

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**Ana Paula de Lima**

**PRÁTICAS ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA:  
COLETIVOS COMO DISPOSITIVOS DE RESISTÊNCIA  
NA INTERCESSÃO APOIO - FORMAÇÃO**

Porto Alegre (RS)

2015

ANA PAULA DE LIMA

**PRÁTICAS ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA:  
COLETIVOS COMO DISPOSITIVOS DE RESISTÊNCIA  
NA INTERCESSÃO APOIO - FORMAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Mainieri Paulon

Área de concentração: Saúde, Educação e Sociedade.

Porto Alegre  
2015

Porto Alegre

2015

CIP - Catalogação na Publicação

Lima, Ana Paula de

Práticas entre Saúde Mental e Atenção Básica:  
coletivos como dispositivos de resistência na  
intercessão Apoio/Formação / Ana Paula de Lima. --  
2015.

150 f.

Orientadora: Simone Mainieri Paulon.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,  
2015.

1. Apoio. 2. Saúde Mental. 3. Atenção Básica. 4.  
Formação . 5. Gestão em Saúde. I. Paulon, Simone  
Mainieri, orient. II. Título.

PRÁTICAS DE APOIO ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA:  
COLETIVOS COMO DISPOSITIVOS DE RESISTÊNCIA  
NA INTERCESSÃO APOIO - FORMAÇÃO

Ana Paula de Lima

**Orientadora:** Profa. Dra. Simone Mainieri Paulon

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla

---

Profa. Dra. Liane Beatriz Righi

---

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

Porto Alegre, 21 de dezembro de 2015.

Aos meus pais, que viveram uma Vida Severina como sertanejos fortes que são e me transmitiram que o essencial da vida é ter fé e coragem.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Becker, meu companheiro de todas as horas de vida, trabalho e militância. Que me acompanha em meus caminhos e nesse percurso da escrita em composição.

Às minhas filhas Pietra e Giovanna, minha maior contribuição para o mundo, pela paciência e parceria nesses dois anos de muitas ausências. Que me desafiam e ensinam cotidianamente a experiência de cuidado e (des)aprendizagens no encontro de nossas diferenças.

Aos trabalhadores do SUS, com os quais compartilhamos as dores e as delícias, das lutas para sustentar no concreto das experiências o direito à Saúde. Em especial aos coletivos que inventamos como estratégia de resistência à normatização do trabalho. E aos Apoiadores por fora dos arranjos e cargos, que encaram o desafio de ativar rodas e fazê-las girar, em tempos de governo da individualização.

Às amigas sempre presentes Adriane e Marisa, coautoras de toda essa história e dessa memória coletiva. Na aposta de muitas experiências que virão...

À Gerência Distrital LENO e às equipes de infância e adolescência e NASF/Leste, em especial, às minhas queridas Wanize, Nara e Marta, que como coordenadoras tão bem constroem a gestão do trabalho compartilhada, pela acolhida em todos os momentos, sem a qual a conclusão desse processo não seria possível.

À Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde, espaço de militância de lutas transversais que nos convoca à urgência da inclusão dos usuários, dos movimentos sociais e da mobilização coletiva. Estendo a todos os usuários que nesses anos de encontros tanto me desacomodaram e transformaram como guias de navegação e referência.

Aos companheiros do Coletivo de Saúde de Saúde Mental na AB, cujos encontros são a aposta em ato no Acolhimento, Apoio e Educação Permanente como ferramentas para fabricar as práticas necessárias e sustentar o agir em saúde como Saúde integral e relacional.

Ao Márcio, trabalhador da atenção básica, que tem sido parceiro em várias frentes na articulação da Saúde Mental na AB, além de me iniciar na meditação.

À Profa. Simone Paulon, que como intelectual-militante foi parceira de primeira hora dessa construção do Apoio na SMS, nosso reconhecimento e agradecimento por nos reaproximar da PNH. E, como orientadora, possibilitar a vivência nesse processo de pesquisa-intervenção, que os (des)caminhos sejam incluídos como dispositivos de autoanálise dos movimentos e acontecimentos tradicionalmente excluídos e desqualificados como analisadores das práticas de pesquisa, ensino e extensão.

Ao Prof. Ricardo Ceccim, nosso reconhecimento e admiração pelo acompanhamento nessa caminhada e pelas possibilidades de experimentação entre Educação Permanente e Apoio. E também pelas vivências, trocas e aprendizagens intensivas no projeto de investigação Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica de Saúde, bem como a aposta em compor e de dar visibilidade e dizibilidade ao trabalho como produção de conhecimento ao coletivizar esse processo na publicação desse processo.

O senhor...  
mire, veja: o mais importante e bonito, do mundo,  
é isto: que as pessoas não estão sempre iguais,  
ainda não foram terminadas –  
[...] elas vão sempre mudando.  
Afinam ou desafinam.  
Verdade maior.  
É o que a vida me ensinou.  
Isso que me alegra, montão.

Guimarães Rosa

## RESUMO

Essa pesquisa de mestrado explorou o tema do Apoio na Atenção Básica, a partir da participação na Pesquisa de Saúde Mental na Atenção Básica e de experiências de coletivos com práticas de Apoio na rede de saúde de Porto Alegre (Brasil). Ao colocar em análise as práticas/discursos no campo da Saúde, pensando a gestão da saúde a partir do Sistema Único de Saúde, foi possível estabelecer um diálogo entre as políticas públicas de Saúde Mental, Atenção Básica e Humanização. A metodologia da pesquisa-intervenção sustenta o estudo que traçou uma cartografia de práticas de Apoio em Saúde Mental na Atenção Básica, tomando como intercessores os conceitos de: *Apoio em Campos*, *Prática*, em Foucault; *Cartografia*, em Deleuze & Guattari; e *Micropolítica do trabalho em saúde*, a partir da teoria do *trabalho vivo* de Merhy. As Reformas Sanitária e Psiquiátrica são apresentadas como campo de lutas transversais – pela Vida e pela Cidadania – em articulação com a Saúde Coletiva como campo das práticas em suas relações com a produção do conhecimento e a Formação em saúde. As experiências compõem esse percurso como registro de processos coletivos de fazeres em saúde, de modo a dar visibilidade e dizibilidade a essas práticas, restituindo sua dimensão histórica nos cenários de produção do SUS na cidade – como memória coletiva. O Apoio é apresentado como produção coletiva, que aposta em produzir autoanálise e interrogar a gestão em saúde, funcionando como dispositivo de resistência frente à normatização do trabalho em saúde e colocando em análise as práticas em saúde – produzindo efeitos de (des)institucionalização. Ao traçar mapas de processos coletivos dos fazeres em saúde a partir das experiências, apontamos as práticas em saúde na cidade, que indicaram relações intercessoras entre Apoio e Formação, sustentando um Apoio que se constitui a partir de vetores-dobras da atenção, gestão e formação em Saúde.

Palavras-chave: Apoio; Saúde Mental; Atenção Básica; Formação; Saúde Coletiva; Gestão em Saúde.

## ABSTRACT

This study discussed Support in Primary Care, based on the participation in the Mental Health Research on Primary Care and collective experiences as Support practices in the Health system of Porto Alegre (Brazil). When analyzing the practices/discourses in the Public Health System (SUS) it is possible to connect the public policies of Mental Health,

Primary Care and Humanization. By the use of interventional research, the study drew a mapping of Support practices in Mental Health, taking the concepts of: *support*, in Campos; *practice*, in Foucault; *mapping*, in Deleuze & Guattari; and *micropolicy in Health work*, from the theory of *living work*, in Merhy. The Health Reform and the Psychiatric Reform are presented as a field of transversal struggles – for Life and Citizenship – joining the Public Health as a practice field, in its relations with the production of knowledge and the Health Training. The experiences compose this route as a record of collective processes of doing in health, in order to provide visibility and voice to these practices, restituting its historical dimension within the Public Health System in the city – as a collective memory. The Support is presented as collective production that attempts to generate self-analysis and to question management in Health, working as resistance device to the norming of the Health work and questioning the Health practices – producing effects of (de)institutionalization. By drawing maps of collective processes in the health doings, we point the health practices in the city that indicate intercessor relations between Support and Training, showing a Support that is formed from *vectors-folds* of Care, Management and Training in Health.

Keywords: Support; Mental Health; Primary Care; Training; Public Health; Management in Health.

<b>SIGLA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Apoio Matricial
ASSEPLA	Assessoria de Planejamento, da SMS Porto Alegre
CAIS Mental	Centro de Atenção Integral em Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEPESC	Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva
CGAPSES	Coordenação Geral da Atenção Primária, Serviços Especializados, Ambulatoriais e Substitutivos
CGRAPS	Coordenação Geral da Rede de Atenção Primária em Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
EAB	Equipe de Atenção Básica
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESM	Equipe de Saúde Mental
FASC	Fundação de Assistência Social e Comunitária
GD	Gerência Distrital
GD GCC	Gerência Distrital Glória, Cruzeiro e Cristal
GD HUNI	Gerência Distrital Humaitá, Navegantes, Ilhas
GD LENO	Gerência Distrital Leste/Nordeste
GD NEB	Gerência Distrital Norte/Eixo Baltazar
GD PLP	Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro
GD RES	Gerência Distrital Restinga e Extremo Sul
GD SCS	Gerência Distrital Sul/Centro-Sul
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
GI	Grupo de Interesses
GT	Grupo de Trabalho
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMESF	Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PAICA Rua	Programa de Atenção Integral à Criança em situação de rua
PAM	Plantão de Atendimento Médico
PMAQ/AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização

PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPSUS	Programa Pesquisa para o SUS
PSE	Programa Saúde na Escola
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SM	Saúde Mental
SMED	Secretaria Municipal de Educação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>010</b>
<b>1. PERCURSO METODOLÓGICO</b>	
<b>1.1 QUANDO O TRABALHO SE FAZ CAMPO - POR DENTRO DE UMA PESQUISA MAIOR</b>	<b>017</b>
<b>1.2 MICROPOLÍTICA DO CUIDADO EM SAÚDE : A DOBRA SOBRE O CAMPO</b>	<b>022</b>
<b>2. POLÍTICAS PÚBLICAS COMO COLETIVIZAÇÃO DE PRÁTICAS NA ARTICULAÇÃO DO APOIO</b>	
<b>2.1 A QUIMERA DA ATENÇÃO BÁSICA: RECONFIGURAÇÃO DE MODELAGENS TECNOASSISTENCIAIS EM SAÚDE</b>	<b>027</b>
<b>2.2 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: UMA ARTICULAÇÃO NECESSÁRIA</b>	<b>034</b>
<b>2.3 PNH: O APOIO COMO DISPOSITIVO DE CONEXÃO DE FORÇAS COM E NO COLETIVO</b>	<b>040</b>
<b>2.4 O QUE O APOIO CONVOCA ...</b>	<b>044</b>
<b>2.5 ... E O QUE O APOIO PROVOCA</b>	<b>050</b>
<b>3. POLÍTICAS AUTOGESTIONÁRIAS COMO PRODUÇÃO DE COMUM EM COLETIVOS ORGANIZADOS DE SAÚDE</b>	
<b>3.1 CENÁRIOS DE EXPERIENCIAÇÕES DE PRÁTICAS DE APOIO</b>	<b>055</b>
<b>3.2 DISCURSIVIDADES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM PORTO ALEGRE</b>	<b>059</b>
<b>3.3 GT DE MATRICIAMENTO DE 2008 A 2010 - DA INTERCONSULTA AO MATRICIAMENTO</b>	<b>070</b>
<b>3.4 COMISSÃO DE APOIO MATRICIAL E NASF ( 2011 A 2012) - DO MATRICIAMENTO AO APOIO</b>	<b>076</b>
<b>3.5 EXPERIENCIAÇÕES DE APOIO EM ATO - RELATO DE UMA APOIADORA</b>	<b>089</b>
<b>3.6 A PRODUÇÃO DE ESPAÇOS COLETIVOS ENTRE ATENÇÃO, GESTÃO E FORMAÇÃO</b>	<b>092</b>
<b>4. UMA EXPERIÊNCIA INTERVENTIVA NA ATIVAÇÃO DE REDES ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA</b>	
<b>4.1 A PARTICIPAÇÃO COMO PRODUÇÃO DE ANÁLISE E INTERVENÇÃO: UMA PESQUISA NA DIMENSÃO FORMATIVA DO APOIO</b>	<b>097</b>
<b>4.2 INVENTANDO POSSÍVEIS EM CENÁRIOS IMPROVÁVEIS - ATIVANDO REDES DE CONVERSAÇÃO</b>	<b>106</b>

<b>4.3 O APOIO EM SAÚDE MENTAL NA AB - NO ENTRE DAS TENSÕES E PARADOXOS DA GESTÃO EM SAÚDE</b>	<b>114</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	
<b>5.1 DA FORMAÇÃO COMO PRÁTICA - DA PRÁTICA COMO FORMAÇÃO</b>	<b>122</b>
<b>6. REFERÊNCIAS</b>	<b>131</b>
<b>ANEXO I</b>	<b>145</b>
<b>ANEXO II</b>	<b>150</b>

## APRESENTAÇÃO

A liberdade é um fato coletivo. É preciso que estejamos juntos para sermos livres. Ninguém pode ser livre sozinho, ninguém pode ser livre se não tem uma finalidade comum com os demais.

(ROTELLI, 2008)

Esse estudo surge das inquietações construídas durante meu percurso de experimentações, viabilizadas principalmente a partir da experiência como Psicóloga concursada da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – vinculada a uma Equipe de Saúde Mental Infanto-Juvenil, referência para dois Distritos Sanitários da cidade – e pela participação, como representante dessa equipe, na Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS)<sup>1</sup>, no período de 2005 à 2014. Isso possibilitou o acompanhamento das discussões do controle social acerca da implementação da Política de Saúde Mental da Secretaria (sua relação com as prioridades apontadas nas Conferências de Saúde e de Saúde Mental), e da concretude das vivências de construção de redes, num movimento incessante de aproximações e desvios, entre os ideais que compõem o SUS e seu processo de institucionalização.

Essa primeira vivência no espaço da comissão de saúde mental, possibilitou-me habitar outros lugares enquanto trabalhadora e abrir possibilidades de encontro entre o heterogêneo com tantos outros atores - trabalhadores, gestores e usuários. Cenário de tensões, de disputas, de militância, com o desafio de constituir entendimentos em torno de um comum: garantir o direito à saúde a partir das necessidades sociais em saúde. Mas, se no campo discursivo, havia consonância entre os diferentes atores - um comum -, no campo das práticas é que vazavam as dissonâncias em disputa.

É a partir dos encontros produzidos no cotidiano do trabalho em saúde, na vivência dessas provocações, que se forja um corpo trabalhadora/apoiadora - habitando tensões e paradoxos. Este cotidiano desenvolve-se, especialmente, no cenário de uma equipe de saúde mental e nas múltiplas atividades vinculadas diretamente ao cuidado de crianças, adolescentes e famílias em sofrimento, que chegavam a esse serviço, como um componente da rede de saúde psicossocial de uma região da cidade.

---

<sup>1</sup> Essa Comissão tem como função subsidiar o núcleo de coordenação do CMS em relação à temática saúde mental.

Os encontros produzidos em Grupos de Interconsulta<sup>2</sup>, entre as várias atividades desenvolvidas, sempre produziam mobilização de afetos, gerando incômodos e efeitos de desestabilização pela discussão de casos. Nesse espaço apresentavam-se diferentes concepções e arranjos de saber-poder em disputa sobre os modos de produzir cuidado – sobre as práticas. Também nesses encontros havia um movimento de aproximação e diferenciação, além do desafio de produzir um comum. Esse movimento me colocava ‘fora dos muros’ do serviço e de ‘núcleos de saber’ – esse deslocamento produzia efeitos de proximidade e pertencimento aos territórios dos usuários e dos trabalhadores da atenção básica<sup>3</sup>, efeitos de subjetivação. Nesse espaço, discutíamos casos trazidos pelas equipes de referência, produzindo-se um embate contra a lógica hegemônica da queixa-conduta, entendimento dominante de que as demandas em saúde mental seriam de responsabilidade das equipes especializadas e não dessas em articulação com as equipes das unidades básicas e, por outro lado, que os ‘especialistas’ estavam mais aptos a ‘prescrever’.

Essa primeira aproximação com a atenção básica produziu movimentos de desnaturalização das práticas e da sua insuficiência para enfrentar a complexidade da vida em ato, colocando-me em análise, na medida em que elas eram interrogadas, vistas desde os territórios vivos e suas necessidades. Várias disputas éticas, técnicas e políticas aí se enunciavam. A começar pelo próprio conceito de saúde como ausência de doença ou produção de vida, seguido pelas modelagens tecnoassistenciais que dele decorrem. Havia, entretanto, um enunciado repetido por ambas às equipes: o de que nesses encontros estávamos colocando o trabalho em análise e que todos ‘aprendiam’. Particularmente, essa afirmação sempre me inquietava, porque parecia naturalizar o aspecto de ‘formação’ e trazia à tona outras perguntas: Que saúde nossas ações buscam promover? Estávamos *transformando* ou *conformando* trabalhadores da saúde? Sentia, muitas vezes, que os temas ‘quentes’, aqueles que nos desestabilizavam, nos colocavam em questão, eram tangenciados pela reiteração de um ‘protocolo’ do fluxo instituído. Sentia uma certa aliança em torno do saber-poder da ‘especialidade’, afinal, todos éramos ‘especialistas’ em saúde da família ou em saúde mental.

---

<sup>2</sup> Grupos de Interconsulta são espaços constituídos por grupo de unidades (Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família), em forma de encontros mensais com as equipes especializadas de saúde mental, com objetivo de estabelecer uma comunicação mais direta, estabelecendo e pactuando critérios de acesso ao atendimento especializado em saúde mental, a partir da discussão de casos.

<sup>3</sup> O Ministério da Saúde tem reconhecido os termos ‘Atenção Básica’ e ‘Atenção Primária’ como equivalentes (BRASIL, 2011a), apesar de ter adotado o termo Atenção Básica para nomear a Política. Optamos por utilizar como referência o termo Atenção Básica nesse estudo, destacando que em alguns momentos será referido como Atenção Primária respeitando as definições adotadas no organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Nesses momentos de encontro, pelas experiências produzidas no trabalho, emergiam incômodos em incluir as heterogeneidades que remetiam às afecções mobilizadas – entre trabalhadores e usuários, mas também entre os próprios trabalhadores – de impotência, isolamento, carência de recursos, excesso de demanda e falta de apoio.

Percebia que ao deslocar esses incômodos, endereçando-os a uma externalidade e não aos encontros produzidos no ‘fazer em saúde’, apaziguavam-se os efeitos de desestabilização e repetia-se um “dever-ser” da reatualização de lugares instituídos do modelo gerencial hegemônico taylorista (que busca a separação entre o planejamento e a execução do trabalho; os que pensam e decidem e os que executam), esvaziando a potência de criação do próprio trabalho e operava uma lógica dicotômica entre gestão e atenção. Esses momentos apontavam que apenas mudanças no processo de trabalho (normatização) são insuficientes, embora importantes, para operar mudanças nos modos de cuidado.

Havia um movimento para aproximar e interferir nos processos de trabalho, sustentados por certa orientação tecnoassistencial, que estaria sustentada num campo normativo das leis, planos, diretrizes, normas, cadernos, mas nesses espaços estavam em disputa diferentes interesses dos atores em cena, em constante disputa no jogo institucional, atravessado pelos vetores de saberes, afetos e poderes na constituição do trabalho. Cecílio (2007) enunciou e questionou a ideia de um “trabalhador moral”<sup>4</sup> constituído na saúde, como suposta garantia de um comprometimento com as políticas em vigência. Essa afirmativa nos apresenta os desafios de lidar com essas dimensões no campo do trabalho onde “[...] a atividade humana de trabalho sempre se dá a partir da relação dinâmica entre a padronização e a confrontação com a realidade, de um debate de normas, da negociação entre prescrito e real; relação entre a dimensão do protocolo e a do encontro” (SANTOS FILHO, 2014a, p 1014).

Mas havia outro processo de (des)territorialização de nossas subjetividades enquanto trabalhadores, que não acontecia como um processo ‘natural’ desencadeado por esses movimentos. Franco, Andrade & Ferreira (2009) abordam esse tema no estudo realizado sobre a produção subjetiva do cuidado, apontando a necessidade de mudança no processo de subjetivação dos trabalhadores em seus territórios existenciais. Esse é um processo difícil e doloroso, que ao abrir mão de um modo estruturado, coloca-se numa posição de caos, do qual não tem controle, abrindo assim a potência das singularidades que se reconfiguram fabricando

---

<sup>4</sup> Trabalhador moral é conceituado por Cecílio (2007) como uma idealização do trabalhador funcional, que seria comprometido a priori com as políticas e estratégias formuladas pelos gestores, desconsiderando assim os diferentes interesses em disputa e composição no trabalho em saúde.

novos modos de cuidado a partir dos encontros entre trabalhador-trabalhador e trabalhador-usuário. Trata-se de um “trabalho vivo” produzindo interferências a partir dos desvios, das insubordinações, do ‘caso’ que não cabe nos protocolos, colocando em análise nossas próprias práticas.

Essa seria a primeira aproximação com a intencionalidade em enlaçar **a produção de conhecimento com experiências produzidas no real**. Esse caminhar que produz estranhamentos, tensiona a fabricação/invenção de novos modos de encontro entre a Saúde Mental e Atenção Básica no campo da Saúde Coletiva. Operar/fazer essa aproximação será o desafio que se coloca, a sustentar nesse processo mais que um desafio metodológico – um desafio ético-político de sustentação em ato da articulação entre Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária – Saúde Mental e Atenção Básica.

Comparece aí, também, a temática das práticas como elemento fundamental para construção e desconstrução do campo da Saúde em geral, nessa perspectiva a Formação, de que falamos, aproxima-se dos processos de (des)institucionalização, propõe a construção de novas instituições, coloca o instituído em análise. Nesse sentido, trata-se de inventar, construir condições nos encontros através de espaços e projetos coletivos, na direção da autonomia, encontros que possam produzir interferências no cenário-paisagem.

Desejamos, então, colocar esse trabalho a partir desses tensionamentos e questionamentos, retomando o tema do Apoio articulado à gestão em saúde colocando em análise os efeitos que tem produzido na e com a atenção básica. Para esse deslocamento é preciso constituir novas questões *no* e *com* o coletivo, produzir agenciamentos, partimos assim como Bertussi (2010) em sua tese de doutoramento sobre o Apoio e a Produção de Coletivos na Gestão, que parte do reconhecimento da insuficiência de mudanças nas práticas, apresentando como principal estratégia contra-hegemônica o espaço da micropolítica, da organização do trabalho, dos coletivos e das práticas de saúde. Na mesma esteira, se dá a problematização desse estudo que parte do reconhecimento de que a mudança das práticas de saúde e a reorientação do modelo tecnoassistencial são campos em que o SUS ainda não produziu avanços significativos (FEUERWERKER, 2005), destacando a convergência em relação ao tema.

Os desafios vividos no contexto das práticas - em especial do apoio matricial em Saúde Mental - em que estamos inseridos e que vimos experimentar, tem nos instigado a colocar em análise esses processos na micropolítica do trabalho em saúde. Nesse sentido, apostamos nessas práticas pela sua potência como estratégia de resistência, no seu

funcionamento como dispositivo<sup>5</sup> - para agenciar o protagonismo e a autonomia na gestão do cuidado e do trabalho em saúde e que também se apresenta como uma estratégia inovadora, direcionada para a integralidade das necessidades em saúde, sendo apontada como uma aposta no sentido de fortalecer a atenção básica e apoiá-la em sua complexidade (ONOCKO CAMPOS *et. al.*, 2012).

Outros autores têm alertado para a utilização instrumental do apoio para fabricar e reproduzir a intervenção na ampliação dos controles – impactando na diminuição da autonomia. Neste viés, a supervisão ‘transvestida’ em apoio acaba operando dentro da mesma lógica hierarquizada de sempre, no reforço à verticalidade instituída na relação entre Saúde Mental e Atenção Básica, com pouca incidência sobre a integralidade do cuidado (MERHY, 2002; CECILIO, 2007; DIMENSTEIN, LIMA & MACEDO, 2013; PAULON, PASCHE & RIGHI, 2014). Vemos a institucionalização de estratégias como Apoio e Educação Permanente sendo enunciadas através das Políticas, num cenário em que se travam disputas entre diferentes racionalidades, coexistindo políticas afirmadoras da vida e práticas gerenciais de controle e disciplinarização, como é o caso da “atenção gerenciada”<sup>6</sup> como modelo adaptado dos princípios da racionalidade gerencial hegemônica<sup>7</sup> para o campo da Saúde.

Toda esta realidade, carregada de tensões e paradoxos, parece indicar tanto problemas quanto demandas de novas estratégias, que enfrentem o desafio permanente de interrogar a dimensão institucional dos processos de análise do trabalho em saúde como coloca Santos Filho (2014a, p 1023) “nesse cenário, pode-se inserir a perspectiva do apoio institucional, compondo o caminho de tal aprendizado e ampliando os âmbitos de olhar analítico do trabalho – assim também sendo processo gerador de conhecimento.”

---

<sup>5</sup> Um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos (FOUCAULT, 2002, p 244).

<sup>6</sup> Atenção gerenciada é apresentada por Merhy (2002) e Campos (2000) como método de gestão enquanto ferramenta baseada na transferência do processo de decisão sobre as ações em saúde do campo do cuidado-clínica para o da administração, visando impactar a relação custo-benefício do sistema em termos econômico-financeiros.

<sup>7</sup> Conforme definido por Campos, “a racionalidade gerencial hegemônica produz sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria” e [...] “exigem que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses, substituindo-os por objetivos, normas [...]” (CAMPOS, 2002 p 23). O autor parte desse conceito, como eixo central dos métodos de gestão moderna e o contrapõe, através da proposição de um novo método de gestão - da Roda, caracterizando-o como diretriz anti-Taylor ao sustentar-se na democratização do Poder nas Instituições a partir da crítica aos Princípios da Administração Científica, formulados por Frederik W. Taylor, em 1911.

Assim, apresentamos nesse estudo a cartografia de experiências de apoio como práticas de saúde na rede de saúde de Porto Alegre de modo a dar visibilidade e dizibilidade a essas práticas para que possam compor uma memória dos fazeres em saúde e cenários do SUS na cidade, contribuindo para compreensão do processo de produção em saúde a partir das tecnologias de trabalho<sup>8</sup> (MERHY, 1997, 2002; FRANCO, 2009). Para tanto, este objetivo se desdobra nos questionamentos que seguem: As práticas de apoio em experimentação têm disparado processos de autoanálise nos coletivos de trabalho na rede de saúde da cidade? Essas experiências têm operado na micropolítica dos encontros? Tem tomado a ativação de coletivos e redes como diretriz ético-político?

Sem pretensão de esgotamento, mas com expectativa de ampliação do debate, este que será tomado como campo problemático da presente pesquisa será apresentado nos capítulos que se seguem a partir da contextualização geral do problema do estudo e seu campo de interesses, bem como os principais conceitos utilizados no percurso metodológico no capítulo primeiro. No capítulo dois, estabelecemos uma aproximação entre as Reformas Sanitária e Psiquiátrica brasileiras, através do diálogo das Políticas Públicas apresentadas como coletivização de práticas de Saúde Mental, Atenção Básica e Humanização, tomando o Apoio como elemento conector entre as mesmas. Ainda, apresentamos o campo discursivo sobre o conceito e o método do Apoio a partir das formulações de Gastão Campos e o que eles convocam em contraponto as provocações de seus usos e de sua polifonia. No capítulo três, a Política Pública é encarnada na micropolítica do trabalho em saúde como produção de comum. Ao colocar em análise experiências de Apoio em Saúde Mental na AB, identificamos a gestão do trabalho em saúde como materialização de ‘políticas autogestionárias’ agenciadas por coletivos organizados em saúde, em coemergência entre as discursividades enunciadas como ‘políticas de governo’ nesses mesmos cenários no âmbito da gestão municipal da cidade de Porto Alegre. O capítulo quatro destaca elementos da Pesquisa de Saúde Mental na Atenção Básica que atualizam o cenário dessa articulação localmente situada e coloca em análise o processo da pesquisa indicando sua dimensão formativa e de Apoio, em composição às problematizações apresentadas nesse estudo sobre as práticas em questão. E, no quinto e último capítulo, destaca-se como evidencia do estudo o Apoio entre Prática e Formação,

---

<sup>8</sup>A partir do estudo iniciado por Gonçalves (1994) sobre o conceito de tecnologias de trabalho, onde o mesmo sustenta que o conhecimento técnico também se apresenta como tecnologia e apresenta a divisão entre tecnologias materiais (máquinas e instrumentos) e tecnologias não materiais (conhecimento), Merhy (1997, 2002) amplia e problematiza o tema defendendo que o processo de trabalho em saúde se dá num campo relacional e propõe uma tipificação das tecnologias de trabalho em saúde como duras (máquinas e instrumentos); leve-duras (conhecimento técnico) e leves (relações que se produzem no encontro dos atos de saúde).

apresentando as relações intercessoras que se produzem na indissociabilidade entre atenção e gestão, onde um plano de produção da escuta pedagógica se apresenta como vetor dobra dessas práticas, propondo então a articulação entre trabalho e educação em saúde como pistas para ampliação da gestão em saúde e dos dispositivos que se tem fabricado para mudanças no processo de produção da saúde, no sentido de inverter as tecnologias de trabalho como foco nas tecnologias leves, contribuindo assim para transição tecnológica na saúde.

## 1. PERCURSO METODOLÓGICO

### 1.1 QUANDO O TRABALHO SE FAZ CAMPO - POR DENTRO DE UMA PESQUISA MAIOR

Com o ingresso no Mestrado em Saúde Coletiva já havia delimitado meu interesse em seguir adentrando no tema do apoio a partir das minhas experiências no campo da saúde. No mesmo período, surgiu um convite para compor o grupo de pesquisa “Qualificação da Saúde Mental na Atenção Básica: análise das práticas de equipes da Região 10 - Macrometropolitana/RS a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)”, coordenado pela minha orientadora. Esse projeto, financiado pelo Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS/MS), havia iniciado há pouco e incluía, como campo, o município de Porto Alegre, possibilitando a aproximação entre o tema por mim proposto e a conexão com o meu trabalho de saúde mental na atenção básica. Uma das minhas preocupações era como estabelecer conexão entre o tema escolhido (práticas de apoio) e o tema das práticas de saúde mental, de forma coerente com a perspectiva ético-estética-política da enunciação coletiva da pesquisa. Essa questão se tornou meu principal desassossego no caminho desse processo: atenta às exigências acadêmicas de um projeto que deve delimitar seu problema e objetivos decorrentes, como poderia antecipar se a aposta ético-política se sustentava em acompanhar processos e os impasses (problemas) se produziriam no próprio caminhar?

A aposta de tomar o **trabalho como campo**, ao incluir essas experiências vividas na aproximação do trabalho em saúde como campo de produção de conhecimento, buscava avançar para além das inquietações e interrogações iniciais sobre o meu próprio fazer. Nesse sentido, a participação na Pesquisa de Saúde Mental na AB<sup>9</sup> intensificava esse movimento.

Compartilho duas questões apontadas na minha qualificação de mestrado pelos Professores Túlio Franco e Ricardo Ceccim, que reverberaram sobre essa escolha.

A primeira traz o alerta para a necessidade de um ‘estado de permanente atenção’, para que a implicação (esperada numa proposta de pesquisa-intervenção) com o objeto de pesquisa não se transforme em sobreimplicação, por ser simultaneamente atravessado em meu território existencial como militante, trabalhadora e pesquisadora em formação. A segunda

---

<sup>9</sup> A partir daqui, utilizo a denominação ‘Pesquisa de Saúde Mental na Atenção Básica’ como uma forma abreviada de referir-me à ‘Pesquisa de Qualificação de Práticas de Saúde Mental na Atenção Básica – Região 10/RS’.

aponta algo da ordem do desejo – afinal, qual seria minha escolha? Como compatibilizar meu tema de estudo com os objetivos da ‘pesquisa maior’?

Não tinha respostas para essas questões. Afinal, aventurar-se em colocar meus próprios territórios existenciais em análise em todo o percurso da pesquisa era um empreendimento que buscava acolhimento nos encontros que se produziriam. Muitas questões se abriam e faziam efeitos no corpo, medos, incertezas e o risco de desestabilização de sair do conhecido. Mas o desejo de me encharcar de realidade era maior, e agora o tema dos territórios existenciais seria meu próprio tema. Esta foi a saída que encontrei para manter esse guia de navegação.

Quanto à segunda questão da qualificação, fiz a escolha de permanecer na Pesquisa Saúde Mental na Atenção Básica exatamente porque a minha entrada no Mestrado em Saúde Coletiva deu-se, por um lado, pela necessidade de buscar encontros, de compor com outros, a partir do compartilhamento da aposta ético-política de construção/sustentação da Reforma Sanitária através do SUS e do desejo de trazer e aproximar as experiências do mundo do trabalho e colocá-las em questão e análise. Assim, participar de uma experiência compartilhada e ampliada de grupo de pesquisa, conectando e agenciando os diferentes interesses em jogo com o compromisso ético em relação às demandas identificadas a partir do meu percurso de trabalhadora/militante, convergiam na articulação entre produção de conhecimento e o mundo do trabalho. Por outro lado, compor com o coletivo de pesquisadores poderia auxiliar na análise de implicações, em relação ao campo e objeto da pesquisa.

Esses movimentos de mudança desdobraram-se na escolha de passar a compor uma equipe de NASF. Enquanto trabalhadora, apostava que estar na Atenção Básica possibilitasse a intensificação de fluxos conectivos com as equipes da AB - como “apoiadora em tempo integral”. Mesmo sem garantias de que os caminhos da pesquisa e do trabalho se potencializariam, nem sobre os efeitos produzidos entre campo e problema vivenciados em ato na experiência. A escolha funcionou como abertura de novos caminhos de estrangeirar-se ao habitar outros espaços/trabalho em construção, num movimento de desacomodação dos meus fazeres e também de ‘construção de mim e do mundo do trabalho’. E o que a pesquisa tem a ver com isto? É este enlace entre campo e pesquisadora que estarei percorrendo no processo em curso.

A Pesquisa Saúde Mental na Atenção Básica, na qual me inseri, é resultado da articulação entre os Programas de Pós-Graduação em Psicologia Social e de Saúde Coletiva, em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Sustentada em

resultados de pesquisas anteriores, que trataram da temática das práticas em saúde mental na atenção básica, ela evidencia a relevância do papel da atenção básica na formação de redes locais para o desenvolvimento e sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a efetivação da Reforma Psiquiátrica. Também se constitui num esforço de articulação entre pesquisadores de diferentes universidades do país que, a partir de sua participação na discussão e indicação da importância em constituir elementos para uma avaliação da própria rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde, indica como estratégico esse momento de investimento na melhoria e acesso da qualidade da Atenção Básica, como componente essencial da mesma. Considerando esse cenário, o objetivo principal da pesquisa é analisar e qualificar práticas de saúde mental na atenção básica, a partir do processo avaliativo do primeiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), ampliando questões relacionadas à atenção psicossocial conjuntamente com as equipes de saúde.

Como exercício de pesquisa-intervenção, propõe-se aprofundar a ruptura dos enfoques tradicionais de pesquisa e ampliar as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas, enquanto proposta de atuação transformadora da realidade sociopolítica, já que ela objetiva uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social. O estudo toma como elementos norteadores do processo o caráter qualitativo e o seu desenho participativo; trata-se, assim, de uma investigação qualitativa, avaliativa e participativa, inspirada em metodologias avaliativas de quarta geração, proposta por Guba e Lincoln (2011). O foco de intervenção desse processo investigativo são as práticas em saúde mental desenvolvidas nos serviços de Atenção Básica à Saúde da Região 10 do Estado do Rio Grande do Sul, tomando como referência as equipes que aderiram ao 1º ciclo do PMAQ-AB em 2012, correspondendo ao recorte proposto por essa investigação.

A incorporação de uma cultura avaliativa no SUS tem sido apontada como necessidade e desafio para sua consolidação. Para tanto, partimos da ideia da avaliação como dispositivo de análise e movimento, como potência de produzir novas perguntas num determinado contexto, trazendo para a agenda as políticas do SUS. Contandriopoulos (2006), em ensaio sobre o tema da institucionalização da avaliação, conclui que, para além dos critérios de eficiência, a avaliação precisa funcionar como um instrumento capaz de criar condições para um julgamento avaliativo verdadeiramente crítico, com a implementação de estratégias que favoreçam a formação e aprendizado, o debate, a reflexão e a abertura de novas frentes de intervenção. Sendo assim, faz-se necessário não só ampliar a dimensão de participação para além das práticas de gestão e atenção em saúde, mas também fabricar

metodologias que estejam alinhadas aos princípios do SUS, tomando como eixo orientador a participação direta dos usuários (PASSOS, PALOMBINI & CAMPOS, 2013).

Essa metodologia avaliativa de quarta geração considera que toda pesquisa é também intervenção: produto e produtora dos efeitos de tensão do campo a ser avaliado, propõe a ampliação do caráter inclusivo desses atores para diversificar a participação em todas as etapas do processo. Assumir o imperativo ético-político de acompanhar processos e de produzir inclusão dos diferentes atores em cena (docentes, trabalhadores de saúde, gestores, usuários, especialistas e estudantes) coloca-se como o principal desafio a ser sustentado no processo da pesquisa. O método proposto para inclusão se dá com a formação de grupos de interesses, constituídos, no processo, por pessoas com interesses diretos nos efeitos da avaliação. Grupos com gestores, trabalhadores, pesquisadores e usuários funcionando como espaços de construção coletiva sobre o processo em andamento, como uma comunidade ampliada de pesquisa.

O desenho previa espaços de participação transversais em todo o processo das etapas da pesquisa, constituindo-se pela seguinte composição:

- Grupo de Interesses Híbrido (trabalhadores, usuários e gestores), aberto a todos esses atores, sendo seu chamamento feito por comunicação inicial e apresentação da pesquisa em várias instâncias, como colegiado de Gerentes, colegiados das Gerências Distritais, coordenação do Conselho Municipal de Saúde, Comissão de Saúde Mental e Plenária do Conselho Municipal.

Após essa primeira etapa e com o início desse espaço, passamos a utilizar a comunicação via email dos participantes de cada encontro e de outras formas de contato direto dos participantes com seus pares. A coordenação do grupo foi exercida por um dos pesquisadores-apoiadores de cada Município, sendo que os outros participavam diretamente deste espaço, com frequência mensal ou bimensal a partir das necessidades emergentes dos diferentes cenários-municípios.

- Grupo de Interesses Gestor, que se reunia bimensalmente com a participação de representantes das coordenações de Saúde Mental e Atenção Básica dos municípios e do grupo condutor, sob a facilitação da coordenação da pesquisa.

Os procedimentos metodológicos incluíram um conjunto de ações diversificadas, divididas em três etapas, com os quais se propunham dar visibilidade à complexidade do trabalho em saúde mental na Atenção Básica:

- A primeira etapa consistia na análise dos dados resultantes do primeiro ciclo do PMAQ-AB nos espaços do grupo condutor, grupo de interesses gestor e híbrido, referente às unidades básicas de saúde (UBS) da região que aderiram ao Programa.

- A segunda etapa previa a discussão desses dados com as equipes das UBS, através da realização de grupos focais com os trabalhadores e usuários dos serviços de Atenção Básica.

- A terceira etapa era de compartilhamento do processo, com os participantes dos diferentes grupos envolvidos e aberto para inclusão de outros interessados (mesmo que não tenham participado diretamente de nenhum momento anterior do processo de pesquisa). Esses momentos foram construídos em cada uma das seis cidades envolvidas, de maneira conjunta com os grupos de interesse das mesmas e de acordo com as especificidades de cada processo local.

## 1.2 MICROPOLÍTICA DO CUIDADO EM SAÚDE – A DOBRA SOBRE O CAMPO

Existem momentos na vida em que a questão de saber se pode-se pensar diferentemente do que se pensa e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar e refletir (FOUCAULT, 1994a).

Então, por onde começar? Produzindo outros estranhamentos, insistindo e resistindo, ampliando a caixa de ferramentas, criando novos encontros e dobras, reinventando coletivos. Assim se apresenta o tema do Apoio na Atenção Básica e este estudo se propõe a adentrá-lo: preche de problematizações. Tomo como referência para a composição dessas narrativas os conceitos de **Apoio** em Campos (1998,1999,2000,2007,2013); **Prática** em Foucault (2002) e de **Cartografia** de Deleuze & Guattari (1995, 1996), entendendo-os como intercessores<sup>10</sup> que operam na micropolítica do trabalho em saúde a partir da teoria do trabalho vivo de Merhy (1997, 2002). Utilizo da cartografia como caminho para acompanhar processos de enunciados e práticas do apoio. Assim, o percurso construído não tem pretensão de unidade, de tal maneira que a realidade é entendida como composição de heterogêneses, como “plano de diferenças e plano do diferir frente ao qual o pensamento é chamado menos a representar do que a acompanhar o engendramento daquilo que ele pensa” (PASSOS; KASTRUP & ESCÓSSIA, 2009 p 10). Como ferramentas de pesquisa no acompanhamento desse processo cartográfico utilizo memórias, rodas de conversas, narrativas e acontecimentos das experiências como Apoiadora e agora como pesquisadora na ‘Pesquisa de Saúde Mental na Atenção Básica’ no município de Porto Alegre, além de análise documental de publicações da esfera federal e municipal sobre as Políticas e as experiências que compõem o campo do estudo.

Deleuze & Guattari (1996, p 90) sustentam que as dimensões macropolítica e micropolítica não são antagônicas e sim imanentes, afirmam que “tudo é política, mas toda política é ao mesmo tempo macropolítica e micropolítica”. Essas dimensões se distinguem em sua natureza, seus termos e correlações, ou seja, embora esses planos estejam presentes e se coengendrem e coexistam produzindo o social e os modos de subjetivação, suas diferenças se constituem nas formas como os fluxos se apresentam.

---

<sup>10</sup> Deleuze apresenta o conceito de intercessores como condição para criação. [...] *Podem ser pessoas – para um filósofo, artistas ou cientistas; para um cientista, filósofos ou artistas – mas também coisas, plantas, até animais... Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores [...]* (DELEUZE, 1992, p 160).

A micropolítica como um conceito-força da caixa de ferramentas<sup>11</sup> utilizada se apresenta na intervenção nos modos de habitar a realidade, colocando-a em análise a partir das relações de poder – que induzem, inibem ou facilitam a produção de determinadas práticas. Percorrendo o campo de disputa entre os modos de gestão do trabalho dominantes (instituído) e as práticas em criação (instituintes) nesse acoplamento entre o real e o devir, pela via da análise dos processos de trabalho em saúde vigentes, busca-se produzir visibilidade para “uma micropolítica da percepção, da afecção, da conversa” (DELEUZE & GUATTARI, 1996, p 90). Nesse sentido, fica explicitada a intencionalidade em produzir interferência, pistas que apontem caminhos possíveis para produzir encontros com e no campo de pesquisa, que produzam modos de ser-existir-agir em ato – micropolítica como política do minoritário (CECCIM & MERHY, 2009).

Ao partir dos impasses reais que esses cotidianos do trabalho em saúde nos apresentam, somos convocados a enfrentar os desafios para fabricar possíveis como saídas conjuntas - linhas de fuga frente à detenção de verdades, à naturalização e ao encapsulamento, aposta na potência e ao adentrar os cenários de práticas onde se produz o trabalho em saúde, na micropolítica de experimentações de apoio, revisitar vivências intensivistas, forjadas a partir dos desafios cotidianos do trabalho *no e com* coletivos que reconfiguram os territórios existenciais do trabalho em saúde.

A cartografia aqui entendida como método de pesquisa-intervenção, que conduz a orientação do ato de pesquisar tomando como diretriz os próprios efeitos do processo sobre o objeto, o pesquisador e seus resultados. Nesse mesmo sentido, Passos & Barros (2009) sustentam a perspectiva da inseparabilidade entre conhecer e fazer, pesquisar e intervir, indicando nesse caminho a indissociabilidade entre sujeito e objeto, teoria e prática que se configuram e reconfiguram num plano de coemergência a partir da experiência. Nessa esteira, a experiência sustenta o método como primado do saber-fazer ao fazer-saber.

Foucault (2002), ao realizar uma genealogia do poder, enuncia como o poder intervém materialmente, atingindo a realidade mais concreta dos indivíduos – seu corpo – e que, simultaneamente, está produzindo interferência no corpo social. Configura, assim, o que denomina de *microfísica do poder*, referindo-se a um deslocamento do espaço de análise e do nível em que esta se efetua. Nesse sentido, as práticas sociais constituem regimes de verdade e modos de subjetivação que operam, simultaneamente, uma micropolítica do desejo e uma microfísica do poder. Segundo essa filosofia da relação, em que a matéria das coisas existe na

---

<sup>11</sup> O conceito utilizado de caixa de ferramentas a partir de FOUCAULT (1999, p 71).

realidade, a partir das relações estabelecidas segundo as práticas e discursos, os objetos não existe exceto em relação a estas, como suas objetivações. A explicação histórica adquire novo sentido, na medida em que consiste em tornar explícitas as determinações pelas quais as coisas foram objetivadas por determinadas práticas e discursos. Opera-se assim uma inversão “prática e relação se apresentam como sinônimos. Há um primado da relação e da prática substituindo o primado dos sujeitos e objetos”. (ESCÓSSIA & KASTRUP, 2005, p 298)

Foucault (2002), ao construir tal compreensão filosófica, recoloca indivíduos e sociedades como objetos históricos e dependentes da multiplicidade de práticas e relações que podem ser estabelecidas em cada contexto datado, utilizando a genealogia como procedimento de acoplamento do conhecimento com as memórias locais e permitindo a emergência de um saber histórico das lutas e análise de sua utilização nas táticas atuais. E acrescenta, “trata-se de ativar os saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimados contra a instância teórica unitária que pretendia depurá-los, hierarquizá-los, ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro, em nome dos direitos de uma ciência detida por alguns (FOUCAULT, 2002, p 171)”. Dessa maneira, ao articular as memórias locais enquanto saberes da experiência de um vivido, dá visibilidade à micropolítica minoritária, que funcionam como dispositivos de resistência e criação, possibilitando encontros entre os fazeres e os saberes formais para reconfiguração dos territórios existenciais no trabalho em saúde. A utilização da memória, já tem sido utilizada como dispositivo de intervenção/produção coletiva no sentido da saúde pública proposta pela Política Nacional de Humanização, “[...] trazendo para o debate das políticas de formação em saúde o desafio teórico-metodológico de construção de práticas que incluam o cotidiano dos serviços, seus desafios e suas relações com os modos de fazer o cuidado e a gestão no território.” (NEVES *et. al.*, 2010, p 44) como desafio teórico-metodológico da construção de práticas permeadas pela experiência e também como produção de uma Política da narratividade – que enseja novos modos de narrar, eles mesmos produtores dos sentidos das mudanças, essa construção é tarefa de sujeitos e coletivos. Nessa perspectiva perceber-se construtor da história, construtor de obras (Campos, 1997) é fundamental para a sustentação de princípios ético-políticos na reorganização dos serviços e práticas de saúde. Fazer os sujeitos se reconhecerem construtores da história pela narrativa de suas próprias trajetórias, é estratégia de desalienação, de produção de novos sujeitos e da construção de possibilidades de superação dos novos desafios que nascem da própria construção de políticas públicas. (PASCHE, 2009).

Assim, apresenta-se a necessidade de registrar e colocar em análise movimentos de gestão do trabalho como um eixo norteador. Se, por um lado, a gestão se faz a partir de

normas e contratos que regulam os processos de trabalho (SCHWARTZ, 2002), esse plano é atravessado pela autonomia e liberdade operada por todos envolvidos na produção em saúde (MERHY, 2002; CECÍLIO, 2009). Tomamos o conceito de gestão que difere de gerir, na perspectiva colocada pela PNH, que aqui reafirmamos como “gerir não se identifica com um conjunto de normas exteriores aqueles que constroem cotidianamente os serviços, mas se desprende deles e, ao mesmo tempo, os incorpora; uma vez que está na imanência do território de forças moventes em que se funda uma organização e não se reduz à estratificação dura dos regulamentos e aos modelos dos planejamentos idealizados.” (HECKERT, PASSOS & BARROS, 2009, p 494).

Merhy (1997, 2000) afirma que o processo de trabalho em saúde operado por seus trabalhadores porta um significativo grau de liberdade na produção do cuidado, revelando a potência do ‘trabalho vivo em ato’. Ao vivenciar os limites do próprio saber, assim como os da vida por meio da escuta, emergem sentimentos de impotência, de desestabilização e de frustração que, quando colocados em questão, tornam-se uma potência para o trabalho. Nesse sentido, na micropolítica do trabalho vivo não cabe impotência, posto que o processo de trabalho esteja sempre em aberto ao trabalho vivo em ato, como linhas de fuga, abrindo direcionalidade para pôr em análise a maneira como o espaço institucional, na gestão do trabalho, está organizado e ordenado e como o habitamos. Colocar em análise experiências de Apoio sob o ‘ponto de vista’ da micropolítica do trabalho em saúde – entre as tensões e paradoxos na produção do trabalho em saúde e suas composições tecnológicas, implica tomar o campo do trabalho em sua dimensão ético/política a partir da análise das práticas produzidas nos territórios existenciais, em disputa entre trabalho vivo<sup>12</sup> e trabalho morto<sup>13</sup>, nas diferentes modalidades da produção de cuidado. A aposta na constituição de tecnologias de ação do trabalho vivo e da gestão do trabalho é a ousadia de repensar a potência e impotência como características que podem ser atravessadas por múltiplos processos instituintes.

Tomando a proposição da pesquisa como agenciamento coletivo de enunciação, cabe a pergunta: que mundo criamos com a pesquisa que fazemos? Quais compromissos nos enlaçam e implicam? Nessa perspectiva, Guattari (1992) coloca o compromisso da pesquisa como prática ético-estético-política, onde a Ética está referida ao exercício do pensamento que

---

<sup>12</sup> Trabalho Vivo é o trabalho em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está produzindo. (...) “formas de abordagens mais relacionais, operando dentro da ideia de que no encontro entre trabalhador e usuário, este é também sujeito da produção da saúde e pode desta forma, ser também protagonista de atos cuidadores, geradores de autonomia” (MERHY & FRANCO, 2003b).

<sup>13</sup> Trabalho Morto são os instrumentos, e é definido assim porque sobre eles já se aplicou um trabalho progresso para sua elaboração (MERHY & FRANCO, 2003b).

avalia situações e acontecimentos como potencializadores ou não de vida; a Estética traz a dimensão de criação articulando os diferentes campos do pensamento, da ação e da sensibilidade; a Política implica a responsabilização diante dos efeitos produzidos, ou seja, sobre os sentidos que vão ganhando forma através das ações individuais e coletivas.

Essa pergunta-guia deve acompanhar todo o percurso e, assim, a pesquisa assume seu compromisso em desarticular as práticas e discursos instituídos, inclusive os produzidos como científicos, utilizando a inversão metodológica da máxima institucionalista frente à reversão do sentido tradicional do método da ciência do “conhecer para transformar” para **“transformar para conhecer”**. Nessa travessia, como sujeito e objeto em investigação, desdobra-se um devir pesquisadora, que ao lançar-se nesse desafio de colocar em análise o próprio campo do trabalho, vai constituindo em ato as implicações, o olhar para os movimentos do instituído e instituinte e das linhas de captura e fuga do próprio método científico (PASSOS & BENEVIDES, 2009).

Para sustentar tal empreitada, faz-se necessário imergir no plano da experiência. Assim, trago na bagagem as experiências de uma trabalhadora-apoiadora num processo de (des)territorialização e (re)territorialização, agora percorrendo outro lugar como pesquisadora, refazendo os caminhos do cuidado, produção de si e de mundos que me constituem e afetam. Nessa perspectiva, a escolha dessas experiências se dá pela possibilidade de habitá-las em suas fronteiras e limites institucionais, fazendo resistência para colocar em ato esta concepção de gestão do trabalho, como função de quem está produzindo e conduzindo seu próprio fazer (HECKERT, PASSOS & BARROS, 2009). Ao incluir minhas experiências de apoiadora, já vivenciadas em diferentes inserções e produzidas por distintos coletivos, proponho o desdobramento desse estudo, tomando-as como pistas de navegação, enfocando as práticas de apoio no cenário da cidade como principal cenário-paisagem, articulando o mosaico de experiências (experimentações-acontecimento) de apoio, prévias e em vigência, para articular a composição com o campo em processo da pesquisa intervenção ‘Saúde Mental na Atenção Básica’, acompanhando seu processo de constituição, constituindo o caminho e constituindo-me.

## **2. POLÍTICAS PÚBLICAS COMO COLETIVIZAÇÃO DE PRÁTICAS NA ARTICULAÇÃO DO APOIO**

### **2.1 A QUIMERA DA ATENÇÃO BÁSICA : RECONFIGURAÇÃO DE MODELAGENS TECNOASSISTENCIAIS EM SAÚDE**

Ao realizarmos um percurso panorâmico para compreensão da composição do cenário macropolítico, na dimensão normativa do campo das Políticas - destacando a Política de Atenção Básica, é notável que essa venha apresentando um conjunto de componentes que representam um grande esforço de recomposição da rede de atenção em saúde. Por um lado, avanços significativos em relação ao acesso aos cuidados em saúde são sustentados principalmente pela ampliação e abrangência da cobertura realizada pela Estratégia de Saúde da Família nos municípios. Entretanto, no contexto brasileiro atual, as desigualdades socioeconômicas e regionais, o complexo arranjo de constituição do próprio Sistema Único de Saúde, as contradições vividas entre público – privado, o financiamento regulado pela correlação de forças agenciadas pelo mercado, tem se configurado como importantes desafios estruturais que impactam na efetivação destas Políticas.

Buscando responder às necessidades em curso, o esforço referido acima se materializa pela formulação de múltiplas e continuadas ações estratégicas desencadeadas a partir do Pacto pela Vida (2006) e seus desdobramentos, através da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (2006), da Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (2006), da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC (2007), e da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF (2008); por último, a revisão das diretrizes e normas através de reordenamento da Política Nacional de Atenção Básica, em 2011 (PNAB, 2011). Todo esse arsenal normativo no campo das políticas de saúde representam elementos que se articulam e atravessam, direta ou indiretamente, na configuração do momento atual da AB e seus diferentes cenários locais.

No ano de 2006 pudemos observar uma conjunção de esforços nas políticas públicas de saúde, que produziram um conjunto de pactuações que são afirmadas nos documentos Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida significa o compromisso entre gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, entre estas o fortalecimento da Atenção Básica, indicando claramente a opção em consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como

modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste mesmo ano, decorrente desses Pactos, é apresentada a Política Nacional de Atenção Básica, onde o Ministério da Saúde aponta a necessidade de revitalizar a Atenção Básica à Saúde no país, priorizando a regulamentação da AB a partir da experiência acumulada dos diferentes níveis de gestão. A PNAB-2006, também indica os princípios que devem orientar a organização da AB: universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Caracteriza o conjunto de ações de saúde sob sua responsabilidade e competência, tanto no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Para sua operacionalização, define áreas estratégicas comuns a todos os territórios, e outras a serem definidas regionalmente de acordo com as prioridades e pactuações locais.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006, p 10).

Também nesse contexto, surge a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (2008), como uma das respostas organizadas para o enfrentamento da ampliação do escopo das ações da AB, reconhecendo sua complexidade. O eixo estruturante desse arranjo aposta no aumento da resolubilidade, por meio do compartilhamento e apoio das práticas de saúde entre equipe de apoio e de referência para a organização da rede de Atenção Básica, tendo como eixos centrais o apoio e a formação. É destacada a importância estratégica da revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, no intuito de intensificar o investimento na dimensão da corresponsabilização e compartilhamento das ações.

Dessa forma, pode-se dizer que o NASF constitui-se em retaguarda especializada para as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no *locus* da própria AB. O NASF desenvolve trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira produz ou incide sobre a ação clínica direta com os usuários; e a segunda produz ação de apoio educativo com e para as equipes (BRASIL, 2014, p 18).

A Política de Atenção Básica (2011) não altera os objetivos e princípios definidos anteriormente no PNAB 2006, mas agrega elementos em relação ao fortalecimento do papel da AB na ordenação das Redes de Atenção, ampliando o reconhecimento de um leque maior

de modelagens de equipes para responder às diferentes populações e suas realidades no território nacional. Ela mantém e ratifica a Saúde da Família como modelagem prioritária, mas inclui diferentes formatos (ESF) para populações específicas, de rua (consultórios na rua) e UBS fluviais e ESF ribeirinhas. Também inclui as Equipes de Atenção Básica (EAB), desde que parametrizadas aos critérios mínimos estabelecidos, e universaliza o Programa Saúde na Escola (PSE) e sua expansão às creches.

Com relação ao NASF, amplia os critérios para o estabelecimento em todos os municípios, criando a modalidade III – vinculada de uma a duas ESF e/ou EAB para populações específicas, abrindo possibilidade de inclusão em todos os municípios do país. Também assume importantes articulações com outras iniciativas, como as academias da saúde, atenção domiciliar e Telessaúde.

Outro elemento significativo é a mudança do desenho do financiamento federal para a atenção básica, passando a combinar equidade e qualidade. Por meio do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade na AB (PMAQ-AB), induz à mudança de modelo valendo-se da Estratégia de Saúde da Família. O PMAQ-AB introduz no cenário da Atenção Básica o Pacto de Indicadores, estabelecendo metas anuais em relação aos indicadores acordados. Assim, fica explícita a ênfase à área de Programação e Planejamento em Saúde, bem como da indução de mecanismos de avaliação através de monitoramento das ações.

No entanto, a intencionalidade em induzir e reconfigurar a organização e composição de uma rede assistencial ampliada por esses novos componentes na AB, sustentada no contexto normativo, enfrenta obstáculos que compõem um cenário de dimensões sócio-culturais-econômicas complexas, que tem sua materialização concreta nos cenários de práticas da Atenção Básica no país.

Nesse cenário, a indução de mudança de modelo através da Política de Atenção Básica, se dá dentro dos limites do modelo hegemônico, onde a transição tecnológica necessária para a ruptura ainda é insuficiente (MERHY & FRANCO, 2006).

Está colocado como grande questão para a AB, e em consequência para todos os componentes dessa rede, o desafio de transformação das práticas e de reorientação das modelagens tecnoassistenciais. Vários conceitos e dispositivos têm sido produzidos nesse sentido, e o Apoio e a Educação Permanente convergem nessa direção, mas faz-se necessário explicitar sua dimensão, posto que colocam em questão a própria constituição do trabalho em saúde, ainda reproduzindo o modelo biomédico, centrado nos procedimentos e na lógica queixa-conduta (CAMPOS, 1998, 1999).

Nesse sentido, enfrentar os desafios da integralidade na construção de uma rede de cuidados, que supere a lógica da fragmentação do trabalho, implica uma reestruturação produtiva no caso da saúde, capaz de produzir inovações que impactem em novos modos de fabricar os produtos em saúde e as formas de cuidado (MERHY & FRANCO, 2006).

Tal empreitada de transformação dos modos de organizar a atenção já tem sido reiterada pela necessidade de qualificação do cuidado e pela otimização dos recursos que são insuficientes, em relação ao modelo hegemônico de produção de procedimentos e da sua limitação para dar conta das necessidades sociais da população. Assim, para o campo da saúde coletiva, interessa analisar os processos e compreender os modelos tecnoassistenciais em disputa na estruturação dos serviços e do próprio Sistema de Saúde.

Merhy (2000) recoloca o tema do modelo tecnoassistencial em relação ao caráter contratual e de disputa política dos atores em cena: trabalhadores, gestores e usuários. Coloca que essa dimensão se apresenta a partir dos encontros entre estes indivíduos e/ou grupos no jogo entre as necessidades em saúde, o domínio das práticas e saberes e o jogo institucional. É nessa arena de embate e luta que se constituem as disputas, alianças e acordos.

Nessa perspectiva, podemos fazer uma aproximação sobre a indissociabilidade das dimensões gestão, atenção/clínica e política, expressas nos modos de cuidar. “São expressão das muitas possibilidades que os projetos em jogo podem adquirir e das capacidades dos atores em cena construir acordos e controles na situação em foco” (MERHY, 2000 p 2).

O mesmo autor ainda ressalta que o cuidado em saúde é o campo comum de qualquer trabalho em saúde e traz o arranjo das dimensões materiais e imateriais desses fazeres, nos dando pistas de que o matriciamento do núcleo comum com o núcleo específico pode aproximar esse agir em saúde das necessidades dos usuários.

Vários estudos que fazem a análise do modelo assistencial e do trabalho em saúde (GONÇALVES, 1994; CAMPOS, 1992; MERHY, 1997, 1998) apontam que esses temas têm ocupado uma posição secundária na produção acadêmica em torno da organização do sistema, frente aos desafios de materialização da diretriz da integralidade. A questão é que, apesar da sua importância, o esforço político-institucional desse embate tem se mostrado insuficiente para produzir a tão anunciada ‘mudança de modelo’, o que acaba por reforçar um movimento no plano organizativo-prescritivo, materializado em normas e portarias, que se replicam numa velocidade incompatível com os tempos das realidades locais em que se produz de fato o cuidado em saúde.

Merhy & Franco (2003a) colocam questões fundamentais quanto às contradições nas bases do Programa de Saúde da Família, apontando uma concepção teórica herdada da

Vigilância à Saúde e numa organização altamente normativa e prescritiva, que reconhece a importância da reorganização do processo de trabalho para uma mudança de modelo assistencial e focaliza uma aposta alternativa estruturada a partir de equipes multiprofissionais. Colocam ainda, que o problema é identificado na organização do processo de trabalho médico centrado - produtor de procedimentos e com pouca incidência na produção de cuidado, sendo necessário um deslocamento sustentado nas diretrizes do Acolhimento, responsabilização e vínculo para constituição de processos coletivos de subjetivação nas equipes.

Numa pesquisa nacional<sup>14</sup>, Gérvas & Fernández (2011) constataram o êxito da estratégia saúde da família que, como política pública prioritária, tem apresentado notável impacto em indicadores de saúde. Em sua análise, os autores apresentam o que chamam de ‘luzes’ dos acertos da estratégia, entre eles, a continuidade e consolidação ao longo dos anos como política de atenção básica; o modelo de composição com profissionais generalistas, conservando os agentes comunitários de saúde (ACS’s); a inclusão de serviços de farmácia e odontologia; a implantação prioritária em zonas de baixo Índice de Desenvolvimento Humano, entre outros. Por outro lado, apontam também o que denominam de zona de ‘sombras’, seus erros, destacando o que chamam de abismo - entre o que se faz e o que se poderia fazer na prática sanitária, ou seja, pouca aplicabilidade prática da capacidade clínica disponível. E apontam, ainda, de modo geral, a persistência de uma ‘visão vertical’ de programas e protocolos que compartimentam a prática clínica, repercutindo um modelo rígido e fragmentado na área. Além disso, destacam que há também ênfase na ‘visão preventiva’, que ocasiona o escasso desenvolvimento da atividade clínica nas práticas de saúde.

Nesse cenário, a indução de mudança de modelo através da Política de Atenção Básica, se dá dentro dos limites institucionais em disputa com a lógica de mercado e das tecnologias do “complexo médico-industrial” numa perspectiva de reestruturação produtiva que proporciona uma nova forma de organização sem necessariamente alterar a composição do seu núcleo tecnológico ainda centrado nas tecnologias duras e leve-duras, faz-se necessária uma transição tecnológica<sup>15</sup> para uma ruptura estrutural nos modos de produzir o cuidado

---

<sup>14</sup> Por iniciativa da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e com patrocínio do Governo Federal, Gérvas & Fernández (2011) avaliaram a Estratégia Saúde da Família e sua aplicação na prática, na busca de sua melhoria, com ênfase em ambientes com baixo Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil, através da visita a Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF’s), com médicos, líderes e/ou tutores.

<sup>15</sup> A utilização do conceito de Transição Tecnológica propõe a mudança do modelo assistencial, anulando a influência do mercado e revertendo pela produção guiada por uma ética centrada nas necessidades dos usuários.

onde haja a predominância do Trabalho Vivo em ato no processo de trabalho. E ainda apontam a um novo sentido na produção do cuidado, guiado por um saber técnico e relacional, centrado nas necessidades dos usuários, assim faz-se fundamental a necessidade de analisar a organização e o funcionamento do trabalho incluindo a dimensão subjetiva do trabalho implicada nesse processo de mudança (MERHY, 2002; FRANCO, 2009).

Essa temática esteve presente, em especial na última década, na agenda dos debates da produção acadêmica<sup>16</sup> em torno da organização do sistema, de forma ainda secundária, para dar conta da diretriz da integralidade. A questão é que, apesar da sua importância, o esforço político-institucional desse embate tem se mostrado insuficiente para produzir a tão anunciada ‘mudança de modelo’, o que acaba por reforçar um movimento no plano organizativo-prescritivo, materializado em normas e portarias, que se replicam numa velocidade incompatível com os tempos das realidades locais em que se produz de fato o cuidado em saúde. Não se trata de desconsiderar esse eixo de ação como importante no campo de lutas e no jogo de forças institucionais, reconhecendo seus avanços significativos, mas trazer para cena os impasses frente à complexidade da realidade entre os trabalhadores, gestores e usuários e a própria organização do sistema. Trata-se de identificar como foco de análise o trabalho em saúde a partir dos processos de trabalho a partir do eixo de análise da micropolítica – trata-se de destacar o agir cotidiano, onde o mundo do trabalho passa a ser o campo privilegiado para o questionamento das políticas e das modelagens tecnoassistenciais (MERHY, 2002; FRANCO, 2009).

Feuerwerker (2014) aponta que o que está em jogo é a definição dos próprios modelos tecnoassistenciais, a disputa pelo próprio conceito e pelas práticas de saúde produzidas nesse contexto. Em sua análise, apresenta dois blocos de estratégias que vêm conduzindo essas propostas de mudança:

I - a partir da reorientação da AB através da Estratégia de Saúde da Família, com ênfase na promoção à saúde;

II - orientação da organização dos serviços a partir de linhas de cuidado, que transversalizem a rede, rompendo com a lógica da hierarquização de território microdelimitado.

---

<sup>16</sup> Destacam-se alguns estudos precursores em Saúde Coletiva relacionados à organização e processo de trabalho em saúde: Gonçalves (1994), Campos (1992), Merhy (1997, 2002), que abrem caminhos para a investigação dos modos de cuidado com foco em suas modelagens tecnológicas.

A primeira alternativa tem sido majoritária e opera no plano normativo, parece representar mais claramente a relação de subordinação ao gestor federal pelos demais, induzindo, via mecanismos de financiamento e arranjos de gestão, políticas sustentadas no plano da organização por normas, portarias e prescrições, que acabam retroalimentando um ciclo de predomínio de trabalho morto, distante da realidade e de seus atores. A segunda alternativa, minoritária e mais complexa, toma a micropolítica do cuidado como eixo estratégico – operando na análise crítica e permanente sobre os processos de trabalho.

É nessa direção que apostamos, adentrando nesse plano do micropolítico, colocando as práticas de Apoio em análise, instigando nossa capacidade e potência de invenção de si e do mundo, como agenciamento coletivo na fabricação de modos participativos e democráticos do trabalho em saúde.

## 2.2 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: UMA ARTICULAÇÃO NECESSÁRIA

Tomando as Políticas de Atenção Básica (AB) e de Saúde Mental (SM) como composição do campo e materialização do próprio processo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), como já aponta Paim (2008), reconstituo alguns marcadores que considero relevantes para enlaçar a temática do ‘Apoio na Atenção Básica’, focalizando as práticas em saúde mental. É importante destacar que a temática das práticas em saúde é, inicialmente, pouco considerada no próprio movimento sanitário e na formulação de políticas de saúde. Paim (2008) coloca que, a partir da abertura de linhas de pesquisa e da aproximação entre as experimentações concretas de modelos de gestão e atenção, o tema surge como emergente do campo e destaca a necessidade de tomar esse temática como central no cenário das Políticas de Saúde, e o recoloca como desafio de reformulação do próprio campo da Saúde Coletiva, onde “[...] a valorização da dimensão subjetiva dessas práticas, das vivências dos usuários e dos trabalhadores do setor, além de uma preocupação com a constituição dos sujeitos sociais, tem proporcionado espaços de comunicação e diálogo com outros saberes e práticas abrindo novas perspectivas de reflexão e de ação” (PAIM, 2008, p 170).

A experiência da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e da Reforma Psiquiátrica (RP) foram movimentos convergentes em seu ideário principal, a democratização da sociedade e a cidadania - direito à saúde. Mas é no processo de implantação do SUS que a RP ganha condições de institucionalização, a partir da construção de políticas que consolidem a ampliação do direito universal à saúde, constituindo-se como um *locus* privilegiado de inovações nos modos de cuidar e a sintonia entre os paradigmas criando condições para o campo da saúde mental. A RP inclui a crítica ao modelo hospitalocêntrico, a participação da comunidade, a revisão da legislação, e a criação e articulação de variados serviços em substituição ao hospital psiquiátrico, que componham uma rede de atenção psicossocial, capaz de acolher a pessoa em sofrimento mental, garantindo a ampliação de práticas em serviços de base territorial. Yasui (2010) afirma que, tanto a Reforma Psiquiátrica como a Reforma Sanitária, não ficam restritas ao campo do questionamento dos conceitos e de suas práticas decorrentes, mas como produção de novos paradigmas, apresentando-se como propostas de transformação da sociedade. Configuram, assim, uma re-composição para além do campo institucional da saúde, de caráter intersetorial e das redes sociais de apoio com base comunitária. Os atributos de continuidade do cuidado, vínculo e acolhimento tornam-se essenciais para o enfrentamento dos problemas de saúde e do sofrimento psíquico.

Vasconcelos (2010) apresenta uma análise do processo de RPB identificando três grandes fases:

1ª fase: 1978-1992: Período das denúncias em torno da situação de violação de direitos humanos, com as primeiras iniciativas de avaliação e humanização da rede hospitalar e primeiras experiências substitutivas; I Conferência Nacional de Saúde Mental (1986) e emergência do movimento antimanicomial (1987);

2ª fase: 1992-2001: Mobilização e conquista política em torno da disputa do modelo de (des)institucionalização e início do financiamento para os serviços substitutivos; II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992);

3ª fase: 2001-2010: Aprovação da Lei 10.216 (2001), expansão da rede de atenção psicossocial e ampliação da agenda política para enfrentamento dos desafios emergentes.

Essas fases e suas agendas político-institucionais vão repercutir na incorporação dos eixos estruturantes da Política Nacional de Saúde Mental e no tensionamento das forças sociais organizadas em torno dessa luta. Podemos encontrar correspondência na análise dos principais documentos oficiais do Ministério da Saúde em SM, alguns deles destacados para fins da contextualização da SM na AB.

A partir da publicação pelo Ministério da Saúde do Manual para Organização da Atenção Básica (BRASIL, 1998b), destaca-se a importância dessa rede na organização do sistema de saúde. Nele são propostos os instrumentos para reorientação do modelo tecnoassistencial por meio de estratégias adequadas às realidades locais. A partir desse momento o Departamento de Atenção Básica, em parceria com a Coordenação Geral de Saúde Mental, começa a discutir a emergência em articular ações de saúde mental (SM) na atenção básica (AB) e propõe elaborar um Plano Nacional de Incorporação de Ações de Saúde Mental no âmbito da AB, dentro do conjunto de ações que compõe o cuidado integral à saúde.

Utiliza, para tanto, a estratégia de realizar Oficinas envolvendo gestores, trabalhadores da AB e SM e consultores do Ministério da Saúde na área de saúde mental, a fim do compartilhamento de experiências já desenvolvidas na interface SM e AB em diferentes regiões do país, buscando construir análise e produzir diretrizes para a área. Nesse contexto, são realizados três momentos considerados estratégicos no movimento e que culminariam na elaboração de diretrizes pelo Ministério da Saúde, com repercussões na interface que delimitam as ações em saúde mental na AB:

- 2001 - Oficina de trabalho para discussão do Plano Nacional da Inclusão das Ações de SM na AB - Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Saúde Mental e municípios com experiências em andamento da inclusão da SM na AB;
- 2002 - Seminário Internacional sobre SM na AB, em parceria com a OPAS/MS/UFRJ/Universidade de Harvard;
- 2003 - Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – “Desafios da integração com a rede básica”, com a participação das respectivas áreas do Ministério da Saúde, coordenadores estaduais e municipais de Saúde Mental e trabalhadores.

A partir dos produtos produzidos nessas oficinas, essas áreas técnicas propõem três eixos para a organização das ações de SM na AB, sendo que esses continuam vigentes e têm direcionado a organização dos processos de trabalho dessas políticas:

- Apoio matricial da SM às equipes de AB;
- Formação como estratégia prioritária para inclusão da SM na AB;
- Inclusão da Saúde Mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB).

O contexto de reorientação na AB, com o desenvolvimento e expansão da Estratégia Saúde da Família, aproxima-se do mesmo processo em relação à SM dentro do sistema, onde os novos serviços substitutivos, em destaque os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ocupam lugar estratégico na reorganização da rede de atenção em SM.

Há uma convergência entre as propostas da Reforma Psiquiátrica e da Estratégia Saúde da Família, ambas reconhecendo o território e a vinculação com o contexto comunitário e familiar como espaço estratégico para as ações em saúde, deslocando o olhar para o processo de produção/reprodução saúde-doença. A inserção do cuidado em saúde mental o mais próximo de onde vivem as pessoas e suas redes de apoio, opera uma inversão no modelo de níveis de complexidade, com a atenção básica sendo reconhecida como espaço de complexidade de cuidado, por reconhecer a autonomia nos modos de andar a vida dos indivíduos e redes em sua multiplicidade subjetiva-sócio-cultural (PAULON & NEVES, 2013).

No caso da SM, apesar da crescente ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial, ainda isoladamente tornam-se insuficientes, e outros serviços, como ambulatórios e equipes de SM, têm priorizado as questões de (des)institucionalização, os transtornos graves e o atendimento às crises. Uma grande parcela da demanda de atenção ao sofrimento psíquico seria, então, de responsabilidade da AB e de outros serviços intermediários, o que reforça a

responsabilidade por esta parcela significativa das questões em SM e impõe a urgência em garantir condições para que estas demandas sejam acolhidas.

Também se aponta entre os atuais obstáculos ao funcionamento adequado de uma Rede de Atenção Psicossocial a institucionalização e burocratização dos serviços da rede, com características de precarização dos vínculos de trabalho, ainda o ingresso de uma geração de trabalhadores e gestores que não tiveram contato com a mobilização técnico-política que é marca, tanto da RSB quanto da RPB. Soma-se a essa constatação as dificuldades estruturais de financiamento, as barreiras de acesso em saúde mental, que impactam em baixa resolutividade e capacidade de enfrentar esses desafios (VASCONCELOS, 2010; GOMES & MERHY, 2014).

Partindo-se do conceito ampliado de saúde, associado ao princípio da integralidade, considera-se que todo processo de saúde-doença é composto da dimensão subjetiva do sofrimento. Sendo assim, todo problema de saúde é também mental e toda saúde mental atravessa a produção de saúde. Nesse sentido, essa dimensão transversalizaria todas as ações em saúde, ao passo que a rede de atenção psicossocial deve compor os diferentes segmentos da rede de atenção em saúde.

Nessa perspectiva, as dimensões de territorialidade e o caráter comunitário da reinserção psicossocial destacadas no Centro de Atenção Psicossocial sintonizam e aproximam a SM dos elementos estruturantes da AB. Vão se desenhando, assim, as diretrizes das ações de saúde mental na atenção básica, pautadas pela configuração de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas, com base no acolhimento, vínculo e responsabilização.

Na realização da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, promovida pela Organização Pan-americana da Saúde em 2005, como avaliação do cenário da política de saúde mental, o MS apresenta, através da Coordenação Geral de Saúde Mental, documento que faz uma análise a partir da Reforma Psiquiátrica. Nesse documento, são apresentados como os dois principais desafios para a Reforma Psiquiátrica e para o SUS a *acessibilidade com equidade* e a *formação* [grifo nosso]. O primeiro está sustentado na ampliação das ações de saúde mental na AB, apontando como fundamental o papel das instituições de formação e pesquisa no seu enfrentamento, destacando as desigualdades na distribuição e acesso a essas instituições nos diferentes municípios. (BRASIL, 2005)

Embora o tema não seja aprofundado no tocante à forma, coloca como condição para o processo da RPB a “superação do paradigma da tutela do louco e da loucura [...] Sem a potencialização da rede básica ou atenção primária de saúde para a abordagem das situações

de saúde mental, não é possível desenhar respostas efetivas para o desafio da acessibilidade” (BRASIL, 2005).

Na sequência, o referido documento apresenta, em destaque, um conceito de território não apenas como correspondente a uma área geográfica, mas de referência para as pessoas como cenários nos quais se dá a vida comunitária. O território é colocado como princípio orientador e organizador dessa rede de atenção em saúde mental e como *locus* privilegiado de disputa das forças de saber/poder e como possibilidade de recomposição de um comum entre os atores.

Nesse documento é indicado o apoio matricial como arranjo que viabiliza o suporte das equipes de SM ou CAPS às equipes de atenção básica, mas não fica clara a operacionalização desse componente, bem como não há indicação de financiamento para o mesmo. A aposta é de que, na medida em que produza compartilhamento, o apoio matricial gere também corresponsabilização. São descritas algumas ações para efetivação desse processo na forma de “supervisão e capacitação” – no lugar de apoio e educação permanente.

Aqui caberia, portanto, a crítica à lógica do especialismo e do controle de um trabalho sobre o trabalho do outro em contraposição ao trabalhar junto com as equipes da AB, tomando a formação como adesão às melhores práticas a serem indicadas.

Esses eixos de organização são elementos estruturantes de todo o percurso da SM na AB e da própria constituição do NASF em 2008, articulando dois elementos centrais no reordenamento da própria Política de AB: o Apoio e a Educação Permanente. O apoio propõe, portanto, assim entendido, um novo arranjo nas relações antes hierarquizadas de trabalho, definindo o desenho das equipes nos casos em que não houver Centros de Atenção Psicossocial no território, delimitando população e número de equipes que se responsabilizariam, bem como definindo as ações que devem ser compartilhadas<sup>17</sup>.

Essa incursão nos documentos das Políticas de SM e AB permite observar que a temática central apresentada é a necessidade de aproximação dos componentes da atenção psicossocial com a AB, para propiciar a ampliação do acesso, a integralidade das ações e a necessidade de prover ferramentas para as ‘lacunas’ da formação frente à complexidade das necessidades em saúde. O apoio matricial tem sido analisado como elemento inovador, seja como tecnologia ou arranjo, desde que enfrentando **os desafios da formação-saúde** (BONFIM *et.al.*, 2013), sendo apresentado como estratégia de articulação entre as Políticas de

---

<sup>17</sup> A Portaria/GM nº 336/02 coloca como tarefa do CAPS – art.4.1 item d. - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial.

Saúde Mental e Atenção Básica tendo sido incorporado à proposta do NASF em 2008 como arranjo que articularia a oferta de suporte assistencial e técnico-pedagógico de áreas temáticas para as equipes de referência.

Nesse sentido, destaco a relevância do tema e a necessidade de novos aportes teórico-práticos, considero a pertinência de analisar o Apoio que do ponto de vista normativo das políticas tem sido apresentado com destaque, como tecnologia associada às práticas em saúde mental na Atenção Básica, associado aos objetivos de ampliação das estratégias de cuidado e de enfrentamento dos desafios da integralidade em saúde.

### **2.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH): O APOIO COMO DISPOSITIVO DE CONEXÃO DE FORÇAS COM E NO COLETIVO**

O percurso anterior sobre as Políticas de Saúde apresenta-se como estratégico para contextualizar a base temática dessa pesquisa no SUS, com o intuito de estabelecer possíveis conexões e análise entre o Apoio como possibilidade de articulação e composição entre as mesmas. O Apoio como ferramenta tem sido amplamente utilizado em diferentes políticas de saúde no contexto do SUS (CAMPOS & DOMITTI, 2007), bem como vem sendo apresentado com múltiplas formas e arranjos nesse processo de institucionalização, tendo como exemplo a indução e extensividade da sua aplicação na gestão das redes temáticas, através do Programa de Apoio Integrado à Gestão Interfederativa do SUS<sup>18</sup> no Ministério da Saúde e na própria PNAB/2011, onde passa a ser incorporado como componente estratégico.

Benevides de Barros & Passos (2005b) colocam a fundação da PNH a partir do conceito-sintoma Humanização, que aposta na indissociabilidade entre produção de saúde e produção de sujeitos. Destacam seu caráter instituinte ao propor um deslocamento do eixo normativo-dominante, focado na produção de resultados como um fim em si, para o eixo processual, sustentado na análise coletiva do trabalho em saúde, assumindo então um caráter transversal, contra-hegemônico, anti-programático e anti-protocolar ao colocar em análise o funcionamento da própria instituição que a sustenta - a máquina estatal, reivindicando, assim, a dimensão pública como Política de Estado e não de Governo. Ao questionar o ‘modo de fazer’ da máquina estatal, apontam como necessária a inversão do método extensivo, característica da tradição normativa das políticas, propondo um método intensivista, alicerçado na ativação e conexão com as forças do coletivo. Para tanto, propõem diretrizes e dispositivos que conferem a dimensão instituinte dessa política, dando destaque à temática do poder ao interrogar esse funcionamento dominante. Postulando a afirmativa de que as políticas só podem se legitimar no sentido público, ao sustentar o plano coletivo como orientador das ações governamentais, desestabiliza o plano de forças e transforma a relação Governo-Estado-Políticas. (BENEVIDES DE BARROS & PASSOS, 2005b; YAN & YASUI, 2014). Assim, a PNH assume, enquanto política, o compromisso de materializar-se nas experiências de um SUS concreto. Encarnando como diretriz a indissociabilidade entre a

---

<sup>18</sup>Metodologia utilizada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) no processo de cooperação a Estados e Municípios, como forma de potencializar a sua ação. O Apoio Integrado do MS prevê a organização de Equipes de Referência compostas de 4 apoiadores: 01 apoiador centralizado do DAI/SGEP, 01 apoiador do Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde - DARAS/SAS, 01 apoiador da Política Nacional de Humanização - PNH/SAS e 01 apoiador do Departamento de Atenção Básica - DAB/SAS. (BRASIL, 2011b)

produção de sujeitos e de suas práticas, estabelece aposta que “exige todo um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os movimentos sociais, com as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde” (BENEVIDES DE BARROS & PASSOS, 2005b, p 391).

Na perspectiva da PNH, o Apoio é apresentado como dispositivo de mudanças nos modos de gerir e cuidar em saúde (PASCHE, 2009), operando a partir de princípios e diretrizes dessa política em coerência com a orientação ética-política de seus postulados e seu **exercício a partir de intervenções articuladas** em diferentes dimensões: analítica, técnica e política. E parte de um duplo reconhecimento, do SUS que dá certo e de seus problemas e contradições, a PNH se constituiu nesta dobra, esses são os desafios que precisam ser enfrentados (Brasil, 2007). A opção metodológica se dá com e na positivação da experiência, considerando a análise de situação sempre provisória e situada que opera na derivação de linhas de causalidade, assumindo a autonomia e o protagonismo, como elementos substantivos de superação dos desafios e propõe um método que reconhece e sustenta o paradoxo de que negatividade e positividade compõem a dimensão da experiência, constituindo simultaneamente possibilidade de interferência nos planos da reprodução e da produção de mudança. (PASCHE, 2009). A partir da escuta e análise das experiências produzidas no SUS se construíram tanto os princípios, método, diretrizes e os instrumentos de ação, os dispositivos da PNH (Brasil, 2007). Essa Política é criada a partir de algumas orientações metodológicas, sustentada a partir de três princípios fundadores: Indissociabilidade entre atenção e gestão, Protagonismo e Transversalidade na comunicação.

O apoio institucional adota como diretriz a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Assim sendo, o apoiador deve estar sempre inserido em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações. É, portanto, em uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão – lá onde estes domínios se interferem mutuamente – que a função de apoio institucional trabalha no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações (BRASIL, 2008, p 53).

Coloca, simultaneamente, o apoio institucional como método e põe em análise a sua própria metodologia, enquanto oferta de deslocamento de um conceito-sintoma para conceito-experiência (PASCHE & PASSOS, 2010). Portanto, a experimentação do apoio deve colocar em análise o próprio método na perspectiva da proximidade/afastamento com os princípios propostos, explicitando a busca de rigor metodológico. Assim se materializa a necessidade de permanente análise à luz dos princípios ético-políticos da PNH em operar na estrutura organizacional, sem ser engolido pela mesma, desdobra-se como efeito-resistência que recoloca a dimensão ético-política em relação ao exercício da inclusão.

Yahn & Yasui (2014), sintetizando a PNH como método, afirmam que “Desse modo, a PNH se apresenta como um método. Método da tríplice inclusão, disseminando este ‘modo de caminhar’ como modo de fazer inclusão (i) dos atores/sujeitos, (ii) movimentos e redes sociais e (iii) os elementos discursivos e as subjetividades que cada um desses traz para a roda/rede.” (p 876). Os autores caracterizam esse modo de fazer em três eixos indissociáveis:

- O apoio enquanto dispositivo, com certas regularidades substantivas que sustentam a proposta de uma inversão/desconstrução do fazer protocolar, rompendo com a verticalidade que tem como característica a extensividade. A ação do apoio **como uma experiência intensivista**, sustentada na produção de experiências coletivas.
- O **contágio** se dá no encontro, na implicação, no fazer com, no caminho a ser construído, dando espaço ao que escapa como potência criadora e acontecimento, onde se produz o cuidado, afetação em mim e no outro e produção de um devir, ao contrário da ação programática que traz consigo um ideal homogeneizante a ser atingido.
- Por último, o **apoio como função de referência** que, simultaneamente, ativa e acompanha os processos, incidindo na construção e manutenção de vínculos de um coletivo, como forma de garantir certa regularidade nos processos de mudança. Aqui podemos destacar um caráter clínico-político e a dimensão relacional entre apoiador, os sujeitos e equipes.

Pasche (2009) alerta que esses princípios e o método da tríplice inclusão, devem estar acompanhados de orientações éticas, clínicas e políticas, que funcionem como guias de direção das ações, construindo um conjunto de diretrizes, são elas:

- acolhimento;
- gestão-participativa e cogestão;
- ampliação da clínica;
- fomento de redes de valorização do trabalho e do trabalhador;
- defesa dos direitos dos usuários;
- ambiência e
- construção de memória dos processos de mudança: política da narratividade.

Uma questão que tem comparecido em diferentes rodas quando se coloca em análise a função Apoio têm sido o questionamento e as tensões advindas sobre o Apoio Institucional como ‘arranjo de gestão’, em contraponto à identificação do Apoio matricial como ‘tecnologia de cuidado’. Aqui se apresenta um paradoxo em relação ao princípio da indissociabilidade entre atenção/gestão sustentado pela PNH, armadilha de captura a qual o Apoio enquanto dispositivo e método não deve sucumbir, ao contrário, o que importa é a sustentação dos princípios apresentados pela PNH, assim podemos afirmar que produzir experiências que interferiram nos modos de gerir e cuidar ativando e mobilizando forças do coletivo, como forma de garantir o sentido das políticas públicas constitui um plano comum de sua função. Nessa perspectiva, assumir o desafio ético-político em fazer funcionar a inversão proposta pela PNH em contraponto à perspectiva tradicional das políticas de saúde, criticando o seu caráter verticalizado e prescritor de ‘um dever ser’, constitui-se como condição para avançar no sentido de ampliação da democracia institucional para a produção de mais e melhor saúde para todos.

## 2.4 O QUE O APOIO CONVOCA ...

O apoio vem se tornando um termo recorrente nas Políticas de Saúde e nas experiências locais nas organizações de saúde. É importante retomar o percurso desse conceito, sua emergência e as variações sobre o mesmo, para recolocar desde que lugar o estamos trazendo. Aqui o que nos interessa é o que poderíamos tratar como seu enunciado coletivo e sua potência enquanto dispositivo.

Em relação à polissemia do termo, não se trata de encerrá-lo em um domínio, ao contrário, reconhecendo sua multiplicidade, explicitar o enunciado de sua variação através de práticas discursivas e não discursivas, o conceito em sua potência vibracional e singular. É preciso revirá-lo, “é preciso descobrir o seu pedestal, poli-lo, e mesmo moldá-lo, inventá-lo” (DELEUZE, 2005, p 27).

E, para que serve um conceito senão para fazer funcionar, para enfrentar os impasses reais que o campo em questão oferece, como nos colocam Foucault e Deleuze? Ao mesmo tempo, afirmar seu devir, como radicalidade que coloca em análise os efeitos destes sentidos produzidos a partir de suas práticas.

Nessa esteira de buscar os vários sentidos de seu enunciado, faz-se necessário percorrer suas formulações originais e suas reformulações, como forma de interrogá-lo e reatualizar sua potência de intervenção/dispositivo. A escolha por estes artigos e não por outros se dá pelos efeitos provocados em fazer-pensar, como é próprio de uma questão-problema real que nos conduz nesse caminho de desestabilização de forças, dando passagem à reinvenção de mundos e de sujeitos, desorganizando as formas como uma “imagem dogmática do pensamento” (DELEUZE, 2006, p 229).

Utilizo-me da revisão bibliográfica sistematizada por Penido *et. al.* (2010) acerca da produção científica sobre apoio matricial em saúde, onde as autoras destacam Gastão Wagner Campos como o autor mais relevante sobre o tema e apontam três artigos como síntese da temática (CAMPOS,1998,1999; CAMPOS & DOMITTI, 2007). Incluo ‘*Um método para análise e co-gestão de coletivos*’ (2000) como produção-síntese do tema, ‘*Saúde Paidéia*’ (2007) e ainda a conexão com o livro ‘*Práxis e Formação Paidéia*’ (CAMPOS, CUNHA & FIGUEIREDO, 2013) que funcionam como referência e síntese do autor no encontro com a experiência e na experimentação do método proposto ao longo desses anos. Essas produções são fundamentais para estabelecer diálogo com os elementos que considero relevantes na

atualização da problemática e que servem de base de sustentação à análise do processo de institucionalização do Apoio na Saúde Coletiva.

Em seu texto “*O anti-Taylor*”, Gastão Campos (1998) traz a noção embrionária do conceito de apoio. Propõe alteração nos organogramas tradicionais, com diminuição dos níveis hierárquicos e, em substituição, indica uma atuação matricial, a partir do trabalho em equipes nomeadas como ‘unidades de produção’, com uma equipe multiprofissional e um coordenador. Já naquele contexto, indicava a supervisão matricial como um arranjo que agregaria um caráter de ampliação da clínica e educação permanente.

Já em 1999, o mesmo autor defende um novo arranjo organizacional, composto por “equipes de referência e apoio especializado matricial”, no qual o diferencial estaria na inclusão desse arranjo ao eixo horizontal da estrutura dos serviços, sendo acionado de acordo com as demandas dessas equipes de referência e as ofertas relacionadas aos projetos terapêuticos dos casos em questão.

Em “*Um método para análise e co-gestão de coletivos*”, Campos (2000) aprofunda essa análise e aposta em novos arranjos que auxiliem na superação da lógica gerencial hegemônica, buscando ampliar a democracia institucional. A sugestão do autor, agora, recai sobre um método de gestão – da Roda ou a Paidéia<sup>19</sup>, apontando que o próprio método tem como objetivo apoiar, simultaneamente, a elaboração e a implementação de projetos e a “coprodução” de sujeitos e coletivos organizados<sup>20</sup>. Incluindo, para além das finalidades tradicionais das organizações de produção de bens e serviços, sua capacidade de intervir na formação de sujeitos e coletivos, destacando a dimensão da produção de subjetividade como inerente ao trabalho em saúde (CAMPOS, 2000).

Apresenta, ainda, uma nova função de supervisor matricial ou de apoiador institucional como o agenciador do método, na aposta da construção de espaços coletivos e da cogestão, uma função para produzir valores de uso de autonomia e coprodução de sujeitos e coletivos. É importante destacar que a denominação Apoio<sup>21</sup> surge de uma tentativa de solucionar os usos recorrentes na teoria geral da administração para papéis semelhantes, tais como assessor, consultor ou supervisor. Para diferenciá-lo dessas funções mais tradicionais, o

---

<sup>19</sup>Paidéia é um conceito grego clássico, utilizado pelos atenienses, que indicava a tríade para o desenvolvimento de uma educação integral para os seres e as sociedades humanas, supostamente com capacidade de garantia de bem-estar.

<sup>20</sup>Coletivos organizados para produção são todos os agrupamentos humanos articulados com alguma finalidade produtiva, com objetivos a serem cumpridos e com tarefas mais ou menos explícitas (CAMPOS, 2000, p 35-36).

<sup>21</sup> A partir da sugestão de Liane Beatriz Righi, na época, doutoranda sob sua orientação.

autor vincula o Apoio ao trabalho com equipes e condiciona seus procedimentos a um método maior, a Roda ou Paidéia, tomando como pressuposto a produção de coletivos e da cogestão.

Outro elemento novo proposto pelo método da Roda é a análise simultânea das demandas trazidas pelo grupo mais as ofertas trazidas pela função apoio – reforçando assim o ‘não-lugar do apoio’, como um exercício que se dá no ‘entre’, que está ‘ao lado’, ‘com’, mas mantendo, sempre, alguma externalidade às próprias equipes, a partir de contratos. Isso permite situar o apoio entre uma função analítica e operacional (PASCHE & PASSOS, 2010).

E também a articulação entre elementos institucionais, ao convocar para repensar os modos de gestão do trabalho em saúde, inova para além da proposição de alterações estruturais no funcionamento das organizações, colocando em destaque as relações de poder a partir da proposta do Apoio como problematização dos modos de gerir e cuidar (PAULON, PASCHE & RIGHI, 2014 p 812).

Campos (2003) traz como tríplice finalidade de todo trabalho: a produção de valores de uso, a reprodução da própria organização e a produção de modos de subjetivação entre os atores envolvidos no processo. Toma o Apoio como proposta metodológica para incidir sobre o modelo gerencial hegemônico, produzindo outra racionalidade em que todos os sujeitos envolvidos exercem funções de gestão em diferentes graus de saber-poder e as rodas como diretriz-síntese e lócus privilegiado, em incidir na direção da ampliação da capacidade de análise e de intervenção nos espaços coletivos para articular objetivos institucionais aos diferentes interesses e saberes em jogo, com os atores em cena. Assim, a função apoio está colocada como agenciador entre política, gestão, pedagogia, saúde coletiva e clínica.

Transcorridos oito anos após a proposta conceitual disparadora do apoio, e levantadas as questões derivadas da análise das experimentações produzidas em ato em torno do conceito inicial, é possível fazer um aprofundamento crítico ao que tem sido experimentado como apoio. Campos & Domitti (2007), a partir da análise de experiências em serviços de saúde, em especial de saúde mental e atenção básica e da sua incorporação como método ou tecnologia em Programas do Ministério da Saúde (Humaniza-SUS), Saúde Mental e Atenção Básica/Saúde da Família, retomam a proposta original de Campos (1999), revisitada pela dimensão de concretude das experiências em análise, e apontam obstáculos para a efetivação do arranjo ‘equipe de referência – apoio matricial’, reafirmando os conceitos e teorias nos quais essa metodologia se sustenta.

Neste artigo de 2007, os autores definem o termo apoio matricial a partir de dois conceitos operadores:

- **apoio** é tomado como operação na relação horizontal das estruturas organizativas, como mediações horizontais, no sentido de diminuir a fragmentação dos processos de trabalho;
- **matricial** implica uma mudança das posições, na relação entre as equipes de referência e os especialistas, na gestão do trabalho com base numa lógica burocrática de informes de referência e contrarreferência. No caso dos sistemas de saúde, nas diretrizes de hierarquização e regionalização, “sugere uma metodologia para ordenar essa relação entre referência e especialista não mais com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos” (CAMPOS & DOMITTI, 2007, p. 402).

Propõem, assim, um funcionamento compartilhado, que se dá a partir de um projeto terapêutico integrado de casos clínicos, sanitários ou de gestão, entendendo a dimensão da relação entre equipe de referência e apoiador como espaço coletivo da própria organização. Objetivam aproximar o sistema de referência e contra-referência e descentralizar a regulação, possibilitando a tomada de decisão compartilhada e o fortalecimento da gestão do trabalho da equipe de referência.

Ainda em relação ao projeto terapêutico integrado, elencam três planos de sua produção:

- Intervenções conjuntas entre o apoiador e a equipe de referência;
- Intervenção direta do apoiador em relação ao caso clínico, assumindo o papel de técnico de referência;
- Através da troca de conhecimentos entre apoiador e equipe.

Após essa elaboração sobre apoio matricial, Campos (2011) agrega o conceito de Práxis<sup>22</sup> sustentada na racionalidade dialética, reafirmando o método do Apoio como uma Práxis que não poderia reduzi-lo a uma ferramenta ou tecnologia. “O Apoio Paidéia é uma metodologia para cogestão do trabalho e de redes sociais que tem como pressuposto a racionalidade da Práxis contra o domínio da razão instrumental” (CAMPOS, CUNHA & FIGUEIREDO, 2013, p 11).

E, ainda, apresenta a composição da Práxis Paidéia a partir de três planos:

- Apoio Institucional e na cogestão de organizações, instituições, redes e sistemas sociais;
- Apoio Matricial na cogestão das relações interprofissionais em arranjos de Equipe de Referência e Rede de Cuidados;
- Nas práticas em saúde: clínica e saúde coletiva compartilhada (Clínica Ampliada).

---

<sup>22</sup> O conceito de Práxis utilizado no texto de Campos (2011) parte da posição apresentada por Marx na Ideologia Alemã e reelaborado por Cornelius Castoriadis, em *‘A instituição imaginária da sociedade’* (1986).

Campos, Cunha & Figueiredo (2013) sustentam que o Apoio não parte de um lugar estrutural, ao contrário, afirmam que desde qualquer lugar num coletivo se poderia atuar sob a perspectiva Paidéia, mesmo considerando que as variações do lugar institucional de onde se atue exija uma análise de implicações e variações na forma de proceder, que indicam vantagens e limitações específicas:

- de um lugar de poder institucional de gestor;
- de um lugar de suposto saber;
- de um lugar de suposto saber e poder profissional;
- de um lugar de paridade no coletivo.

Gastão Campos, a partir das experiências compartilhadas, tem produzido e sistematizado outras elaborações acerca do Método Paidéia, tanto nos últimos textos como no livro “*Práxis e Formação Paidéia - apoio e cogestão em saúde*” (CAMPOS, CUNHA & FIGUEIREDO, 2013) onde estabelece uma conexão entre o Apoio Paidéia e a Formação, através de uma Práxis Paidéia como uma metodologia para formação, com objetivo de ampliar a capacidade de “**análise e intervenção**” do sujeito.

Figueiredo & Campos (2014), utilizando o método de apoio Paidéia na formação em saúde, destacam que o termo apoiador pretende enfatizar a noção de suporte, amparo, auxílio, mas também a noção de impulso para o movimento. O apoiador deve oferecer suporte à constituição do coletivo, facilitando a interação e reflexão, mas ao mesmo tempo está implicado com certo projeto técnico e político e traz consigo seus posicionamentos a respeito do ideal de um sistema de saúde, dos modelos assistenciais e de gestão. Assim, ele deve contribuir para mudanças nos modos de pensar e agir do grupo que apoia, porém, sem impor suas questões, mas sim estimular o grupo para que exerça a cogestão e acrescentam Figueiredo & Campos (2014, p 933) quanto ao objetivo do método “[...] interferir no contexto institucional, visando efetivar a gestão democrática (cogestão) e ampliar a capacidade dos sujeitos para analisar tomar decisões e agir sobre a realidade” .

No final deste mesmo artigo, os autores ressaltam que se a autonomia é o fim buscado, tanto num processo de apoio quanto no formativo, é somente por meio de seu exercício que esta se torna possível.

Assim, entende-se que os resultados do processo formativo (...) se encontram na própria possibilidade dos sujeitos exercitarem sua autonomia, interrogarem os sentidos recebidos da tradição, da sociedade e da história pessoal e, desse modo, poderem construir maior capacidade para alterar suas práticas. Essa disposição para a interrogação não se realiza de uma vez por todas, mas deve ser incessantemente refeita, a fim de se recolocar continuamente em questão as certezas sob as quais a existência e o saber, os modos de ser e de agir se sustentam. (p 942).

Os autores sistematizam, a partir das experiências concretas de um SUS em processo permanente de institucionalização, as experimentações locais que vão construindo um fazer Apoio, como possíveis no campo da Saúde Coletiva em agenciamento com outras ferramentas, como clínica ampliada, projeto terapêutico singular, acolhimento e educação permanente. Aqui fica clara a complexidade do método, dos vários conceitos e variadas ferramentas que ele convoca, tornando também complexa a tarefa do apoio ao operar estratégias metodológicas que ampliem a compreensão e operem na transversalidade dos afetos e das relações de saber/poder. O Apoio, portanto, na perspectiva até aqui analisada, constitui-se como dispositivo que convoca os coletivos à autoanálise com vistas à transformação dos processos de trabalho em saúde. Mas o que essa tecnologia mobiliza nas forças instituídas? É o que apresentamos nos capítulos que se seguem nas experiências de Apoio em análise.

## 2.5 ... E O QUE O APOIO PROVOCA

A importância de manter-se a análise crítica em torno de que enunciado coletivo o Apoio tem produzido a partir das experiências locais, é essencial para manter sua função contra-hegemônica inaugural – função dispositivo – porque, na medida em que qualquer arranjo se institucionaliza, pode ser capturado pela lógica dominante de que pretendeu escapar (ONOCKO CAMPOS *et. al.*, 2012). A hegemonia da racionalidade biomédica tem operado nas organizações de saúde, produzindo efeitos nas modelagens tecnoassistenciais e na gestão do trabalho, enraizada em lógicas corporativas que vão na contramão do ideário da reforma sanitária e dos princípios do SUS.

O Apoio, quando tomado como componente normativo fixado, sem colocar em análise as próprias organizações que reproduzem e sustentam o modelo gerencial hegemônico ou taylorista/burocrático, a fragmentação dos processos de trabalho, a lógica dos procedimentos, a insuficiência de recursos e excesso de demanda, a maximização custo/benefício, fixado na finalidade de operar mudanças e perde seu caráter de tecnologia produtora de cuidado e autonomia dos sujeitos, reproduzindo uma visão dicotômica que, ao negar os limites estruturais, corre o risco de dissociar as dimensões macro e micropolítica, ou seja, enfraquece a proposta de incidir na qualificação da gestão e das práticas clínicas.

Nessa perspectiva, o Apoio muitas vezes tem sido identificado como um operador na implementação de políticas em diferentes âmbitos, afastando-se da função de articulador dos processos de autoanálise nos coletivos, equipes ou redes. Identificamos assim seus usos utilitaristas em contextos em que é tomado de forma instrumental, como recurso para alcançar resultados e metas (PAULON, PASCHE & RIGHI, 2014).

As experimentações de apoio que tive a possibilidade de compartilhar e as discussões em torno da temática, tão recorrente nos meios acadêmicos e na gestão do trabalho em saúde, tem me instigado a buscar revirar esse conceito e, através da análise das práticas nomeadas como apoio, compartilho algumas questões que tem provocado desassossego e incômodos. Desde já, não me proponho a estabelecer respostas para tais questionamentos, mas sim provocar a problematização da solução de problemas.

Considerando que no método da roda ou Paidéia (CAMPOS, 2000) o Apoio pressupõe cogestão, seria condição para o apoio uma aposta da gestão no compartilhamento de poder, através de negociação, mediação de conflitos na organização do trabalho? O Apoio tem assumido competências precípuas das tarefas gerenciais? Por que estas competências não são colocadas em análise? Qual seria a diferença entre o apoio institucional e matricial? Qual

seria sua convergência e sua singularização? Estaria o apoio sucumbindo aos desvios funcionalistas?

No ensaio intitulado “*O ‘trabalhador moral’ na saúde*”, Cecílio (2007), problematiza questões sobre o Apoio/Paidéia - “um método para análise e co-gestão de coletivos” – e interroga se este método também incorporaria as funções administrativas sistematizadas por Henry Fayol em 1968 – administrar, prever, organizar, comandar, coordenar e controlar -, na medida em que este se apresenta como alternativa à ‘racionalidade gerencial dominante’, tornando-se o apoio uma ‘sétima função administrativa’? Questiona, ainda, se seria possível o deslocamento dessas funções para um sentido mais horizontal – cogestionário -, através de compartilhamento em espaços coletivos de gestão (colegiados de gestão).

Nessa perspectiva, chama atenção aos riscos da gestão em saúde em relação aos desvios funcionalistas e a naturalização da existência de um ‘trabalhador moral’. Estabelece uma equivalência ao homem funcional da teoria administrativa de Fayol, onde ocorreria uma expectativa naturalizante da adesão dos trabalhadores aos projetos considerados ‘justos e necessários’.

Afirma que sempre há o transbordamento nos territórios da micropolítica organizacional e que se trata de considerar ‘atores em ação’ e da necessidade de criar categorias e conceitos que fizessem sentido para e a partir das práticas. Nesse sentido, dialoga com a micropolítica do trabalho vivo de Merhy (2002), colocando o cuidado como produção de encontros (espaço intercessor) entre trabalhador-usuário, espaço sempre em movimento na disputa dos desejos, saberes e poderes dos atores em cena.

Conclui questionando se há possibilidade da invenção de um modo de gestão (anti-Fayol) na condução do trabalho em saúde, que abraze mão da busca de controle do autogoverno dos trabalhadores para atingir seus objetivos organizacionais. O autor coloca em xeque assim os usos do método (práticas discursivas e não-discursivas) e sua sustentação com o que enuncia como compromisso ético-político.

Cecílio responde a um de seus próprios questionamentos, argumentando que o ‘ato de interrogar’ deveria ser equivalente a uma sétima função administrativa, nessa tentativa de se construir um ‘Anti-Fayol’.

“Por essa razão, penso que o ponto de partida de toda a pretensão de se conduzirem mudanças verdadeiras na forma de se fazer a gestão e de se organizar o cuidado em saúde, deva ser a capacidade de aprender a interrogar o mundo do trabalho, antes de propor, aprioristicamente, conceitos e/ou modos muitos prescritivos de se fazer a gestão. Os

dispositivos de gestão, se é que podemos chamá-los assim, são o próprio ato de interrogar (CECÍLIO, 2007, p 348).

Ao debater o artigo acima, Ceccim (2007) concorda com o autor, mas acrescenta que outra resposta possível para a chamada ‘sétima função’ seria a **educação permanente em saúde**, como um devir da educação (“conduzir às aprendizagens, construir o conhecimento, compartilhar experiências de problematização, organizar práticas educativas, compor coletivos de aprendizagem/círculos de cultura, produzir o desenvolvimento por desafios sócio-interacionistas, fazer emergir novos saberes e fazeres pela exploração problematizadora dos saberes e fazeres vigentes, entre outros processos próprios das relações de ensino-aprendizagem” p 360), sustentado numa escuta pedagógica da saúde, que estabeleça uma atenção à organização de saúde (processos, serviços, sistemas), atenta ao que pede atualização, processo de mudança, emergência de saberes e fazeres novos, construção pedagógica.

Reputo importância a estas contribuições porque, se por um lado, as formas como o apoio têm sido incorporadas aos discursos instituídos têm esvaziado seus sentidos de desestabilização, capturado pela lógica de gestão funcionalista e burocrática, simultaneamente, se produzem e inventam outros modos de apoio que se forjam operando como linhas de fuga. Seus diferentes usos em diferentes formas tomam o múltiplo como movimento, substituindo o caráter de negatividade do contraditório pelo elemento da diferença (PINHEIRO *et. al.*, 2014a/b).

São as práticas como produções históricas que podem interrogar como escuta pedagógica e como experiências de formação em ato, podem abrir para o “desmanche de fronteiras protetoras de nossos lugares, saberes e conveniências” (HECKERT DA SILVA & CESAR, 2014, p 271) no encontro com os impasses reais do trabalho em saúde.

Na busca da necessária diferenciação entre o Apoio como método inovador e ativador de coletivos na democracia institucional e as formas burocratizadas que ele pode assumir, considero importante explicitar uma ética do apoio em cenários de produção de práticas em constante disputa com os projetos técnico-políticos em vigência, sustentando a perspectiva de uma diretriz ‘ética’ do Apoio “[...] como compromisso, a interrogação incessante sobre seus modos de interagir e de intervir nas equipes e os propósitos de sua ação, que devem ser explicitados e comparecer na análise das implicações nos processos de construção dos contratos (com quem demanda, como e para quem o apoio se apresenta como oferta” (PAULON, PASCHE & RIGHI, 2014, p 818).

Em todas as diferentes possibilidades/formas que as práticas possam encarnar, é fundamental mantermos como orientador ético-político o trabalho de análise e intervenção com e nos coletivos, para ampliar a transversalização da dimensão macropolítica e micropolítica que nos atravessam.

Na medida em que vão se criando arranjos organizacionais com cargos ou funções ‘especializadas’ de apoio ‘matricial’ e ‘institucional’, temos que problematizar a fragmentação do próprio Apoio e uma formatação “modelar”, na medida em que estes arranjos procuram delimitar núcleos com estruturação de tarefas e conhecimentos específicos, onde o Apoio Matricial estaria vinculado à clínica e o Apoio Institucional à gestão (CUNHA & CAMPOS, 2011). Esses arranjos servem a quê e a quem? Não estariam a sustentar exatamente o que o Apoio Paidéia pretende mudar? Ou seja, reforçando as racionalidades taylorista/burocrática e biomédica, que se retroalimentam no contexto das disputas e desafios da própria institucionalização do SUS e, assim, separando da função Apoio a dimensão da gestão/atenção e da clínica/política?

Nessa perspectiva do ‘dentro-fora’ que habita o apoio, interessa destacar que o elemento da produção no encontro *no* e *com* o coletivo seria a condição para sua produção, mais do que os arranjos propostos. O enlace entre gestão do trabalho e do cuidado, com o compromisso de aumentar os graus de autonomia entre os trabalhadores, gestores e usuários, seria suficiente para afetar e reconfigurar os territórios existenciais? Teixeira (2004) apresenta interrogações que convergem para o modo de organizar o social no contemporâneo, e aponta como esse funcionamento é produtor de modos de subjetivação assujeitados produzindo efeitos que habitam a experiência do trabalho no campo da saúde. Assim as práticas em saúde, coemergem nos tensionamentos entre a composição dos planos de formas e forças e se constituem na configuração das subjetividades que se debatem entre os movimentos de assujeitamento e resistência, reprodução e invenção na experiência concreta do coletivo de forças (ROMAGNOLI, 2016)

Todos esses conceitos-ferramenta tem por finalidade a mudança dos modos hegemônicos e cristalizados do ‘fazer em saúde’ e propõem formas de produção para o alargamento e ampliação conceitual e sua abertura e atualização ao real das necessidades em saúde. Nessa perspectiva, destacamos o conceito de saúde trazido por Canguilhem (2006) como a capacidade normativa de todo ser vivo em produzir múltiplas variações, sob a regra da diferença e do movimento. Uma Saúde, assim, produtora de processos de subjetivação e de

relações sustentadas por um ‘agir em saúde’, que opera num duplo como cuidado de si e do outro.

Destacamos o enlace entre Integralidade e Apoio proposto por Pinheiro *et.al.* (2014a), que na pesquisa *Práticas de Apoio e a Integralidade no SUS* fazem uma aposta na articulação entre o conceito de integralidade como eixo paradigmático para repensar o agir em saúde (com a perspectiva de superação da fragmentação das práticas de cuidado) e a reciprocidade com os valores do Apoio sustentados na ideia de democracia institucional, bem como na concepção de indissociabilidade entre gestão e atenção. Onde o conceito de experiência adquire relevo e estatuto de teoria viva, produtora de práticas singulares e locais, como construção do agir em saúde em ato e como método ético-político-formativo. Essa **dimensão formativa** coengendra o fazer em saúde, simultaneamente como construção de práticas, saberes e produção de subjetividades, num plano sempre relacional e coletivo “ [...] que ganha corporeidade face à necessidade de se adotar uma perspectiva dialógica nas relações com e entre sujeitos implicados no cuidado, cuja natureza ética permita transformar o trabalho e os trabalhadores em atores ativos de invenção de sua existência e dos coletivos [...]” (PINHEIRO *et. al.*, 2014, p 28). Assim, adentrar ao plano das experiências, como aposta de produção de diferentes dispositivos que componham zonas de comum capazes de transversalizar coletivos que operem como grupos sujeitos.

[...] o grupo sujeito, ou que tem vocação para sê-lo, se esforça para ter um controle sobre sua conduta, tenta elucidar seu objeto e, nesse momento, secreta os meios desta elucidação. O grupo sujeitado não se presta a tal perspectiva. Ele sofre hierarquização por ocasião de seu acomodamento aos outros grupos. Poder-se-ia dizer do grupo sujeito que ele enuncia alguma coisa, enquanto que do grupo sujeitado se diria que “sua causa é ouvida”. (GUATTARI, 1987, p 92).

Esses fazeres podem ser analisados de diferentes perspectivas. Apostamos no sentido proposto por Pinheiro & Luz (2003) que colocam a Integralidade como construção e prática social, como produção de novos modos de fazer política, rompendo com os modelos ideais que nunca se realizam. E acrescentam que a concretização dos princípios do SUS exige, para além dos saberes disciplinares existentes, a construção de práticas eficazes.

### 3. POLÍTICAS AUTOGESTIONÁRIAS COMO PRODUÇÃO DE COMUM EM COLETIVOS ORGANIZADOS DE SAÚDE

#### 3.1 CENÁRIOS DE EXPERIENCIAÇÕES DE PRÁTICAS DE APOIO

Inspirada na perspectiva sobre a História desenvolvida por Foucault (2002), a escolha se dá no caminho de retomar o percurso histórico sobre o apoio experimentado na Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, buscando destacar os acontecimentos que transversalizam essa produção. Em sintonia com o que o autor coloca em relação à história, como um salto em colocar os acontecimentos em análise – entendendo-os como movimentos de transformações, situados na área singular de sua produção. Pasche (2009), ao apresenta como diretriz da PNH a importância de construir memória dos processos de mudança, tomamos essa indicação como estratégica nesse estudo. Assim ao assumir o desafio de narrar esses processos que protagonizamos é produzir uma política da narrativa<sup>23</sup>, reconhecemos que para conhecer/intervir em uma instituição é preciso colocar em análise nossa implicação com ela (ROMAGNOLI, 2012). Assim produzir novos sentidos para as políticas, se coloca como tarefa para sujeitos e coletivos que apostam na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e de cuidar sustentados na interferência nos serviços e práticas de saúde.

As experiências narradas nesse capítulo se apresentam em duas direções: como estratégia de resistência e memória coletiva, afirmando o entendimento de coletivos como um plano de forças que se materializa também na dimensão pública das práticas em saúde (ESCÓSSIA & TEDESCO, 2009) e na compreensão de que os processos de formação se dão na indissociabilidade entre os modos de gerir e cuidar (HECKERT & NEVES, 2010, PASCHE, 2009). Nesse sentido, defendemos como Barros de Barros & Pimentel, 2012 que esses coletivos operam no exercício de composição entre plano de formas e forças, interferem nas políticas de governo e nos estabelecimentos em que atuam, produzindo assim a própria realidade – esse processo pode indicar a invenção e criação de políticas autogestionárias no trabalho em saúde. E ainda como afirmam Ceccim e Feuerwerker (2004) “[...] a formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades

---

<sup>23</sup> Sobre Política de Narratividade ver texto Benevides & Passos (2009) no livro *‘Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade’* (pp.131-49).

em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações” (CECCIM & FEUERWERKER, 2004, p. 43).

Para entender esses acontecimentos seria necessário um mergulho nas condições históricas que possibilitaram a emergência de certos jogos de saber e relações de poder. O que torna essa tarefa desafiadora e arriscada, na medida em que estes, paradoxalmente, os tornam invisíveis ou indizíveis ao mesmo tempo em que criam modos de vida e subjetivação.

Utilizo o conceito de autoanálise de Barembliitt (1994), como ferramenta que pode auxiliar nesse processo de colocar em cena os acontecimentos. Tomando o mesmo como o conhecimento de si, contextualizado na realidade em que se está inserido, produzindo capacidade de intervenção sobre o mundo a partir de seus desejos. Nesse sentido de campo de forças em disputa, produzir autoanálise funciona como dispositivo de resistência contra a captura de coletivos-equipas e capacidade de criação de linhas de fuga, sobre a normatização do trabalho. Estabelecendo aproximação entre o conceito de coletivo e o conceito de transversalidade de Guattari (1987), como movimento de ultrapassagem das fronteiras entre saberes/disciplinas e de atores/práticas articulado ao de cartografia que “[aposta na contração do coletivo compondo uma grupalidade para além das dicotomias e das formas hegemônicas de organização da comunicação nas instituições: para além da verticalidade que hierarquiza os diferente e da horizontalidade que iguala e homogeneiza um ‘espírito de corpo’ (KASTRUP & PASSOS, 2013, p.266).

Destaco essas experiências sob a perspectiva da Análise institucional (Lourau, 1975) fazendo operar sua desmontagem, explicitando tensões e conflitos que atravessam as mesmas em constante luta entre o instituído e o instituinte. Nessa perspectiva, ao cartografar o movimento do Apoio em sua multiplicidade, se apresenta simultaneamente seu processo de institucionalização nas Políticas de Saúde, “como lugar de encadeamento do que se diz e do que se faz, das regras que se impõem e das razões que se dão, dos projetos e das evidências” (FOUCAULT, 2003, p 338).

Assim, o Apoio pode se apresentar como Instituição, entendida a partir de Lourau (2004a/b) como movimento constante entre os instituídos e os instituintes, processo de recriação de normatividades em disputa num contexto histórico-social, instância que atravessa outras instâncias nas organizações, nos coletivos e nas relações. Propomos a partir da aproximação com as experiências tomadas como pistas da ‘fundação’ da instituição Apoio em Porto Alegre.

O termo experiências, advindo inicialmente da pesquisa *EnsinaSUS* (PINHEIRO, CECCIM & MATTOS, 2006) e reatualizada na pesquisa “*Práticas de Apoio e a Integralidade*

no SUS”, foi escolhida pelo compartilhamento de uma zona de comunidade entre os pressupostos dessas pesquisas com as intencionalidades dessa dissertação, partindo do entendimento de que a produção do conhecimento é resultante das práticas e saberes produzidos a partir de experiências concretas de vida e, ainda, “onde a construção teórica deva estar contextualizada em movimentos da vontade (do desejo, da implicação)”(PINHEIRO *et.al*, 2014a, p 35).

Os autores criam essa formulação com inspiração nas elaborações de Foucault (1995) sobre o conceito de experiência, destacando a afinidade com os objetivos da pesquisa sobre as práticas de ensino. Para Foucault, a experiência é acontecimento: transformação, criação e invenção de si e de mundos, funcionando como dobra onde vida e obra se compõem na diferenciação. Compartilhamos essa postulação ao colocar em análise experiências como apreensão da multiplicidade de sentidos produzidos em diferentes territórios-lugares.

A escolha pelo fazer e seus perigos é a aposta em enunciação, não se tratando de uma pretensão generalista sobre um ‘bom fazer’, ao contrário, pretendendo colocar esses fazeres em questão como produções singulares e contextualizadas. Assumindo, assim, os riscos de reatualização do vivido a partir de novos contornos. É um processo de construção de possíveis num campo de lutas permanente, tomando a cidade como cenário-paisagem em movimento, protagonizado por muitos atores.

Minha opinião é que nem tudo é ruim, mas tudo é perigoso, o que não significa exatamente o mesmo que ruim. Se tudo é perigoso, então temos sempre algo a fazer (...). Acho que a escolha ético-política que devemos fazer a cada dia é determinar qual é o principal perigo. (FOUCAULT, 1995, p 256).

Essa é a posição contundente a que Foucault nos convoca, colocando a imprescindível escolha de caminhos. Ecoa a pergunta - qual seria o principal perigo? E me vem novamente à questão das práticas - o que importa são as práticas. Colocá-las em análise e expor os riscos de que mesmo bem intencionados estejamos fazendo minguar a vida, esse é o risco. Nesse sentido, ao recolocar essas experiências de Apoio desdobradas a partir da Saúde Mental, buscamos reafirmar a história da construção de uma saúde mental coletiva, que nas palavras de Fagundes (2006), é um processo ou movimento “gerador de atores sociais”, como desencadeadores de transformação e protagonismo, produzindo efeitos de mudança nos “modos de pensar, sentir e fazer política”, atores implicados com a criação de projetos de vida e invenção em ato. Nesse caminho se reafirma o entendimento e aposta na potência dos coletivos e na Formação como um intercessor constitutivo dos mesmos.

Mas, como coloca o poeta Guimarães Rosa, “viver é perigoso e há que se ter coragem”. Para isso servem os encontros como planos de criação e invenção de mundos e de territórios existenciais – potencializar a Vida.

### **3.2 DISCURSIVIDADES ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA EM PORTO ALEGRE**

Em capítulos anteriores procurei explorar a dimensão da produção normativa das políticas de saúde mental e atenção básica, entendendo-as como base de sustentação institucional do próprio SUS, destacando seu funcionamento como referência jurídico-administrativo e conceitual-discursiva, na medida em que definem critérios de pactuação e regulação na relação entre os entes da gestão do sistema, interferindo diretamente no cenário das práticas como elementos constitutivos em seus processos de emergência carregados de tensões e paradoxos.

Em artigo sobre a articulação entre Saúde e Atenção Primária a partir de revisão crítica no período de 2000-2010, Athié, Fortes & Delgado (2015) contextualizam o surgimento do ‘matriciamento em saúde mental’ a partir dos anos 1990, com início do processo de institucionalização do SUS, em que surgem as discussões em torno da organização do trabalho. Apontam a convergência entre os processos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no sentido da mudança da lógica hospitalocêntrica, sendo que as formulações instituintes como resposta à mudança do modelo tecnoassistencial se deram com a criação, em 1994, do Programa de Saúde da Família e com os Centros de Atenção Psicossocial. Essas estratégias se produzem inicialmente no processo de organização dos componentes da rede de atenção em saúde e, posteriormente, se consolidam respectivamente como Políticas, a partir de 2001, através da Lei da Reforma Psiquiátrica e 2006, da Política de Atenção Básica. É interessante apontar que a Política de Saúde Mental, nessa medida, avança num ritmo mais acelerado do que a Política de Atenção Básica, elemento significativo na análise das condições de possibilidade de implementação das mesmas nos cenários locoregionais e sua repercussão na articulação entre as Políticas. Somente em 2008, através da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que se efetiva a articulação na Atenção Básica e, posteriormente em 2011, na incorporação dos componentes da AB na Rede de Atenção Psicossocial. Do ponto de vista dos investimentos em saúde mental na AB, a partir do NASF se formaliza o cálculo de gastos em saúde mental na AB com a previsão de pelo menos um profissional de saúde mental na composição do mesmo. Os autores apresentam como síntese para as experiências em análise, a importância entre elementos comuns que incluem, além da atenção, a gestão, os pactos políticos locais e avaliação e indicam como vetores a necessidade de matriciamento em saúde mental, sua viabilidade

política-institucional e o território onde ela acontece como constitutivos dessa articulação. Nessa perspectiva, a partir das experiências analisadas, concluem que as mesmas se constituem a partir de iniciativas dos profissionais para reconfigurar suas práticas, além de indicarem necessidade de educação permanente.

Assim, apontamos a importância da análise do cenário locoregional a partir das experiências que constituem os movimentos dessa articulação, bem como as condições políticos-institucionais de sua emergência. Podemos afirmar que a constituição de uma Política de Saúde Mental local se dá no imbricamento entre instituído e instituinte e na composição das práticas que se produzem nesse coengendramento. Desse modo, traçar uma perspectiva histórica, como propõe Foucault, constitui-se em estratégia de ampliação das linhas de causalidade que derivam desses processos. Nos capítulos seguintes, o que se pretende é apresentar as condições de emergência, sem a intenção de buscar a origem dos acontecimentos, possibilitando assim a análise situacional de constituição da articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica a nível local, no plano da organização e da produção das experiências.

O início da década de 90 foi período de intensa mobilização no contexto nacional com o advento da Constituição Cidadã e os desdobramentos decorrentes de reordenamento da máquina estatal em relação ao Direito constitucional da Saúde. Em relação ao sistema de saúde, o momento era de estruturação, através de regulamentação de leis complementares e é marcado pela diretriz da Descentralização, que passa a ser instituída através de Normas Operacionais Básicas (NOB's) com papel relevante na construção do modelo assistencial, principalmente pelo seu conteúdo direcionado aos aspectos do financiamento e da prestação de serviços. Em âmbito local, também os municípios eram desafiados a materializar essas políticas públicas na medida em que assumiam, através da descentralização, sua função executora em relação à política de saúde.

Na cidade de Porto Alegre esse contexto coincide com a assunção da primeira gestão municipal da chamada Frente Popular (1989-1993)<sup>24</sup> que simultaneamente assumia o desafio de ser governo e materializar o SUS enquanto Política Pública de Estado. Desde logo, mostrava-se necessária a priorização de investimentos e um processo de transformação organizacional, que constituísse uma rede assistencial e alterasse a herança de uma rede de serviços seletiva e sucateada, muito aquém das necessidades que se apresentavam.

---

<sup>24</sup> Frente de partidos de esquerda, capitaneada pelo Partido dos Trabalhadores, comprometida com as reformas políticas e de saúde no País, que governou Porto Alegre de 1989 a 2004.

No entanto, a Capital do Estado só veio a assumir a Gestão Plena da Saúde em 1996 e, mesmo assim, ainda deixando significativa parte da atenção básica na cidade sob gerenciamento da gestão estadual (no caso do Centro de Saúde-Escola Murialdo, que era responsável por parte da atenção comunitária na Zona Leste de Porto Alegre) e da gestão federal (no caso, todo o serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, na Zona Norte da cidade)<sup>25</sup>. Destaque-se que estas duas ‘redes’ podem ser consideradas duas experiências instituintes<sup>26</sup> em relação à história da atenção básica no país, que remontam aos anos de 1972 e 1978, e que tomaram como eixo principal ao enfrentamento dos problemas de saúde do período à necessidade de formação, abrindo a frente das primeiras residências de medicina geral comunitária no país, em vigência até o momento (SOL, 2013).

Nos anos anteriores, Porto Alegre começou por construir e efetivar os mecanismos de participação social, através da constituição do Conselho Municipal de Saúde e da realização das primeiras conferências municipais – destacando-se a I Conferência Municipal de Saúde Mental, em 1992, que constitui marco histórico, a partir da qual se desdobrou a construção do I Plano Municipal de Saúde Mental da cidade.

No mesmo ano ocorreu à aprovação da Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica<sup>27</sup> e, como ações de sua efetivação em nível municipal, o Conselho Municipal de Saúde cria a Comissão Municipal de Saúde Mental, que vem a constituir-se como lugar estratégico com a participação dos diferentes atores. Essa Comissão assumiu, entre suas principais funções, a discussão de proposições visando constituir um Plano de Saúde Mental e o acompanhamento e fiscalização da efetivação da constituição da rede substitutiva na cidade, em acordo com as diretrizes e propostas presentes nas Conferências de Saúde Mental e da Lei de Reforma Psiquiátrica. (FAGUNDES & SILVA, 2013)

---

<sup>25</sup> O Centro de Saúde-Escola Murialdo (e suas unidades básicas adjacentes) só veio a ser municipalizado no ano de 2009 e o GHC (e as unidades básicas sob sua administração) continua sob a gestão do Governo Federal.

<sup>26</sup> O aprofundamento dessa análise sobre o CSEM e GHC foi o tema da tese de doutoramento de Núncio Antônio Araújo Sol sobre ‘*A medicina geral comunitária no Brasil: uma análise institucional sócio-histórica de sua trajetória enfocando programas específicos*’. Doutorado. Campinas: Unicamp, 2011.

<sup>27</sup> A lei de Reforma Psiquiátrica no RS foi uma iniciativa pioneira, elaborada pelos Deputados Marcos Rolim e Beto Grill, como primeiro Estado a constituir uma Lei de reforma psiquiátrica nº 9.716, de 07 de Agosto de 1992, que prevê a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços substitutivos, com prazo e indicação de constituição de comissões de saúde mental no âmbito municipal e estadual.

No período prévio à municipalização, a rede municipal de saúde era composta por 09 unidades básicas, 01 unidade de atenção em especialidades (que contava com uma equipe de saúde mental) e o Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre.

Somente a partir de 1994, na segunda gestão da Frente Popular (1993-1996), é que se inicia o processo de municipalização, visando à materialização das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e o esforço de assunção plena da gestão da saúde, ainda incipiente até o momento, e em Agosto de 1996 a Capital ingressa na Gestão Plena<sup>28</sup>. Nesse período é criado o primeiro serviço especializado de saúde mental do município, o Centro de Atenção Integral à saúde mental do Distrito 4 (CAIS Mental 4), atual CAPS II da Gerência Glória/Cruzeiro/Cristal (DIAS, 2013).

Fagundes & Silva (2013), em capítulo sobre os ‘*vinte anos da saúde mental coletiva na cidade*’, lembram que o primeiro serviço substitutivo criado em parceria com o Estado foi a Pensão Pública Protegida Nova Vida, visando abrigar pacientes egressos do Hospital Psiquiátrico São Pedro, e decorrente dessa constituição, desdobram-se o Centro de Atenção Integral à Saúde Mental do Distrito 8 (CAIS Mental Centro), atualmente CAPS II Centro e a Oficina de Geração de Renda. Posteriormente é inaugurada a Casa Harmonia, inicialmente como proposta de acolhimento e atendimento à população infanto-juvenil em situação de rua<sup>29</sup>, que em 2001, após um processo de mudança, passa a se constituir no CAPS Harmonia, primeiro CAPSi da cidade.

Em 1998 é criado o Plantão de Saúde Mental da Vila Cruzeiro (que permanece até hoje), a partir do fechamento do antigo PAM Psiquiatria ou Central de Psiquiatria do INAMPS, que funcionava como referência de ambulatório e emergência para todo o Estado do RS. Com a situação de despejo do prédio federal que era utilizado até então, o serviço é municipalizado e seus trabalhadores incorporados ao Município, passando a partir dessa data a funcionar como a única Emergência em Saúde Mental de Porto Alegre, sendo a reguladora das internações em Saúde Mental na Capital.

---

<sup>28</sup> Na Gestão Plena o Município assume o compromisso de garantir assistência integral, tanto ambulatorial quanto hospitalar de sua população, recebendo para tanto recursos financeiros do PAB e da Assistência de Média e Alta Complexidade, calculada pela capacidade resolutiva e pela série histórica dos pagamentos efetuados pelo Ministério da Saúde aos serviços de saúde do Município, sejam públicos ou privados. (NOB SUS 1996).

<sup>29</sup> A Casa Harmonia, situada em Bairro próximo ao Centro da Cidade, foi criada a partir das demandas e articulação intersectorial entre as políticas de Assistência Social, Educação, Saúde e FASC, SMS, SMED e Secretaria de Governo Municipal, como um dos componentes do Programa de Atenção Integral à Criança em Situação de Rua – PAICA-RUA.

Segundo Borges & Batista (2008) em análise sobre o modelo em saúde mental brasileiro no âmbito nacional, a Política de Saúde Mental passa nesse período (1997-99) por um momento de estagnação, subsumida à política econômica da gestão federal da época. Os autores atribuem a repercussão incipiente na constituição de uma rede, entre outros fatores, à indisponibilidade de recursos significativos para a implantação de novas unidades, sendo que o repasse, via financiamento federal, acabava apenas viabilizando o custeio das unidades já existentes, ficando a criação desses serviços substitutivos condicionados à prioridade em nível local.

No cenário da política de saúde no município, que ingressava na gestão plena, esse período é marcado pela priorização da constituição de uma rede de atenção básica à saúde, que repercute também em relação à saúde mental. Nos anos de 1997 e 1998, inicia-se a organização de equipes de saúde mental nos distritos da cidade, através da criação de ambulatorios, a proposta dessas equipes vinculadas às Gerências Distritais seria o primeiro movimento de aproximação em relação à atenção básica. (DIAS, 2013)

Um documento da ASSEPLA/Saúde Mental<sup>30</sup>, de Abril de 2003, que buscou reconstituir o percurso da fundação das equipes de saúde mental na cidade, refere que em 1991 foi produzida uma primeira versão da Política de Saúde Mental para a cidade, onde já aparece nas atribuições dessas Equipes, pela primeira vez, a “**consultoria para atendimentos realizados pela equipe de saúde**”, em relação às equipes de atenção básica.

Este mesmo documento apresenta a descrição da equipe de saúde mental como um serviço em saúde mental ambulatorial, localizado em Centros de Saúde, e composto por equipe multiprofissional mínima de Psicólogo, Psiquiatra, Enfermeiro e Assistente Social, conforme relatório da Comissão Municipal de Saúde Mental/1996. Vislumbra-se na sua composição uma identificação com o modelo da psiquiatria comunitária, inspirado na proposta de setorização francesa<sup>31</sup>. Essa proposição sustentava-se na constituição de serviços de saúde mental com delimitação de território, continuidade terapêutica e deslocamento do eixo hospitalar para o comunitário.

A manutenção da existência de equipes de saúde mental como componente prioritário na composição da rede de serviços substitutivos na cidade, constitui uma

---

<sup>30</sup> Documento de circulação interna, não publicado, produzido pela Assessoria de Planejamento da Saúde Mental. Organizadores: Ana Lúcia Rosa, Maria Rita Hofmeister, Maria Luiza Castilhos, Rosa Vilarino e Sandra Birnfeld Kurtz.

<sup>31</sup> Política de Saúde Mental implementada na França na década de 60 como componente da Psiquiatria de Setor.

singularidade e segue em vigência até o momento, acabando por assumir, em nível local, a centralidade que era proposta para os CAPS no campo normativo da Política nacional.

Essas definições, na mesma época, foram fruto de uma disputa em torno da transformação das equipes de saúde mental em CAIS Mental, a exemplo das já existentes na região Centro (CAIS 5) e Glória/Cruzeiro/Cristal (CAIS 4), mas a deliberação do Conselho Municipal de Saúde, onde o assunto foi pauta, foi pela garantia da permanência das equipes de saúde mental, com forte argumentação em relação ao diferencial de proximidade e referência com a atenção básica (DIAS, 2013). Esse híbrido seria uma marca importante, que afastou os CAPS da tarefa colocada pelo Ministério da Saúde de ser ordenador da rede de atenção psicossocial e realizar o Apoio Matricial às equipes de AB do seu território (BRASIL, 2004, p 80). Em contraponto, operam-se condições político-institucionais de maior proximidade das equipes de saúde mental para constituir esse papel na relação com as unidades de atenção básica do seu território de abrangência.

O contexto de institucionalização do SUS no município garantiu significativa ampliação do contingente de trabalhadores na SMS, através do ingresso por concurso público e da incorporação dos trabalhadores federais e estaduais que compunham serviços que foram sendo municipalizados. Essas respostas político-institucionais foram decorrentes de intensa mobilização e disputas em relação à situação anterior do atendimento em saúde na cidade, em especial no tocante à saúde mental<sup>32</sup>.

Ao percorrer a história da constituição dos primeiros serviços de rede de saúde mental, fica demarcado o papel estratégico do CMS, desde a constituição da Comissão de Saúde Mental, como ator fundamental no processo de construção da rede no município, exercendo papel de articulador e formulador de propostas. No entanto, observamos o descompasso entre as proposições e os compromissos assumidos pelas gestões municipais, no que se refere aos Planos Municipais de Saúde e às deliberações, dos espaços de controle social, principalmente das Conferências de saúde e Saúde Mental que se sucederam. o que só reafirma o papel fundamental do Conselho Municipal de Saúde e da participação social na construção e consolidação do SUS.

---

<sup>32</sup> Para maior aprofundamento sobre a política de saúde mental na cidade e pela escassez de registros e documentos oficiais, destaco a relevância político-histórico-social do livro *'Saúde Mental Convida: Registros da Trajetória da Saúde Mental na Cidade de Porto Alegre'*. Porto Alegre: SMS, 2013.

É importante destacar que, após esse período inaugural, só houve a criação de mais um CAPS próprio<sup>33</sup> do município, o CAPS AD da GD Glória/Cruzeiro/Cristal que, no entanto, ainda não está credenciado junto ao MS por não cumprir as condições estruturais mínimas exigidas para o seu funcionamento. A partir daí, todos os CAPS AD na cidade passaram a constituir-se através de convênio com o Hospital Mãe de Deus, estando vinculados à rede de saúde nos territórios de abrangência das GD's Lomba/Partenon (CAPS AD III Partenon/Lomba), Sul/Centro Sul (CAPS AD Vila Nova) e GD Humaitá/Ilhas e Navegantes (CAPS AD IAPI). Ou seja, no cenário loco-regional de Porto Alegre, a expansão dos CAPS se deu através de conveniamento (gestão indireta do município), mesmo com o posicionamento contrário do Conselho Municipal de Saúde.

Em 2005 é formulado o II Plano de Saúde Mental, com a mudança da gestão municipal. Ao analisar o documento, que coloca entre suas prioridades a Interconsulta, reforçando os espaços entre Saúde Mental e AB como forma de consultoria, herança das práticas de *round* hospitalar, como forma de supervisão entre “preceptores” e alunos. Silveira, 2012 em tese de doutoramento sobre ao analisar o Plano veem no mesmo uma orientação do conceito restrito à discussão de casos, numa lógica de ‘qualificação de encaminhamentos’, com objetivo de regular o acesso aos serviços especializados e sem colocar em questão a vinculação como reorientação da organização do trabalho.

A partir de discussões realizadas em 2009 sobre o plano de saúde mental vigente e identificando a ausência de fóruns de participação dos trabalhadores dessa área, a coordenação de Saúde Mental da SMS propôs a criação de quatro Grupos de Trabalho, com o objetivo de realizar uma análise de situação a partir das práticas, a fim de auxiliar na produção de proposições nas temáticas de Infância e Adolescência; Álcool e Drogas; Adulto; e Formação e Interconsulta (posteriormente renomeado como GT de Matriciamento).

Esses grupos de trabalho eram compostos por trabalhadores que representavam as diferentes gerências distritais da cidade, a partir das equipes próprias existentes na rede de saúde mental da cidade. Esses grupos foram formalizados institucionalmente através de Portaria SMS/PMPA n 536, de 07/06/2011.

A discussão acumulada nesses Grupos de Trabalho buscou reavaliar o Plano de Saúde Mental 2005/08, mas a gestão da Secretaria não chegou a apresentar um novo documento, que explicitasse seu compromisso em relação ao planejamento e prioridade das ações em relação a esta Política.

---

<sup>33</sup> Estamos nomeando como próprios àqueles serviços sob a gestão direta da SMS, tendo seus trabalhadores contratados via Administração Centralizada ou Descentralizada do Município.

Quando da elaboração do Plano Municipal de Saúde de 2010/2013, a Política de Saúde Mental é apresentada sem definição clara enquanto uma rede de atenção, aparecendo no documento final de forma dissolvida nos itens que descrevem componentes ambulatoriais especializados (os CAPS são colocados nesse bloco) e na atenção hospitalar, com relação aos leitos de saúde mental. Nesse mesmo documento, é apresentada entre os objetivos, pela primeira vez, a necessidade de construir um ‘entendimento’ em relação ao apoio matricial (como unidade de concepção) que estivesse alinhado às diretrizes do MS e ainda o coloca como um conceito estratégico na organização da rede de atenção à saúde.

O Apoio Matricial como Referência em Saúde Mental desenvolve, através das Equipes de Saúde Mental e equipes de CAPS, supervisão e capacitação com intuito de ofertar auxílio especializado para diagnóstico e tratamento de usuários com transtornos mentais e dependência química nos serviços de saúde das unidades de atenção primária (PMS, 2010).

No seguimento, mais algumas metas que apareciam sem ordenamento em relação à sua prioridade, como:

94. Re-ordenamento da política de saúde mental na SMS/PMPA até 2011;
95. Ampliação do número de serviços de CAPS AD de quatro para 08 (01 por gerência distrital) até 2013;
96. Ampliação do número de CAPSi de 03 para 08 (01 por gerência distrital) até 2013;
100. Organização do fluxo de atendimento em saúde mental em caráter de emergência, para crianças e adolescentes até 2012;
101. Atualização da Política Municipal de Saúde Mental seguindo as diretrizes da política nacional até 2013;
102. Implantação do apoio matricial como estratégia dos NASF, Equipes de Saúde mental e CAPS;
103. Ampliação da estratégia de Redução de Danos;
104. Criação da escola de redutores de danos;
105. Implementação de 82 leitos específicos para crianças e adolescentes, para internação em saúde mental, álcool e outras drogas, até 2013.

Sobre a integração entre Saúde Mental e Atenção Básica, a coordenação da CGAPSES reconhece a importância da saúde mental associada ao impacto dessa demanda, avaliando a necessidade de investir para reverter essa realidade, e aponta o apoio matricial como instrumento que deva ser estimulado e fortalecido, bem como os desafios da efetivação de políticas intersetoriais e do estabelecimento da regionalização da rede substitutiva, mas não

explicita a pactuação institucional concreta para efetivar essa priorização através de um plano de ação (FREITAS & SOUZA, 2013).

Registre-se que, das metas estabelecidas acima, nenhuma alcançou pleno cumprimento, apesar da deliberação de prioridade da consolidação da rede de atenção psicossocial na cidade na III Conferência Municipal de Saúde Mental em 2010 e nas duas últimas Conferências Municipais de Saúde em 2012 e 2014, onde a implementação dos componentes da rede de atenção psicossocial em todos os distritos de saúde da cidade compareceram, respectivamente, como segunda e primeira prioridade deliberada.

A Portaria 3.088/2011 do Ministério da Saúde que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no País, estabelecendo seu processo de implantação e diretrizes, inclui componentes não especializados como as UBS, unidades básicas para populações específicas, NASF e Centro de Convivência. Esta proposição de reordenamento da rede de saúde mental explicita um movimento convergente de fortalecimento da Atenção Básica da PNAB/2011, onde os NASF figuram como o arranjo responsável pelo apoio em saúde mental na atenção básica. Mas em Porto Alegre, em relação à implantação dos NASF, enfrentamos as mesmas questões de ingerência de componentes sob a gestão de outras instituições. Os primeiros quatro NASF credenciados pelo MS na cidade foram do Grupo Hospitalar Conceição, mas estes não funcionam como arranjo proposto com a metodologia de apoio matricial. Parcela dos profissionais (Assistentes Sociais e Psicólogos) que os compõem faz parte das equipes de atenção básica sob a responsabilidade do GHC, sendo que o apoio matricial se dá nas áreas de nutrição, farmácia e psiquiatria, não constituindo, assim, uma equipe de apoio matricial.

Em relação à rede própria, a partir de 2013 a cidade conta com cinco NASF, sendo 03 credenciados nas GD's PLP, GCC e NEB, e dois em processo de credenciamento nas GD's LENO e SCS. Ainda existem duas equipes de apoio matricial em processo de constituição nas regiões Glória, Restinga e Centro. Essa cobertura evoluiu de forma incompatível com a expansão da cobertura da saúde da família na cidade, que deu um salto de 25,36% em 2010 para 44,30% em 2013, conforme relatórios de gestão. Nesse cenário, os vazios existentes em relação à cobertura dos NASF na cidade, no tocante à saúde mental, são assumidos pelo apoio matricial das equipes de saúde mental. Mas continuam convivendo, por vezes no mesmo território, diferentes arranjos de AB e de apoio matricial, revelando os limites dessa organização, sem critérios pactuados quanto à cobertura populacional, prioridades e equipe mínima, o que gera resistência por parte dos trabalhadores da saúde

mental e da atenção básica em relação à proposta do Apoio e pouca clareza em relação às diretrizes dessas políticas a nível local.

Já o Plano Municipal de Saúde 2014/2017 não apresenta nenhuma meta em relação a investimento para criação de novos serviços para composição da Rede de Atenção Psicossocial. A única meta apresentada refere-se ao aumento do número de atendimentos nos CAPS já existentes e a inclusão de monitoramento em saúde mental. Atualmente, não existe nenhuma sistematização de informações em relação à Saúde Mental, a exemplo dos relatórios federais para análise da implantação e consolidação da RAPS na cidade, nem o indicador de cobertura CAPS por população, sendo que os dados apresentados nos relatórios de gestão restringem-se a um comparativo de número de atendimentos e ações realizadas por categorias profissionais.

O Relatório de Saúde Mental do MS de 2015<sup>34</sup> apresenta dados sobre o cenário de expansão da rede de atenção psicossocial no período 2002 a 2014 a nível nacional, por Estado e região. Esses dados demonstram um crescimento ascendente entre a média dos recursos financeiros aplicados no custeio de CAPS e a relação com aumento de serviços. Conforme o mesmo relatório, a rede de atenção psicossocial tem, a partir do ano de 2005, o início da reversão dos investimentos anteriormente destinados em serviços hospitalares para os gastos com atenção comunitária e territorial. Em contraponto, no mesmo período na cidade de Porto Alegre, não houve a criação de nenhum componente especializado próprio do município, o que tem sido pauta de intensa cobrança por parte do Conselho Municipal de Saúde, apontando o descompasso entre a execução das Políticas, bem como a desconsideração das deliberações das instâncias de controle social. Esse debate é estratégico na medida em que temos o financiamento inadequado como um dos entraves do SUS, ao lado da baixa articulação da gestão entre os entes federativos (CAMPOS, 2007). Também vemos que os indicadores estabelecidos para avaliação da AB, apesar de estarem vinculados ao financiamento, não estabelecem relação com a constituição de redes de saúde pactuadas a partir do desenho da RAPS e, tampouco, estabelecem a relação entre os investimentos em serviços hospitalares e os componentes de atenção comunitária e territorial na cidade.

Esse cenário demonstra o hiato entre o campo normativo das Políticas nacionais e a realidade local e a relação entre o financiamento como elemento estrutural de indução em

---

<sup>34</sup> O *'Saúde Mental em Dados'* é uma publicação da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, que, desde 2006, apresenta um quadro geral sobre os principais dados da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do SUS. Os dados apresentados têm o objetivo de auxiliar a gestão na identificação dos principais desafios, na construção de estratégias para garantir a acessibilidade e qualidade dos serviços da RAPS.

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

### 3.3 GT DE MATRICIAMENTO DE 2008 A 2010 – DA INTERCONSULTA AO APOIO

Como referido anteriormente, a partir de 2008 a Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria elencou quatro eixos orientadores para discussão da rede, por meio da criação de Grupos de Trabalho compostos por trabalhadores que representavam os serviços próprios em Saúde Mental das diferentes gerências distritais da Cidade, em acordo com as indicações do Plano Municipal de Saúde Mental 2005/2008.

Um desses grupos de trabalho tinha como temática ‘Interconsulta e Formação’ e é essa vivência que trago como experiencição. A temática deste GT o diferenciava da lógica de organização pensada para os outros três Grupos, ou seja, infância e adolescência; adulto e álcool e outras drogas, pois estes vinham por reforçar uma rede específica dentro da RAPS, com as discussões se dando entre pares, operando uma rede homogênea.

Por sua vez, o tema da Interconsulta/Formação já apontava pistas para uma aposta transversal. Logo da constituição do grupo, percebemos a necessidade de colocar em questão a própria temática e iniciamos uma apropriação e compartilhamento dos integrantes sobre o tema, partindo de textos de referência<sup>35</sup> para pensar o que seria o apoio matricial e colocar em análise as vivências e acúmulos dos diferentes serviços.

Nesse compartilhamento das experiências, surgiram os primeiros analisadores: essa prática não era realizada por todos da equipe, indicando que apesar de se caracterizar como prática de um campo de saber, ainda estava muito atrelada aos núcleos hegemônicos da saúde mental, Psicologia e Psiquiatria.

Por outro lado, instigava a percepção de que, apesar de não haver compartilhamento dessas práticas e nem direcionamento político-estratégico em nível local, havia certas regularidades nas mesmas, que enunciava certos modos de gestão do trabalho e do cuidado, mesmo que não existissem espaços formais de compartilhamento e análise dessas práticas nas equipes, muito menos entre equipes.

Nesse mesmo período, surgiu o convite para a participação de alguns trabalhadores do GT como formadores, num programa de formação em Saúde Mental na Atenção Básica,

---

<sup>35</sup> Os textos foram escolhidos a partir das diretrizes da Política de Saúde Mental e produção teórica em Saúde Coletiva, por seu caráter precursor na articulação entre o apoio matricial e Saúde Mental: *Saúde Mental na Atenção Básica*. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2004 e CAMPOS, G.W.S. & DOMITTI, C. *Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde*. Cad. Saúde Pública. RJ. 23(2): 399-407, fev. 2007.

com ênfase no apoio matricial, intitulado Projeto Babel<sup>36</sup>. Esse projeto de cunho nacional, financiado pelo Ministério de Saúde, colocava como metas:

- Realização de cursos de capacitação em Porto Alegre, São Paulo, Rio de Janeiro e Fortaleza;
- Formação de formadores (10 em Porto Alegre);
- Avaliação educacional dos profissionais;
- Avaliação do impacto dos cursos nas equipes e nos usuários da ESF;
- Elaboração e publicação de um guia prático de matriciamento<sup>37</sup> em saúde mental.

Esse curso de aperfeiçoamento de matriciamento em saúde mental, com carga horária de 120 horas, utilizou como referencial teórico as metodologias ativas, utilizando principalmente a problematização como estratégia didático-pedagógica. Alguns participantes do GT de matriciamento exerceram o papel de supervisores, acompanhando o curso com o Coordenador-referência de cada turma, representado por um dos professores-pesquisadores coordenadores do projeto<sup>38</sup>. Foram realizadas três turmas ao longo de 2009, envolvendo os trabalhadores de ESF e das Equipes de Saúde Mental de diferentes Gerências Distritais (Turma1: 38 inscritos, 35 concluíram; Turma 2: 35 inscritos, 27 concluíram; e Turma 3: 41 inscritos, 33 concluíram).

É interessante destacar que, embora o Projeto Babel fosse um programa acadêmico e sem envolvimento direto de qualquer instância de coordenação da Secretaria, a partir da realização de cada turma os ‘alunos-trabalhadores’ foram organizados como matriciadores (equipes de saúde mental) e matriciados (equipes de referência) nos seus respectivos territórios. Além de ser uma atividade prática-supervisionada e parte da avaliação do aproveitamento do curso, o matriciamento passou a ser assumido como um compromisso de

---

<sup>36</sup> O Projeto Babel foi um programa de formação realizado em quatro capitais brasileiras: Rio de Janeiro, Fortaleza, São Paulo e Porto Alegre. O curso teve desenho inovador e incluiu, de forma interativa, profissionais da atenção primária e profissionais de saúde mental e metodologias ativas de aprendizagem, em uma combinação de grandes encontros presenciais, ações de matriciamento e discussões sobre as ações.

<sup>37</sup> O 'Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental', publicado em 2011 pelo Ministério da Saúde e pelo Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESC) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, foi um dos produtos vinculados ao Projeto Babel. Destaco sua relevância como primeira publicação desse porte e amplitude sobre a temática, sendo disponibilizada em *pdf* com acesso livre, em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf)

<sup>38</sup> Pólos universitários envolvidos na coordenação e execução do Projeto Babel: Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Cepesc): Sandra Fortes; Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral: Luís Fernando Tófoli; Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina: Luiz Fernando Chazan; e Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Faculdade de Medicina: Dinarte Ballester.

continuidade no cotidiano de trabalho, o que produziu efeitos na organização dos processos de trabalho das equipes. Nesse momento e contexto essa formação e o próprio GT inauguram uma mudança da interconsulta ao matriciamento.

Apesar dessa experiência não priorizar a análise dos processos de trabalho, possibilitou um espaço de compartilhamento e troca de experiências de trabalhadores de diferentes serviços da cidade. E, ainda, ao propor vivências de matriciamento entre equipes de saúde mental e unidades básicas de saúde de uma mesma gerência distrital, pudemos dar passagem a um plano de produção para além da lógica de ‘qualificação do encaminhamento’ como regulação de acesso aos serviços especializados de saúde mental – um devir apoio matricial em acontecimento.

O contexto da formação propiciada pelo Projeto Babel e suas práticas decorrentes, ao lado da falta de um ordenamento institucional acerca da questão do apoio matricial, produziu fissuras no próprio GT, que a partir do início de 2010 se renomeia como GT de Matriciamento - o duplo Interconsulta/Formação se mistura, produzindo um ‘novo acontecendo’. Uma das primeiras questões que se levantou para o GT de Matriciamento era como colocar em conversa os atores a partir de suas práticas, de forma a abrir uma escuta pedagógica<sup>39</sup> para o emergente nesses cenários? Nessa perspectiva, foi criado um instrumento - questionário para as equipes de saúde mental que utilizassem de ferramentas de apoio com e na atenção básica, com a intenção de abrir conversa e produzir uma aproximação do GT em relação às equipes e, simultaneamente, compartilhar a análise sobre a organização das ações de matriciamento.

Destaco esse caminho de inclusão e ampliação da participação, para além do grupo de trabalho, que se apresentou como uma estratégia para dar visibilidade e dizibilidade às experiências em curso. Esse movimento deslocava esses atores de seus lugares profissionais para um devir que fosse se constituindo a partir dos encontros, criando redes de conversação entre equipes e territórios.

Essa ação também ampliava e potencializava esse coletivo, na medida em que operava a inclusão de um maior número de trabalhadores dos diferentes serviços e distritos sanitários da cidade. Sem nos percebermos fora dos arranjos, estávamos inventando um fazer apoio como lugar da diferença, como entre lugares, entre a gestão do trabalho e do cuidado.

---

<sup>39</sup> Expressão cunhada por Ceccim (2007) no artigo *‘Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde - O devir da educação e a escuta pedagógica da saúde’*, numa aproximação entre Apoio e Educação Permanente.

Na medida em que nos mobilizamos a partir de questionamentos compartilhados e coproduzidos, fomos nos coresponsabilizando com as demandas que emergiam dessa ampliação, experimentando a autogestão em nosso fazer.

A análise do cenário das práticas de matriciamento que emergem desse levantamento (Anexo I), possibilitaram traçar um mapa analítico, que indicava um primeiro movimento coletivo institucional de ampliação do olhar, anteriormente focado na interconsulta/matriciamento, para outras ações de Apoio matricial na cidade. Possibilitou também uma aproximação inicial dos ‘apoiadores’ de diferentes territórios em torno da discussão sobre as práticas e sua problematização, que culminaram no compartilhamento de elementos comuns na constituição dos fazeres em relação ao matriciamento, indicando certa regularidade de funcionamento. Até aquele momento não havia nenhum estudo ou levantamento sobre as ações de matriciamento na SMS. Apesar de não constituir-se como uma pesquisa *stricto sensu*, o mesmo trouxe indicativos importantes para a análise da organização e articulação com as políticas envolvidas.

O matriciamento em saúde mental se apresentava, ainda que de maneira diversa nos diferentes locais, sendo ofertado por 80% das equipes especializadas de saúde mental, sendo que os 20% que não realizavam apoio, correspondiam principalmente ao CAPS.

Podemos observar que o matriciamento estava organizado principalmente como interconsulta - limitado à discussão de casos -, com periodicidade predominantemente mensal (60%), outros 30% sem frequência regular pactuada e somente 10% semanal.

Em relação à participação dos trabalhadores no matriciamento, como representantes das equipes de referência, correspondiam a 28% de nível médio (ACS e Técnico de Enfermagem) e 72% de nível superior, sendo que, deste total, 48% referente a Médicos e Enfermeiros. No tocante ao envolvimento dos trabalhadores das equipes especializadas no matriciamento, 40% das equipes englobavam todos os trabalhadores e 60% envolviam apenas alguns – o que caracterizava uma composição bem variada em relação a como o matriciamento estava inserido na organização do trabalho dessas equipes.

Destaca-se a pouca utilização das atividades de matriciamento nas modalidades de atendimento conjunto, visita domiciliar conjunta, apoio e realização de grupos com participação da equipe – apontando que o matriciamento não estaria incidindo na utilização de ferramentas que ampliassem da clínica.

Em relação ao registro das ações, 80% das equipes registravam as discussões de caso realizadas, sendo que desse total a principal forma indicada é em livro de ata da equipe.

A sistematização desse levantamento e sua socialização num Seminário com a rede de saúde mental foi colocando o tema do apoio na pauta e trazendo pela primeira vez no cenário da saúde mental da SMS a discussão sobre como o apoio matricial estava inserido nas equipes especializadas de saúde mental.

Mas esta articulação inicial entre os serviços de saúde mental logo mostrou seus limites. Fazia-se urgente extrapolar essas fronteiras e buscar novas conexões que agenciassem a rede como produção de saúde (TEIXEIRA, 2004).

A partir desse processo, com base no acumulado dos desafios e potências em relação ao matriciamento na atenção básica, pudemos apontar algumas problemáticas, tais como: espaços de educação permanente em saúde mental vinculados à realidade do trabalho; encontros que possibilitassem a troca de experiências entre os trabalhadores e serviços; a dimensão saúde mental no trabalho, colocando em análise os processos institucionais e as práticas a partir da organização dos processos de trabalho; e, o indicativo da necessidade do apoio matricial como ativador desses processos.

Foram tentadas várias apostas de ampliação dessa discussão, incluindo a ocupação de outros espaços a partir da Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde em torno da mobilização para a preparação e realização da Conferência Municipal de Saúde Mental Intersetorial.

Nesse espaço-brecha, o GT produz seu primeiro texto, como oportunidade de colocar na roda e fazer circular essa discussão - Indicações para o matriciamento em saúde mental - que é utilizado como texto base para a discussão da política de saúde mental no município.

Em novembro de 2010, organizamos o “*I Seminário de Apoio Matricial e Equipes de Referência na SMS*”, com o objetivo de compartilhamento das experiências de apoio em saúde mental com um maior número de trabalhadores da atenção básica e das equipes de saúde mental dos diferentes territórios.

Num seminário interno dos quatro GT's da Saúde Mental, organizado pela Área Técnica de Saúde Mental da SMS, foi apresentado esse processo e também a proposta desse grupo de coordenar um projeto de formação de apoio matricial para todos trabalhadores da atenção básica e da saúde mental, que não tivessem sido contemplados pelas três turmas do Projeto Babel.

Fomos assim tensionando o instituído e produzindo interferências no cenário de disputas, incluindo na agenda política-institucional o tema da saúde mental e atenção básica, desdobrando vários elementos imbricados em torno das práticas de saúde e da organização do cuidado na Secretaria Municipal de Saúde.

Embora a prática da Interconsulta possibilitasse uma aproximação entre os trabalhadores da saúde mental e os da atenção básica, acabava focada na participação representativa da unidade, restrita especialmente aos técnicos de nível superior.

Por outro lado, na medida em que mantinha o esquema tradicional de guias de Referência e Contrarreferência e a lógica de triagem dos casos - regulação do acesso, não incidia nos processos de trabalho das equipes e produzia pouco grau de compartilhamento e corresponsabilização.

O fato de estarmos no território das especialidades, onde estes encontros se produziam, não junto às equipes que pretendíamos apoiar, fazia toda a diferença. Adentrar no território do outro, em suas equipes com seus usuários, seria um desafio de transversalizar, criando novos modos de relação e comunicação entre os atores. Possibilitaria a expressão de outros modos de produção de saúde e de subjetividade. Para construir esse novo saber-fazer, no entanto, era necessário trabalhar para revirar as fronteiras de saberes e territórios de poder. (SANTOS FILHO, 2014b).

Podemos afirmar que a partir desse processo coletivo, pode-se dar visibilidade a outras problemáticas no campo da produção do cuidado dessa rede em análise, apresentando como desafio para a gestão do trabalho em saúde produzir práticas de apoio matricial que levem a mudanças nesses cenários. Nesse sentido, vão ao encontro de outras experiências que apostam na construção de uma rede matricial em saúde mental junto às equipes de referência (AB), constituindo-se em disparadores de mudanças na atenção à saúde, funcionando como potências, desde que orientadas para a ampliação da clínica, corresponsabilização e a rede como produção do cuidado (DOMITTI, 2006).

Nessa perspectiva, se inicialmente a gestão do trabalho ainda aparece restrita aos mecanismos organizacionais, tomamos desde já como efeito interventivo desse processo a ampliação do tema para gestão da saúde, articulado ao vetor políticas públicas e, assim, produzir dispositivos para enfrentar os desafios em construir outros modos de gestão. (BARROS DE BARROS & BENEVIDES DE BARROS, 2007).

### **3.4 A COMISSÃO DE APOIO MATRICIAL E NASF – 2011 A 2012 – DO APOIO COMO FORMAÇÃO**

Em 2011, a partir da realização do I Seminário sobre Apoio Matricial na Atenção Primária e dos efeitos de mobilização e afetação produzidos, o grupo de trabalhadores que compunha o GT de Matriciamento tomou como estratégia a ampliação dessa temática envolvendo a rede de Atenção Primária. Tal escolha anunciava um importante deslocamento, “onde a atenção interroga a gestão”, onde trabalhadores num movimento autogestionário propõem para o gestor uma oferta que naquele momento não sabíamos como nomear.

A experiencição do GT de Matriciamento estava limitada à saúde mental. Esse novo momento buscava escapar da comunicação corporativa (por profissões) e tensionava os limites dos territórios e redes. Nesse sentido, apostava em produzir fissuras na lógica hierárquica de ‘rede especializada’ e na constituição de grupalidade, buscando nessa composição heterogênea habitar o plano do coletivo. Naquele momento inicial, o que nos movia era a intencionalidade em interferir na construção da proposta de Apoio para a SMS, tanto em relação à saúde mental como em relação à criação dos NASF’s na cidade.

Esse movimento encontrava alguma convergência com as intenções da Gestão da Secretaria, expressas nas diretrizes do Plano Municipal de Saúde 2010/2013, com a ampliação do apoio matricial e a criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para a cidade.

Para tal empreendimento, fazia-se necessário apresentar essa oferta à Coordenação Geral da Rede de Atenção Primária em Saúde (CGRAPS), no sentido de garantir a institucionalidade necessária para tal empreitada. A partir desse compromisso e contratação, apostou-se num arranjo que tivesse a legitimidade institucional necessária para desencadear o processo de colocar na agenda da política de saúde municipal o Apoio como diretriz de gestão.

Esse seria nosso maior risco: circular entre a institucionalidade necessária para sustentação do processo, sem deixar a potência instituinte ser capturada pela dimensão normativa. Isso só seria possível através de um permanente processo de análise de implicações pelos impasses e demandas concretas, tomando como guias de navegação a dimensão de um plano comum coletivo.

Essa oferta marcava uma ruptura em relação ao processo anterior: antes, o gestor endereçara uma demanda aos trabalhadores; agora, os trabalhadores faziam ofertas ao gestor – um devir Apoio se produzindo. Esses movimentos colocavam o tema da gestão como relações de intercessão de vetores que se configuram como dobras de um plano de produção com

implicação de diferentes atores em uma dada situação. (BARROS DE BARROS & BENEVIDES DE BARROS, 2007).

Cabe contextualizar que a Secretaria estava passando por mais um processo de mudanças, com a nomeação de um novo Secretário e alterações nas áreas estratégicas da mesma, entre elas, a coordenação da Área Técnica de Saúde Mental e a própria coordenação da Atenção Básica, que assumia com a proposição de reordenamento de seu papel político-institucional na Secretaria. Ainda em 2011 ocorreram diversas modificações setoriais na estrutura organizacional da SMS, sendo criada a Coordenadoria Geral de Atenção Primária, Serviços Especializados, Ambulatoriais e Substitutivos (CGAPSES), que englobava numa mesma coordenação a responsabilidade pelas ações de saúde da Secretaria (exceto Urgência e Hospitalar), operando um movimento de fortalecimento institucional da Atenção Básica. Visando qualificar e consolidar a rede de atenção primária na cidade é assumido a Estratégia Saúde da Família como modelo prioritário de organização. A partir dessa priorização, a atenção básica passa a ser ampliada e a expansão de Equipes de Saúde da Família com ampliação de cobertura da ESF a partir da criação do IMESF no Município.

Nesse cenário político-institucional de priorização da Atenção Básica na Secretaria que se constituem as condições para que esse processo em relação ao Apoio fosse priorizado e a oferta do GT de Matriciamento fosse incorporada institucionalmente às ações da Secretaria.

Com isso, foi nomeado um coletivo como **‘Comissão de Apoio Matricial e NASF’**, resultando na composição de um grupo ampliado, constituído por três trabalhadores das redes de saúde de cada Gerência Distrital (indicados pelas mesmas como representantes da rede especializada/saúde mental, atenção básica e gestão local), e um representante do Conselho Municipal de Saúde, um da Área Técnica de Saúde Mental (Assessoria de Planejamento) e um da Coordenação Geral da Rede de Atenção Primária, com uma coordenação colegiada<sup>40</sup>.

Os objetivos visavam à construção de diretrizes para a implantação e acompanhamento do apoio matricial e a formação dos NASF, tomando como estratégia a ativação de processos de articulação entre produção do cuidado, gestão e formação, conforme Portaria SMS nº 536, de 07/06/2011 (PORTO ALEGRE, 2011), que previa a utilização de oito horas semanais da carga horária dos trabalhadores, para participação inicial em curso de

---

<sup>40</sup> Coordenação colegiada composta por dois representantes dos trabalhadores, Psicólogas Adriane Silva e Ana Paula de Lima, e dois da gestão, Christiane Nunes de Freitas, Coordenadora da CGRAPS e Marisa Martins Altamirano, Assessora da Gerência Leste/Nordeste.

formação-intervenção tendo como função **multiplicar e facilitar** o desenvolvimento de ações em suas gerências distritais de referência, durante o biênio 2011/2012.

Já trazíamos, do percurso anterior, muitas perguntas, inquietações e indignações relativas ao desinvestimento na atenção básica por parte da gestão, com seus efeitos que impactavam na baixa resolutividade e no reforço de uma lógica de produtividade mensurada através de números de consultas, procedimentos e alto consumo de insumos. Como dar passagem a esses incômodos para outras visibilidades em nós e nos outros? O que estava em jogo era a disputa de diferentes modelagens. De um lado, um cenário altamente estruturado em base epidemiológica, onde o processo de trabalho se organiza a partir da lógica programática; de outro, a aposta em dispositivos capazes de agenciar mudanças e fabricar modos de cuidar que respondam às necessidades de saúde: construção de novos territórios existenciais.

A (des)territorialização pressupõe agenciamentos, isto é, processos de mudança que são conflituosos, doloridos, e permeados por idas e vindas em que o sujeito é o tempo todo colocado diante de si mesmo e do novo território que se anuncia, é algo parecido com um “perder de chão”, morte de si, para a busca de outro chão, e de si mesmo sob novos referenciais de vida e produção (FRANCO, ANDRADE & FERREIRA, 2009, p.33).

Era necessário ampliar nossa *caixa de ferramentas*<sup>41</sup>. Para enfrentar esse campo de disputas, teríamos de nos desterritorializar e reinventar dispositivos e arranjos que funcionassem como resistência à captura e abertura a linhas de fuga – resistência e criação. Essa travessia não podia ser feita de forma solitária, tinha de ser vivida no e com o coletivo.

Estava feita a aposta de produzir agenciamentos coletivos<sup>42</sup> com vários trabalhadores da atenção básica e especializada, de todos os territórios da cidade, para colocar em análise os processos de trabalho e o cuidado. A questão de como incluir os usuários era um grande desafio – convidamos o controle social através do Conselho Municipal de Saúde e fizemos essa oferta ao gestor da atenção básica. Mas ainda nos desafiava a necessidade de buscar uma função de apoio externa à própria organização, que pudesse adensar o movimento, enfrentar as disputas de saber-poder e articular a dimensão formativa transversal ao processo.

---

<sup>41</sup> Ferramentas tecnológicas, como saberes e seus desdobramentos materiais e imateriais, que fazem sentido de acordo com o lugar que ocupam nesse encontro e conforme as finalidades que almejam.

<sup>42</sup> Inclusão da multiplicidade como recusa ao dualismo, conexões entre componentes heterogêneos que produzem movimento de (des)territorialização e (re)territorialização (DELEUZE & GUATTARI, 1995 - Postulados da Linguística).

Nessa perspectiva, se constituía estratégico buscar atores que, no cenário da formação acadêmica, estivessem inseridos num certo campo comum – desafio ético-político diante dos impasses do Sistema Único de Saúde, que se refletisse na produção de conhecimento em saúde coletiva. Identificamos esses intelectuais-militantes do SUS na Universidade Federal do Rio Grande do Sul como rede colaborativa, especialmente nos Programas de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, com a Prof<sup>a</sup> Simone Mainieri Paulon, e em Educação com o Prof<sup>o</sup> Ricardo Burg Ceccim por meio do EducaSaúde<sup>43</sup>, criando um projeto de coordenação conjunta<sup>44</sup>, que iniciou como atividade de extensão nomeada de *Apoio Institucional e Matriciamento na perspectiva da Política Nacional de Humanização*.

Esse arranjo-dispositivo se propunha a pôr na roda e em conversa muitos atores. Foi sendo constituído num percurso formativo de Apoio para e com os sujeitos envolvidos, que ao interrogar a realidade do trabalho em saúde abria espaço para perguntas advindas dos impasses concretos trazidos pelos trabalhadores e acabou por ampliar a capacidade de análise e intervenção desses coletivos e assim, produzindo efeito Paidéia na gestão compartilhada dessas redes de conversação<sup>45</sup> (CAMPOS, 2013).

A partir desta aposta fomos inventando coletivamente um desenho que operasse conceitos-força, como gestão do trabalho, formação, micropolítica do cuidado, trabalho vivo, campo e núcleo de conhecimento, modelagens tecno-assistenciais, educação permanente, redes de cuidado, na indissociabilidade entre atenção e gestão – como nossa caixa de ferramentas para colocar em análise os processos de trabalho e as práticas de cuidado.

Esse desenho de formação-intervenção desencadeou um processo de apoio, construindo e envolvendo profissionais como atores sociais na condução de uma política de

---

<sup>43</sup> O EducaSaúde é um Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde, criado em 2005 junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação, que atualmente se articula organicamente ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. Tem como objetivo principal o estudo, a pesquisa e a intervenção no tocante à formação de profissionais de saúde e a educação em saúde coletiva.

<sup>44</sup> Coordenação conjunta dos Prof<sup>os</sup> Ricardo Burg Ceccim, Prof<sup>a</sup> Simone Mainieri Paulon e Adriane Silva, Ana Paula de Lima e Marisa Martins Altamirano.

<sup>45</sup> Ricardo Teixeira faz uma correlação em “trabalho vivo em ato” (MERHY, 1997) colocando a conversa como matéria do trabalho em saúde e como tecnologia leve. A rede de conversações seria a conformação em espaço coletivo, composto por várias e distintas conversas interligadas, compondo um mapa de produção desses encontros como ponto de uma rede.

saúde, tomando em consideração as contribuições da pesquisa-intervenção e da análise institucional, sob o constructo teórico da Educação Permanente em Saúde<sup>46</sup>.

Esta proposta estava pautada no conceito de formação como intervenção: “articula produção de conhecimento, interferência nas práticas de atenção e gestão, produção de saúde e produção de sujeitos de modo indissociável” (BRASIL, 2007, p 5). Reconhecendo a “força de intervenção dos processos de formação como dispositivos potentes de problematização de si e do mundo, produzindo movimentos afirmadores de vida e perturbadores nos processos instituídos” (HECKERT & NEVES, 2010, p 18).

Esse espaço coletivo possibilitou ao grupo colocar em análise o papel de apoio, o modelo assistencial levado a efeito na saúde e o desenho das demandas e encomendas que podem advir da construção do apoio matricial. Identificou-se, a partir dessa análise, entraves e lacunas para a efetiva implantação de uma atuação em rede, orientada pela construção de respostas qualificadas e comprometidas com as necessidades sociais em saúde. “[...] as práticas de gestão e de atenção são entendidas como espaços privilegiados para a introdução de mudanças nos serviços, pois são lócus importante para a reorganização dos processos de trabalho, ampliação e qualificação das ofertas em saúde” (BRASIL, 2007, p 21).

As respostas a estes desafios habitam um campo de tensões e paradoxos, onde estão em jogo entre os diferentes atores, regimes de verdade e práticas discursivas que compõem as forças de captura e as linhas de fuga, questionamentos em torno da gestão e sua permeabilidade em produzir novas negociações e disputar interesses e da capacidade dos trabalhadores em usarem sua autonomia para novos processos de gestão em saúde.

Enfim, nossa capacidade de operar nesse múltiplo e habitá-lo no encontro e na produção de um comum, desafio contínuo de nossa capacidade de mobilização coletiva e envolvimento dos trabalhadores e gestores no encontro com os usuários, a partir da re/criação de modelagens de cuidado que se aproximassem dos territórios vivos em saúde.

Após o processo de um ano, apresentamos a proposta construída coletivamente em torno do apoio matricial para a cidade. A formulação dessa proposta e sua sustentação foi o primeiro embate com a gestão. Na medida em que estava em questão o vínculo dos trabalhadores que constituiriam os NASF, a gestão colocava que seria inviável a contratação via vínculo estatutário e nessa medida esbarramos num obstáculo concreto, que inviabilizaria o cumprimento das metas propostas no PMS 2010/2013 de criação de 15 núcleos na cidade.

---

<sup>46</sup> A Educação Permanente em saúde toma o processo de trabalho como objeto de reflexão participativa e ativa entre os diferentes atores em cena. A partir desses cenários de práticas, o trabalho se produz em ato, constitui-se em estratégia educativa que coloca em análise e interroga o próprio mundo do trabalho.

Frente a esse cenário, o coletivo formulou uma proposta de intermediação, estabelecendo critérios mínimos a partir dos indicadores de cobertura da AB e vulnerabilidade das regiões para implantação dos NASF's e repactuação dessa meta com a garantia de pelo menos sete NASF's na cidade, elencados por ordem de prioridade para implantação e com a repactuação no Conselho Municipal de Saúde. Mas essa proposta não foi aceita, indicando a posição da gestão em não compor coletivamente uma saída para esse impasse.

Nosso impasse se dava em sustentar a construção coletiva da proposta em detrimento da posição da 'máquina estatal' do governo. Travou-se aí um embate de forças entre o poder instituído da gestão e nossa capacidade de sustentação dessa proposta enquanto produção coletiva, referendada nas instâncias do controle social, via aprovação em Plenária do Conselho Municipal de Saúde.

Em meio a esse tensionamento, expunham-se as fraturas no contrato de Apoio e da relação de sustentação da Comissão com a Gestão. Outro importante analisador desse processo se dá a partir da discussão da criação do cargo/função de Apoiador Institucional na SMS. Defendíamos a proposição de que os apoiadores que se forjaram nesse percurso pudessem dar continuidade como referências junto as suas GD's que representavam na Comissão, pelo acúmulo em relação ao processo disparado sobre o Apoio nos diferentes territórios. A proposição era que o Apoiador Institucional estivesse vinculado à assistência/atenção na sua lotação de origem, dividindo parte de sua carga horária para as funções de Apoio no seu território de referência. Tal proposição sustentava-se na aposta de inseparabilidade entre a atenção e gestão e não no arranjo de um 'cargo' de Apoiador mas na função Apoio e estabelecia uma distinção entre 'apoio ao gestor' (restrita a gerência, como função gerencial) de um 'apoio à gestão em saúde' vinculada aos coletivos e às equipes.

Nesse cenário ainda sustentamos a elaboração, acompanhamento e execução do projeto de formação em apoio matricial. Assumindo o desafio de garantir espaço de aproximação entre os trabalhadores envolvidos na criação das primeiras equipes de NASF de todas as gerências da cidade, adentrando assim o campo da micropolítica do cuidado. Construimos um entendimento de que a mudança nos processos de trabalho não era suficiente para mudar os modos de cuidado. A aposta nos agenciamentos subjetivos como movimento de produção de outros mundos, a partir do reconhecimento que o trabalho em saúde depende do trabalho vivo em ato, o trabalhador como produto e produtor das modelagens tecnoassistenciais.

Vínhamos reconfigurando, nesse coletivo, um tensionamento entre apoio como arranjo de gestão e a identificação do apoio matricial como tecnologia de cuidado.

Recolocando esse aparente paradoxo a partir do pressuposto de orientação metodológica da Política de Humanização, da indissociabilidade entre atenção e gestão, estávamos disparando um novo arranjo que desse conta de colocar, simultaneamente, a gestão do trabalho e do cuidado em análise.

O apoio institucional adota como diretriz a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Assim sendo, o apoiador deve estar sempre inserido em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações. É, portanto, em uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão – lá onde estes domínios se interferem mutuamente – que a função de apoio institucional trabalha no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações (BRASIL, 2008, p 53).

A aposta feita na formação-intervenção, orientada pelos pressupostos teóricos da Educação Permanente em Saúde, mostrou-se como um caminho de intercessão com o processo de Apoio. Esse novo arranjo, em 2012, foi desenhado a partir de novo projeto de extensão com o EducaSaúde/UFRGS para investir na dimensão formativa e na ampliação do processo de formação-intervenção. Pretendia-se, com isso, que os trabalhadores das redes territoriais dos Distritos de Saúde pudessem se envolver, diretamente, na discussão do apoio com o objetivo de interferir e potencializar um campo comunicacional entre os serviços especializados e de atenção básica desses territórios, no sentido de uma mudança institucional. Tal experiência está alinhada à experiência similar apresentada por Figueiredo & Campos (2014), em relação à metodologia dos processos de formação, sustentando de que “[...] deveria imbricar teoria e prática, estudo e intervenção, partindo das experiências e dos problemas concretos para desenvolver a capacidade de reflexão e ação dos sujeitos.” (p 932)

Essa formação-intervenção ampliada foi nomeada de ‘Apoio Matricial como Dispositivo de Ampliação do Cuidado em Saúde’, em espaços em forma de círculos de conversa <sup>47</sup>, partindo dos incômodos produzidos na reflexão ativa nos processos de trabalho pelos próprios trabalhadores e ativando processos de pensamento e conexão de saberes. Esses encontros, num total de quatro turmas ao longo do ano, abriam um processo de análise institucional, colocando a função Apoio em análise, envolvendo os atores em cena, como campo de tensões que pudesse produzir também movimento para novas práticas, e enfrentar o desafio da (des)territorialização e territorialização.

---

<sup>47</sup> Essa experiência é apresentada no texto *Do círculo de conversa à rede de conversações* (LIMA, 2016).

O processo de formação-intervenção<sup>48</sup> foi desenvolvido em quatro turmas num total de 64 horas, no período de junho a novembro de 2012, envolvendo as oito Gerências Distritais de Porto Alegre. As turmas foram constituídas através de critérios de distribuição de vagas de maneira equitativa, num total de quarenta participantes por turma, distribuídas em todos os distritos de saúde, subdividindo-se entre três profissionais da atenção básica (Unidade Básica de Saúde e Unidade de Saúde da Família) e dois apoiadores matriciais de diversos serviços da rede: Equipes de Apoio Matricial (NASF em constituição), Equipes de Saúde Mental Infância e Adolescência, Equipe de Saúde Mental Adulto, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centros de Especialidades.

A experiência de colocar os pares em conversa a partir do compartilhamento das experiências concretas em rede, desafia os saberes instituídos e produz dobra, abrindo a necessidade de outras conversas para produzir um comum na multiplicidade, no sentido da ampliação da autonomia em modos mais democráticos e participativos da gestão das práticas de saúde.

Nesses encontros emergia a complexidade do mundo do trabalho e das implicações com a conformação de certo campo de práticas, disputas de poder, lógicas corporativas, problemas difusos, questões de governabilidade para incidir nos nós críticos e muitos outros.

Os processos de trabalho como produtores de conhecimento colocam em cena saberes formulados coletivamente, para os quais trabalhar é gerir e colocar em pauta afetos, saberes e poderes, lidando com a imprevisibilidade da vida, criando novas formas de cuidar. Ao vivenciar os limites do próprio saber, assim como os da vida por meio da escuta, emergem sentimentos de impotência, de desestabilização e de frustração que, quando trazidos à roda de conversa, podem fabricar novos modos de cuidar e produzir novas subjetividades, novos territórios existenciais, que tomem como eixo estruturante o campo relacional nos modos de trabalhar (FRANCO, ANDRADE & FERREIRA, 2009).

Essa experiência colaborativa teve vários desdobramentos:

- Dois processos de formação-intervenção através de Projeto de Extensão com a UFRGS/Departamento de Psicologia através do Laboratório de Políticas Públicas, envolvendo toda a Comissão;
- Construção de uma matriz analítica coletiva da situação de saúde da cidade com a participação de todas as Gerências Distritais, organizada a partir dos eixos: redes/intersetorialidade, educação permanente, modelo de gestão/atenção e controle social;

---

<sup>48</sup> Esse processo de formação-intervenção foi apresentado no em forma de artigo, para fins de publicação em livro sobre *Prospecção de Modelagens Tecnoassistenciais na Atenção Básica*, no prelo.

- Participação e inclusão entre as vinte experiências escolhidas em âmbito nacional do Prêmio INOVASUS/2011;
- Produção de um dossiê com registro de todo o material produzido no processo da Comissão;
- Seminário de socialização das discussões sobre apoio matricial e articulação entre os níveis federal, estadual e municipal, envolvendo duzentos participantes;
- Proposta de organização e composição dos NASF's, produzida coletivamente e envolvendo oito seminários loco-regionais;
- Proposta de Normativa sobre organização, funcionamento e objetivos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família;
- Formação-intervenção com os trabalhadores da AB e apoiadores matriciais de todas as GD's da cidade, em parceria com a UFRGS através do EducaSaúde;
- Composição de um círculo de cultura locorregional designado como caldo de cultura<sup>49</sup> local da região Sul, participando de um projeto de investigação colaborativa a partir de 2013, designado como Prospecção de Modelos Tecno-Assistenciais na Atenção Básica.<sup>50</sup>

Ao término desse processo, com o fim da institucionalidade da Comissão, sentíamos-nos convocados com a necessidade de reconfigurar, a partir de outros lugares, espaços coletivos de articulação entre os diferentes territórios, que pudessem dar seguimento e apoiar as equipes nas diferentes Gerências as quais estávamos vinculados. Foi feita uma proposição de continuidade desse coletivo, na forma de comissão permanente, para dar seguimento ao processo de implantação dos NASF na cidade, em articulação à CGAPSES.

Naquele momento não havia nenhuma composição existente que pudesse sustentar esse movimento de inclusão e transversalidade. Então propusemos o seguimento dos encontros entre atenção primária e equipes de apoio (NASF e Saúde Mental), reconstituindo espaços coletivos nos territórios das Gerências Distritais, em outra reconfiguração que

---

<sup>49</sup> Esses conceitos compõem construção metodológica de investigação em saúde apresentada como Pesquisa-Formação apresentada e discutida por Ceccim (2013; 2014).

<sup>50</sup> Esse projeto foi uma parceria com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde para o desenvolvimento de pesquisa colaborativa interinstitucional de Educação em Saúde Coletiva, envolvendo sete instituições brasileiras de ensino, desenvolvimento tecnológico e pesquisa, sob a coordenação do Núcleo de Educação Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde. Essa pesquisa reuniu experiências das cinco regiões do país, dentre as quais a Comissão de Apoio Matricial e NASF, compuseram como um caldo de cultura da região Sul. O projeto pretendeu dar visibilidade às ações em curso para captar perguntas e possibilidades que envolvessem a política e seus atores estratégicos como protagonistas dessas realidades. Esse processo de prospecção está compartilhado e publicizado através da publicação '*Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde*', em dois volumes pela Rede UNIDA em 2016.

pudesse articular os diferentes territórios. Propúnhamos sustentar uma articulação entre a atenção básica e a saúde mental, compondo uma rede de atenção psicossocial que tomasse o apoio matricial como um conector. Esses momentos propostos seriam um espaço de compartilhamento de experiências de autoanálise e educação permanente dos processos de trabalho, a partir desses arranjos na rede de atenção. Partimos da análise de cenário que indicava, que mesmo estando sob a mesma Coordenação, as áreas técnicas de saúde mental e da atenção básica ainda mantinham-se distantes.

A criação da Comissão de Apoio Matricial deu-se a partir de condições de possibilidade num movimento de fortalecimento institucional da Atenção Básica na SMS, momento que abre possibilidade de ‘abrir conversa’, inclusive incidindo numa mudança do desenho organizacional, onde a Coordenação da Atenção Básica passa a assumir a gerência dos serviços especializados e substitutivos e passa a incluir também a área de planejamento que aglutinava todas das áreas técnicas programáticas – que passa a ser uma Coordenação geral da Atenção Primária, serviços especializados e substitutivos sob a denominação de CGAPSES.

A proposta de extensão da prática do apoio matricial da Saúde Mental, de onde era originária e a experiência acumulada, para um apoio articulado à Atenção Básica, paradoxalmente parecia contribuir para um afastamento e fragmentação do próprio lugar do Apoio que estava em processo de constituição no cenário da SMS. Essa cisão produziu efeitos de enfraquecimento na proposta inicial de articulação entre as áreas, que ainda permanecem com a dissociação entre os NASF e as equipes de saúde mental que fazem ‘matriciamento’.

A partir dessa análise, buscamos reforçar a importância dessa articulação para a coordenação da CGAPSES, mas essa demanda não foi tomada como prioridade, nem sustentada pelo gestor.

Realizamos, ainda em 2013, um primeiro encontro-oficina, como restituição de todo o processo com e no coletivo ampliado, onde socializamos um documento-síntese com as questões emergentes no processo de formação-intervenção e uma análise de situação em relação aos processos de apoio na rede de atenção.

Algumas equipes de NASF estavam em processo de constituição e apontavam a necessidade emergente do acompanhamento e apoio desses coletivos, bem como a explicitação da proposta institucional para o Apoio na cidade. Mas, até aquele momento, a normativa que tratava dessa pactuação como diretriz compartilhada para toda a cidade, havia sido ‘engavetada’ e não foi feita nenhuma outra proposição por parte da gestão da SMS.

Esse documento-síntese apontou como principais desafios:

- APS não tem sido priorizada como ordenadora da rede de atenção, dificultando a tarefa da gestão do cuidado;
- Descentralização de tarefas de forma verticalizada sem readequação das condições de trabalho necessárias;
- Fragilidade nos vínculos, gerando alta rotatividade; falta de profissionais, inviabilizando a continuidade e longitudinalidade do cuidado;
- Retaguarda especializada insuficiente em algumas áreas, com baixa conectividade entre os pontos da rede;
- Concepção dominante que coloca o apoio matricial como substituto da atenção especializada;
- Fragilidade do lugar institucional de uma política de gestão do trabalho que articule e conduza os processos de educação permanente;
- Práticas de cuidado ainda focadas centralmente na lógica da consulta-prescrição;
- Distanciamento dos atributos na organização do processo de trabalho das equipes saúde da Família em Porto Alegre e das diretrizes da AB;
- Dificuldades de pactuação do apoio com equipes de referência, Apoio institucional e gestão local;
- Necessidade de garantir espaços de análise dos processos de trabalho e fortalecimento dos espaços de compartilhamento entre equipe de referência e equipe de apoio matricial;
- Educação Permanente reduzida à educação continuada e capacitações;
- Dificuldade de pactuação institucional sobre o Apoio como diretriz de gestão em saúde;
- Insuficiência das condições mínimas para o desenvolvimento das ações, da logística de transporte para o apoio;
- O subdimensionamento da força de trabalho em relação à ampliação da cobertura populacional das Unidades de Saúde, desrespeitando os limites estabelecidos máximos estabelecidos na PNAB;

- Ausência da análise das vulnerabilidades da população adstrita para adequação da composição das equipes de referência.

Mas essas problemáticas identificadas não foram acolhidas e priorizadas para que pudessem ser enfrentadas, a fragilidade de espaços coletivos colegiados em nível central e/ou local não tomaram essas demandas da análise situacional como elementos para a continuidade ao processo desencadeado, indicando uma dissociação entre campo de análise e intervenção, não compondo com o modo de gestão em vigência. A partir daquele momento, ficou a critério de cada Gerência Distrital a forma de condução sobre esses processos, inviabilizando um espaço coletivo que pudesse reunir todas as equipes de apoio.

A coordenação da CGAPSES ainda formulou o convite a dois trabalhadores, que eram Médicos de Equipes de Saúde da Família vinculados ao Instituto Municipal da Estratégia Saúde da Família (IMESF)<sup>51</sup> e membros da Comissão, com a ideia de incorporar na organização da própria Área Técnica da Atenção Primária uma referência para os NASF, até então inexistente. Esses trabalhadores serviriam de referência para todas as Gerências, ficando responsáveis por acompanhar e articular o apoio nas mesmas. Mas, no nosso entender, essa ação acabava por reforçar a divisão do trabalho, distinguindo uma categoria e separando UBS e USF, estatutários e celetistas.

Esse arranjo não se sustentou por muito tempo, porque em seguida iniciou-se um movimento de mudança da coordenação da CGAPSES, a partir de disputas políticas-partidárias da gestão municipal que repercutiram na ‘dança das cadeiras’ dos cargos de gerenciais. Essa mudança inicia um novo ciclo do lugar da atenção básica na Secretaria, que volta a ser reduzido na correlação de forças dos jogos de poder institucionais.

Houve, ainda, tentativas de realizar encontros locais nas GD's com as equipes de apoio matricial e NASF, mas esses espaços não conseguiram produzir efeitos de tensão para constituição de um coletivo maior, ficando claras as diferenças entre os territórios existenciais e a pouca governabilidade para incidir nos arranjos formais. Havia, ainda, a dissociação entre as funções de apoio institucional, vinculados à Gerência Distrital, e os apoiadores matriciais, vinculados ao cuidado. Os primeiros, efetivamente, não se ocupavam da discussão do apoio na atenção básica como o esperado, assumindo uma função de supervisão das equipes de saúde da família, em função da divisão interna entre UBS's do Município e ESF's do Instituto Municipal da Estratégia Saúde da Família.

---

<sup>51</sup> Fundação Pública de direito privado criado a partir de Lei Municipal nº 11.062, de 6 de abril de 2011 e regulamentado através de Decreto 17.131 de 1 de julho de 2011.

Para nós, ficaram muitas questões que se atravessaram permanentemente em toda essa experienciação em torno do Apoio, e continuam presentes no cenário atual: como sustentar dispositivos de ampliação da democracia institucional, em condições institucionais enrijecidas e sem abertura para uma gestão participativa? Até que ponto um arranjo de gestão instituído é condição para operar o apoio? Como fazer a aproximação e operar a inclusão dos impasses e potências dos diferentes atores envolvidos nas práticas de saúde mental na atenção básica? Esse movimento estaria em nossa governabilidade? Como agenciá-lo nas malhas de uma gestão verticalizada e fragmentada?

Buscamos construir saídas a partir de nossa autonomia nos processos de trabalho, como que Tateando por pistas que pudessem ampliar os espaços de resistência. Estas apontavam para a aproximação com a micropolítica, na articulação do cuidado, gestão e formação. Vários dos componentes da Comissão e dos trabalhadores que participaram desse processo de formação-intervenção seguiram e seguem nos seus territórios, operando diretamente o Apoio em equipes de apoio matricial, NASF ou como apoiadores institucionais na atenção primária.

Nesse sentido, retomar essas memórias como acontecimentos datados, marcadores de agenciamento coletivo, compõe dispositivo de genealogia e cartografia para analisar os processos desencadeados na produção do apoio na cidade de Porto Alegre. Tem a intencionalidade explícita de contribuir para a análise da pesquisa da Saúde Mental na Atenção Básica e possibilidade de registrar o vivido, com possibilidade de inclusão da produção como conhecimento e pesquisa.

### 3.5 EXPERIENCIAÇÕES DE APOIO EM ATO – RELATO DE UMA APOIADORA

O processo de criação de uma Equipe de Apoio Matricial e posteriormente NASF, no Distrito Sanitário onde atuo, são efeitos-desdobramento dos processos protagonizados a partir das experiências que já foram abordados nos capítulos anteriores.

A partir das discussões produzidas em torno do apoio na Gerência Distrital Leste/Nordeste, vinculadas ao processo de apoio disparado pela Comissão de Apoio Matricial, foram se configurando novos modos de produzir e operar, induzindo o desenho e a constituição de uma Equipe de Apoio Matricial<sup>52</sup>.

A existência dessa Equipe foi exigindo, também, a reconfiguração do trabalho de apoio desenvolvido até então, exclusivamente em saúde mental a partir das equipes de adulto e infância/adolescência. A ampliação desse escopo de inserção do apoio para outras áreas e a vinculação de profissionais da área temática de saúde mental foi exigindo a ampliação da conversa em rede e operando o exercício de inclusão de todos os trabalhadores/apoiadores.

Os impasses e desafios vividos na organização da rede de atenção básica da cidade, com suas diferentes realidades, coexistindo unidades básicas de saúde próprias (sob gestão e vínculo empregatício do Município) e conveniadas, com variados desenhos e composições organizacionais, interferem diretamente na gestão e processo de trabalho e repercutem na composição e relação entre os diferentes serviços da rede, indicando analisadores sobre os contratos de gestão no trabalho.

O acúmulo da experiência de interconsulta e a ampliação dessas discussões no território foram indicando a necessidade de articular e colocar em análise esses diferentes modos na Atenção Básica, desafiando a construção de contratos internos de gestão local e a criação de espaços coletivos para pactuações que pudessem se configurar como dispositivos para constituição de redes de articulação e Apoio do trabalho em saúde, além da própria (re)organização dos processos de trabalho frente à essas necessidades.

Uma das estratégias construídas localmente foi o arranjo que passamos a nomear como ‘reunião de matriciamento’ na GD e, a partir da criação desse espaço, o desafio era sustentá-lo como lugar de gestão do Apoio com a participação de todos os trabalhadores que

---

<sup>52</sup> Em agosto de 2012 se constituiu na GD LENO uma Equipe de Apoio Matricial, composta por Assistente Social, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo, Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional – reorganizando o apoio matricial no território. Essa Equipe era responsável por dez ESF's na região Leste e ainda não se denominava como NASF em função de estar incompleta dentro dos parâmetros estabelecidos para credenciamento junto ao Ministério da Saúde.

estivessem realizando práticas de apoio naquela Gerência. Inicialmente, o grupo reunia trabalhadores das equipes de saúde mental adulto, equipe especializada criança e adolescente e equipe de apoio matricial e uma assessora que representava o gestor local, mas em seguida, pelo seu caráter deliberativo e estratégico - lugar de planejamento, decisão, execução e avaliação - passou a demandar a inclusão dos apoiadores institucionais e da própria gerente distrital.<sup>53</sup>

A partir daí, organizamos o seguinte arranjo de apoio matricial, como possíveis frente ao cenário existente:

- A Equipe de Apoio Matricial (que atualmente já se constitui como NASF Leste) passou a ser responsável pelas Equipes de Saúde da família na região Leste em diferentes áreas temáticas: alimentação e saúde nutricional, assistência social, saúde mental e reabilitação.
- Formaram-se duplas de apoiadores em saúde mental das equipes adulto e criança/adolescente, responsáveis pelas Unidades Básicas de Saúde do Distrito de Saúde Leste.
- Mantiveram-se os grupos de interconsulta em saúde mental para todas as unidades básicas de saúde do Distrito de Saúde Nordeste.

Também nesse cenário, desde 2013 criamos um grupo de Saúde Mental no GT de Monitoramento da GD, entendendo a urgência de colocar a Saúde Mental na pauta do planejamento, avaliação e monitoramento. Esse grupo inicialmente buscou identificar a existência de dados sobre saúde mental que possibilitassem produzir informações e uma matriz analítica do cenário da saúde mental através de eixos prioritários abaixo:

- Identificar o número de atendimentos/mês nos Serviços de Referência em Urgência/Emergência em saúde mental, por Unidade de Saúde da GD;
- Identificar o número de internações/mês nos Serviços de Referência em Urgência/Emergência em saúde mental, por Unidade de Saúde da GD;
- Identificar o número de internações/mês em saúde mental, por Unidade de Saúde da GD, considerando sexo, faixa etária, raça/cor;
- Identificar o número de reinternações/mês em saúde mental, por Unidade de Saúde da GD, considerando sexo, faixa etária e raça/cor;
- Identificar as prescrições de medicações psicoativas/mês, por Unidade de Saúde da GD;

---

<sup>53</sup> A GD em questão conta com duas apoiadoras institucionais (vinculadas ao IMESF), referência para as unidades de saúde da família, e uma apoiadora (estatutária), referência para as unidades básicas de saúde.

- Identificar as medicações psicoativas dispensadas/mês, por Unidade de Saúde da GD, considerando sexo, faixa etária e raça/cor.
- Papel de provocador de colocar os analisadores sociais e produzir deslocamento na máxima do modelo gerencial hegemônico que separa o planejamento da execução do trabalho.

Deparamos-nos com a inexistência de um banco de dados que pudesse fornecer esses dados, e com muitas barreiras institucionais devido à falta de ingerência da GD nas áreas responsáveis pela regulação das internações, pelas urgências e emergências. As informações existentes no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em relação à saúde mental mostraram-se limitadas ao registro de número de atendimentos/ mês por unidade de saúde da família de usuários de saúde mental, usuários de drogas e usuários de álcool. A análise desses dados em uma série histórica apontava a necessidade de discussão do que se entendia em relação a esses atendimentos, que refletiam na inconsistência dos registros. Em relação à farmácia distrital, iniciamos a tentativa de produzir alguns dados, mas o sistema de dispensação utilizado é extremamente limitado, não funcionando na lógica da assistência farmacêutica, mas na lógica do controle de estoque de materiais.

Esse cenário indica os desafios de um sistema de avaliação em saúde mental e das fragilidades de avanço nessa perspectiva por parte da Política Nacional e na realidade local. O que acabou por abrir outros caminhos de intervenção desse GT de monitoramento, num plano micropolítico, ao aproximar o olhar sobre as práticas de saúde mental na AB, tomando como estratégia a criação de um coletivo de saúde mental na AB, experiência de Apoio e Educação Permanente em processo.

### 3.6 A PRODUÇÃO DE ESPAÇOS COLETIVOS ENTRE ATENÇÃO, GESTÃO E FORMAÇÃO

Uma experiencição que continua em processo é a constituição do Coletivo de Saúde Mental na Atenção Básica, que surge a partir de um grupo de monitoramento em Saúde Mental<sup>54</sup> na Gerência Distrital Leste/Nordeste<sup>55</sup>.

Esse processo parte da diretriz de que o trabalho em saúde possui alto grau de liberdade de criação, conforme sustentado por Merhy (2002) na teoria do trabalho vivo em saúde, dando a possibilidade da construção de práticas singulares sempre moduladas por graus de diferenciação, mesmo que submetidos sob as mesmas orientações técnicas-protocolares (FRANCO, ANDRADE & FERREIRA, 2009).

A partir de cenas-analisadoras e narrativas trazidas no apoio matricial realizado nesses territórios e de encontros entre trabalhador-trabalhador, com o envolvimento direto desses trabalhadores em diferentes serviços da rede de cuidados com as demandas da Saúde Mental, começamos a nos questionar sobre a insistência e ‘naturalização’ de um pedido compartilhado por trabalhadores da atenção básica em relação às questões de Saúde Mental. Tal pedido se apresentava de duas formas: “não sabemos como lidar com o excesso de demanda para saúde mental, não nos sentimos capacitados para oferecer respostas” e “estamos em sofrimento e nos sentimos impotentes, precisamos cuidar da nossa Saúde Mental”.

Essas falas também compõem, de forma recorrente, em outros estudos sobre Saúde Mental na Atenção Básica - vide Dimenstein *et. al.* (2005); Paulon & Neves (2013) e Dimenstein & Silva (2014). Se, por um lado, essa temática é indicada como principal demanda de apoio, por outro se apresenta associada à tríade trabalho-sofrimento de impotência e sofrimento frente a essas necessidades nomeadas como da ‘Saúde Mental’.

Apresenta-se um aparente paradoxo de reconhecimento de *demandas X invisibilidade* de práticas de Saúde Mental, apontando a dificuldade de incluir o sofrimento psíquico em

---

<sup>54</sup> Grupo composto por trabalhadores (assistente social, enfermeiro, médico saúde da família, médico psiquiatra e psicólogos) que pertencem a diferentes serviços do território na atenção básica, NASF, equipes de saúde mental adulto e da criança e adolescente, e assessora da gerência. Tem como tarefa a articulação da saúde mental em relação às análises de saúde do território, vinculado ao grupo de monitoramento geral da Gerência que é organizada pela Assessoria de Planejamento da Secretaria.

<sup>55</sup> A cidade de Porto Alegre é dividida e georeferenciada em 17 Distritos de Saúde, que compõem 08 Gerências Distritais. Essas gerências tem a responsabilidade clínico-sanitária e representam a autoridade local de saúde nesses territórios de abrangência. A experiência em questão trata da Gerência Leste/Nordeste composta por dois Distritos Sanitários.

suas ofertas de cuidado e ainda de reconhecer as dimensões do cuidado em saúde mental presente no acolhimento de qualquer forma de sofrimento. Esse seria um primeiro analisador: a invisibilidade das práticas e a necessidade de reconhecê-las. Mas isso levava à necessidade de produzir outras visibilidades, que pudessem trazer a produção subjetiva dessas experiências, um plano subjetivo da produção do cuidado.

Segundo estudo exploratório de Gama & Onocko Campos (2009) sobre Saúde Mental e Atenção Básica, ainda é incipiente a articulação entre tais políticas, sendo que a complexidade dessa inclusão também é um dificultador, associado a um grande distanciamento entre as proposições das políticas e o contexto da realidade dos serviços. Isso nos apresenta obstáculos organizativos e operacionais na efetividade dessa articulação necessária, mas esses autores também identificam o apoio matricial como possível ativador de mudanças desse cenário e, agregamos a isso, a necessidade de outros arranjos a serem inventados.

É importante destacar que este grupo de monitoramento em Saúde Mental, foi se constituindo também como lugar de troca para os próprios apoiadores, que tinham aí a possibilidade de encontros entre gestão, cuidado e formação. Os impasses se apresentavam nas situações concretas vivenciadas em diferentes frentes onde o cuidado em Saúde Mental está em questão, desdobrando-se em outros temas e encontros, conectando e agenciando a partir das experiências no agir cotidiano do trabalho em saúde.

Acabamos por apostar em intensificar esta discussão, entendendo que esse coletivo buscava operar um exercício de maior inclusão dos atores envolvidos nesses impasses reais, especialmente Agentes Comunitários de Saúde e Técnicos de Enfermagem. Essa aposta também carregava a intencionalidade em operar o contágio e a transversalidade como conceitos-força de um plano dos movimentos, operando em “uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão – lá onde estes domínios se interferem mutuamente” (Brasil, 2008).

Buscamos em experimentações anteriores e em nossa caixa de ferramentas, dispositivos que pudessem operar para fazer ver e falar, como nos apresenta Foucault (2012). Nosso entendimento é que este era também um ‘arranjo’ a partir da função apoio, que extrapolava uma dimensão temática e que podia por para funcionar a dimensão do coletivo no trabalho em saúde.

Esse grupo, nomeado como Coletivo de Saúde Mental na Atenção Básica, organizou-se inicialmente abrindo um espaço de conversa aos trabalhadores de todas as equipes dessa Gerência Distrital. Esse convite convocava a colocar em roda diferentes trabalhadores que se

sentissem afetados pelo questionamento ‘O que seriam práticas de Saúde Mental na Atenção Básica?’. Esse chamamento foi colocado no colegiado da Gerência<sup>56</sup> e nos espaços de apoio matricial nas equipes da atenção básica.

Um questionamento que nos fazíamos repetidamente era em relação à efetividade de outro espaço para colocar essa pauta na agenda dos territórios. Não estaríamos esvaziando os espaços já existentes? As reuniões de equipe, o próprio colegiado, o apoio matricial e a reunião de matriciamento? Por que não ocupar de fato os lugares já instituídos? Não seriam esses os lugares ‘legitimados institucionalmente’ para enfrentar tais desafios? Essas preocupações denunciavam a sobreimplicação dos nossos lugares junto ao apoio?

Em respostas a estas questões fomos produzindo um entendimento compartilhado sobre o funcionamento nesses espaços, onde a participação se dava pela via da representação ou da ocupação de lugares institucionais pré-definidos. Por exemplo, no colegiado, os participantes são coordenadores das unidades que ‘representam’, operando ali uma lógica predominantemente hierárquica. Já nas reuniões de equipe, todos os trabalhadores daquele serviço necessariamente devem comparecer, momento em que as unidades fazem uma ‘parada’ no atendimento e essa participação apresenta-se, a princípio, como trabalho prescrito. Nesses espaços conseguimos fazer uma distinção clara de suas intencionalidades.

Mas, e nas reuniões de matriciamento<sup>57</sup>, espaço onde a temática ‘Saúde Mental e Atenção Básica’ comparece como elemento que articula diferentes serviços do território? Porque não potencializar esse espaço, o que nele não estava encontrando lugar?

O que estava ‘fora’, paradoxalmente, eram os próprios trabalhadores da atenção básica. Fomos-nos dando conta de que, também esse espaço, não conseguiu lateralizar a comunicação, incluindo-os. A dimensão interventiva-formativa parecia ser uma estratégia de aproximação das próprias experiências de como se vinha operando o cuidado nesses cenários.

Estamos dando passagem à afirmação da vida nos encontros, em nossos processos de trabalho em saúde que produzem, simultaneamente, cuidado e sujeitos ou cristalizando as dicotomias entre clínica e política e atenção e gestão? (BENEVIDES DE BARROS & PASSOS, 2005a)

---

<sup>56</sup> Espaço semanal de reunião de todos os serviços sob responsabilidade da Gerência Distrital, no geral, representados pelos coordenadores dos mesmos, gerente distrital, assessora e apoiadoras institucionais.

<sup>57</sup> Espaço colegiado que reúne mensalmente apoiadores do território e a gerência distrital, que tem como objetivo discutir o processo de apoio no território, as demandas a partir dos projetos terapêuticos, pactuando fluxos e funcionamento de articulação com a rede de atenção à saúde.

Avaliamos que seria estratégico constituir um grupo com esses trabalhadores da atenção básica para desestabilizar a herança do planejamento tradicional, que separa os que planejam dos que executam, reproduzindo a hierarquia entre lugares de saber/poder nas organizações.

Com o formato de rodas de conversa mensais de um turno, ativas por diversas ofertas pactuadas nesse coletivo e através do compartilhamento de experiências de cuidado, buscamos intensificar a dimensão da autonomia dos trabalhadores em seu processo de trabalho. Situamos esse arranjo no conceito de formação como intervenção, fomentando o reconhecimento e a criação de estratégias em Saúde Mental na atenção básica e apostando na ampliação da caixa de ferramentas dos trabalhadores.

Analisando nossa intencionalidade aparentemente ingênua, de sustentar a concepção da constituição de um coletivo a partir de um comum de partilha e pertencimento, anunciava-se o desafio de dar passagem para a criação e transformação dessas formas instituídas como meras ‘representações’. Onde a gestão do trabalho como estratégia de movimento pudesse abrir espaços para que os conflitos se expressem, abrindo condições para a construção de contratos e compromissos entre os diferentes atores. Bem como o desafio em romper com a lógica dos ‘especialismos’, que pudessem se apresentar nesse coletivo a partir de diferentes experimentações de práticas, resultando na ampliação das ofertas de cuidado na perspectiva da integralidade e em redes de conversação.

Nesse período de um ano em que a experienciação perdura, viemos insistindo e resistindo em sustentar essa experiência em análise, tomando o “coletivo como plano de criação” (ESCÓSSIA, 2009), para enfrentar o desafio de produzir conectividade e agenciamentos sustentados no entrecruzamento dos princípios da reforma sanitária e psiquiátrica, para avançar na construção da integralidade. Concordamos com a análise de Franco (2006) de que redes que operam centradas no trabalho vivo são autogestionárias e aumentam sua potência em transformar a realidade, dando passagem à força produtiva existente nos coletivos a partir da ampliação de sua capacidade de autoanálise.

Seguem abrindo-se novos problemas, e aí também se apresenta a importância estratégica do coletivo dada à complexidade das questões: Como romper com a lógica binária hegemônica indivíduo-coletivo? Como acessar o plano relacional de afetação com o outro na diferença? Como armar um dispositivo que encarne e acione procedimentos e tecnologias de fazer ver e falar – o não-saber em relação à organização social?

É importante destacar que estas apostas não se constituem em garantias, ao contrário, nos colocam no ‘*fio da navalha*’, no movimento de recriação de conceitos-dispositivos

sempre provisórios e parciais, assim como nos alerta Escóssia (2009) “acreditamos que uma política do coletivo não é uma política de soluções duradouras dos problemas, mas uma experiência coletiva permanente de problematizações, identificações de perigos e escolhas ético-políticas.” (p 693).

## **4. UMA EXPERIÊNCIA INTERVENTIVA NA ATIVAÇÃO DE REDES ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA**

### **4.1 A PARTICIPAÇÃO COMO PRODUÇÃO DE ENCONTROS: UMA PESQUISA COMO APOIO**

Nos passos iniciais do processo da Pesquisa Saúde Mental na Atenção Básica em Porto Alegre, a composição do grupo de pesquisa se deu com a participação de pesquisadores em iniciação científica, mestrandos, doutorandos, professores coordenadores e colaboradores e trabalhadores, gestores e usuários participantes dos grupos de interesse. Os pesquisadores se dividiram em equipes, de acordo com o porte populacional de cada cidade. Minha participação deu-se diretamente na cidade de Porto Alegre, com mais quatro pesquisadores: um doutorando, duas bolsistas de iniciação científica e uma pesquisadora colaboradora (vinculada à coordenação da Saúde Mental do Município). Todos os pesquisadores reuniam-se semanalmente em reunião do grupo condutor da pesquisa (grupo base). Nesse espaço foram construídos, pactuados e analisados o movimento processo da pesquisa, seus impasses, travamentos e (des)caminhos. Uma pesquisa-intervenção exige uma análise de implicações dos participantes, como definem Coimbra & Nascimento (2007) sobre a necessidade da atenção permanente em relação “[...] o lugar que ocupamos, nossas práticas de saber-poder enquanto produtoras de verdades – consideradas absolutas, universais e eternas – seus efeitos, o que elas põem em funcionamento, com o que se agenciam [...] (p 29).

Nossa entrada no campo havia se dado em diferentes espaços no âmbito da gestão da SMS e do controle social, vinculado ao Conselho Municipal de Saúde, abrindo um amplo e permanente processo de pactuação com os diferentes atores, elemento central da escolha metodológica utilizada que demarca o posicionamento ético-político da pesquisa. Havíamos iniciado a entrada em campo com a apresentação e aceite da pesquisa junto a coordenação da atenção básica e após foram precedidos pela submissão do Projeto de Pesquisa de Saúde Mental na Atenção Básica junto aos Comitês de Ética da UFRGS e da Secretaria Municipal de Saúde, com o Parecer Consubstanciado nº 607.410 de 07/04/14, conforme Plataforma Brasil. Para fins de procedimento, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II) em todos os grupos focais e de interesse, resguardando a informação e livre escolha em relação à participação nesse processo.

Mesmo nesses momentos iniciais já sentíamos obstáculos institucionais que travavam a inclusão e a participação, exigindo um sobretrabalho de pactuação da pesquisa,

que se estendia em encontros de negociação com os novos gestores em diferentes instâncias, já vivenciando os efeitos da burocracia e dos modos de uma gestão verticalizada. Nesses espaços, evidenciava-se um distanciamento entre as áreas de Saúde Mental e da Atenção Básica, quando o gestor colocava “*esse espaço está possibilitando uma aproximação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica*” (gestor no Grupo de Interesses) reafirmando a importância dessa articulação e a interferência produzida pelo processo da pesquisa. Ao colocar em roda e possibilitar a conversa com usuários, gestores e trabalhadores, se operava em ato a lateralização da comunicação, com a ampliação do grau de transversalidade “*nunca havia discutido com usuários sobre o trabalho*” (palavras de um trabalhador no Grupo de Interesses); e “*a saúde tem que aprender a se comunicar, parar de falar em siglas*” (o usuário reivindicando no mesmo espaço), nos convocando a inventar e avaliar as estratégias de inclusão.

Numa primeira rodada de encontros com a Coordenação da Atenção Básica, que era nossa principal interlocução na SMS, ao apresentar a organização da atenção básica o gestor nos indica a necessidade de pactuar também com a direção técnica do IMESF, responsável pela contratação e gerenciamento dos trabalhadores das equipes de saúde da família próprias do município. Essa organização apontava uma dissociação entre a gestão do trabalho e a gestão da atenção, que se apresentavam sob a forma de coordenações distintas na direção técnica do Instituto e na coordenação da rede de atenção básica.

Esse funcionamento institucional dificultou a pactuação da participação do segmento gestor na pesquisa e a identificação dos lugares institucionais de poder, resultando na variabilidade de participação dos gestores nos Grupos de Interesses da pesquisa e dificultando o processo de pactuação do mesmo. Outro elemento que acompanhou toda a Pesquisa foram várias mudanças na gestão da SMS, tanto em relação aos cargos como em relação ao organograma. A primeira dessas mudanças foi em relação à estrutura da Secretaria envolvendo as áreas de Planejamento X Áreas Técnicas (Programáticas), explicitando a disputa de diferentes concepções de gestão entre si. O que se apresenta em questão é a velha dissociação entre quem planeja e quem executa, sendo que às ‘áreas pensantes’ da SMS definiam as prioridades de gestão para as áreas executoras – principalmente para a Atenção Básica.

O organograma em vigência até então havia sido implantado em 2011 e, naquele momento, havia reforçado o lugar institucional da Atenção Básica, conforme apresentado no capítulo Comissão de Apoio Matricial. A mudança proposta neste momento reduzia o espaço

institucional da Atenção Básica na SMS e a função de coordenação do cuidado, o que apontava contradições no fortalecimento da Política de Atenção Básica a nível local.

Tal proposta levou ao desdobramento da Coordenação Geral de Atenção Primária, Serviços Especializados e Substitutivos (CGAPSES) em três coordenações: Coordenação Geral de Atenção Básica, Coordenação de Média Complexidade (incluindo os serviços substitutivos da RAPS) e Coordenação de Áreas Técnicas (Programáticas) entre elas a Saúde Mental.

A coordenação da AB, que era nossa interlocução direta na SMS, mudou três vezes nesse mesmo período. Ainda houve, em Abril de 2015, a mudança do Secretário Municipal de Saúde, cargo que foi assumido pelo coordenador da CGAB na época e ex- diretor técnico do IMESF. Esse contexto institucional, com tantas mudanças, demandou um investimento intenso por parte dos pesquisadores, em retomar e atualizar as pactuações. É nesse cenário, marcado pela instabilidade e descontinuidade na gestão (incluindo a mudança de gerentes distritais), que vai se reconfigurando a atenção básica na SMS, entre tensões e paradoxos que vão marcando as práticas em ato.

Esses espaços de encontros estavam circunscritos como momento de maior aproximação das realidades locais e do cenário de práticas na AB. A realização de Grupos Focais com trabalhadores e usuários compunham a segunda etapa do processo da pesquisa saúde mental na atenção básica.

Inicialmente, havia um universo de 54 equipes que haviam aderido e participado do PMAQ-2012 em Porto Alegre. Seria inviável, pela questão temporal e da capacidade operacional do grupo de pesquisa, a realização de grupos com todas as equipes dessas UBS. Assim, nos deparamos com a questão envolvendo os critérios de escolha para realização dos grupos focais nas diferentes Gerências Distritais da cidade e fizemos essa discussão com a coordenação da atenção básica da SMS, que indicou a necessidade de discussão com o colegiado de gerentes da AB/SMS.

Foi realizada uma apresentação geral da pesquisa para esse colegiado, para avançar no processo de contratação da pesquisa e saíram três indicativos:

- necessidade de que, a partir daquela apresentação, cada GD pudesse avaliar o interesse quanto à temática da pesquisa e consequente realização da mesma nos distritos sob sua responsabilidade gerencial;
- indicação de um trabalhador de referência (preferencialmente um Apoiador do território), que funcionasse como mediador entre o grupo de pesquisa, a Gerência e as unidades de atenção básica;

- sugerir critérios de inclusão para definição das equipes/trabalhadores nos grupos focais.

Nessa reunião surgiram vários tensionamentos em relação a diferentes entendimentos quanto à pesquisa e sua relação com os territórios, onde emergiram experiências já vividas que denunciavam modos de fazer pesquisa que não dialogavam com as necessidades dos serviços, reproduzindo uma lógica dicotômica entre teoria e prática, na contramão do pensamento foucaultiano, que afirma que todas as teorias equivalem a práticas históricas.

Em meio a estes questionamentos, mesmo apresentando as diferenças existentes entre diferentes concepções e modos de operar da Instituição Pesquisa e Universidade, permanecia a desconfiança e o desconhecimento frente a essas diferenças, o que apontava que esse seria um dos empreendimentos dessa pesquisa – sustentar sentidos compartilhados e construídos coletivamente entre os diferentes atores.

Também fizemos essa discussão com o grupo de interesses, compartilhando os dilemas e impasses que se apresentavam para pensar em possibilidades de saída, construção de possíveis e pactuação de critérios. Mas o grupo de interesses estava em processo de constituição e não houve evolução nessa discussão e nem proposição naquele momento.

A coordenação da Atenção Básica reproduziu mais algumas considerações, trazidas pelos gerentes em relação à escolha das equipes para realização de Grupos Focais, mas não chegaram a produzir nenhuma proposição específica. Colocou a posição de duas Gerências que se negaram em abrir campo para a realização da pesquisa em seus distritos de responsabilidade, com a justificativa desses gerentes de que a pesquisa era tomada como uma sobrecarga de demandas e que a liberação dos trabalhadores para diferentes momentos de participação causaria prejuízo aos processos de trabalho.

Num primeiro momento, a Coordenação queria que a decisão pela participação na Pesquisa se desse pela posição da maioria do Colegiado, o que implicaria na imposição da adesão dessas GD's que se manifestaram contrárias. Mas o grupo de pesquisadores posicionou-se em garantir o imperativo ético da participação por manifestação de interesse. Restava a questão relevante de como garantir o acesso aos trabalhadores dessas duas Gerências que tivessem interesse em participar da Pesquisa, na medida em que os Grupos Focais não ocorreriam nesses territórios?

Nosso posicionamento buscava sustentar metodologias participativas em todas as etapas da pesquisa, seguindo diretrizes ético-políticas que orientam os trabalhos na direção de considerar a complexidade histórica do campo e o contexto do objeto pesquisado, propiciando

um aumento do ‘grau de apropriação’ dos aspectos estudados pelos sujeitos, levando em conta a dimensão subjetiva que atravessa o próprio ato de pesquisar (PAULON *et. al.*, 2015).

Agenciar e compor essas diferenças tem sido o maior desafio na construção de um comum – e é a isso que se propõe a Pesquisa de Saúde Mental na Atenção Básica. Além de lidar com tempos institucionais diferentes – o da universidade, com suas demandas; o das agências de fomento, com seus tempos e prazos; o da gestão, com suas prioridades; e, dos processos de trabalho nas relações trabalhador-usuário. (FURTADO, 2001; FURTADO & ONOCKO CAMPOS, 2008; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Uma possibilidade de resolução desse impasse seria a participação aberta para os trabalhadores e usuários desses territórios no Grupo de Interesses híbrido, onde também pautaríamos essa questão. Sabíamos que tal mediação estaria prejudicada pela questão da comunicação e acesso às unidades destas GD's, mesmo que utilizássemos outras formas de comunicação menos formais não mediadas pela Gerência.

Os outros cinco municípios onde foi realizada a Pesquisa haviam realizado grupos em todas as Equipes aderentes ao PMAQ. Em Porto Alegre, em função do grande número de Unidades envolvidas, que correspondiam a 25% do total das equipes de atenção básica do município, tomamos como guia um arranjo que possibilitasse a participação por Gerência Distrital e que priorizasse, portanto, o critério **interesse**. Ou seja, qualquer trabalhador da atenção básica da região, que manifestasse interesse, poderia participar do Grupo Focal a ser realizado em local a ser definido conjuntamente com a GD local.

Como qualquer processo de inclusão gera uma exclusão, nesse caso a exclusão resultou em não trabalharmos com o todo de equipes específicas, evidenciando o novo desafio da comunicação e acesso. Isso contribuiu para uma participação reduzida de usuários, como veremos na tabela dos grupos focais e a limitação de não acessar aos processos de trabalho das equipes, que talvez indique as limitações das nossas ferramentas de pesquisa.

Algumas estratégias foram montadas para enfrentar estes dilemas e impasses participativos. Como forma de aproximação dos territórios, fizemos uma tentativa de articulação e inclusão dos apoiadores locais no processo, que até então estava centralizado no gerente distrital. Para tanto, antes do início dos grupos, propomos uma reunião do grupo de apoiadores de Porto Alegre com os gerentes e apoiador institucional das seis GD's participantes. Esse momento foi importante para combinações e pactuações acerca da organização das inscrições para o Grupo Focal e, a partir desse contato, viabilizou a estratégia de aproximação entre os pesquisadores e as GD's.

Esse elemento já se apresenta como um analisador: como garantir a possibilidade de acesso à participação dos interessados se a demarcação da participação é definida pela gestão, seja inicialmente na posição dos gerentes, que definem por seus territórios a escolha de compor ou não a pesquisa, seja no processo da pesquisa em si, na mediação necessária entre as instâncias gestoras a nível local para acessar as equipes?

Nesse sentido, o que vimos operar no processo em relação à garantia de participação é que esse é um dos principais desafios da rede como um todo, tal seja, criar mecanismos de democratização ao acesso das informações. Em relação ao Grupo de Interesses Híbrido e aos Grupos Focais, o que melhor funcionava para transpor as barreiras institucionais da centralização e verticalidade era o envolvimento de trabalhadores, usuários e gestores que assumiram nesse espaço a tarefa de construção coletiva do processo, funcionando como pontes entre os territórios e as equipes.

Para fazer chegar esse convite às diferentes unidades das GD's da cidade, além da participação dos pesquisadores de referência em todos os colegiados dos diferentes territórios, foi feito um cartaz-convite para as unidades e abriu-se uma lista de inscrição (com um número inicial de vagas para os interessados). A divulgação ficou sob a responsabilidade das seis Gerências Distritais, mediada por um trabalhador preferencialmente apoiador da atenção básica, com vistas a facilitar a circulação do convite para as equipes. Além dessa divulgação via GD, utilizamos a lista de emails dos participantes do GI híbrido e cada um funcionou como amplificador desse processo em diferentes redes. A forma como tais pactuações foram conformando e (de)formando procedimentos planejados da Pesquisa, as instâncias que daí foram resultando e os primeiros movimentos que refletiram nos territórios pesquisados, são parte do que entendemos por efeito-intervenção da pesquisa. (PAULON *et. al.*, 2015)

A proposta da realização de Grupos Focais como espaços coletivos tem como principal objetivo abrir a conversa com trabalhadores e usuários a partir do destaque de aspectos específicos da ampla avaliação lançada pelo PMAQ-AB, para examiná-los mais detalhada e qualitativamente, com foco na temática da saúde mental.

O desenho inicial era a realização de dois grupos com cada segmento (trabalhadores e usuários), sendo que o primeiro seria para apresentar os itens da questão 29 do 2º módulo do questionário PMAQ-AB, como disparador da conversa sobre as práticas de saúde mental. Esse material foi sistematizado a partir das respostas de todas as 54 equipes aderentes da cidade e apresentado em forma de gráficos e tabelas.

Toda a produção dessa primeira rodada dos Grupos Focais foi registrada em áudio, transcrita e desidentificadas as referências a nomes de pessoas ou equipes. Posteriormente,

esse material foi submentido a uma primeira leitura coletiva e análise de todos os pesquisadores dos seis municípios, para uma formulação inicial de categorias de análise, utilizando o software ATLAS TI<sup>58</sup>, em função do volume de material que totalizou em torno de 18 horas de gravação, somente no município de Porto Alegre.

A primeira rodada dos grupos focais deu-se no período de abril a junho de 2015, com a realização de seis grupos com trabalhadores e cinco com usuários. Cada grupo era coordenado por dois pesquisadores (um facilitador e um observador) que assumiam a referência por uma GD. Nesse processo fiquei com a responsabilidade de duas GD's e com a realização de quatro grupos (02 de trabalhadores e 02 de usuários). Após a realização dos grupos compartilhávamos as principais questões e diários de campo com o grupo de referência de Porto Alegre.

Nesses grupos, uma primeira questão que surgia entre os participantes como demandas endereçadas a esse processo era a possibilidade de produzir encontros com outros pares e compartilhar a cotidiano de trabalho, referindo que não havia espaços formais para que isso acontecesse. A segunda questão em todos os grupos era o desconhecimento em relação aos resultados do PMAQ-AB e, em alguns casos, à própria existência do Programa. Por terceiro, a demanda de que as questões trazidas como impasses e dificuldades na relação entre a Atenção Básica e a Saúde Mental fossem endereçadas à gestão da SMS.

Inicialmente, os participantes apresentavam-se numa posição mais passiva e de escuta, buscando entender a proposta, mas na medida em que ia se estabelecendo uma conversa, foram incluindo seus posicionamentos, sentidos, desejos e conflitos como trabalhadores. Nota-se que os espaços de diálogo abertos possibilitaram um reconhecimento entre os trabalhadores enquanto componentes de uma mesma rede de pertencimento, identificando questões comuns. (MIRANDA *et. al.*, 2008)

Essas primeiras categorizações foram apresentadas para análise coletiva nos Grupos de Interesse Híbrido, de forma a abrir e ampliar a participação dos diferentes atores: pesquisadores, gestores, usuários e trabalhadores. Como resultado dessas discussões, o grupo condutor de base realizou nova categorização, chegando a seis categorias que serviriam como material disparador para a segunda rodada de grupos focais: concepção de saúde mental, estratégias tutelares, estratégias psicossociais, gestão do trabalho, redes.

---

<sup>58</sup> Atlas TI é um software para análise qualitativa de dados em larga escala.

Acolher os enunciados que se repetiam foi um primeiro movimento nos grupos – como desviar dos riscos de recodificação? Assim como no exercício da clínica, isso exigia um duplo movimento de inclinar-se e desviar (PASSOS & BENEVIDES DE BARROS, 2001).

Estabelecendo possibilidade de desviar, o GI funcionou como dispositivo em relação à ‘pesquisa-intervenção’, estabelecendo-se como espaço de referência para os participantes e operando índice de agenciamentos possíveis, dando passagem a outros territórios existenciais, de trabalhador a gestor do trabalho, de usuário à oficinairo, de gestor a apoiador.

A possibilidade de circular, de variar os lugares-territórios, saindo da sua unidade, do seu cargo, dos seus enunciados, só foi possível a partir dos encontros entre os diferentes. O Grupo de Interesses Híbrido, nessa perspectiva, operou também um desvio no desenho metodológico inicial dos grupos de interesse por segmento que separava os atores. Ao incluir essas diferenças num espaço-tempo referência, pudemos habitar e produzir outros territórios, experimentando os limites das formas, forçando suas bordas como tensão-condição de subjetivação (BARROS & KASTRUP, 2009).

A segunda rodada dos Grupos Focais tinha como objetivos a ampliação da participação, sendo que foram convidados os participantes do primeiro grupo focal e novamente aberto para outros interessados. A ideia era de compartilharmos as categorias resultantes dos grupos da primeira rodada, levando os grupos a entrar em contato com questões de diferentes territórios, produzindo um entendimento coletivo em torno das temáticas de maior interesse.

No entanto, apesar de partimos da composição desses mesmos grupos, percebemos novamente as dificuldades encontradas em relação ao processo inicial de organização dos grupos da primeira rodada: entraves de comunicação, de estrutura física para realização de rodas e a dificuldade da liberação desses trabalhadores de seus espaços de trabalho, o que apontava a insuficiência das estratégias adotadas e o efeito do nosso distanciamento das equipes. Isso resultou em que a composição da maioria dos participantes dessa segunda rodada se deu como primeira participação da pesquisa e, principalmente, na diminuição da participação dos usuários.

Nessa segunda rodada, realizada de julho a setembro de 2015, ocorreram cinco grupos com trabalhadores e dois com usuários, mantendo-se a mesma dupla de pesquisadores e o mesmo facilitador da dupla da primeira rodada, buscando manter uma referência na continuidade da discussão e o vínculo com o grupo.

Partimos das categorias construídas a partir da primeira rodada, utilizando algumas ‘narrativas’ escolhidas de cada categoria para utilizar como disparador da conversa e

ampliação do diálogo sobre as práticas em saúde mental na Atenção Básica, na medida em que partíamos de alguma ‘rotas analíticas’ como pistas de navegação. Foi feita a gravação das reuniões, mas não se fez a transcrição do material, optando-se pela utilização do material da observação.

Esses espaços, a partir das diferentes rodas nos territórios, abririam possibilidades de ampliação em redes de conversação, alinhado ao propósito de identificar os fazeres concretos na Atenção Básica como produção de conhecimento. Ao colocarmos em questão essas práticas, colocando em conversa diferentes olhares mediados pela função Apoio dos pesquisadores e do processo de pesquisa, a ideia era produzir zona de comunidade (plano do comum) - uma pesquisa-interventiva como Apoio.

## 4.2 INVENTANDO POSSÍVEIS EM CENÁRIOS IMPROVÁVEIS – ATIVANDO REDES DE CONVERSAÇÃO

A intencionalidade com o processo da Pesquisa Saúde Mental na AB, além de produzir uma avaliação do cenário das práticas de saúde mental na AB, era ampliar a capacidade institucional dos diferentes atores para subsidiar a tomada de decisões, produzindo interferências ao incidir sobre as questões e problemáticas identificadas. Uma avaliação construtivista objetiva a incorporação das multiplicidades do jogo de interesses de diferentes grupos em torno de uma ação/programa/projeto, para que possa funcionar como um organizador de reivindicações, preocupações e questões (GUBA & LINCOLN, 2011) que, no caso, repercutisse na articulação entre as áreas da Atenção Básica e da Saúde Mental.

Uma questão relevante que se coloca nesta perspectiva - se tomamos a avaliação em saúde como uma forma de olhar para as redes e coletivos, que outras ferramentas seriam necessárias para acompanharmos esses coletivos? Compartilhamos com a ideia de Franco, Andrade & Ferreira (2009), a partir da pesquisa cartográfica sobre a produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família ao afirmarem que o cuidado se dá no cenário da micropolítica das práticas de saúde e que também é produção subjetiva, destacando que esse aspecto tem escapado das avaliações dos serviços de saúde. Assim, para produzir essas conexões e identificar esses movimentos de coletivos, teríamos que mergulhar nesses planos de produção e apostar nos encontros como espaço de produção de vida, invenção de si e de mundo. Mergulhar e produzir possíveis, como movimentos de criação e resistência mesmo em cenários improváveis. Mapeando os nós e desviando para produzir conexões de rede de produção coletiva de saúde. Caminhos e tessituras do encontro, do encontro entre trabalhadores e sujeitos-apoiadores que se formam em situação de trabalho, processo de formação do pesquisador e também de coletivos de pesquisa.

Foi principalmente nos encontros do GI e na segunda rodada dos Grupos Focais que fomos produzindo situações analisadoras, que falavam dos nossos fazeres e implicações em relação à produção do cuidado. (FRANCO & MERHY, 2007). A produção desses movimentos cartográficos foi dando passagem para fluxos conectivos como potência produtiva de redes em linhas de fuga: aí foram se anunciando outros fazeres não protocolares, frente a uma plataforma estruturada e organizada, como desvios. (FRANCO, 2006). Experiências como a Terapia Comunitária, ginástica terapêutica, oficinas terapêuticas e grupos de convivência agora encontravam espaço de compartilhamento entre usuários, trabalhadores e serviços, onde antes estavam invisibilizadas e deslegitimadas

institucionalmente nos próprios serviços onde aconteciam. Movimentos em ato de reposicionamento frente aos desafios do SUS, que possibilitam um processo de transformação e produção de outros sentidos, **como visibilidade da potência formativa dessas experiências**. Pistas que vimos no caminho onde os espaços da pesquisa puderam fazer função de referência, contágio e inclusão. Onde a pesquisa se apresenta em dois planos: interventivo desenho de como se oferta e constrói a relação entre universidade e SUS e teórico –metodológico (análise, interpretação e produção de conhecimentos), assumindo o desafio de que haja um alinhamento quanto ao posicionamento ético, estético e político entre os dois planos.

O desenho metodológico da Pesquisa Saúde Mental na Atenção Básica já apontava para a necessidade de realizar um Encontro final devolutivo dos resultados e achados encontrados, e essa ideia foi ganhando corpo a partir das práticas que foram se apresentando no processo. Em muitas rodas, para além dos grupos focais e do grupo de interesses, fomos criando redes de conversações entre equipes que, ao fazer circular o tema das práticas de saúde mental na atenção básica, colocavam em análise a produção do cuidado e a organização do trabalho, o Apoio e a formação, a avaliação e o controle, a Atenção Básica em composição em redes de atenção em saúde.

Assim, começamos a gestar a possibilidade de realizar um seminário de encerramento da Pesquisa que contemplasse a multiplicidade de questões, problemáticas e reivindicações em relação à análise do cenário da cidade, atravessado pelas políticas da Atenção Básica e da Saúde Mental. Nosso compromisso ético-político em interferir e ativar processos de mudanças nos desafiava à construção de estratégias que funcionassem na ampliação da capacidade institucional. Estratégias que fossem dispositivos de processos de aprendizagem. No momento de fazer essa oferta para as áreas de Saúde Mental e Atenção Básica da SMS, a Coordenação da Área Técnica de Saúde Mental colocou o planejamento de um encontro da rede de Atenção Psicossocial que deveria ocorrer até o final do ano, e isso seria um impasse para a mobilização e participação. Um estranhamento e certo incômodo entre incluir e destacar a AB nesse encontro RAPS se apresentava mais uma vez.

Os movimentos de construção da Pesquisa tomavam como balizador potencializar no acompanhamento em processo os movimentos que já estavam operando de forma instituinte. Então, a partir da análise com o grupo condutor, surgiu a possibilidade de realizar esse encontro agora como estratégia de articulação entre as duas coordenações, ou seja, a Atenção Básica compondo o Seminário da Rede de Atenção Psicossocial.

A possibilidade de financiamento do encontro com os recursos da pesquisa financiada pela FAPERGS compuseram as implicações em análise, assim como a visibilidade e possibilidades de articulação com outras Universidades, através da UFRGS. As Coordenações envolvidas aceitaram a proposição e assim constituímos uma Comissão Organizadora do evento entre gestores e representantes do GI. A partir daí, a Coordenação da Atenção Básica se inseriu e assumiu frente na condução da organização pela SMS, o que, junto com o foco da Pesquisa na AB, acabou por produzir o eixo do Encontro da RAPS, que agora passou a constituir-se a partir da Atenção Básica. Assim, também, o Seminário possibilitaria a inclusão daqueles que não participaram das outras etapas da Pesquisa, na medida em que envolveria todas as GD's da cidade. Na distribuição das vagas para participação nesse Encontro, construímos critérios de prioridade em relação aos participantes das etapas anteriores da Pesquisa, garantindo a inclusão de todos do Grupo de Interesses. As vagas restantes foram distribuídas de acordo com o número de serviços da rede, contemplando todos os componentes especializados e priorizando a distribuição proporcional pelo número de equipes de atenção básica existentes. Com relação aos usuários não houve a limitação de vagas, deixando inclusive aberto para inscrições no dia do Encontro. Esta foi uma estratégia para não criar mais barreiras de acesso e fazer operar a equidade na participação.

Essa Comissão reuniu-se durante quase dois meses de forma periódica para a organização desse Encontro. Na medida em que íamos desenhando proposições, essas eram compartilhadas e avaliadas com o Grupo de Interesses na sua reunião mensal, sendo que no último mês avaliamos a importância de juntar esses espaços num só, reforçando a função de agenciamento desse grupo. A produção das sacolas para o encontro deu-se a partir da participação de usuárias do GI que faziam parte da Oficina GeraçãoPOA<sup>59</sup>, que levaram para suas oficinas de costura e serigrafia essa encomenda. Os usuários dessas oficinas produziram a arte das sacolas a partir de um processo de criação artística coletiva. Esse processo disparou o tema do que é a RAPS, e a arte final (também utilizada no folder de divulgação do I Encontro) é a síntese desses significados dos caminhos que percorreram nos territórios-rede e de outros que estão em aberto, um mapa-rizoma do percurso singular dos itinerários de cuidado. No evento foram disponibilizados materiais para que os participantes pudessem

---

<sup>59</sup> O GeraçãoPOA Oficina Saúde e Trabalho é um serviço da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre que compõe a Rede da Atenção Psicossocial no eixo Estratégias de Reabilitação Psicossocial. Promove ações em saúde, trabalho, educação e inclusão, com a finalidade de fomentar diversas formas de geração de trabalho e renda. É serviço de referência para toda a cidade.

customizar sua sacola e imprimir significados sobre sua conexão com a rede. O material desse processo de produção coletivo foi registrado em vídeo e apresentado na abertura do Encontro.

Uma primeira escolha era a de construir um grande encontro, cuidando para que a extensividade não criasse distanciamento para as experiências e que operasse de forma intensivista como abertura a outros encontros, ampliando a rede de conversações. Um encontro-dispositivo que possibilitasse experimentações entre cuidado e arte/cultura, conversas que lateralizassem a comunicação, mas também pactuações numa ágora entre trabalhadores, usuários, gestores e pesquisadores. Uma experimentação formativa, que circulasse entre o plano estruturado da rede em composição com a rede como produção de cuidado, como coloca Santos Filho (2014) sobre pesquisas avaliativas apontando como um eixo prioritário político-formativo que operam “[...] para orientar intervenções e transformações na realidade, captando e induzindo mudanças (âmbito de processos, efeitos)” p.2.

Essa escrita se fez à quente, com as afetações do vivido em ato e a partir dos efeitos de contágio produzidos pelo acontecimento do **I Encontro da RAPS - Atenção Básica conVIDA: integrando a Rede de Atenção Psicossocial**, nos dias 06 e 07 de Outubro de 2015, em Porto Alegre. Um primeiro analisador a ser colocado é o da própria participação, durante toda a organização do evento. Ao contrário do que aconteceu nas outras etapas da Pesquisa, houve uma intensa demanda para participação no mesmo. Várias Gerências Distritais reivindicaram a ampliação de suas vagas, e como as mesmas haviam sido distribuídas de forma a priorizar os trabalhadores da AB, houve questionamentos e incômodos por parte dos trabalhadores dos componentes especializados, reivindicando maior participação. Essa composição proposta para a organização do encontro, produziu um deslocamento da lógica hierárquica dominante das especialidades sobre a AB, desestabilizando as formas instituídas e trazendo a cena as disputas nas relações de saber/poder em jogo.

Esse era um acontecimento em relação à Saúde Mental que mobilizou diretamente em torno de 450 participantes entre usuários, trabalhadores, gestores, pesquisadores e estudantes. O último evento de Saúde Mental dessa amplitude em Porto Alegre havia sido a IV Conferência Municipal de Saúde Mental em 2010.

Como formatar as intensidades do vivido, traduzir olhares, falas, movimentos, silêncios, afecções e afetações nos encontros? Como disse uma trabalhadora sobre o I Encontro da RAPS “queria passar para minha equipe e contar o que aconteceu lá”. “Mas não bastava falar, tinha que experimentar”. Usuários e trabalhadores de grupos de teatro e música,

oficinas terapêuticas, oficinas de geração de renda, apresentaram e compartilharam suas produções, conectando redes de produção de cuidado. Vimos emergir um outro plano minoritário, que até então, nos regimes de verdade dominante, era apresentado como invisível: a micropolítica dos encontros em ato, ocupando os espaços nas oficinas/tendas, nos grupos de discussão, uma clínica da resistência se apresentando potente e diversa de outras racionalidades. Fomos afetados e atravessados por esses encontros, que produziam efeitos de passagem e ampliação de vida, sem desconsiderar os desafios que compareciam nos espaços de conversas, nos momentos em meio às ‘misturas’ que produziam diferentes composições entre ‘especialidades’ e atenção básica, gestores dos serviços ‘da ponta’ e do nível central, e usuários da atenção básica e de outros componentes da RAPS.

Ao abrir essa conversa, potencializamos a possibilidade de estabelecer relações entre os desafios e fragilidades vividas, bem como as estratégias de enfrentamento e superação dos mesmos, que se apresentam nos cenários na RAPS, sendo apontadas. Identificamos convergência com esses elementos e o contexto geral dos impasses e desafios da Reforma Psiquiátrica no contexto brasileiro geral. Onde as limitações e deficiências de estrutura - serviços instalados precariamente, equipes incompletas e alguns componentes sem definição de equipe mínima, ausência de mecanismos de avaliação, descumprimento dos critérios populacionais definidos em relação à cobertura territorial dos componentes, retaguarda de componentes especializados desconectados das necessidades dos territórios da AB, apontando a fragilidade na articulação com a AB, ofertas de cuidado desarticuladas de ações intersetoriais, indicando ausência de estratégias frente às questões de vulnerabilidade social. (DELGADO, 2015). Em contraponto, vimos através das experiências compartilhadas a multiplicidade de produções que se constituíam muitas vezes como invisibilizada e/ou deslegitimada institucionalmente mas que operavam como “políticas autogestionárias” nos territórios, protagonizando a gestão do trabalho através de coletivos. Também chamou a atenção que mesmo em contextos institucionais semelhantes, emergiam estratégias diversas de enfrentamento aos limites e de composição com as diferenças.

As análises de cenário a partir do processo da Pesquisa foram compartilhadas na plenária do primeiro dia do Encontro da RAPS com os participantes e encaminhadas para discussão em grupos, divididos de forma aleatória a partir das temáticas (‘gestão do trabalho’, ‘articulação em rede’, ‘estratégias de cuidado tutelares’, ‘estratégias de cuidado psicossociais’, ‘concepção de saúde mental’ e ‘controle social e protagonismo do usuário’), com a proposição de uma devolutiva na plenária do segundo dia de uma matriz sobre o eixo em análise com desafios, potências e estratégias, que auxiliasse na produção de um Relatório

Síntese ao final. Mas, em função do tempo, o material produzido nesses grupos não foi compartilhado no grande grupo, o que reduziu a potência dessa produção como estratégia de pactuação entre os atores. Assim, o grupo condutor da Pesquisa assumiu o compromisso de encaminhar esse Relatório Síntese e construir estratégias de compartilhamento com a gestão, os trabalhadores e usuários, após o I Encontro.

Todo esse processo se apresenta como demanda para abertura de rotas analíticas, mas, principalmente, recoloca a questão ético-político em relação à produção do conhecimento – o que se faz, como se faz e, principalmente, para quem se faz? Nessa perspectiva, entendemos que a Pesquisa Saúde Mental na AB sustentou durante esse processo coerência com a participação e com as demandas concretas do SUS na cidade; fez operar o método do Apoio, ativando círculos, visibilizando o movimento dos coletivos e produzindo autoanálise ao colocar na roda a possibilidade de diálogo entre concepções diferentes. Propiciou, assim, o exercício da tríplice inclusão dos sujeitos envolvidos (trabalhadores, usuários e gestores e universidade) e possibilitou a pactuação de processos de corresponsabilização entre os atores dos diferentes espaços coletivos. Simultaneamente, ao incluir diferentes coletivos e redes, apostou na invenção e experimentação de diferentes modos de gestão em saúde na perspectiva da produção ampliada de saúde e, como decorrência dos anteriores, ao ampliar através da análise e intervenção de analisadores sociais, incidir nas relações de poder, ressignificá-las para produção de mudança no sentido da democratização institucional, onde a perturbação, o conflito e a diferença são elementos fundamentais para operar a coprodução dos sujeitos na coprodução do trabalho em saúde.

Esse mosaico de experimentações vivenciado de forma heterônoma, com todos os interesses em cena demonstra a riqueza dessa composição e retoma reverberando uma demanda inicial trazida pelos trabalhadores no processo da Pesquisa em relação à necessidade de espaços institucionais para discussão sobre o trabalho e a questão da participação na gestão da saúde. Quais os espaços coletivos organizados para produção em saúde existentes? Como produzir novos modos de gestão? Quais os espaços institucionais de endereçamento dessas problemáticas?

Tentando fomentar estas discussões e construir aproximações para pactuação destas questões, saíram duas proposições fundamentais consensuais como proposição do Encontro:

- a realização anual de um Encontro RAPS de toda a cidade a fim de avaliar, acompanhar e socializar a organização da rede em todas as Gerências distritais, como espaço de

articulação, e fortalecimento e espaço formativo entre os diferentes componentes especializados e não especializados;

- a implementação de espaços locais de discussão em cada GD entre os diferentes serviços, a partir da temática da saúde mental – nomeados como Fórum RAPS, como espaço de pactuação e articulação da rede local.

Acreditamos que ao produzir esses encontros durante o processo de pesquisa entre os diferentes atores, abriram-se possibilidades de experimentação de redes de conversação (TEIXEIRA, 2003). Também um movimento favorável à formação em coletivos entre os componentes do mesmo território e entre diferentes gerências distritais, e a indicação de problemáticas e proposições em relação ao cenário analisado. Apostamos que dar continuidade nas GD's a esses espaços, nomeados agora como 'Fórum RAPS'- podem constituir potência como uma estratégia de ativação e fortalecimento de coletivos. E ainda identificamos que o acompanhamento desses processos nos diferentes territórios da cidade, constituem-se como demandas para o trabalho do Apoio, tomando como sua função colocar em análise a gestão em saúde – na medida em que busca a reformulação do modo tradicional de coordenar, planejar e avaliar, ativando processos de mudança em coletivos e a produção de novos sujeitos (CAMPOS, 2000; 2003) (OLIVEIRA, 2011).

A ampliação da RAPS e a inclusão de componentes comunitários/territoriais não especializados, pode apontar a reversão da política de saúde mental, que deixa de colocar a centralidade dos chamados dispositivos substitutivos como um ponto de chegada. Assim, a potência na inclusão de componentes da atenção básica, não como assunção de uma nova centralidade de rede e, sim, como abertura de composição de linhas que operem o tensionamento no campo social e produza novos dispositivos.

O que se apresenta como questão paradigmática na articulação entre as políticas de saúde mental e atenção básica, agora apresentadas sob o arranjo de uma Rede de Atenção Psicossocial, seria que a saúde mental seja sucumbida na saúde integral, com o desafio de sustentar políticas que transversalizem a (des)institucionalização da Loucura.

A ampliação desses componentes como os Consultórios na Rua e o Apoio Matricial através dos NASFs, se apresentam como inovações, mas exigem uma mudança cultural em relação ao registro e monitoramento, indicando a necessidade de institucionalização da avaliação (DELGADO, 2015). Mesmo vislumbrando os desafios e riscos atuais em relação às Reformas Sanitária e Psiquiátrica, apostamos que a ampliação de sentidos a partir das

experiências vividas nesse processo da Pesquisa, produza novas conexões e agenciamentos para seguir o caminho no fortalecimento das práticas de saúde.

### 4.3 O APOIO EM SAÚDE MENTAL NA AB - NO ENTRE DAS TENSÕES E PARADOXOS DA GESTÃO EM SAÚDE

Ao tomar o campo do Apoio, seja ele Institucional ou Matricial, como da gestão em saúde, explicitamos a escolha de como tratamos esse tema, esse posicionamento é que dá o ‘tom’ do que nomeamos como Apoio. Nessa perspectiva, compartilhamos do entendimento de que os sujeitos com seus interesses, necessidades e desejos, os processos de trabalho como saberes, o poder pelos modos como estabelecemos as relações, e as políticas públicas como coletivização dessas relações, são vetores-dobras constitutivos e inseparáveis do campo da saúde, como proposto por Barros & Benevides de Barros (2007). O que nos interessa é um plano comum do Apoio, sua dimensão de produção coletiva, que aposta em colocar em análise e interrogar a clínica e a gestão na indissociabilidade entre atenção e gestão – como gestão em saúde que não pode ser substancializada, “[...] *que não deve se confundir com um lugar, mas como um conector, gestão como elemento-passagem entre fluxos de trabalho/saberes; fluxos de subjetivação/sujeito; fluxos de relação/poder*” (BARROS & BENEVIDES DE BARROS, 2007, p 64).

Desenhamos um traçado a partir de situações analisadoras, um mapa analítico em suas linhas de composições, como possibilidade de dar visibilidade a questões e problemáticas da gestão em saúde referente a articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica na SMS. Apostamos, assim como a PNH, na diretriz da inseparabilidade entre a gestão do trabalho e do cuidado, abrindo-se assim como campo para operar as práticas de Apoio.

Durante esse ano percorremos diferentes espaços da rede de saúde de Porto Alegre, em especial a Atenção Básica, tanto no processo de pesquisa-intervenção quanto nas próprias experiências como trabalhadora de um NASF da SMS. Esse capítulo busca a problematização em relação à institucionalização de ‘práticas de saúde mental’, buscando analisar como se apresentam nesses cenários as práticas de Apoio na AB, ao constituir-se na coemergência dessa experiência para “[...] enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que tem produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção da saúde como na vida dos trabalhadores” (PASCHE, PASSOS & HENNINGTON, 2011).

Utilizo-me do conceito de implicação da Análise Institucional, desenvolvido por René Lourau 1975, como ferramenta que possibilita a ampliação da análise, indicando práticas sobreimplicadas que estão impedindo olhar para outras dimensões, ficando a análise está limitada e isolada do contexto institucional. Ao tratar-se da problematização das práticas faz-se pertinente a atenção e cuidado a sobreimplicação, que como definem Coimbra &

Nascimento (2007) “[...] é a crença no sobretrabalho, no ativismo da prática, que pode ter como um de seus efeitos a dificuldade de se processar análises de implicações, visto que todo o campo permanece ocupado por um certo e único objeto”.

A proposição é de colocar em análise as práticas/discursos alargando o olhar e problematizando a naturalização desses como produção de verdade, apostando na produção de espaços coletivos que possam produzir autoanálise. Entendendo que esta é a tarefa do Apoio em suas intervenções, como proposto por Lourau (1995) “*articular lacunas, ver relações onde só se percebiam elementos coerentes e homogêneos, comprovar um problema onde se julgava existirem soluções...*”.

Nessa perspectiva, faz-se necessário problematizar e analisar as várias questões trazidas nas rodas onde o tema do Apoio na AB tem comparecido e as intervenções produzidas sejam a nível local, no espaço coletivo de ‘matriciamento’ da GD, seja a nível central, no colegiado de NASF’s e Apoio da SMS. Ao habitarmos esses espaços da AB nos deparamos com inúmeros obstáculos estruturais, repercutindo em dificuldades no modo de organizar o trabalho, onde a lógica predominante de avaliação do cuidado é baseada no quantitativo de consultas e procedimentos, reforçando o modelo de queixa-conduta e ampliando a fragmentação do cuidado e a responsabilidade clínica inadequada, na medida em que a atenção é centrada principalmente no que chega à Unidade, com pouca permeabilidade para a análise da saúde do território (CUNHA & CAMPOS, 2011).

E, ainda, a valorização social de saberes profissionais especializados e entre os serviços intensifica a demanda por especialistas, no caso, Psicólogos e Psiquiatras, bem como dos componentes especializados, o que acaba por reforçar a invisibilidade das práticas de saúde mental realizadas na Atenção Básica. Assim, a articulação entre os componentes da rede de saúde em relação a uma mesma população sob sua responsabilidade é enfraquecida, tornando quase nula a coordenação do cuidado pela Atenção Básica. (CUNHA & CAMPOS, 2011; GÉRVAZ & FERNÁNDEZ, 2011).

A saúde mental se apresenta como uma das maiores demandas por parte dos profissionais da Atenção Básica, mas, paradoxalmente, não é priorizada no planejamento de ações no processo de trabalho das equipes de atenção básica, colocando como principal oferta de cuidado a prescrição de medicamentosa e/ou a renovação de ‘receitas’ de prescrições de outros serviços. Esse circuito acaba por reforçar a lógica da medicalização do sofrimento – frente ao atendimento a essa demanda do cuidado. Isto, aliado a uma visão inadequada da responsabilidade clínica - sustentada numa racionalidade gerencial hegemônica, que concentra o poder de decisão nos cargos gestores, técnicos e especialistas (CAMPOS, 2000) -

contribui para um círculo vicioso onde a coordenação do cuidado como atributo fica comprometida, associando a ideia de responsabilidade somente por procedimentos. Não há nenhuma indicação gerencial que valorize a articulação e compartilhamento de casos entre diferentes componentes da rede e a coresponsabilidade entre os mesmos, bem como o acompanhamento e análise dessa problemática.

Por sua vez, o encaminhamento aos serviços especializados em Porto Alegre está vinculado ao ‘matriciamento’ das equipes de saúde mental para os territórios e via central de regulação que funciona como distribuidora de consultas, sem critérios pactuados com as equipes de referência. Em sua maioria, estes serviços especializados são ‘ambulatórios’ dentro de hospitais, que tradicionalmente não se articulam com os outros componentes da RAPS, e o gestor tem pouca governabilidade pela sua oferta de serviços, o que reforça a lógica do número de consultas como critério de acesso, sem considerar o tipo de atendimento ofertado e sua conectividade com a rede e as necessidades em saúde mental. Esse funcionamento tem causado um ‘efeito rebote’- bate e volta que acaba por reproduzir a desresponsabilização e comprometer a qualidade do cuidado, na medida em que as UBS/AB veem como saída o encaminhamento para esses ambulatórios, que por sua vez fazem retornar os usuários à AB com demandas para outros especialistas, porque somente esta pode encaminhar os usuários via Sistema AGHOS<sup>60</sup>. Esses itinerários geram fragmentação do cuidado e não respondem efetivamente à complexidade dos problemas em saúde mental, nem aos princípios integralidade e território que orientam a proposição das Políticas de Saúde Mental e AB.

O capítulo ‘Discursividades de Saúde Mental na AB em Porto Alegre’ já traçou um percurso analítico entre estas práticas, a partir das práticas/discursos que atravessam suas respectivas equipes, estabelecendo possíveis conexões entre a interconsulta, o matriciamento e o Apoio. Aqui, trago como situação analisadora em relação ao Apoio Matricial na cidade a questão da regulação do acesso, que na forma como vem sendo institucionalizados os arranjos de Apoio matricial, seja via NASF ou equipes de saúde mental, acaba por cair numa ‘armadilha’ onde o Apoio passa a ser tomado como mero ‘regulador de acesso’, de triagem de casos para os componentes especializados, correndo o risco de estar produzindo práticas de sobreimplicação, onde o atendimento de uma enorme demanda produz o acúmulo de tarefas e a produção de urgências. Frente aos impasses e desafios desse cenário descrito acima, ao não

---

<sup>60</sup> AGHOS – Sistema de Gestão e Regulação Assistencial e Financeira de Saúde - utilizado pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Em Porto Alegre nos referimos ao Módulo da Central de Regulação de Consultas Ambulatoriais Especializadas e, no caso em questão da Saúde Mental, refere-se a consultas disponibilizadas exclusivamente nos ambulatórios vinculados aos hospitais prestadores de serviços do SUS na cidade.

conseguir colocá-los em análise, acaba por enfraquecer os espaços coletivos e fortalece a institucionalização de práticas na contramão de seus objetivos como estratégia de ampliação do cuidado e da responsabilização na AB.

Esse funcionamento ficou explicitado quando, em meados de 2014, se deu a decisão do Gestor de bloquear o acesso da Atenção Básica aos componentes especializados ambulatoriais da Saúde Mental, regulados pelo Sistema AGHOS, em função da enorme fila de espera, principalmente para a especialidade Psiquiatria. Se, por um lado, essa ‘crise’ poderia culminar em retrocesso, também poderia ‘fazer falar’ da sobreimplicação na medida em que aponta resistências na rede de AB em colocar em análise essa forma de encaminhamento para estes especialistas, que funcionava como uma ‘válvula de escape’ para as agendas das Equipes de Atenção Básica – como forma de desresponsabilização, aos velhos moldes do sistema de referência e contrarreferência. Por outro, a própria área técnica de Saúde Mental e as equipes de saúde mental já vinham denunciando a coexistência desse duplo funcionamento de organização da rede, criticando essa forma de encaminhamento pela sua irrelevância em termos de oferta de atendimento e baixa efetividade e conectividade com os demais componentes.

As possibilidades de análise e resposta para esse impasse eram múltiplas, desde o entendimento do Gestor de que as agendas dos Médicos Psiquiatras das Equipes de Saúde Mental deveriam ser bloqueadas para atendimento preferencial desses casos em ‘fila de espera’, a indicação da necessidade de uma nova contratualização com os ambulatórios hospitalares e, ainda, o questionamento da relação do funcionamento desses ambulatórios na rede de atenção psicossocial.

Frente a tudo que este analisador pudesse falar das instituições em questão e entre a multiplicidade de possibilidades, a saída para o impasse foi silenciar – e devolver o que seria potência de produção coletiva para o plano do individual, dos ‘técnicos e gestores locais’. A solução encontrada foi a de encaminhar essas demandas por atendimento psiquiátrico e psicológico para serem gerenciadas em cada GD – aparentemente uma regulação local, mas sem as condições mínimas por que contamos com diferentes arranjos não equitativos de rede de atenção psicossocial.

Embora esses problemas se relacionem principalmente com os modelos de atenção/gestão e estabeleçam proximidade com os problemas estruturais, não se estabeleceram pontes entre esses efeitos-sintomas numa perspectiva avaliativa da gestão da saúde, que enfrentassem a fragmentação do cuidado, qualificassem a responsabilidade clínica e contribuíssem para o fortalecimento da coordenação do cuidado pelas equipes de referência.

Considerando a realidade da atenção à saúde mental neste cenário de polarizações, entendemos que não podemos pensar nas questões relativas ao processo de (des)institucionalização sem operar uma análise das dificuldades e desafios encontrados no SUS, que envolvem outras problemáticas, como: as das práticas de saúde, a da chamada clínica ampliada e a da produção de saúde como produção de subjetividade. (ROMAGNOLI *et.al*, 2009)

Em 2015 foi reaberto o agendamento dessas consultas pelo AGHOS, condicionado a que isso só pudesse acontecer depois que o ‘matriciamento’ via NASF ou Equipe de Saúde Mental assumisse a regulação do acesso de cada caso encaminhado. Ao formalizar esse fluxo a Secretaria acabou por preceder uma escolha, já que isso pressupunha a afirmação do arranjo do apoio matricial como diretriz da organização da saúde mental na Atenção Básica, e isso nunca havia sido discutido ou deliberado como tal, não havendo a garantia desse arranjo para todas as unidades, nem todas Gerências Distritais, o que novamente culminou na ausência de uma pactuação mínima.

Este tipo de resolução acaba por limitar o lugar do Apoio na forma de matriciamento – reforçando-o como arranjo de regulação de acesso, o que, associado à insuficiência da rede de atenção psicossocial existente, funciona como um tamponamento das lacunas dos componentes especializados da RAPS e acaba por esvaziar sua potência e possibilidade de incidir no deslocamento da lógica ambulatorial e hospitalocêntrica para um cuidado territorial e comunitário como orientador de organização da RAPS.

Evidencia-se assim, nessa cena-analisadora, um circuito de obstáculos que se retroalimentam, tais como: tradição dos serviços de saúde em concentrar o poder e não construir espaços de deliberações compartilhadas; relação demanda/oferta referente à capacidade dos serviços ofertados e aos parâmetros de cobertura populacional; pouco espaço de diálogo e baixa conectividade; estruturação dos serviços que dificulta a interdisciplinaridade, reproduzindo à lógica da fragmentação do cuidado. (DOMITTI, 2006).

Se esse cenário não é impeditivo para o Apoio como proposto por Campos & Domitti (2007), é importante considerar a complexidade dos elementos em cena como impasses a serem enfrentados na construção de uma rede matricial junto às Equipes de Referência, que funcione como um arranjo que dispare uma série de mudanças na atenção à saúde, orientadas para a corresponsabilização, a ampliação da clínica e a interdisciplinaridade. Entretanto, na situação analisada, o apoio matricial foi instituído de forma instrumental, como uma resposta gerencial para incidir na racionalização do acesso aos serviços especializados.

Paradoxalmente, o obstáculo aqui referido atua como dificultador do estabelecimento deste apoio, ao mesmo tempo em que é apresentado como potência para reduzir esse obstáculo.

Somente em 2015 passamos a ter um espaço coletivo compartilhado com a participação das equipes de apoio matricial na AB de todos os territórios, com reuniões entre as equipes existentes de NASF da SMS, através de chamamento da Coordenação de Atenção Básica que apresentou como prioridade de ação a sistematização de funções e atribuições de toda a AB, incluindo os novos Apoiadores Institucionais e das próprias equipes de AB no formato de uma carteira de serviços. A partir dos encontros que foram acontecendo com esse grupo de representantes das equipes de NASF, com o estudo dos documentos existentes à nível federal<sup>61</sup> e as experiências de cada equipe, foi possível a produção de um documento que traça normas e diretrizes para a gestão do trabalho do NASF na SMS, uma reatualização da Normativa proposta em 2011 pela Comissão de Apoio Matricial e NASF. Essa Normativa passa a ser analisador, na medida em que é retomada pela segunda vez, agora a partir do pedido inicial do gestor da AB, e que, ao ser apresentada, novamente não é ‘instituída’ como documento de estabelecimento de pactuação das diretrizes sobre o Apoio para o funcionamento do NASF na cidade. Como desdobramento desses encontros tem sido garantido um espaço coletivo mensal sob a coordenação da AB da SMS, onde vem se apontando como principal desafio a fragilidade da Pactuação do Apoio, condição prévia para a própria constituição das equipes, que deve ser realizada a partir da avaliação da situação de saúde do território de forma compartilhada entre gestores, equipes de saúde da família e conselho local de saúde. Vemos que as dificuldades em fazer funcionar essas pactuações como possibilidades de desestabilização enfraquecem a proposta dos NASF, o que, em decorrência, não incide em análise e intervenção nos processos de trabalho entre equipe de referência e do apoio matricial. Esses elementos têm sido apontados como fragilidades e desafios na constituição dessa proposta no Município, explicitando o funcionamento institucional hegemônico que funciona por oposição entre os eixos vertical (hierarquia) e horizontal (corporação), que tem feito uso instrumental dessa proposta na medida em que não incide sobre os vetores da gestão em saúde, para aumentar coeficientes de transversalidade e desestabilizando as redes comunicacionais que operam ambos funcionando de colocando-a em análise.

---

<sup>61</sup> Os parâmetros utilizados como referência para a discussão foram os cadernos de atenção básica nº 27 (2009) e 39 (2014), que dispõem, respectivamente, sobre as diretrizes do NASF e as ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano.

Esse espaço de encontro entre os atores envolvidos está se constituindo como estratégico para o compartilhamento das práticas de Apoio e, nesse sentido, tem funcionado como apoio ao Apoio. Entre as fragilidades e lacunas, a troca de experiências tem contribuído para fazer circular as diferenças na aposta de construção de um comum, e se percebe que, mesmo para problemas semelhantes, temos múltiplas saídas. Nos encontros de NASF foi apontado o distanciamento entre o Apoio Institucional e Matricial, que trabalhando com as mesmas equipes de AB, não estavam tendo nenhum espaço comum de articulação e planejamento, na maioria dos Distritos de Saúde. Isso sinaliza diferentes lugares para o Apoio - do Institucional, vinculado diretamente à gestão e distante do papel de referência com as equipes, e do Matricial, distante da gestão, ambos reproduzindo a dissociação entre atenção e gestão. A possibilidade ampliar a análise em espaços coletivos a partir de nossas intervenções e o que elas põem em funcionamento e agenciam, dão visibilidade ao que ‘fica debaixo do tapete’ e desestabiliza as ‘verdades’ como naturais. Nesse caso em questão, ‘deixou a poeira’ apontar efeitos de práticas sobreimplicadas que reproduzem a fragmentação e a especialização de saberes. Ainda nesse ano foi realizado um processo seletivo interno para a designação de Apoiadores Institucionais, que reproduziu em seus critérios a duplicidade da gestão da AB, e que tomo como um analisador em relação à proposta do Apoio na SMS. Um dos critérios para esse processo era que o candidato devia ser um contratado do IMESF e restringia aos profissionais Enfermeiros e Odontólogos a possibilidade de ocupar essa ‘função’, que passou a ser gratificada. Em contraponto, estes Apoiadores deixaram de serem indicações das Gerências Distritais e deveriam assumir o Apoio de todas as unidades de AB, com e sem Saúde da Família, o que na realidade ainda não se constituiu.

Ao olharmos para a gestão em saúde a partir da produção do cuidado ou de práticas clínicas que aqui nomeamos como ‘atos cuidadores’ (MERHY, 2004a) que constituem-se como objeto do campo da saúde, que tem por finalidade a cura, a promoção, a prevenção e a reabilitação da saúde. Esse campo de práticas é socialmente determinado e mesmo que haja hegemonia de um modo de agir em saúde, voltado para a produção de procedimentos (MERHY, 1998), ainda assim habitam e coexistem múltiplas ‘formas’- modelagens se reconfigurando com e nos processos de trabalho em saúde e territórios existenciais – como trabalho vivo (MERHY, 2000) se constituindo em ato de criação a partir dos encontros entre trabalhador-usuário.

Uma questão central em relação ao trabalho em saúde que interessa a trabalhadores, gestores e usuários é como produzir modelagens de cuidado que combinem a produção desses ‘atos cuidadores’, aqui entendido como tecnologia relacional, com a maior aproximação da

satisfação das necessidades em saúde. A complexa tarefa do cuidado em saúde exige uma composição entre diferentes tecnologias (MERHY, 1997) com a oferta de atos de saúde que, além de procedimentos, possam ser atos cuidadores na medida em que estabeleçam relações que ampliem simultaneamente o vínculo, a responsabilização e os graus de autonomia na vida, de trabalhadores e usuários.

Desse modo, ao se considerar esse campo como sendo o da saúde, há que reconhecer a sua implicação fundadora: a construção de práticas e saberes impregnados de sentidos com a produção do cuidado, concretizados pela existência dos agires de atores/sujeitos no território micropolítico do Trabalho Vivo em Ato. A partir disso, pode-se apreender os sentidos dos outros processos territorializantes que aí chegam: o dos campos da política e o das tensões constitutivas do campo da produção do cuidado em saúde. (MERHY, 1997, p 12).

Destacamos duas dimensões da gestão do cuidado nesse processo da gestão em saúde, a dimensão profissional que se dá no encontro entre trabalhador e usuários (micropolítica em saúde) e a dimensão organizacional do cuidado que se realiza nos serviços de saúde, demarcando uma divisão técnica e social do trabalho, atravessada por elementos como o trabalho em equipe, a coordenação e a comunicação, sendo que essa dimensão é marcada pela relação entre os vários atores e marcada pela diferença e relações de poder/saber que definem os processos de trabalho. (CECÍLIO, 2011).

Como consequência, podemos ver nos encontros o processo de trabalho como espaço de disputa permanente entre diferentes lógicas, operando na micropolítica do agir em saúde - onde essas duas dimensões do cuidado se coengendram, produzindo territórios existenciais do trabalho em saúde, como coloca Merhy (2010) essa disputa não pode ser anulada, sendo constitutiva do mundo do trabalho. No entanto, que espaços coletivos existem para acolher essa disputa? Essas questões deveriam estar orientando o trabalho do Apoio. Onde está o Apoio? Tem conseguido ativar as rodas e fazê-las circular?

Nesse sentido, as práticas de Apoio que assumam como compromisso o objetivo de incidir no campo da produção do cuidado, neste caso, as práticas de saúde mental na atenção básica, tem produzido interferência para mobilizar forças e agenciar mudanças? Apostamos no caminho que convocar a inclusão dos diferentes atores, apostando na produção de si e de mundos a partir do trabalho, como coloca Merhy (2010) “*no mundo do trabalho, todo mundo governa, e não só os governantes formais.*”

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

### 5.1 DA FORMAÇÃO COMO PRÁTICA – DA PRÁTICA COMO FORMAÇÃO

O importante nunca foi acompanhar o movimento do vizinho, mas fazer seu próprio movimento. Se ninguém começa, ninguém se mexe. As interferências também não são trocas: tudo acontece por dom ou captura. (DELEUZE, 1992)

O compromisso ético-político em acompanhar processos com a aposta metodológica da cartografia impõe ao pesquisador assumir os riscos de colocar seus territórios existenciais em relação com os diferentes sujeitos que habitam o campo. Exercício de se relacionar a partir da experiência, por composição, agenciamento entre heterogêneos. A escolha em abrir múltiplas saídas na relação com o objeto de estudo, mapeando os diferentes vetores que se conectam e compõem sua rede de forças, se faz como movimento permanente de reconhecimento de suas articulações históricas em coemergência nos planos macro e micropolítico. A diferença na composição dos tempos entre gestão, atenção e da pesquisa foram desafios que acompanharam todo esse processo de habitar os limites da multiplicidade como militante, trabalhadora - da saúde mental, da atenção básica – especialista, apoiadora, pesquisadora. Dessa maneira, desse lugar de pesquisadora, que se arrisca a cartografar esses processos, emerge um corpo-pesquisador situado e provisório, na articulação entre a produção de conhecimento e a própria vida. Nessa esteira, não só a pesquisa está em processo de re/construção permanente como as próprias práticas pesquisadas, se coproduzindo a partir da disposição do encontro e de experimentação – como Formação em ato.

As aproximações entre a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica como campo de lutas transversais<sup>62</sup>- pela Vida e pela Cidadania, em síntese, como resistência frente ao “*governo da individualização*” (FOUCAULT, 1995), se apresentam em articulação com a Saúde Coletiva como campo das práticas e suas relações de saber/poder, com a produção do conhecimento e formação em saúde. O campo da saúde pensado como gestão da saúde a partir do SUS, “*impõe o diálogo com as políticas públicas*” (BARROS DE BARROS & BENEVIDES DE BARROS, 2007, p 63). Por sua vez, as formulações numa aposta micropolítica como linhas de fuga não podem prescindir dessas lutas transversais e das políticas públicas, incorrendo no risco de captura pela lógica binária de oposição entre macropolítica e micropolítica; cuidado e gestão; política e técnica (clínica), que separa ao

---

<sup>62</sup> Para Foucault (1995), as lutas ‘transversais’ não são limitadas a um país nem estão confinadas a uma forma política e econômica particular de governo. O objetivo destas lutas são os efeitos de poder enquanto tal.

invés de diferenciar ou distinguir. Entendemos essas Políticas como formas que encarnam regimes discursivos em determinado extrato histórico, onde a gestão da saúde apresenta-se como plano comum de produção do campo Saúde, articulando as dimensões do saber, poder e da subjetivação em implicação.

Mesmo que não tenha conseguido articular e adensar todas as múltiplas possibilidades que se abriram, entendo que essas escolhas constituem a singularidade do processo e essas dobras podem ganhar consistência na medida em que disparem outros encontros a partir dos leitores dessa narrativa, pondo em efeito novas aberturas. Sem a pretensão de esgotar, as novas problematizações apontam o esforço de tecer considerações que ganharam relevo em relação ao campo problemático das práticas em saúde no SUS e que aqui se apresentam como desdobramento de questões que compareceram e emergiram nesse percurso - o tema da construção coletiva de políticas públicas de saúde, vinculados aos processos de produção de subjetividade (BARROS & PASSOS, 2005a, 2005b; ESCÓSSIA, 2009) e o tema dos coletivos (ESCÓSSIA & KASTRUP, 2005; ESCÓSSIA, 2009), que transversalizam a narrativa, mas não ganharam a consistência de análise necessária. O terceiro tema é apresentado como importante formulação da pesquisa e compõe esse capítulo propondo a articulação entre prática e formação e apontando relações intercessoras entre Apoio e Formação.

Voltamos, afinal, à problematização inicial em relação a um dos incômodos que fez questão à trabalhadora de saúde: *'Essas práticas estão transformando ou conformando?'* Para buscar saídas frente ao plano da organização em vigência, criamos caminhos de aproximação com a Atenção Básica, caminhos de tensões e paradoxos, de afecções, de intensidades, caminhos de articulação com a Universidade, seja na extensão e/ou na formação (*stricto sensu*) como aluna/pesquisadora do Mestrado. Mas é importante marcar que essas narrativas só se deram a partir de encontros com e nos coletivos e o exercício da escrita nesse sentido é forjado sobre e na experiência como trabalho e cuidado de si.

Ao resgatar a experiência do coletivo, que parece esvair-se nos discursos e práticas individualizantes que operam no modo capitalista, disparam-se processos que demandam a produção de intercessores e dispositivos que possam sustentar a potência do encontro com a alteridade, do compartilhamento dos efeitos de contágio e afecção produzidos a partir dos vividos, reatualizando os desafios das práticas de Apoio em analisar e intervir, a partir desses diferentes lugares, derivando linhas de causalidade na composição de mapas analíticos.

Assim, o direcionamento ético-político do compromisso com a intervenção não se apresenta como na tendência gerencialista de 'resolução de problemas', mas na perspectiva

formativa de ampliação de análise e intervenção e na ativação e sustentação de espaços coletivos que protagonizam o trabalho em saúde, reconstruindo sentidos e efeitos na direção do fortalecimento das práticas de saúde. Esses movimentos estão para além de colocar diferentes sujeitos em conversa/roda, mas de fazê-las girar, coproduzindo simultaneamente os Sujeitos e as Instituições.

Às perguntas iniciais não apresentamos respostas, mas adensamos dobras e vetores que podem apontar outros caminhos sempre singulares e provisórios. A consistência que este estudo pode disparar se apresenta nas possibilidades de outras problematizações que dele possam derivar e assim funcionar sua função Apoio. A política de narratividade construiu-se cartograficamente a partir de acontecimentos que compõem agenciamento coletivo de enunciação, com a intencionalidade de que cada capítulo possa ser lido separadamente e possibilite múltiplas saídas.

As questões iniciais que movem esse trabalho já enunciavam uma aposta na transversalidade da Formação à produção das práticas em saúde e as experiências indicam relações intercessoras a partir desse encontro, apostando na indissociabilidade entre a produção de conhecimento e a produção de práticas. As práticas de Apoio quando produzidas com e nos coletivos organizados em saúde, operam simultaneamente numa dimensão de (des)institucionalização dessas práticas ao buscar fabricar novos modos de gerir e cuidar em saúde. Experiências inovadoras de mudanças em sistemas e serviços de saúde, que têm como base a reorganização do processo de trabalho, têm demonstrado que a ação dos coletivos de trabalhadores em uma nova produção do cuidado, cria nos mesmos um novo modo de significar o mundo do trabalho na saúde. (FRANCO, ANDRADE & FERREIRA, 2009, p 43).

As experiências compartilhadas se apresentam como produção de memória coletiva de processos de mudança e constituem-se como narrativas que convocam e provocam a necessidade de fabricar novos modos de gestão em saúde. Entendemos que ao compartilhar essas experiências como produções singulares contextualizadas nos cenários locais que as produziram, apostamos na autoria de políticas minoritárias – políticas autogestionárias que se deram no entre à institucionalidade do SUS e a fabricação de novas experiências e habitaram o campo de forças contínuo de resistência e captura à normatização do trabalho.

Nessas experiências, o Apoio se apresentou como tensionamento entre os movimentos de resistência à serialização e abertura ao trabalho como produção de si e de mundos, reafirmando o plano coletivo da criação como encontro e relação no trabalho em saúde. Assim, essas práticas vão desenhando mapas ao reconhecer e habitar o trabalho em saúde como espaço de produção de conhecimento, modulações de Apoio como intercessão

matricial do agir em Saúde. Reafirmando que transversalizar e transdisciplinarizar são verbos que devem conjugar o Apoio (BARROS DE BARROS, 2015), onde o coletivo e suas ocupações se apresentam como estratégia de resistência frente a modelos ideais (PINHEIRO & LUZ, 2003) e em disputa pela hegemonia do trabalho vivo (MERHY, 1997, 2002). Assim não apontam “modelos” a serem seguidos ou respostas frente a todos os questionamentos apresentados, mas ao colocar essas práticas como produção de sujeitos-trabalhadores em relação, vai dando visibilidade a micropolítica desses encontros e seus desafios em produzir movimento, sustentar coletivos, assumindo um reposicionamento ético frente ao trabalho como produtor de estilísticas de Apoio também singulares, a partir dos desafios e impasses reais que foram se apresentando no próprio processo de produção dessas práticas.

Pudemos percorrer os riscos do Apoio como deriva do uso instrumental pelo modelo gerencial hegemônico onde vemos o matriciamento com regulador de acesso e reproduzidor da lógica hierárquica entre especialidade e AB e de encaminhamentos numa perspectiva de organização de rede por níveis de atenção, trabalho centrado nas tecnologias duras e leves, esse arranjo reforça a crença de um trabalhador moral/funcional (CECÍLIO, 2007) que opera como parte de uma engrenagem .

Do Apoio à deriva - do (re) existir como uma ética do apoio que se dá no agenciamento de coletivos, como método de análise e intervenção que põe em circulação afetos, saberes e poderes em composição a partir do paradoxo entre o plano da organização do trabalho e o plano da produção do trabalho como obra (BARROS DE BARROS, 2007) - renormatização e desanonimização a partir das escolhas em situação de trabalho, como resistência e via de luta para a formulação do conceito de trabalhador ético<sup>63</sup> que agencia à operação do trabalho de si a afirmação da potência criadora.

Configuram-se como movimentos que se constituem na reversão do processo de produção do trabalho em saúde centrado nas práticas prescritivas e nas tecnologias duras – o Apoio entendido como tecnologia relacional, e não como mero arranjo ou metodologia de gestão; dispositivo, portanto, que potencializa a reinvenção dos modos de fazer em saúde interrogando a gestão em saúde, potencializa processos de transição tecnológica para um novo sentido da produção do cuidado. Ao reconhecer o mundo do trabalho como campo de produção de conhecimento, em conexão com a Formação em Saúde, demos visibilidade ao co-engendramento entre o plano da organização e um plano em acontecimento de sujeitos se

---

<sup>63</sup> A formulação do conceito de trabalhador ético parte das contribuições de Suely Rolnik (1995) no texto ‘*A Sombra da Cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia*’.

constituindo na relação com o mundo, consigo e com os outros. Compartilhamos, assim, da concepção de intervenção da PNH como campo de análise sobre o trabalho, que opera a partir da função Apoio, e nessa direção estabelecemos conexão com a Formação através da *“discussão coletiva das práticas, dos graus de implicação, dos fluxos de saberes, poderes, ações, normas e também de vínculos – sempre agregando uma perspectiva pedagógica de formação dos sujeitos e equipes”* (SANTOS FILHO, 2014a, p 1014).

Ao tomar essas práticas e colocá-las em análise, pensamos em estilísticas do Apoio a partir da cartografia do Apoio na cidade, a Formação como prática se apresenta na indissociabilidade entre produção de conhecimento e prática – análise e intervenção, constitui-se como movimento de (des)institucionalização e produção de novos sujeitos, em compartilhamento do mundo do trabalho em saúde. Essa concepção de intervenção é estratégica e está ligada à função do Apoio proposta pela PNH, que se materializa nas discussões sobre o trabalho com coletivos, tomando como finalidade *“[...] fomentar a participação ativa dos trabalhadores como sujeitos das atividades analíticas, a incorporação de novos olhares e métodos para se colocar em análise o trabalho e seus modos de inserção, induzir novos modos de operar e de produzir, fortalecendo os coletivos na própria produção de si como sujeitos e qualificando sua capacidade de intervenção em trabalho”* (SANTOS FILHO, 2014a, p 1014).

Mas, como articular essas propostas e atores em torno de lutas transversais tomadas pelo campo da Saúde Coletiva, e apontar as relações de poder/saber das práticas em relação à produção do conhecimento e das práticas? Merhy (2010) nos auxilia nesse sentido destacando alguns analisadores sociais em relação ao grande investimento no campo da formação em saúde, apresentados em dois eixos:

No campo das profissões, o reforço aos núcleos de saber, produzindo uma intensa fragmentação que repercute diretamente no plano de produção das práticas de cuidado, com marcas de homogeneização e disciplinarização. E, outro, na construção de trabalhadores de saúde nas universidades, com forte centramento nas suas lógicas de saberes. E, ainda, pautando-se a partir desse referencial na produção da rede de cuidados, tomam os usuários como objetos de intervenção de suas práticas.

No mesmo texto, afirma que para enfrentar esse cenário de produção da Formação, *“há que agir no campo da produção das anomalias ou dos anômalos no campo da formação”* (MERHY, 2010 p 24) e, nessa esteira, produzir desaprendizagens que possam dar passagem a um sentido da tarefa de produzir dispositivos que invadam e desestabilizem para além do plano organizacional dos equipamentos e redes, onde a gestão em saúde opere como

*“elemento de passagem entre fluxos de trabalho/saberes; fluxos de subjetivação/sujeito; fluxos de relação/poder”* (BARROS DE BARROS & BENEVIDES DE BARROS, 2007, p 65) **com os diferentes atores entre gestão, cuidado e formação.**

Assim as relações intercessoras entre Apoio/Formação se constituem como aposta, capaz de produzir afetação e ampliação da capacidade de gestão local de operar políticas e práticas, por em conversa os diferentes atores sociais das práticas, para conexão do maior número de elementos que viabilizem a invenção de outros no campo das práticas, daqueles necessários de serem fabricados à construção do SUS – pondo em efeito a educação permanente em saúde. (CECCIM, 2013). Também em práticas de Apoio que operem como função de referência, contágio e registro de uma história de diferentes tempos de existência e variações nos territórios existenciais em constituição, plano de disputa e tensões na coemergência entre dos planos da organização e da produção do trabalho, transversalizados por uma linha de produção pedagógica (FRANCO, ANDRADE & FERREIRA, 2009) que opera e agencia movimentos de interrogar e abrir-se para uma escuta pedagógica (CECÍLIO, 2007; CECCIM, 2007).

Também acompanhamos o processo das desaprendizagens da trabalhadora-apoiadora–pesquisadora ao enfrentar os dilemas e impasses desses fazeres e fabricação de territórios existenciais no e com coletivos. Analisando nossas implicações com o que estamos enunciando, trabalhadora, militante e pesquisadora compõem essa produção existencial ou cartografia do tempo<sup>64</sup> como exercício de inclusão da multiplicidade de vozes. Ao adentrar um campo problemático, simultaneamente vai se compondo um arranjo onde “paradoxalmente pesquisador e pesquisado se constituem ou se formam na dependência da relação que surgem como sujeitos” (HECKERT DA SILVA & CÉSAR, 2014, p 268).

Nessa produção existencial sobre as práticas de Apoio vimos comparecer uma importante articulação entre as demandas dos cenários do SUS e a Universidade, seja em relação à pesquisa ou à extensão. Nas experiências em análise e no processo da pesquisa Saúde Mental na AB, estabeleceu-se uma parceria colaborativa, respondendo a convocação ética-política frente aos desafios partilhados de construção e consolidação do SUS como Política de Estado, bem como ao atender essa convocação a Universidade nesse contexto,

---

<sup>64</sup> Utilizamos o conceito proposto por Fonseca, Costa & Kirst (2008), que recolocam a produção existencial ou cartografia do tempo desde essa aproximação entre o ponto de vista cartográfico e a pesquisa-intervenção, como outras formas de produção de conhecimento frente aos conceitos utilizados nas pesquisas tradicionais de descrição, narrativa ou discurso. (p 43)

assume a urgência de constituir redes comunicacionais onde “as redes de ensino e sistema local precisam ser redes de conhecimentos, para consolidar aprendizagens e para se renovar” (FERLA *et.al.*, 2015, p 20). E assim possam efetivar seu papel na construção conjunta de saberes e práticas, promovendo a articulação e mobilização com os movimentos sociais para fora da máquina estatal (BENEVIDES DE BARROS & PASSOS, 2005a).

Desse modo, perguntamos: como a mesma estabelece relações como o sistema local de saúde? Quais suas implicações com a construção do SUS no campo de práticas? Como se sente convocada a enfrentar esses desafios? Quais conexões vêm produzindo com o compromisso de produzir redes de conversação e produção de saúde?

Se num primeiro momento parte-se da problematização do campo de estudo com a aposta na indissociabilidade entre atenção e gestão, ao acompanhar esses processos vimos a emergência de outro vetor dobra – da Formação. Assim, propomos uma ampliação da gestão em saúde, propondo um tripé, entre Atenção, Gestão e Formação, o que corresponde à articulação entre Gestão e Formação em Saúde. Esse caminho aposta num deslocamento da área da Formação na Saúde de um lugar secundário, dissociada da gestão e da atenção, para uma Educação permanente em Saúde como “recomposição das práticas de formação, atenção e gestão” (CECCIM, 2005, p 164). Novamente os desafios das práticas em saúde no contexto do SUS são compartilhados através da produção/invenção de diferentes dispositivos e propostas no campo da Saúde Coletiva, como Acolhimento, Clínica Ampliada, Apoio Matricial, Educação Permanente, Práticas Integrativas em Saúde, Educação Popular, na dimensão do agir em saúde, pautado pela construção de outras racionalidades.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), ao propor a interação entre os componentes da formação, atenção, gestão e controle social a partir de quadrilátero da formação (CECCIM & FEUERWERKER, 2004), estabelecem processos formativos de aprendizagem significativa a partir das capacidades locais e potencialidades imanentes de cada realidade e da produção de autoanálise e autogestão (CECCIM, 2005), e traz ao tema da produção do cuidado o plano da produção de práticas pedagógicas como condições de interferência no processo do agir em saúde, convocando essa necessidade.

Dessa maneira, além de processos que permitam incorporar tecnologias e referenciais necessários, é preciso criar espaços de discussão, análise e reflexão das práticas no cotidiano do trabalho e dos referenciais que orientam essas práticas, com apoiadores matriciais de outras áreas, ativadores de processos de mudança institucional e facilitadores de coletivos organizados para a produção. (CECCIM, 2005, p 166). Aproximam-se novamente Apoio e Educação Permanente, e ainda a Formação em Saúde frente aos desafios de enfrentar a

fragmentação dos processos de trabalhos e, por consequência, as práticas decorrentes, como uma relação em dobra entre educação e trabalho em saúde, como aponta Merhy (2005).

Também encontramos aproximação entre o Apoio Paidéia (CAMPOS, 2000) e a Formação em questão na Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2005), que remete à formação integral de sujeitos, desenvolvendo o potencial de ‘aprender a aprender’ na transposição do lugar de sujeitos - trabalhadores tomados como ‘recursos humanos’, submetidos às formas-modelos do plano da organização. Essa conexão constitui a produção de um comum entre Apoio e a EPS ao tomarmos a indicação trazida por Merhy (2005) como ‘problema de solução’: *“atingir a alma do operar ético-político do trabalhador e dos coletivos na construção do cuidado, que é o modo como estes dispõem do seu trabalho vivo em ato, enquanto força produtiva do agir em saúde”* (p 173).

Nas experiências trazidas, o encontro entre Apoio e Educação Permanente produzem relações intercessoras no agir em saúde, para transpor as limitações dessas propostas, podemos potencializar sua convergência instituinte em direção à micropolítica do trabalho em saúde. Práticas de apoio como operadores de EPS, como estratégias de difusão e materialização dessa proposta ambiciosa<sup>65</sup> e a EPS fazendo pontes entre a Formação para além das organizações da saúde, aproximando Universidades, centros formadores e controle social, para as demandas formativas a partir do mundo do trabalho.

Vou ao final retomando como de início o conceito de intercessores de Deleuze (1992), que afirma que o essencial para a criação são os intercessores e sem eles não há obra – e qual a obra? A fabulação de territórios existenciais em processo de constituição e suas experimentações como discurso de minoria em oposição ao discurso colonizador.

Forma-se um trabalhador? Forma-se um Apoiador? O que percorremos a partir dessas experiência pôde sustentar que as práticas de Apoio se constituem simultaneamente como estilísticas do Apoio (singularização das experiências em sua potência autoanalítica e autogestionária), e podem produzir então o próprio Apoio em ato como processo formativo que coloca o cotidiano do trabalho e da gestão em saúde em análise, como deriva a desaprender o que somos através de nossa capacidade de invenção e resistência. Seremos multidão em nós mesmos e criação de possíveis pela nossa capacidade de abertura ao novo, de desacomodação e de (re)existir. Abrir rodas que possam produzir encontros de ‘fabulação a dois e em vários’, captar os movimentos em constituição, essa é a afirmação político-ética-estética – o coletivo como produção de intercessores - que possamos sustentá-las e fazê-las

---

<sup>65</sup> Em referência ao texto de Ceccim (2005), onde apresenta a urgência de enfrentar o desafio ético-político de incorporar o processo educativo ao cotidiano da produção no setor saúde.

girar, para que não cessem as conversações com cada um de nós e em guerrilha consigo mesmo.

## 6. REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **A clínica e a Reforma Psiquiátrica**. In: \_\_\_\_\_ (org.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 1**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

ATHIÉ, K.; FORTES, S.; DELGADO, P.G.G. **Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010)**. Revista Brasileira Medicina Família Comunidade. 2013; 8(26): 64-74.

BALLARIN, M.L.G.S.; BLANES, L.S.; FERIGATO, S.H. **Apoio Matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental**. Botucatu: Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 16 (42) p 767-78, Setembro de 2012.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.

BARROS, L. P.; KASTRUP, V. **Cartografar é acompanhar processos**. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

BARROS DE BARROS, M.E. **Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.; CECCIM, R. (orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, p 131-151, 2006.

\_\_\_\_\_; BENEVIDES DE BARROS, R. **Da dor ao prazer no trabalho**. In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. (orgs.). **Trabalhador da saúde, muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Unijuí, p 63-71, 2007.

\_\_\_\_\_, PIMENTEL, E.H.C. **Políticas públicas e a construção do comum: interrogando práticas PSI**. Polis e Psique, vol.2, n 2, p 3-22, 2012.

\_\_\_\_\_. *et. al.* **Verbos do apoio institucional em pesquisa**. In: PINHEIRO, R. *et. al.* (orgs.). **Práticas de Apoio e a Integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa**. Rio de Janeiro: Cepesc, p 83-110, 2014.

BARROS, S.C.M.; DIMENSTEIN, M. **O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica**. In: Rio de Janeiro: UERJ, **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Ano 10, Número 1, p 48-67, primeiro quadrimestre de 2010.

BENEVIDES DE BARROS, R.; PASSOS, E. **Humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, v 10, n 3, p 561-571, 2005a.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. **Humanização na saúde: um novo modismo?** Botucatu: Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v 9, n 17, p 389-406, mar/ago 2005b.

BERTUSSI, D.C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde.** Tese (Doutorado em Medicina), Rio de Janeiro: UFRJ, Faculdade de Medicina, 2010.

BONFIM, I.G. *et. al.* **Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde:** uma análise da produção científica e documental. Botucatu: Interface, comunicação, saúde, educação. v 17, n 45, p 287-300, Abril / Junho 2013.

BORGES, C.F.; BAPTISTA, T.W.F. **O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004.** Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, v.24, n.2, p.456-468, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: MS, 1998a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Manual para a organização da atenção básica.** Brasília: MS, 1998b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Relatório da Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”.** Brasília: MS, 2001.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Relatório do Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica.** MS/OPAS/UFRJ/Universidade de Harvard, 2002a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 336,** de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Diário Oficial da União, 08 de agosto de 2002b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Relatório da Oficina de Saúde Mental. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva “Desafios da integração com a Rede Básica”, VII.** Anais... ABRASCO, 2003.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: MS, 2004.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, nov. 2005.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Curso de formação de Formadores e de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde.** Relatório Final. Brasília: MS, 2007.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção.** Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria-Executiva. **Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional Integrado do Ministério da Saúde: QUALISUS-REDE.** Brasília: MS, 2011a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 01,** de 29 de setembro de 2011b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Saúde Mental em Dados** – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em 20/10/2015.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da Reforma:** repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

\_\_\_\_\_. **O anti-Taylor:** sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, v.14, n.4, p. 863-870, out./dez.1998.

\_\_\_\_\_. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, v.4, n. 2, p. 393-403, 1999.

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e co-gestão de coletivos** – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. **Reforma Política e Sanitária:** a sustentabilidade do SUS em questão. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, 2007.

\_\_\_\_\_; DOMITTI, A.C. **Apoio matricial e equipe de referência:** uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, v. 23, n. 2, p 399-407, fev. 2007.

\_\_\_\_\_. **A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte.** Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, v 16, n 7, p. 3033-3040, 2011.

\_\_\_\_\_; CUNHA, G.T.; FIGUEIREDO, M.D. **Práxis e Formação Paidéia: apoio e cogestão em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2013.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico.** São Paulo: Forense Universitária, 2006.

CECCIM, R.B. **Equipe de Saúde: a Perspectiva Entre-Disciplinar na Produção dos Atos Terapêuticos.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.(org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO, 2004.

\_\_\_\_\_; FEUERWERKER, L.C.M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** Rio de Janeiro: Physis - Revista Saúde Coletiva, v 14, n 1, p 41-65, 2004.

\_\_\_\_\_. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** Botucatu: Interface - Comunicação, Saúde, Educação. v 9 (16):161-8, fev de 2005.

\_\_\_\_\_. **Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde - O dever da educação e a escuta pedagógica da saúde.** Botucatu: Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v 11, n 22, p 345-63, mai/ago 2007.

\_\_\_\_\_; MERHY, E.E. **Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas.** Botucatu: Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v 13, supl I, p 531-42, 2009.

\_\_\_\_\_. *et. al.*. **A proposta de pesquisa-intervenção em saúde: construção do método de Círculos em Redes.** Rio de Janeiro: RECIIS – R. /Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde, v 7, Dez 2013.

\_\_\_\_\_. **Círculos em redes: da construção metodológica à investigação em saúde como pesquisa-formação.** Fórum sociológico [on-line], n.24, 2014. Disponível em <<http://sociológico.revues.org/1111>>. Acesso em 10 set. 2015.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. **O. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** In: PINHEIRO, R. (org.). **Sentidos da integralidade.** Rio de Janeiro: LAPPIS, 2003.

\_\_\_\_\_. **O ‘trabalhador moral’ na saúde: reflexões sobre um conceito.** Botucatu: Interface - comunicação, saúde, educação. v 11, n 22, p 345-351, Maio/Ago 2007.

\_\_\_\_\_. **A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado.** Botucatu: Interface - comunicação, saúde, educação, v 13, supl I, p 545-55, 2009.

\_\_\_\_\_. **Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde.** Botucatu: Interface - comunicação, saúde, educação. v 15, n 37, p 589-99, abr/jun 2011.

CHIAVERINI, D.H. *et. al.* (org.) **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COIMBRA, C.M.B. **Os caminhos de Lapassade e da Análise Institucional:** uma empresa possível. Niterói: Revista do Departamento de Psicologia da UFF, v 7, I, p 52-80, 1995.

\_\_\_\_\_; NASCIMENTO, M.L. **Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político?** In: ARANTES, E.M.M; NASCIMENTO, M.L.; FONSECA, T.M.G. (orgs.). **Práticas psi inventando a vida.** Niterói: EDUFF, 2007.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. **Avaliando a institucionalização da avaliação.** Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, v 11, n 3, p 705-711, 2006.

CULAU, F.S. **Da Arte do Apoio ao (Re) existir Estético:** sobre intervir e reinventar no SUS. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

\_\_\_\_\_ *et. al.* **Educação permanente em saúde na formação para o apoio matricial:** exercitando o apoio para implementação dos NASF em Porto Alegre. In: 16º ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO, Recife: Anais..., 2011.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. **Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde.** São Paulo: Saúde Sociedade, v.20, n.4, p 961-970, 2011.

DELEUZE, G. **Nietzsche e a Filosofia.** Rio de Janeiro: Ed. Rio, 1976.

\_\_\_\_\_. **Conversações.** Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34, 1992.

\_\_\_\_\_; GUATTARI, F. **Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia.** Vol 2. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Micropolítica e segmentaridade . In: **Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia** Vol 3. Tradução de Aurélio Guerra Neto *et. al.* Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996.

\_\_\_\_\_. **Foucault.** São Paulo: Edições 70, 2005.

\_\_\_\_\_. **Diferença e repetição.** Rio de Janeiro: Graal, 2006.

DELGADO, P.D. **Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Physis Revista de Saúde Coletiva, 25 [1]: 13-18, 2015.

DIAS, M.T.G. **Reminiscências sobre a participação na gestão da saúde mental em Porto Alegre.** In: LEITE, L.S.; SCARPARO, H.; DIAS, M; SANTOS, S.J.E. (org.) **Saúde Mental ConVida: Registros da Trajetória de Saúde Mental na Cidade de Porto Alegre.** Porto Alegre: SMS, 2013.

DIMENSTEIN, M.D. *et. al.* **Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família.** Barbacena: Mental, vol. 3, p 23-41, 2005.

\_\_\_\_\_. **O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família:** experimentando inovações em saúde mental. São Paulo: Saúde & Sociedade, v. 18, n. 1, 2009.

\_\_\_\_\_; LIMA, A.I. & MACEDO, J.P. **Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária** In: PAULON, S.M.; NEVES, R. **Saúde Mental na Atenção Básica.** A territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013.

\_\_\_\_\_; SILVA, M.L.B. **Apoio Matricial em Saúde Mental: quais efeitos?** Florianópolis: Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v.6, n.13 (2014).

\_\_\_\_\_; SEVERO, A.K.S. **Ambulatório de Saúde Mental como analisador da política de atenção psicossocial.** In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L.C.; PEZZATO, L.M. (org.) **Análise Institucional & Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2013.

DOMITTI, A.C.P. **Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de Apoio Especializado Matricial na Atenção Básica de Saúde.** Tese [Doutorado]. Campinas/SP: Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP; 2006.

ESCÓSSIA, L.; KASTRUP, V. **O conceito de coletivo como superação da dicotomia Indivíduo-Sociedade.** Maringá: Psicologia em estudo, v 10, n 2, p 295-304, 2005.

\_\_\_\_\_. **O coletivo como plano de criação na Saúde Pública.** Botucatu: Interface - comunicação, saúde, educação, v 13, supl. I, p 689-94, 2009.

FAGUNDES, S.M.S. **Águas da Pedagogia da Implicação:** intercessores da educação da educação para políticas públicas de saúde. Dissertação (Mestrado em Educação) Porto Alegre: UFRGS, 2006.

\_\_\_\_\_; SILVA, M.C.C. **Porto Alegre: nossa cidade e a Saúde Mental Coletiva – 20 anos – Recorte do movimento em atos.** In: LEITE, L.S.; SCARPARO, H.; DIAS, M; SANTOS, S.J.E. (org.) **Saúde Mental ConVida: Registros da Trajetória de Saúde Mental na Cidade de Porto Alegre.** Porto Alegre: SMS, 2013.

---

FERLA, A.A.; CECCIM, R.B.; ALBA, R.D. **Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva.** Rio de Janeiro: RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, v 6, n 2, Ago 2012.

\_\_\_\_\_.; ROCHA, C.M.F.; DIAS, M.T.G.D.; SANTOS, L.M. (Orgs.). **Redes vivas de educação e saúde: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde.** Porto Alegre: Cadernos da Saúde Coletiva, n 4, Ed Rede Unida, 2015.

---

FEUERWERKER, L.C.M. **Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação**

2005

\_\_\_\_\_. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FIGUEIREDO, M.D.; ONOCKO CAMPOS, R. **Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou emaranhado?** Rio de Janeiro: Ciência Saúde Coletiva, v 14, n 1, p 129-138, 2009.

\_\_\_\_\_.; CAMPOS, G.W.S. **O apoio Paidéia como metodologia para processos de formação em saúde.** Botucatu: Interface - comunicação, saúde, educação. n 18 Supl I: 931-43, 2014.

FONSECA, T.M.G.; COSTA, L.A.; KIRST, P.G. **Ritornos para o pesquisar no contexto das tecnologias virtuais do sensível.** Porto Alegre: Informática na educação: teoria & prática, v 11, n 1, p 38-46, jan/jun 2008.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994a.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade II: o uso dos prazeres.** Rio de Janeiro: Graal, 1994b.

\_\_\_\_\_. **O sujeito e o poder.** In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. (Org.). **Michel Foucault, uma trajetória filosófica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 17ª ed. 2002.

\_\_\_\_\_. **Mesa-redonda em 20 de maio de 1978.** In: \_\_\_\_\_. **Estratégia, Poder-Saber.** Ditos & Escritos IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

---

FRANCO, T.B. **As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (orgs.). *Gestão em redes*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj-Cepesc, 2006.

\_\_\_\_\_; MERHY, E.E. **Mapas analíticos**: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: [http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas\\_analiticos.pdf](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf). Acesso em 13/08/2015.

\_\_\_\_\_. **Produção do cuidado e produção pedagógica**: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. Botucatu: Interface - Comunicação, Saúde, Educação; 11(23): 427–38, dezembro de 2007.

\_\_\_\_\_; ANDRADE C.S.; FERREIRA, V.S.C. (orgs.). **A Produção Subjetiva do Cuidado – Cartografias da Estratégia de Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2009.

FREITAS, C.N.; SOUZA, L.L. **Saúde mental integrada à atenção primária**. In: LEITE, L.S.; SCARPARO, H.; DIAS, M; SANTOS, S.J.E. (org.) **Saúde Mental ConVida**: Registros da Trajetória de Saúde Mental na Cidade de Porto Alegre. Porto Alegre: SMS, 2013.

FURTADO, J.P. **Um método construtivista para avaliação em saúde**. Rio de Janeiro: *Ciência & Saúde Coletiva*, v 6, n 1, p 165-182, 2001.

\_\_\_\_\_; ONOCKO CAMPOS, R. **O percurso da pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial**: entre a saúde coletiva e a saúde mental. In: ONOCKO CAMPOS *et. al.* (Orgs.). **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental**: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores, p 189-209, 2008.

GAMA, C.A.P.; ONOCKO CAMPOS, R. **Saúde Mental na Atenção Básica**: uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). Florianópolis: **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v 1, n 2, p 112-131, 2009.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDES, M.P. **Como Construir Uma Atenção Primária Forte no Brasil?** Relatório Final de Pesquisa. Rio de Janeiro: SBMFC, 2011. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal\\_portugues.pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf). Acesso em 13/05/14.

GOMES, M.P.C.; MERHY, E.E. **Pesquisadores IN-MUNDO**: Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

GUATTARI, F. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Brasiliense, 3ª Ed, 1987.

---

\_\_\_\_\_. **As três ecologias**. Tradução Maria Cristina F. Bittencourt. Campinas: Papirus, 1990.

\_\_\_\_\_. **Caosmose: um paradigma estético**. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Claudia Leão. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

HECKERT, A.L.C.; PASSOS, E.; BARROS, M.E.B. **Um seminário dispositivo – A Humanização**. Botucatu: Interface - comunicação, saúde, educação, v 13, supl I, p 493-502, 2009.

\_\_\_\_\_; NEVES, C.A.B. **Modos de Formar. Modos de Intervir**: quando a formação se faz potência de produção de coletivos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília: Formação e Intervenção - v 1, 2010.

HECKERT DA SILVA, F.; CÉSAR, J.M. **Efeitos da formação em situação de pesquisa**: incursões de estudantes nas experiências vivas de apoio institucional em saúde. In: PINHEIRO, R. *et. al.* (Orgs) **Práticas de Apoio e a Integralidade no SUS**: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa. Rio de Janeiro: CEPESC. IMS-UFRJ, ABRASCO, 2014.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. **Cartografar é traçar um plano comum**. Rio de Janeiro: Fractal - Revista de Psicologia, vol 25, n 2, Mai/Ago, 2013.

LEITE, L.S.; SCARPARO, H.; DIAS, M; SANTOS, S.J.E. (org.) **Saúde Mental ConVida**: Registros da Trajetória de Saúde Mental na Cidade de Porto Alegre. Porto Alegre: SMS, 2013.

LIMA, A.P. **Do círculo de conversa à rede de conversações**: a articulação de coletivos organizados para produção em saúde. In: CECCIM et.al (Orgs.) In-formes da Atenção Básica: aprendizagens de intensidade por círculos em rede. (Prospecção de modelos tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde – Volume 1 ) Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. – 306p.

\_\_\_\_\_. **O apoio matricial na ampliação da resolutividade em rede no sistema municipal de saúde**: constituindo a noção de rede, de sistema e de resolutividade da atenção para organizar o apoio matricial. In: 10º CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA. Rio de Janeiro: Anais..., 2012.

LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1995.

\_\_\_\_\_. **Implicação: um novo paradigma?** In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, p 246-258, 2004a.

---

\_\_\_\_\_. **Implicação e sobreimplicação.** In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral.** São Paulo: Hucitec, p 128-39, 2004b.

MERHY, E.E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.** In: MALTA, D.C. *et.al.* **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público.** Belo Horizonte: Xamã – VM Editora, 1998.

\_\_\_\_\_. **Modelo de atenção à saúde como contrato social.** Brasília: 11ª Conferência Nacional de Saúde, 2000. Disponível em:  
<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-11.pdf>

\_\_\_\_\_. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_; FRANCO, T.B. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo technoassistencial.** In: MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. *et.al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003a.

\_\_\_\_\_; FRANCO, T.B. **Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional.** Rio de Janeiro: Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, n. 65, set/dez 2003b.

---

\_\_\_\_\_. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde.** 2004. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento da Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, Caderno de textos, p 108-134, 2004a.

\_\_\_\_\_. **O conhecer militante do sujeito implicado:** o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B., PERES, M.A.A. (org.) **Acolher Chapecó.** Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, vol 1, p 21- 45, 2004b.

\_\_\_\_\_. **O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação.** Botucatu: Interface - comunicação, saúde, educação, v 9, n16, p161-177, 2005.

\_\_\_\_\_; FEUERWERKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. **Educación Permanente en Salud.** Lanus : Salud Colectiva, vol. 2, p. 147-160, 2006.

\_\_\_\_\_; FRANCO, T.B. **Reestruturação Produtiva em Saúde:** In: DICIONÁRIO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Joaquim Venâncio-Fiocruz. p 225-30, 2006.

\_\_\_\_\_. **Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde:** em busca de anômalos. In: LOBOSQUE, A.M. (Org) **Seminário de Saúde Mental: Os desafios da formação.** Belo Horizonte: ESP-MG, Cadernos Saúde Mental, v 3, p 23-36, 2010.

MIRANDA, L. *et. al.* **Dos grupos focais aos grupos focais narrativos:** uma descoberta no caminho da pesquisa. In: ONOCKO CAMPOS *et. al.* (Org). **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental:** desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores, p.189-209, 2008.

OLIVEIRA, G.N. *et. al.* **Novos possíveis para militância no campo da Saúde:** a afirmação de desvios nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS. Botucatu: Interface – comunicação, saúde, educação, v13, supl.1, p 523-529, 2009.

\_\_\_\_\_. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio.** Tese (Doutorado) Orientador: Sergio Resende Carvalho. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2011.

ONOCKO CAMPOS, R. *et. al.* **Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde.** São Paulo: USP, Rev. Saúde Pública, v.46, n.1, p.43-50, 2012.

PAIM, J.S. **A Reforma sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual.** In: PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Salvador: EdUFBA, 2008.

PASCHE, D.F. **Saúde Coletiva.** In: PASCHE, D.F.; CRUZ, I. **A Saúde Coletiva: diálogos contemporâneos.** Ijuí: Editora UNIJUI, 2006.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar.** . Botucatu: Interface - comunicação, saúde, educação , v.13, supl.1, p.701-8, 2009.

\_\_\_\_\_; PASSOS, E. **Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde** – aposta da Política de Humanização da Saúde. Rio de Janeiro: Saúde em Debate, vol 34, nº 86, p 423-432, jul./set. 2010.

\_\_\_\_\_; PASSOS, E.; HENNINGTON, E.A. **Cinco anos da Política Nacional de Humanização:** trajetória de uma política pública. Rio de Janeiro: Revista Ciência & Saúde Coletiva, 16 (11): 4541-4548, 2011.

PASSOS, E.; PALOMBINI, A.L.; CAMPOS, R.O. **Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental.** Rio de Janeiro: Revista Ecos, v 3, n 1, p 4-17, 2013. Disponível em: <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/view/1110>. Acesso em 27/06/14.

\_\_\_\_\_; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.) **Pistas do método da cartografia:** pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.- Porto Alegre: Sulina, 2012.

\_\_\_\_\_; BENEVIDES DE BARROS, R. **Clínica e Biopolítica na experiência do contemporâneo**. Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa. Rio de Janeiro: PUC/RJ, v 13, p 89-99, 2001.

\_\_\_\_\_ *et. al.* **A dimensão instituinte da avaliação**. In: ONOCKO-CAMPOS, R. *et. al.* (org.). **Pesquisa avaliativa em saúde mental**. Desenho participativo e efeitos da narratividade. Campinas: HUCITEC, p 209-228, 2008.

PAULON, S.M.; NEVES, R. **Saúde Mental na Atenção Básica**. A territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013.

\_\_\_\_\_; PASCHE, D.; RIGHI, L. **Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança**. Botucatu: Interface - comunicação, saúde, educação, v 18 Supl I, p 809-820, 2014.

\_\_\_\_\_ *et. al.* **Espaços coletivos de discussão como aposta metodológica em uma pesquisa participativa em Saúde Mental**. In: POLEJACK, L. *et. al.* **Psicologia e Políticas Públicas na Saúde: experiências, reflexões, interfaces e desafios**. Porto Alegre: Ed Rede Unida/ Fiocruz, 2015.

PENIDO, M.F. **Análise da implicação de apoiadores e trabalhadores da estratégia de saúde da família no apoio matricial em saúde mental**. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

PENIDO, M.F. *et. al.* **Apoio Matricial como tecnologia em saúde**. Rio de Janeiro: Saúde em Debate, vol 34, nº 86, p 467-474, jul/set 2010.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. **Práticas eficazes versus modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS-UFRJ, ABRASCO, 2003.

\_\_\_\_\_; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. **Apresentação**. In: \_\_\_\_\_; MATTOS, R.A.(org). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Cepesc, Abrasco, 2006.

\_\_\_\_\_ *et. al* (Orgs.). **Práticas de Apoio e a Integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa**. Rio de Janeiro: CEPESC. IMS-UFRJ, ABRASCO, 2014a.

\_\_\_\_\_ *et.al* (Orgs.). **Experiencia(ações) e Práticas de Apoio no SUS: integralidade, áreas programáticas e democracia institucional**. Rio de Janeiro: CEPESC. IMS-UFRJ, ABRASCO, 2014b.

PORTO ALEGRE (RS). PMPA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Saúde Mental 2005-2008**. Porto Alegre: Secretaria Municipal da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde.** Porto Alegre: Secretaria Municipal da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria SMS nº 536**, de 07/06/2011. DOPA nº 4032, de 10/06/11.  
Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/dopa/ver\\_conteudo.php?protocolo=17594](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/dopa/ver_conteudo.php?protocolo=17594)

RIGHI, L.B. **Apoio matricial e institucional em Saúde:** entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. Botucatu: Interface – comunicação, saúde e educação, vol 18, supl 1, Dez 2014.

RODRIGUES, H.B.C. **Pesquisas e Práticas Psicossociais.** João Del-Rei: v. 6, n. 2, ago./dez. p.236, 2011.

ROLNIK, Suely. A Sombra da Cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia. In: MAGALHÃES, M. C. R. (Org.). Na Sombra da Cidade. São Paulo: Ed. Escuta, 1995.

ROMAGNOLI, R.C. *et. al.* **Por uma clínica da resistência:** experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. Botucatu: Interface - comunicação, saúde e educação, v 13 nº 30, jul./set. 2009.

\_\_\_\_\_. **O conceito de implicação e a pesquisa intervenção institucionalista.** Belo Horizonte: Psicologia & Sociedade, vol. 26(1), p 44-52, 2014.

ROTELLI, F. **Formação e construção de novas instituições em Saúde Mental.** In: AMARANTE, P.; CRUZ, L.B. (orgs). **Saúde Mental, Formação e Crítica.** Rio de Janeiro: Laps/ENSP/Fiocruz, 2008.

SANTOS-FILHO, S.B; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. **A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde.** Botucatu: Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.13, supl.1, p.603-13, 2009.

\_\_\_\_\_. **Apoio institucional e análise do trabalho em saúde:** dimensões avaliativas e experiências no SUS. Botucatu: Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v 18, supl. 1, 2014a.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa em Humanização:** articulações metodológicas com o campo da Avaliação. Florianópolis: Saúde & Transformação. Soc., ISSN 2178-7085, v. 5, n. 2, p. 01-10, 2014b.

SCHWARTZ, Y. **Disciplina epistêmica, disciplina ergológica: Paidéia e Politéia.** Campinas: Ed. Proposições, v.13, n.1, p.126-49, 2002.

SILVA, A.; LIMA, A.P.; ALTAMIRANO, M.M. **O apoio como produção de encontros entre cuidado, gestão e formação e participação.** In: CECCIM et.al (orgs) Intensidades na Atenção Básica: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação. (Prospecção de modelos tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde – Volume 2 ) Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. – 351 p.

SILVEIRA, E.R. **Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta.** Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 17 (9): 2377-2386, 2012.

SOL, N.A.A. **Medicina geral comunitária no Brasil: uma análise institucional sócio-histórica da sua trajetória.** In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L.C.; PEZZATO, L.M. (orgs) **Análise Institucional & Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, p 180-205, 2013.

SOUZA, A.C.; RIVERA, F.J.U. **A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental.** Brasília: UNB, Revista Tempus Actas Saúde Coletiva, p 105-14, v 4, n 1, 2010.

TEIXEIRA, R.R. **Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS R.A. (org.) **Construção da Integralidade – cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003.

\_\_\_\_\_. **As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de outra concepção de público.** 2004. Disponível em:

<http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>. Acesso em 10/05/14.

\_\_\_\_\_. **O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva.** Botucatu: Interface – comunicação, saúde, educação, v 9, n 17, p 219-234, 2005.

VASCONCELOS, E.M. **Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional** In: \_\_\_\_\_. (org.) **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira.** São Paulo: Hucitec, 2010.

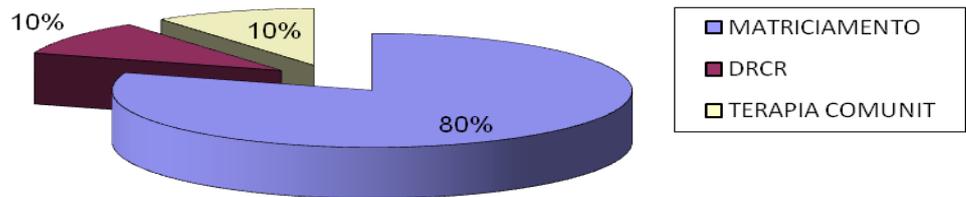
VEYNE, P. **Como se escreve a história: Foucault revoluciona a história.** Brasília: Editora da UNB, 1982.

YAN, P.I.F.C.; YASUI, S. **O apoiador Caipira: O desafio/arte de articular redes regionais a partir de territórios/desejos singulares.** Botucatu: Interface – comunicação, saúde, educação, 18 Supl I: p 871-84, 2014.

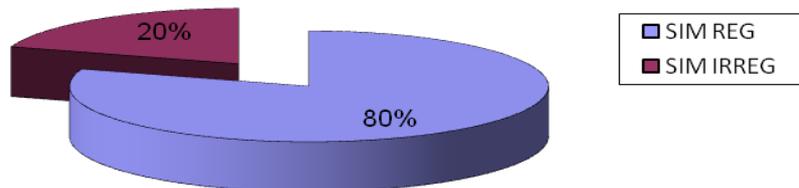
YASUI, S. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

**ANEXO I**  
**LEVANTAMENTO DOS DADOS DO INSTRUMENTO/PESQUISA**  
**DO APOIO MATRICIAL NA ATENÇÃO BÁSICA**  
**OUTUBRO DE 2009**

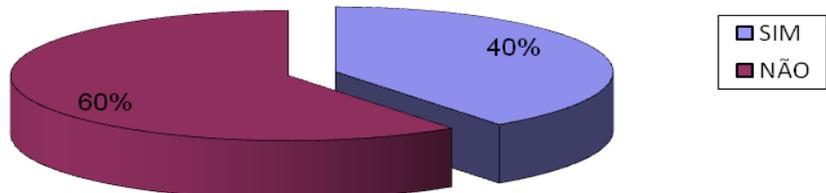
**ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL**



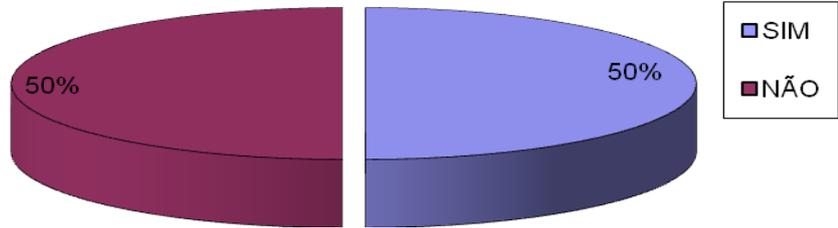
**A ESM OFERECE APOIO MATRICIAL PARA A ATENÇÃO BÁSICA?**



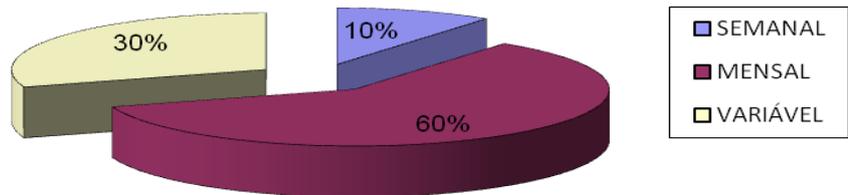
**O APOIO MATRICIAL ENVOLVE TODOS OS MEMBROS DA ESM?**



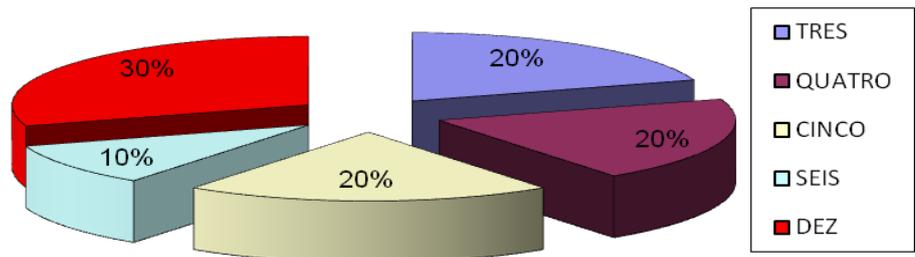
A ESM VAI ATÉ A ATENÇÃO BÁSICA?



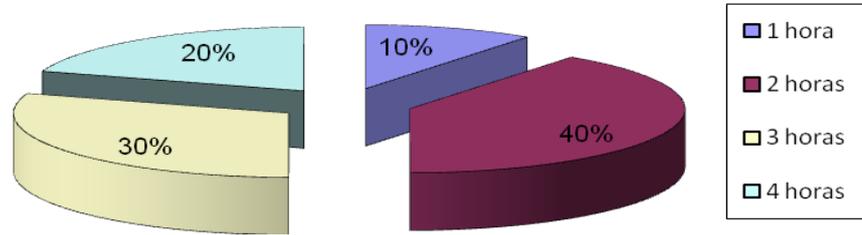
PERIODICIDADE DO APOIO MATRICIAL



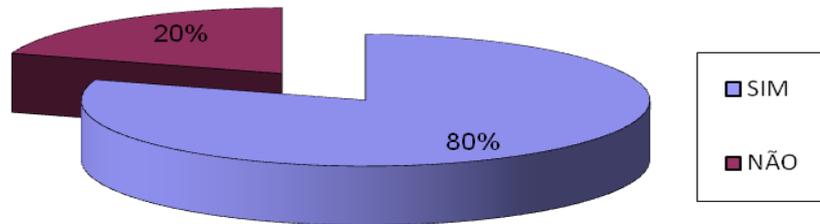
NÚMERO DE CASOS EM MÉDIA



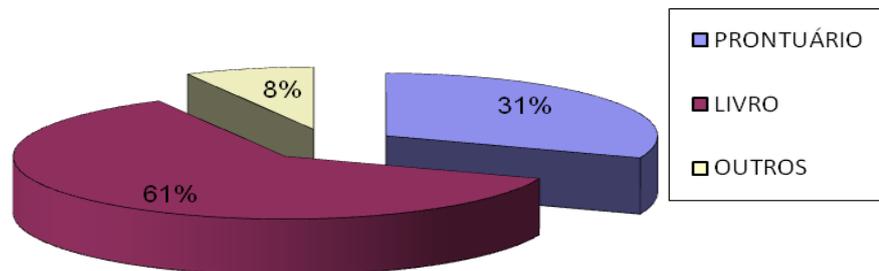
**DURAÇÃO DA ATIVIDADE DE APOIO MATRICIAL EM MÉDIA**



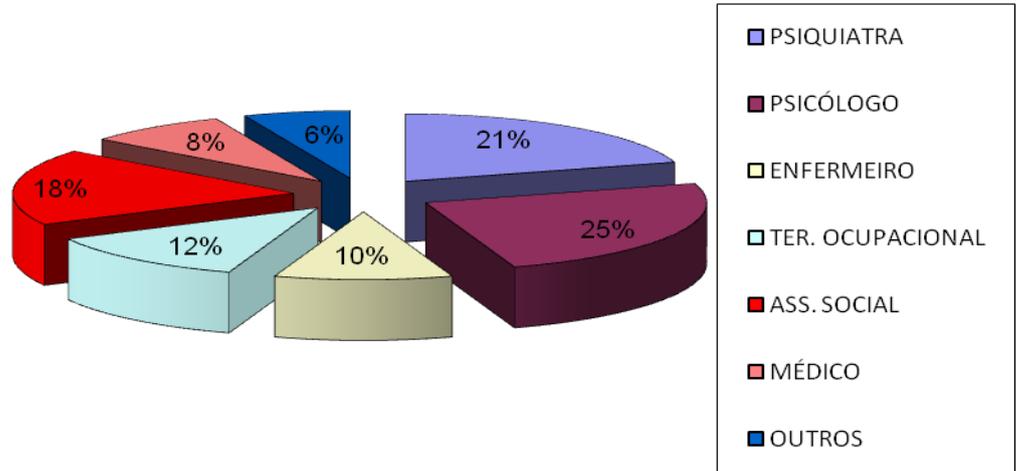
**A ESM FAZ REGISTROS DAS ATIVIDADES DE APOIO MATRICIAL?**



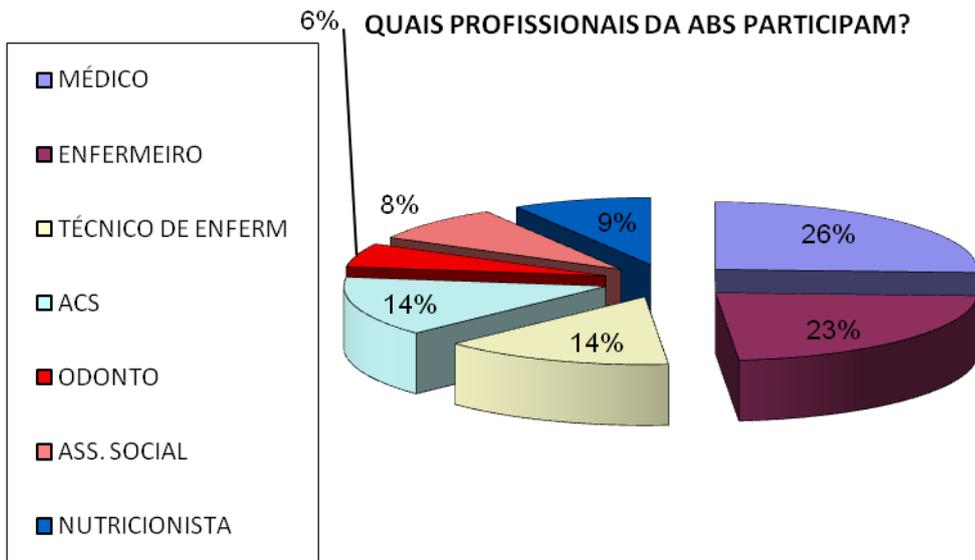
**TIPO DE REGISTRO UTILIZADO**



### QUAIS PROFISSIONAIS DA SM PARTICIPAM?



### QUAIS PROFISSIONAIS DA ABS PARTICIPAM?



## Tabela de atividades do AM

LEVANTAMENTO	nunca	raramente	Às vezes	frequent.	sempre	TOTAL
A. Discussão de casos			1	1	15	17
B. Atendimento (consulta) conjunto com ABS	5	3	6	3		17
C. Visita domiciliar conjunta	2	5	7	3		17
D. Participação nas reuniões de Equipe (ABS)	6	7	4			17
E. Grupos na ABS	6	6	2	1	2	17
F. Elaboração de projetos terapêuticos conjuntos com ABS	2	2	1	6	6	17
G. Atividades de Educação permanente	4	2	2	4	5	17
H. Discussão de textos com ABS	12	2	2	1		17
I. Acessibilidade à distância (telefone, e-mail....)			1	4	12	17

**ANEXO II**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Qualificação da Saúde Mental na Atenção Básica: análise das práticas de equipes da Região 10-Macrometropolitana/RS a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)” que está sendo desenvolvida pela Dra. Simone Mainieri Paulon, docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional – UFRGS.

O objetivo da pesquisa, a ser desenvolvida com metodologia de caráter avaliativo qualitativo e participativo, é identificar e qualificar práticas de saúde mental na atenção básica, a partir do processo avaliativo do primeiro ciclo do PMAQ-AB, ampliando a análise das questões relacionadas à atenção psicossocial no debate com equipes de saúde e usuários. Os dados produzidos visam proporcionar uma qualificação das práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica, sendo sua participação de extrema relevância.

Sua participação ocorrerá através da participação em um grupo focal, com duração prevista de 01h:30min. O grupo ocorrerá em local adequado, em comum acordo entre o(a) pesquisador(a) e os(as) participantes. O grupo será gravado em áudio, para posterior transcrição, e em algumas ocasiões em vídeo para resultados em mídia áudio-visual.

A participação na pesquisa é de caráter voluntário. Não haverá pagamentos ou custos financeiros aos participantes. O anonimato dos participantes da pesquisa será mantido durante todo o processo de coleta e análise dos dados, assim como no processo de divulgação da produção científica. Ao participante será garantida a possibilidade de se recusar a responder alguma questão, interromper a entrevista ou desistir desta sem sofrer qualquer tipo de penalização ou prejuízo pessoal.

Para qualquer dúvida ou esclarecimento você poderá entrar em contato com os pesquisadores pelo telefone: (51) 33085697; ou, ainda, na secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (3308 5066) ou junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (3289 2784).

**Aceite de Participação Voluntária**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_,  
declaro que fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima e concordo em participar dela.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_.

Assinatura do participante

Simone Mainieri Paulon  
Professora do PPGPSI-UFRGS