquanto uma das formas de saber e de cuidar do sofrimento

psíquico, negando a potência deste saber no processo de melhora dos sujeitos. Mas, o grande problema de negar as práticas médicas é servir-se unicamente delas quando não se sabe o que fazer com o sujeito em sofrimento.

Neste caso, é preciso reforçar que quando não se sabe o que fazer com o usuário em sofrimento, é *junto com* o usuário que não se sabe o que fazer, é *com ele* que não se sabe o que fazer, é *junto dele* que podemos construir alguma alternativa para que o sofrimento encontre espaço em seu corpo, e que seu corpo habite o mesmo mundo em que todos nós vivemos.

É sempre junto do usuário que conhecemos como ele vive ou sobrevive: onde mora, se estuda, se trabalha, se tem família, se namora, se tem filhos, se está na rua, se usa drogas, se tem febre, se tem fome...

O estar junto não está prescrito em lugar algum, não está escrito em nenhum protocolo de saúde mental, não faz parte da fórmula de nenhuma medicação - é um gesto; talvez o gesto que traga o primeiro entendimento de que toda forma de cuidado sempre acontece em relação; é o gesto da clínica em seu sentido ampliado; é a primeira possibilidade dos trabalhadores começarem a desconstruir os seus saberes e as suas práticas para que o medo frente ao sofrimento desconhecido também comece a ser encarado como elemento clínico na relação entre trabalhador e usuário; é a possibilidade de que a clínica produza desvios, ou seja, é de que a clínica consiga transformar os modos como o humano lida com seu sofrimento, o deslocando de uma experiência de sofrimento solitária, dolorosa e aprisionante para uma experiência compartilhada, não menos dolorosa, mas agora mais possível de ser compreendida e transformada.

Para tanto, a clínica deve afirmar-se cada vez mais como uma prática de cuidado - que é cuidado não apenas com o usuário em sofrimento, mas também com o sofrimento do trabalhador, o qual necessita de suporte para sempre acolher a experiência do outro e experimentar o seu próprio sofrimento, o qual se produz de forma solitária quando afirmamos os nossos saberes em detrimento dos outros.

Se para o usuário que sofre compartilhar esse sofrimento pode libertar a tal “loucura” de seu mundo interno e abrir espaço para vivê-la coletivamente, para o trabalhador, compartilhar os seus saberes, não saberes, certezas, incertezas e medos é também uma prática de cuidado de si (Foucault, 2004).

Consideramos que afirmar a inseparabilidade entre gestão e clínica é afirmar a gestão no campo da saúde mental enquanto uma prática de cuidado; uma prática que busca dar suporte ao processo de invenção cotidiano que é operado pela clínica. Para isso, devemos compreender a gestão como desdobramento do cotidiano, uma função que cuida do trabalho em saúde mental como um modo de criar espaços comuns ou zonas de vizinhança entre trabalhadores e usuários dos serviços.

Esse cuidar produzindo zonas de vizinhança, de semelhança entre trabalhadores e usuários, é fundamental para que cada vez mais seja possível aos trabalhadores vivenciar com os usuários encontros que sejam potentes, encontros onde o sofrimento psíquico que se apresenta não seja apenas objeto de intervenção do trabalhador sobre o usuário, mas sim que o sofrimento seja a substância que aciona uma relação entre ambos.

Apostamos, para isso, que é possível criar espaços comuns onde trabalhadores, gestores e usuários possam compartilhar o trabalho, as incertezas, os saberes e não saberes inerentes aos encontros. Esses espaços podem ser criados e desenvolvidos pelo apoio institucional como provocadores de relação, entendendo que relação é algo palpável e sempre produz alguma coisa.

Compreendemos, então, que o apoio institucional dá suporte ao compartilhamento das experiências entre gestores, trabalhadores e usuários, configurando-se também como construção coletiva de conhecimento, de certa inteligência que convencionamos chara, assim como Teixeira (2005) de inteligência coletiva.

6.5- O apoio pode ativar a Inteligência Coletiva

Dando continuidade à discussão que estamos desenvolvendo, pensar o apoio como produção de Inteligência Coletiva nos leva cada vez mais para o esclarecimento de que esta função-fronteira não se dá pela antecipação das regras de um jogo institucional, ou até mesmo pela prescrição de modos de se fazer apoio institucional.

O apoio ativa a produção de Inteligência Coletiva ao passo em que busca ampliar o índice de afetação entre trabalhadores, gestores e usuários de serviços de saúde. O trabalho do apoiador consiste em entropor-se aos processos de trabalho e aos atores que o desempenham, fazendo de sua atuação um veículo de produção de conhecimento e de novos sujeitos, criando zonas comuns entre trabalhadores, gestores e usuários na produção da gestão/cuidado, ou seja, provocando redes de sustentação tanto da atenção em saúde quanto da existência e permanência destes atores na trama que produz as relações constituintes das ofertas nos serviços.

A inteligência, segundo o que coloca Teixeira (2005),

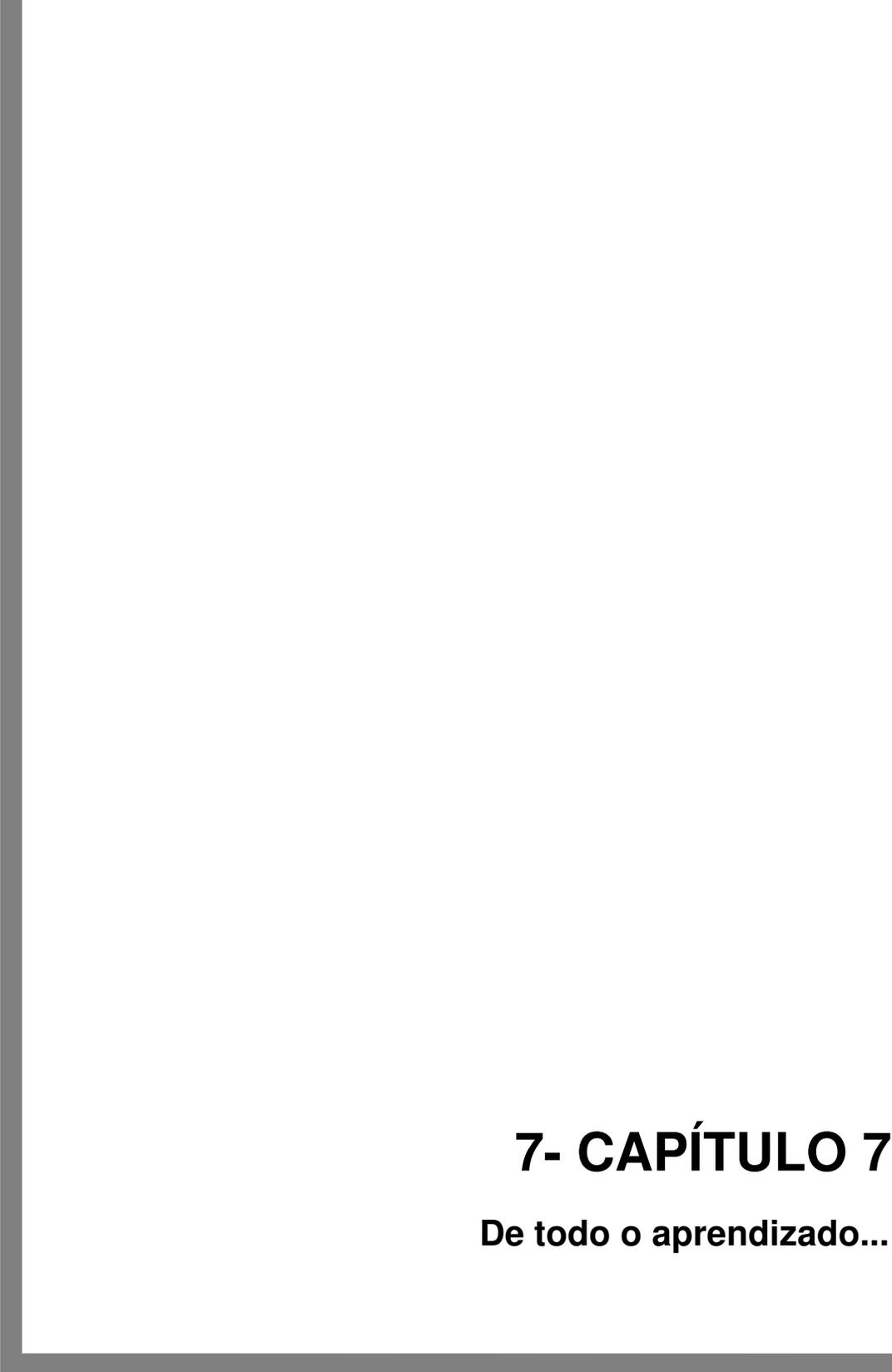
“é sempre o fato de um coletivo numeroso e interdependente: coletivo de ideias, pensamentos, células, organismos, espécies etc. O termo ‘inteligência coletiva’ é, portanto, um pleonasma”. (Teixeira, 2005, p. 222)

Essa ideia sobre a inteligência nos dá a dimensão de que não tratamos o tema do apoio em uma perspectiva unidirecional, mas sim multivetorial, reafirmando o coletivo como produção de subjetividades e, portanto, de conhecimento. Podemos, assim, recolocar o apoio como uma função que se exerce fazendo a costura entre todos os elementos que compõem uma ‘inteligência do trabalho em saúde no coletivo’, cruzando vetores que colocam em análise a produção das práticas de gestão e clínica. Isso significa dizer que o

apoio se mistura com os serviços de saúde para produzir novas imagens destes mesmos, não a partir da desmontagem de suas práticas, mas sim cartografando a inserção destes serviços em rede através da resignificação da atuação de cada ator em específico.

Essa resignificação consiste em analisar o que acontece nos encontros que visam produzir saúde, nas exigências/facilidades de trabalho guiadas por diretrizes e políticas públicas, na parceria que conforta e problematiza a angústia de trabalhadores e gestores frente às demandas que lhes aparecem, na produção de novos pensamentos frente aos casos em atendimento, na produção de grupidades que suportem os diferentes olhares para o objeto de trabalho e derruba a falsa ideia das 'preferências individuais', além de afetar mutuamente quem formula e quem executa as ações de saúde desfazendo essa dualidade, pois o que estamos falando aqui acontece tanto em nível micro como macropolítico, ou seja, a transformação das práticas cotidianas pode ser potente para interferir nos saberes e práticas no campo das políticas públicas.

Assim, buscamos afirmar uma função apoio também como produção de inteligência coletiva, pois entendemos que apoiar a gestão e a clínica é transformar práticas simultaneamente à transformação de sujeitos que, como já afirmamos, é produção de subjetividades e também de conhecimento.



7- CAPÍTULO 7

De todo o aprendizado...

De todo o aprendizado...

Este não é um texto que defina coisas, mas busca disparar mais conexões para se pensar o apoio como estratégia de gestão em coletivos.

Buscando certa mistura de elementos na confecção do texto, nos deparamos com uma forma texto-pesquisa que também se pretende texto-intervenção.

Assim como o apoio, este trabalho foi escrito com a intenção de facilitar o agenciamento entre saberes e fazeres em relação ao apoio institucional, podendo ser o próprio texto uma ação de apoio.

Expressa em palavras possíveis de provocar potências, esta tese pode interpor-se às produções na esfera da saúde coletiva para fazer valer uma experiência que se pretendeu cartográfica, buscando ser força intercessora na quebra de modelos de saúde procedimento-centrados, servindo de ferramenta para trabalhadores e gestores desviarem-se de ações enrijecidas que reproduzem os distanciamentos desnecessários entre gestores, trabalhadores, usuários e movimentos sociais.

Entendemos seu percurso metodológico como um processo criativo, inventivo da prática, do texto e do corpo do apoiador. Inspira-se nos movimentos produtores de realidades e subjetividades para lançar-se ao desafio de problematizar o apoio institucional no seio das realidades em jogo, ligando-se às suas produções teóricas não para demarcar territórios identitários e totalizantes acerca do apoio, mas para fazer fluir ideias construídas a partir das implicações de quem as viveu-pensou.

Destacamos aqui o potencial interventivo do apoio na ativação e fortalecimento de políticas públicas nos territórios.

Assim, a função do apoio - sustentar junto com trabalhadores e gestores os espaços de análise do trabalho, como os encontros com as equipes e as reuniões semanais entre trabalhadores, gestores e apoiadores ligados à saúde mental - constituíram parte de um processo que buscou interferir desconstruindo os especialismos das práticas “psis”, buscando fomentar novos entendimentos acerca da produção de saúde e de vida dos usuários no território em questão.

Mais do que criar entendimentos, o apoio institucional trabalha junto às equipes para a criação de novas ofertas em saúde, tecendo redes que ampliam os modos de cuidar e possibilitam uma existência diferente da encarnada na medicalização da vida.

Analisar a oferta de escuta aos trabalhadores e gestores em relação ao trabalho vivido em ato, traduz-se nesta pesquisa-intervenção-apoio como a leitura dos registros sobre a invenção de si próprios e de suas práticas em saúde. Além dos registros, o que se desvela é a política de criação dos modos de cuidar e fazer gestão.

Entendendo que apoio emerge do plano onde se tecem as suas práticas, sua metodologia se desenha conforme o curso da intervenção e a pesquisa, deste modo, decorre de um ato investigativo que acompanha a ação do apoiador - a pesquisa se faz intervenção, pois opera no plano do cuidado com a problemática investigada (Passos & Eirado, 2009). Nela, pesquisador e objeto não se distanciam e operam transformando as formas de conhecer o apoio institucional através da imersão em seu campo de práticas.

Conforme Pena (2009),

“a realidade pesquisada aqui é local e possui suas conformações, seus enunciados e uma política específica, posicionando o pesquisador enquanto ator-analisador da prática”. (p. 77)

Assim, investigar o percurso e produzir análises sobre o desenrolar do apoio institucional é dar visibilidade às linhas de um mapa que bifurcam em novos acessos para entender a demanda de saúde mental no território do DSL.

Em nossa composição entre as palavras aqui escritas, buscamos afirmar o apoio em sua inscrição ético-estético-política.

Ético porque o apoio se posiciona junto dos atores que se agenciam na construção das práticas clínicas e de gestão no SUS, estético porque varia em suas formas e atua afirmando sua força por entre processos de trabalho e atores que o operam e político, pois mobiliza processos que alteram as condições de produção de novas realidades.

Deste modo, nos é possível apreender o sentido desta pesquisa enquanto cartografia e intervenção: o ato de pesquisar não exige uma metodologia pronta, mas sim, se faz através da construção dos caminhos que a investigação percorre, resultando em produção de subjetividades, o que necessariamente apresenta como efeito, a produção de conhecimento.

A intervenção operada pela pesquisa-apoio se concretiza no entremeio dos movimentos de construção do apoio no território. Este processo é coletivo, pois o que se observa e se analisa não é de propriedade do pesquisador, mas sim um produto do encontro entre sujeitos, saberes, fazeres, poderes.

Afinal de contas, o apoio institucional se apresenta como a intervenção do apoiador junto às equipes-coletivas, as quais emergem como efeitos das práticas que compõem os processos de trabalho nos territórios e, se trabalhador e equipe são coproduzidos nas experimentações cotidianas nos serviços, então a intervenção do apoiador institucional deve operar dando suporte aos movimentos onde ambos se engendram.



8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar KF. Micropolítica e o Exercício da Pesquisa intervenção: referenciais e dispositivos em análise. *Psicologia: ciência e profissão*, 2007, 27(4),648-663.

Aguiar LA. A amizade filosófica entre Deleuze e Foucault: Questões em torno da noção de poder. In: Cruz Jorge & Costa, Claudio. *Gilles Deleuze: sentidos e expressões*. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2006, P.111-135.

Amarante PD. (Org.). *Loucos pela vida*. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995.

Amarante PD. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

Azevedo BMS, Carvalho SR. O diário de campo como ferramenta e dispositivo para o ensino, a gestão e a pesquisa. In: Carvalho SR, Barros MEB, Ferigato S. *Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade*. São Paulo, Hucitec, 2009, p.204-219.

Azevedo BMS. O ensino da gestão no curso de graduação de medicina da FCM/Unicamp: possíveis encontros entre universidade e serviços de saúde. Dissertação (Mestrado). Orientador: Sergio Resende Carvalho. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP. 2012.

Baremblyt GF. *Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. 3ª ed. 1996.

Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3):561-571,2005.

Bertussi DC. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde. Tese (Doutorado). Orientadores: Marcelo Gerardin Poirot Land, Laura Camargo Macruz Feuerwerker e Emerson Elias Merhy. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina - Rio de Janeiro, RJ. 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados - 1*, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012 (acesso em 20/10/2012).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Canguilhem G. O normal e o patológico. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 7 ed. Ed. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 2011.

Campos GWS. A Saúde Pública e a Defesa da Vida. São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

Campos GWS, Carvalho SR. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(2):507-515, abr-jun,2000.

Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

Campos GWS. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paidéia e Reformulação Ampliada do trabalho em Saúde. Campos GWS, Minayo MC, Akerman M, Drumond Jr. M & Carvalho YM (org.) Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006;p53-92.

Campos GWS. Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos. São Paulo: Hucitec; 2007.

Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cadernos de Saúde Pública; 1998;14(4): Rio de Janeiro. 863-870.

Campos GWS e Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n2/16.pdf>. Acesso em: 22/06/2011.

Carvalho SR. Reflexões sobre o tema da cidadania e a produção de subjetividade no SUS. In: Carvalho SR, Barros ME, Ferigato S (Org.). Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2009, v.1,p.23-41.

Carvalho S. Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005.

Carvalho SR, Cunha GT. Gestão da Atenção na Saúde: Elementos para se pensar a mudança da organização da saúde. Campos GWS, Minayo MC, Akerman M, Drumond Jr M & Carvalho YM (org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec/Editora Fiocruz; 2006; p.837-868.

Carvalho SR, Pena RS, Souza TP. Interfaces entre pesquisa e intervenção, cuidado e formação em saúde: o internato de medicina em gestão e planejamento na FCM - Unicamp. In: Onocko Campos R & Furtado J. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Campinas, Unicamp, 2010, p.237-256.

Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção Psicossocial: Rumo a um Novo Paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: P. Amarante (org.) Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003; p13-44.

Dagnino E, et al. Sociedade civil e democracia: reflexões sobre a realidade brasileira. Ideias, vol.5, nº 2, 1999; p.13-42.

_____ Esfera Pública e Democracia no Brasil. Ideias, vol.5, nº 2, 1999, p.75-122.

Deleuze G e Guattari F. Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34; 1995.

Deleuze G e Guattari F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. (Guerra A & Costa CP. Trads., Vol. 1). Rio de Janeiro, Ed. 34.1995.

Deleuze G. Crítica e Clínica. Trad. Peter Pál Pelbart. São Paulo, Editora 34, 1997.

Deleuze G. Conversações. Trad. Peter Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34; 1998.

Deleuze G, Parnet C. Diálogos. Trad. Eloisa Araujo Ribeiro. São Paulo: Editora Escuta, 1998.

Escóssia L. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública Interface: comunicação saúde educação, v.13, supl.1, p.689-94, 2009.

Escóssia L, Kastrup V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. Psicologia em Estudo, Maringá, v.10, n. 2, p.295-304, mai./ago. 2005.

Franco TB, Merhy EE. Produção Imaginária da Demanda. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs.) "Construção Social da Demanda"; IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

Franco TB. As redes na micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Pinheiro R e Mattos R (orgs). Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rido de Janeiro, Cepesc, 2006, p.459-473.

Ferigato S, Carvalho SR. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. Interface: Comunicação, Saúde e Educação. v.15, n.38, p.663-75, jul./set. 2011.

Filho SBS, Barros ME. Trabalhador da Saúde: Muito Prazer! Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde. Ijuí: Unijuí; 2007.

Foucault M. Historia da Sexualidade: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

Foucault M. A Ética do cuidado de si como prática de liberdade. In Foucault M. Ética, sexualidade, política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004, p.264-287.

Foucault M. Segurança, Território e População. São Paulo, Martins Fontes, 2008.

Gohn MG. Teoria dos Movimentos Sociais. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2004.

Hardt M. O Trabalho Afetivo. In: Pelbart PP Costa R (orgs). O Reencantamento do Concreto. São Paulo: Hucitec, 2003, p.143-147. Cedes, ano XXI, nº 55, novembro/2001, p.30-41.

Lopes GP, Diehl R. Intervir. In: Fonseca TMG, Nascimento ML, Maraschin C. Pesquisar na diferença: um abecedário. Porto Alegre, Sulina, 2012, p.137-139.

Lourau R. Objeto e método da análise institucional. In: Altoé S (Org). René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004, p.66-86.

Luz MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva. Vol. 1, Número 1, 1991.

Luzio CA, L'Abbate S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.10, n.20, p.281-98, jul/dez 2006.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no SUS. Dissertação (Mestrado). Orientador: Cristina Amélia Luzio. Faculdade de Ciências e Letras/UNESP- Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - Assis, 2010.

Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy E e Onocko Campos R. (orgs) Agir em Saúde - um desafio para o público. 2º ed. São Paulo: HUCITEC, 1997; p197-228.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In Merhy EE e Onocko Campos R. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo, Hucitec, 1997.

Merhy EE. Engravidando Palavras: O Caso da Integralidade. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-06.pdf>. Acesso em: 16/03/2011.

Merhy EE. Cuidado com o cuidado em saúde. Saiba explorar seus paradoxos para defender a vida. O ato de cuidar é um ato paradoxal: pode aprisionar ou liberar. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-09.pdf>. Acesso em 05/05/2012.

Merhy EE, Malta DC, Santos FP. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>. Acesso em 21/06/2012.

Navarro LM, Pena RS. A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde. Revista de Psicologia da UNESP. Aprovado para publicação.

Negri A. A constituição do comum. Conferência inaugural do II Seminário Internacional Capitalismo Cognitivo - economia do conhecimento e a constituição do comum. Tradução de Fabio Malini. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://fabiomalini.wordpress.com/2007/03/25/a-constituicao-do-comum-por-antonio-negri/>.

Negri A. Para uma definição ontológica da Multidão. Lugar Comum: estudos de mídia, cultura e democracia, nº 19-20, 2004. p.15-26.

Oliveira GN. O Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede. In: Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008; p.273-282.

Oliveira GN, et al. Novos possíveis para a militância no campo da Saúde: a afirmação de desvios nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.13, supl.1, p.523-529, 2009.

Oliveira GN. O Projeto Terapêutico Singular. In: Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008; p283-297.

Oliveira GN. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. Tese (Doutorado). Orientador: Sergio Resende Carvalho. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP, 2011.

Oliveira GN. Apoio Institucional - Orientações metodológicas para o trabalho do Apoiador da Política Nacional de Humanização. Documento Técnico elaborado como produto da consultoria desenvolvida para a Política Nacional de Humanização (PNH)/Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://apoioparaosus.net/oliveiragn/2011/11/26/cinco-indicacoes-metodologicas-para-o-apoio/>. Acesso em: 05/11/2012.

Onocko Campos R. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n58.pdf#page=100. Acesso em 25/05/2007; p. 98-111.

Onocko Campos R. A Gestão: Espaço de Intervenção, Análise e Especificidades Técnicas. In: Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003; p122-149.

Pasche DF. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu. V.13, supl.1, p.701-8, 2009.

Pasche DF, Passos E. A Importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina. Florianópolis. V.1, n. 1, jan./jun. 2008.

Pasche DF, Passos E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde - aposta da Política de Humanização da Saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p.423-432, jul./set. 2010.

Passos E, Barros RDB, 2009. A cartografia como método de pesquisa e intervenção. In: Passos E, Kastrup V & Escóssia L. Pistas do método da cartografia. Porto Alegre, Sulina, 2009, p.17-31.

Passos E, Barros RDB, 2001. Clínica e Biopolítica na experiência do contemporâneo. Psicologia Clínica: Foucault - 40 anos de História da Loucura. Pós-Graduação e Pesquisa. Rio de Janeiro, PUC/RJ, v.13, n. 1, p.89-99, 2001.

Passos E, Barros RB. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Jan-Abr 2000, Vol.16 n. 1, pp.071-079.

Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

Passos E, Eirado A. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: Passos E, Kastrup V & Escóssia L. Pistas do método da cartografia. Porto Alegre, Sulina, 2009, p.109-130.

Paulon SM. A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-intervenção. Psicologia & Sociedade, 17(3), 18-25, set-dez: 2005.

Paulon SM, Instituição e intervenção institucional: percurso conceitual e percalços metodológicos. Mnemosine. n. 2 v.5, 2009. Disponível em: <http://www.mnemosine.cjb.net/mnemo/index.php/mnemo/article/viewFile/365/596>
Acesso em: 30/08/2011.

Pena RS. Saúde mental atravessada: construindo espaços de interlocução entre a queixa invisível e outras dores já instituídas. Dissertação (Mestrado). Orientador: Sergio Resende Carvalho. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP, 2009.

Rodrigues HBC. A Psicologia Social como especialidade: paradoxos do mundo psi. Psicologia & Sociedade; 17(1):17-28; jan./abr.2005.

Santos WG. Cidadania e justiça. RJ, Campus, 1987.

Souza C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura1 Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p.20-45.

Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como rede de conversações. Pinheiro R e Mattos RA (orgs). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2003.

Teixeira RR. Humanização e Atenção Primária à Saúde. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 10(3):585-97. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a16v10n3.pdf>. Acesso em: 04/03/2011.

Teixeira RR. O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a02.pdf>. Acesso em 25/03/2011.

Vasconcelos MFF, Morschel A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. Interface: comunicação, saúde educação v.13, supl.1, p.729-38, 2009.