



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

JÚLIA MONTEIRO SCHENKEL

**MAPEANDO A RELAÇÃO GESTÃO-ATENÇÃO NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE A PARTIR DE EXPERIÊNCIAS DE APOIO
E PESQUISA NA ATENÇÃO BÁSICA**

Porto Alegre

2016

JÚLIA MONTEIRO SCHENKEL

**MAPEANDO A RELAÇÃO GESTÃO-ATENÇÃO NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE A PARTIR DE EXPERIÊNCIAS DE APOIO E
PESQUISA NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico).

Orientadora: Prof. Dra. Simone Mainieri Paulon

Porto Alegre

2016

CIP - Catalogação na Publicação

Schenkel, Júlia Monteiro
Mapeando a relação gestão-atenção no Sistema Único de Saúde a partir de experiências de apoio e pesquisa na Atenção Básica / Júlia Monteiro Schenkel. -- 2016.
82 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, 2016.

1. Apoio Institucional. 2. Estratégia de Saúde da Família. 3. Gestão em Saúde. 4. Clínica Transdisciplinar. I. Paulon, Simone Mainieri, orient. II. Título.

JÚLIA MONTEIRO SCHENKEL

**MAPEANDO A RELAÇÃO GESTÃO-ATENÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE A PARTIR DE EXPERIÊNCIAS DE APOIO E PESQUISA NA
ATENÇÃO BÁSICA**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a
Dissertação de Mestrado apresentada ao do Mestrado
Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul – UFRGS

Aprovado em 20/ 10/ 2016

Prof. Dr.^a Simone Mainieri Paulon – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
(orientadora)

Prof. Dr. Dário Frederico Pasche – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira – Universidade Federal Fluminense

Prof. Cristianne Maria Famer Rocha – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Lisiane Boer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

Agradeço a vida, *que me a dado tanto!*

Aos encontros, ao pensamento e à vida que se produz nos entremeios da construção do SUS.

À Simone, pela orientação ética e cuidadosa, comigo e com meu trabalho, sempre presente a potencializar as linhas dessa dissertação.

Aos professores da banca de qualificação, Dário Pasche, Eduardo Passos e Ricardo Ceccim, que contribuíram para deslanchar essa pesquisa.

Ao Grupo de Pesquisa Intervenção Intervires, por todas as trocas e composições possíveis. Aos colegas que contribuíram diretamente para esse trabalho, com sua leitura atenta e agregadora, Luciana Barone e Felipe Parise.

Agradeço às queridas colegas de pesquisa em Viamão, Letícia Quarti Soares e Tamires Sivinski, pela convivência generosa que desembocou em potente produção coletiva de análise.

Aos nômades de um certo coletivo que, através do Núcleo de Apoio Institucional e Práticas Pedagógicas (Coordenação Estadual da Atenção Básica) me fizeram mergulhar em uma prática que abriu caminhos para um futuro tema de pesquisa.

Aos colegas e amigos Mariana Allgayer e Daniel Fernandes, mestrandos do PPG de Psicologia Social e Institucional da UFRGS, pela proximidade, cafés e ideias compartilhadas.

À Prof. Lisiane Boer Possa, pelo convite para trabalhar na Rede Governo Colaborativo em Saúde, pela amizade, pelas conversas, pelo apoio, por ter “cutucado” a sanitarista em mim.

À Rede Governo Colaborativo em Saúde, instituição sempre aberta à experimentações, na qual foi possível continuar a prática do apoio institucional, e assim, seguir trabalhando com o tema da minha pesquisa. E aos estagiários estudantes da Graduação Saúde Coletiva, pelas aprendizagens e intervenções maquinadas. Agradeço a Cibele Dotto, Marina Marques, Fabíola Giergowicz, Maura Belomé e Álisson Fernandes.

Ao Gilson Menezes, admirável e incansável gestor da AB da SMS de Esteio, pela confiança, por sonhar junto e ousar desenhos de cogestão.

Aos meus pais Margarida Monteiro Schenkel e Eloir Paulo Schenkel, que sempre apoiaram minhas escolhas e voos.

Ao meu amor, Felipe Freddo Breunig, que me ajudou atravessar esse percurso com leveza.

Entre duas notas de música existe uma nota, entre dois fatos existe um fato, entre dois grãos de areia por mais juntos que estejam existe um intervalo de espaço, existe um sentir que é entre o sentir – nos interstícios da matéria primordial está a linha de mistério e fogo que é a respiração do mundo, e a respiração contínua do mundo é aquilo que chamamos de silêncio.

Clarice Lispector

RESUMO

Esse trabalho visa problematizar uma suposta dicotomia existente entre gestão e atenção na saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, explorando como a tecnologia do apoio institucional pode incidir nessa relação. Para tanto, realizou-se uma investigação cartográfica a partir de narrativas e reflexões registradas em diários de campo que emergiram de experiências da pesquisadora, na condição de apoiadora no âmbito da Atenção Básica. A pesquisa parte do resgate dos principais modelos de saúde que influenciaram a construção do Sistema Único de Saúde, mapeando jogos de forças presentes na Política Nacional de Atenção Básica, mais especificamente nos modos como a relação entre gestão e atenção se apresenta na Estratégia de Saúde da Família. Com a desnaturalização das noções de indivíduo e de sociedade, sustenta que não há uma clínica individual e uma outra coletiva a serem articuladas, apontando para uma clínica transdisciplinar que opera em um plano no qual clínica e política são indissociáveis. O apoio como intercessor nas relações de trabalho no campo da saúde é pensado a partir da criação de tempos e abertura de espaços. Por fim, inspirada na proposição de Guattari de uma “literatura menor”, defende a desmistificação da gestão em saúde, e aponta o apoio institucional como tecnologia que pode contribuir para a produção de uma *gestão menor*.

Palavras-chave: Apoio institucional; Estratégia de Saúde da Família; gestão em saúde, Clínica Transdisciplinar.

ABSTRACT

This study discusses a supposed dichotomy between health management and health attention in the context of the Brazilian Health System, in order to explore how institutional support technology can interfere in this relationship. With this goal a cartographic research was carried out, to explore the narratives, reflections and field diaries that emerged from the researcher's experience in the Basic Health Care. The study reassesses the main models that influenced the construction of the Brazilian Health Care system, mapping the tensions that involve the National Politics for Basic Health Care, specifically the ones regarding the relationship between health management and attention in the Family Health Strategy. Through the denaturalization of the notions of individual and society, the researcher defends that the efforts of the area should not involve the articulation between an individual clinic and a collective clinic, but the development of a transdisciplinary clinic. This can not be understood in disconnection with politics. This study considers the practice of institutional support in the Brazilian Health System as a tool to create times and spaces. Finally, inspired by Guattari's proposition of a 'minor literature', it defends the demystification of health management, featuring institutional support as a technology that may contribute to the production of a *management*.

Keywords: Institutional support; Family Health Strategy; health management.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

CEAB – Coordenação Estadual da Atenção Básica

CMI – Capitalismo Mundial Integrado

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF- Programa de Saúde da Família

RGCS – Rede Governo Colaborativo em Saúde

RAS- Rede de Atenção à Saúde

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SUS – Sistema Único de Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SM – Saúde Mental

SILOS – Sistemas Locais de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO:

1 ALÇANDO VÔO: PRÉ-PARAÇÕES PARA VIAGEM	11
2 SOBRE UMA SUPOSTA POLARIZAÇÃO GESTÃO E ATENÇÃO	20
2.1 “MODELOS” ASSISTENCIAIS DE SAÚDE NO BRASIL	22
2.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: AMPLIA-SE A CLÍNICA?	27
2.3 PROBLEMATIZANDO A DICOTOMIA INDIVÍDUO E SOCIEDADE	33
2.4 BIOPODER E GOVERNAMENTALIDADE NA SAÚDE	37
2.5 VOZES QUE PEDEM PASSAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA	42
3 O APOIADOR INTERCESSOR	46
3.1 A CONSTITUIÇÃO DE UM GRUPO DE APOIO INSTITUCIONAL NA REDE GOVERNO COLABORATIVO EM SAÚDE	47
3.2 DESINDIVIDUALIZAÇÃO DA CLÍNICA E AMPLIAÇÃO DA GESTÃO	51
3.3 APOIAR PARA CRIAR TEMPOS E ABRIR ESPAÇOS	55
3.4 MAQUINANDO UMA SAÚDE NÃO CAPTURADA PELO ESTADO.....	62
4. DESMISTIFICANDO 'A' GESTÃO: POR UMA GESTÃO MENOR NA ÁREA DA SAÚDE	68
5 COM-SIDERAÇÕES	75
REFERÊNCIAS.....	78

1 ALÇANDO VÔO: PRÉ-PARAÇÕES PARA A VIAGEM

Escrever é traçar linhas de fuga, que não são imaginárias, que se é forçado a seguir, porque a escritura nos engaja nelas, na realidade, nos embarca nela. Escrever é tornar-se, mas de modo algum é tornar-se escritor, é tornar-se outra coisa. (DELEUZE, PARNET, 1998. p. 56)

Respiro fundo. Preparo-me para olhar para bem dentro do escuro e apagar as luzes das explicações fáceis, das perguntas já respondidas, das estradas por demais já percorridas. Olho para trás, e vejo a grama crescida, memórias que transbordam do corpo pedindo passagem, pedindo costura e contorno: produção de sentido.

Pegadas carregadas de pó, de vento, e de palavras. Palavras velhas querendo virar poesia, sonhos cansados, quase desacreditados, se reacomodam, buscando alçar voo. É de um voar junto como revoada que respingam percursos compartilhados, fragmentos de experimentações no Sistema Único de Saúde (SUS).

Tiro da mochila um punhado de experiências. Desenrolo o pano tecido a não sei quantas mãos, quantas passaram por mim, quantas pude tocar. Sabe o ditado popular que diz: “a experiência é uma vela que se carrega na mão a iluminar os caminhos?”. Pois quando os caminhos estão por demais luminosos, encharcados de razão, resta-nos fechar os olhos e deixar-se perder. Perder-se para afrouxar as certezas, para sossegar a vontade de curar, a pressa de responder por, de definir um objetivo, perder-se para esquecer a obsessão de atingir a meta, de encontrar uma verdade. Perder-se para aprender a respeitar processos.

“Perder-se significa ir achando e nem saber o que fazer do que se for achando”, avisa Clarice Lispector. Haveria outro jeito de cartografar, sem arriscar desapegar das intenções prévias de um pesquisador, para poder construir a meta da pesquisa a partir de seu percurso? Se perder, para cartografar. O convite para o leitor é esquecer-se de si, deixar-se perder para embarcar junto nessa viagem.

Não se esqueça de carregar na mochila os princípios do SUS, esse é um critério importante. Pode servir de bússola quando estiver perdido. De resto poderá recheá-la à sua maneira com a bagagem que lhe parecer mais pertinente, conforme os caminhos exigirem. É imprescindível, ainda, levar na bagagem um diário, onde possa conversar com suas perguntas, narrar o vivido, registrar os movimentos percebidos. Façamos do diário de campo um companheiro de pesquisa, lembrando que os fragmentos do cotidiano que um diário permite recortar carregam uma potencialidade reveladora das instituições e seus atravessamentos, para muito além da pessoa que o escreve: “o diário permite ao mesmo tempo sair da inibição e arriscar este salto qualitativo do acesso ao conceito...” (RESS, 2009).

É preciso alertá-lo que encontrará inúmeros obstáculos pela frente. Podemos nomear alguns já de antemão: precarização e desmonte das políticas públicas, fragmentação das políticas de saúde, individualismo nas práticas, relações competitivas encharcadas de uma subjetivação capitalística (GUATTARI, 2006), concepções de saúde capturadas em um centralismo na medicação e no hospital. Lembre-se que a reforma sanitária é interminável, e que você é apenas mais um a assoprar. Sua tarefa será passar por esses desafios e assoprá-los, para vermos o que alça voo.

Partimos de um duplo incômodo, colhido em trajetórias dentro do SUS, com o discurso queixoso, ora da gestão, ora dos trabalhadores, que atribuí um ao outro a culpa pelas mazelas na produção de saúde. O gestor critica trabalhadores ‘descomprometidos’, ‘descapacitados’, ou ainda ‘que não teriam o perfil para trabalhar no SUS’. Ao lado temos trabalhadores que, se eximindo da função gestora de seu processo de trabalho, atribuem seus problemas à pressão de eventuais gestores e a alguma incapacidade dos mesmos. Dois lados de uma mesma moeda, que obstruem as conexões ao não reconhecerem que se trata de um mesmo plano de produção. Nessa viagem, nosso objetivo será mapear jogos de forças presentes na construção da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e contribuir para as reflexões acerca dos arranjos assistenciais no contexto do SUS.

Cada vez mais se aposta e se investe na atenção básica, assim como cada vez mais se espera da mesma. Ações de saúde que antes eram unicamente

situadas em serviços de especialidades passam a ser descentralizadas, haja vista o caso da política de saúde mental. Frente a tal processo de mudança e complexificação da função da atenção básica na rede de atenção à saúde, passou-se a escutar certa *queixa-mantra* das equipes: “*tudo agora é na atenção básica!*”. De modo que se faz necessário repensar o que se espera, de que forma as equipes estão organizando seu processo de trabalho e como elas estão sendo apoiadas. Além disso, cabe questionarmos como trabalhadores e usuários têm se apropriado do processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e se está sendo possível a construção local de modos de cuidar de acordo com a singularidade de cada território, com a porosidade necessária para que hajam processos criativos na produção do cuidado.

Nesse contexto cabe problematizarmos se as necessárias mudanças no âmbito da atenção, pretendidas não apenas pela ESF, mas pelo próprio projeto contido no sonho que gerou o SUS, vieram acompanhadas de mudanças na forma de gestão. A partir daí, questionamos como se engendra e opera certa dissociação entre atenção e gestão. E por fim, dado o crescente espaço que o apoio institucional vem ganhando no SUS, como o mesmo pode incidir nessa interface gestão e atenção.

Ao percorrermos as pistas deixadas pela Política Nacional de Humanização – PNH - (BRASIL, 2003), faremos uma certa genealogia de como fomos construindo no Brasil um modo de produzir saúde em que a gestão muitas vezes aparece como dissociada da atenção. Para tanto, será necessário percorrer os caminhos de uma certa interiorização da clínica operada historicamente, bem como desmistificar dissociações presentes até hoje, como a que opõe indivíduo e sociedade. A proposta, então, que se coloca como fio condutor desta investigação, é pensar a partir desse diagnóstico, não para afirmar tal dissociação e sim para pensar formas de superação, ou mesmo para desmistificá-la. A tecnologia do apoio surge aqui como estratégia a ser estudada, tornando-se o foco dessa pesquisa, e para isso, partiremos de experiências de apoio e de pesquisa vivenciadas. Entre trechos de diários, narrativas de pesquisa e reflexões escavadas que foram emergindo no

1
processo de escrita – e por isso não conseguem ser datadas com exatidão cronológica – vamos recheando essa investigação.

Em uma pesquisa-intervenção de inspiração cartográfica, buscaremos explorar a questão: **como o apoio institucional incide na relação gestão-atenção no SUS?** Trata-se aqui de desterritorializar certo binarismo que se instituiu no campo social que opõe macro à micropolítica, afasta planejamento e execução, reproduz, portanto, uma divisão manufatureira do trabalho no campo da saúde.

Não se trata, portanto, de afirmar o apoio como isso ou aquilo, mas de acoplar práticas de apoio engendradas, teorizadas e vivenciadas. Perguntar-se por aquilo que o apoio institucional pode, em vez de afirmar o que ele é. Não nos resta alternativa, senão utilizar o fio da experiência para dissertar sobre o tema. Afinal de contas, busca-se aqui singularizar o vivido. O rigor na produção do conhecimento, no caso da cartografia, não está na possibilidade de replicar o estudo em outra realidade, pois em vez de buscar universais, quer-se justamente o contrário: afirmar singularidades. Como aponta Guattari, trabalhamos para a afirmação de um novo paradigma na produção de conhecimento acadêmico, o paradigma estético, no qual a “sua dimensão axiológica deixaria de ser a Verdade com um Y maiúsculo em favor de uma modelização localizada, encarnada em um corpo social cujo destino está em causa” (GUATTARI, p.3, 1992). Colocar-se “entre” assumiu, assim, a corporeidade de uma abertura e disposição para encontrar realidades distantes do ideal das políticas e da pureza das teorias. Trabalhar com o que emerge e acolher o imprevisível, exercitar o apoio e a pesquisa-intervenção: preparar-se para o inusitado dos encontros!

A saúde coletiva, ao se situar como leitura crítica do projeto médico naturalista, introduz as Ciências Humanas no campo da saúde (BIRMAN, 2005),

1 Em alguns capítulos, o leitor encontrará textos que convidam ao mergulho nas experiências narradas, como um convite a embarcar junto nessa cartografia e a tornar-se apoiador. Esses trechos-ressonâncias de cenas de apoio vivenciadas serão apresentados como diários intensivos, que não foram escritos em alguma data precisa, mas sim passaram a ser narrados no processo de escrita dessa dissertação. Trata-se, portanto, de evocar memórias afetivas a partir de cenas, fragmentos de situações entre momentos vivenciados de fato no exercício do apoio, outros estudados de outros apoiadores ou mesmo ficcionados a partir das análises despertadas no processo de pesquisa.

interferindo em seus modos de fazer e de conhecer. Na busca por referenciais que desloquem concepções dominantes na área da saúde, afirmamos a cartografia (PASSOS, E., KASTRUP, V., ESCOSSIA, L, 2009; FONSECA, NASCIMENTO, MARASCHIN, 2012) e a pesquisa-intervenção (L'ABBATE, S., 2012.; PASSOS, E., BENEVIDES, R., 2012) como modos legítimos de produção de conhecimento no âmbito da saúde coletiva, apontando para a potência desse “métodos” para transformar modos de intervir e de conhecer.

O campo da saúde coletiva contribui para fazer avançar modos de se pensar e operar na saúde, porém, por vezes, para adquirir legitimidade no circuito acadêmico e científico, ele se apega a modos hegemônicos de produzir conhecimento que ratificam a separação entre sujeito pesquisador e objeto de estudo. Sem desqualificar tais modos de produzir saberes e práticas, reconhecemos que os conhecimentos pautados pela lógica cartesiana foram e são eficazes para criar muitas respostas na área da saúde. Porém, por outro lado, eles pouco têm dado conta de produzir respostas para os desafios que a diretriz da integralidade coloca ao SUS, ao esbarrarem nas fronteiras entre os núcleos profissionais, entre os diferentes serviços desse sistema, e ainda mais, entre as políticas dos demais setores das políticas públicas.

Se entendemos que é justamente a singularidade do usuário que vem sendo ‘esquecida’ nos modos de cuidar dominantes, assim como demandas singulares de equipes e trabalhadores vêm sendo secundarizadas nos modos tradicionais de gestão, e que isso causa um prejuízo enorme para a qualidade do cuidado ofertado, justifica-se aqui a importância de ampliarmos no campo da saúde coletiva os estudos a partir do método cartográfico. É a partir dessa ética que me coloco como pesquisadora cartógrafa, interessada em explorar a potência do apoio institucional ligada à capacidade de habitar esse *entre* a gestão e a atenção.

Na cartografia, entende-se que sentimentos e desejos do pesquisador se misturam com o “objeto de estudo”, e esses em vez de serem evitados, como a ciência moderna o fez em busca de uma neutralidade, passam a ser incluídos nesta forma de pesquisa. Trata-se então de mapear as transformações no cenário pesquisado, onde não mais se separa sujeito pesquisador e objeto pesquisado. O

cartógrafo é integrante da investigação e “procura afirmar-se através do encontro com o objeto, e não no distanciamento dele” (KIRST, P., et al., 2003. p.96). Se as implicações do pesquisador entram em cena, delimitando o rigor do método cartográfico, faz-se necessário compartilhar um percurso de pesquisa, junto a tudo aquilo que com ele vai se produzindo de conhecimentos e subjetivações.

Mas como emerge uma questão de pesquisa? Faremos o esforço de compartilhar um percurso na saúde coletiva, no intuito de desnaturalizar a escolha de determinado tema de estudo, reconhecendo que, para isso, é necessário falar de onde se parte em uma cartografia, que posições são ocupadas, de que modo se está ligado com o tema, ou melhor, como o tema se coloca em uma trajetória que não apenas é profissional, mas de vida, entendendo que o trabalho é fonte de subjetivação. O rigor no método cartográfico ocorre junto com a honestidade do pesquisador em se reconhecer implicado com o tema, pois se não é à toa que se tecem escolhas de pesquisa, torna-se necessário realizar a análise de implicações. O conceito de *análise de implicação* vem da Análise Institucional (LOURAU, 2014), e coloca-se como ferramenta na pesquisa, na medida em que traz para análise a subjetividade de quem pesquisa. Inclui, portanto, pensar de que modo o pesquisador está atravessado pelas diferentes instituições que se conectam com o tema da pesquisa, lembrando que o conceito de instituição aqui diz respeito às lógicas, normas (formais e informais) que perpassam as organizações. Envolve, portanto, uma análise dos lugares históricos ocupados pelo pesquisador.

Como sustentar uma clínica política tem sido uma interrogação que me acompanha há algum tempo, emergindo durante a graduação e permanecendo viva durante a Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva. O percurso na residência proporcionou um esgarçamento do entendimento do que seria o campo da saúde mental, desviando o olhar dos serviços especializados para voltá-lo para o território. Foi sendo possível desacomodar termos naturalizados na Reforma Psiquiátrica e na Sanitária, como por exemplo: usuário de saúde mental. Tal incômodo com uma terminologia que separa um usuário que traria demandas do “mental”, e que nos leva a pensarmos em outro usuário que apenas traria demandas “do corpo”, se instala ao perceber como dessa forma acabamos por reforçar a

tradição do especialismo na saúde mental, bem como a redução da saúde ao biológico operada pelo paradigma biomédico.

Não mais como residente, mas contratada pela Coordenação Estadual da Atenção Básica (CEAB), na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES), foi possível participar da construção de uma gestão comprometida com a desfragmentação das políticas e que optou pelo apoio institucional como método de gestão. A mudança de governo em 2015 veio como “um balde de água fria”, desmobilizando o desejo de muitos, que, como eu, entendiam que mais quatro anos seriam necessários para consolidar ações, sendo a estratégia do apoio institucional uma delas. Experimentar no corpo a descontinuidade da política pública em função das mudanças de governo convocou à produção de algo que pudesse “dobrar” esse desassossego. O mestrado se constituiu, assim, como uma brecha de possível para dar seguimento a algumas inquietações desse percurso. Ainda intrigada em entender/praticar uma clínica indissociável da política, adentro no âmbito da gestão, mas sem abandonar inquietações advindas da clínica, e encontro no apoio institucional um campo de experimentações. Ao atravessar o primeiro ano de mestrado, experiências atuais de pesquisa e de atuação foram se acoplando ao projeto de pesquisa, e contribuindo para a delimitação do tema a ser investigado.

Uma dessas experiências se deu através da minha participação em um grupo de pesquisa-intervenção no campo da saúde mental na atenção básica². Entre as atividades da Pesquisa “Qualificação da Saúde Mental na Atenção Básica – uma 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”³, chamamos para a roda gestores, trabalhadores e usuários da atenção básica e dos serviços de saúde mental, convidando-os a debater e refletir sobre o cuidado em

2 Refiro-me ao grupo INTERVIRES de Pesquisa-Intervenção em Políticas Públicas, Saúde Mental e Cuidado em Rede, o qual vim a integrar desde 2013, inicialmente como representante da SES e após 2014 como aluna do mestrado em saúde coletiva e atualmente como pesquisadora.

3 Desenvolvida entre 2013 e 2015 e financiada através do PPSUS (Programa de Pesquisa para o SUS/Ministério da Saúde), tal pesquisa foi proposta pelo Programa Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS e pelo Programa Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, e apoiada ainda pela Rede Governo Colaborativo em Saúde.

saúde mental na atenção básica. Abrangendo seis municípios da região metropolitana de Porto Alegre, tal pesquisa se propôs a dar visibilidade e a qualificar práticas de saúde mental na atenção básica, assim como a contribuir na necessária articulação entre saúde mental e atenção básica (PAULON, NEVES, 2013; BRASIL, 2013). Inspirados pelas metodologias de pesquisa participativas de 4ª geração (GUBA; LINCON, 2011), propusemos a constituição de grupos de interesse híbridos, nos quais abriu-se o convite para participação dos interessados no tema da saúde mental na atenção básica. Tais grupos objetivavam acompanhar o processo da pesquisa em cada município, assim como viabilizar o caráter participativo da mesma. Ainda, foram realizados grupos focais com trabalhadores da atenção básica e com usuários dessas unidades de saúde, separadamente.

O outro cenário percorrido se trata do processo de constituição de uma frente de trabalho na Rede Governo Colaborativo em Saúde, vinculada ao estágio curricular do Curso de Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS). Fruto de uma cooperação entre Ministério da Saúde e UFRGS, desenvolve projetos ligados à saúde coletiva, voltados principalmente à avaliação e à educação em saúde. Ao operar a partir da proposta de rede, pretende conectar instituições de ensino com políticas públicas, movimentos sociais e culturais ligados à saúde e à educação em saúde. Minha conexão com a RGCS surgiu a partir da necessidade de alguém nessa organização que pudesse acompanhar o estágio curricular da graduação em saúde coletiva. Naquele momento, o desafio era criar atividades para que os estagiários pudessem se engajar na articulação com redes locais de saúde. Constituímos, então, um grupo de apoio institucional, a partir do qual também compareceram experiências que vieram a compor com essa pesquisa.⁵

Nesse caminho, portanto, percorri espaços de pesquisa e de formação. Torna-se importante um esclarecimento acerca da minha implicação, já que me

4 Informações sobre a metodologia dessa pesquisa e a socialização de seus primeiros resultados são detalhadas e aprofundadas no texto “Pesquisa-intervenção participativa: uma aposta metodológica na articulação saúde mental-atenção básica” (PAULON, S., et al., 2015).

5 Tal proposta emergiu a partir do protagonismo do grupo de estudantes em estágio curricular na RGCS Saúde no ano de 2015, junto com a Prof. Lisiane Boer Possa, sendo que logo no primeiro mês de trabalho fui convidada a apoiar tal processo.

tornei trabalhadora da saúde a partir da saúde mental, e fui ao encontro da atenção básica em um exercício de desinstitucionalizar a saúde mental para além dos serviços especializados, fundamentalmente nos campos de atuação vivenciados na Residência. Em uma breve passagem pela gestão da atenção básica, experimentei o exercício do apoio institucional. Portanto, é de um certo lugar de estrangeira, no que diz respeito ao cotidiano de uma unidade de saúde, que constituo um ponto de vista sobre o tema de pesquisa, com as vantagens e desvantagens que isso implica. Estrangeira ao pensarmos o lugar passageiro do cartógrafo, ou dos processos formativos na universidade, frente à “permanência” dos serviços de saúde.

Em uma pesquisa-intervenção, trata-se de se colocar “entre”, tomar parte, ou melhor, fazer parte. Ao absorver os respingos de uma entrada no campo de pesquisa, deixando-se afetar por eles, modificando as escolhas metodológicas de acordo com o próprio caminhar, produz-se um caminho ao andar: *hodosmeta* (PASSOS, E., KASTRUP. V., ESCOSSIA, L., 2009. p 10). Utilizando-se da lógica do apoio institucional para o exercício de pesquisa, assim como da pesquisa-intervenção para pensar o exercício da função apoio, emerge uma pesquisadora apoiadora que vai lhes falar da aventura do pesquisar implicado e vai implicar com a função apoio. O verbo aqui será explorado, portanto, em toda sua porosidade e polissemia: implicada (no sentido institucionalista de estar atravessada e subjetivada pelo tema), busco esgarçar sentidos, espremer o tema do apoio, “implicando” (no sentido de insistir) com ele. Trata-se, pois, de explorar variações da função apoio.

2 SOBRE UMA SUPOSTA POLARIZAÇÃO GESTÃO E ATENÇÃO

Seguindo as pistas deixadas pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2003), nos deparamos com o princípio da indissociabilidade entre gestão e atenção. Tropeçamos. Tal parada implica uma análise de como tal Política se apresenta em nosso percurso.

A PNH, criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, surgiu com o objetivo de transversalizar diferentes ações e instâncias do SUS e, ao resgatar fundamentos básicos norteadores do mesmo, buscou enfrentar problemas na organização e gestão do trabalho em saúde (PASCHE, D., et al., 2011. p.4542). A transversalidade, como aumento dos graus de comunicação entre os grupos; a corresponsabilidade e a autonomia de sujeitos e coletivos; junto com a indissociabilidade entre gestão e atenção, constituíam os princípios dessa política (BRASIL, 2008) que, apesar de ter sido diluída no Ministério da Saúde em 2015, continua a produzir efeitos e ressonâncias no SUS. Ao reconhecer avanços e desafios na implementação do SUS, a PNH ressaltou a importância da consideração da dimensão subjetiva nas práticas de saúde e problematizou os modelos de gestão centralizados e verticais, que desapropriam o trabalhador de seu processo de trabalho (p 8). Ao partir desse diagnóstico a PNH apontou maneiras de intervir, como a tecnologia do apoio.

Tropeçamos. E buscamos esgarçar os sentidos contidos na formulação acerca da indissociabilidade entre gestão e atenção, de forma a desnaturalizá-la. Mudar modos de cuidar passaria, portanto, por mudar modos de organizar o trabalho e modos de gerir políticas de saúde, assim, ambas compõem uma só e mesma realidade. Afinal, como ampliar a clínica, sem ampliar a gestão? Como humanizar o cuidado sem que se considere, juntamente, que os modos de organizar e gerir os processos de cuidar precisam incluir e corresponsabilizar os trabalhadores que operam, realizam e até mesmo sofrem com os processos de produção de saúde?

Buscamos aqui explorar interferências entre o plano da clínica e o da gestão, procurando entender como a construção histórica do setor saúde foi engendrando

uma pseudosseparação entre tais planos. Olhar para esse intervalo, para os interstícios entre gestão e atenção, pensando como flui a produção de saúde, não é tarefa simples, dada a multiplicidade nos modos de operar o SUS.

Tal mapeamento de maneira alguma quer afirmar tal polarização, pelo contrário, pretende problematizá-la no seio das práticas de produção de saúde. Dessa forma, essa pesquisa rastreia brechas que auxiliem a deslocar modos instituídos de produzir saúde, pontos que deem visibilidade para a indissociabilidade entre gestão e atenção.

A busca pela concretização dos princípios do SUS passa, necessariamente, pelo enfrentamento de uma centralização do saber e do fazer na saúde, historicamente localizados na medicina, no hospital e na figura do médico. São mudanças que passam, portanto, por operar movimentos de descentralização do cuidado a partir da composição com múltiplos saberes, profissionais ou não, em direção a um sistema de saúde que opere em rede, para além dos serviços de saúde.

Podemos observar essa direção para uma gestão do cuidado em rede na Portaria 4.297/10 (BRASIL, 2010), que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS (RAS). Conforme tal Portaria, o modelo de atenção definido na regulamentação do SUS contrapõe o modelo atual hegemônico, que é centrado na doença, no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas. O projeto de saúde contido no SUS, portanto, aponta para uma organização intersetorial que promova saúde, contemple a integralidade dos saberes e considere vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, agindo também sobre as condições crônicas (BRASIL, 2010. p.15). A organização da Rede de Atenção a Saúde é apresentada como estratégia para superar a fragmentação da gestão e da atenção, sendo que o fortalecimento da Atenção Primária aparece como diretriz orientadora, assumindo uma função de organização da Rede e de coordenação do cuidado (p.16).

O fortalecimento da política pública de saúde a partir do SUS viabilizou que o Estado passasse a intervir no âmbito da clínica, que por muito tempo foi naturalizada como terreno de poder hegemônico do saber médico, concebido como da ordem do

privado. Problematizar concepções e práticas de saúde que reduzem a vida ao biológico, e engendrar formas de produzir saúde que sustentem uma ampliação da clínica e da gestão, tem sido uma atribuição da política pública de saúde no Brasil, principalmente após a Constituição de 1988 e a conquista do SUS. Dessa forma, podemos afirmar que o SUS operou e opera certa regulação da clínica pela gestão. Não apenas da clínica, mas também da formação, como podemos verificar ao lembrarmos o papel do SUS na formação de trabalhadores para a saúde. Estamos, pois, falando de esferas distintas, a gestão e a atenção, com focos diferentes, porém não separadas uma da outra.

Buscaremos a partir de agora, identificar o plano de forças que construiu um cenário que naturaliza essa dissociação, resgatando essa construção histórica no intuito de melhor perceber seus efeitos na atual produção de saúde. Começaremos analisando o que se entende por modelo assistencial em saúde e percorrendo quais arranjos organizacionais marcam a construção do SUS, para em seguida olharmos com mais detalhe para a ESF, como estratégia que pretenderia produzir certa torção no modelo assistencial hegemônico.

2.1 “Modelos” assistenciais de saúde no Brasil

(...) atuar na direção da mudança dos modelos de atenção à saúde, o que a nosso ver implica em reconstruir: o modo de se fazer a política de saúde no serviço; a maneira como o mesmo opera enquanto uma organização; e, (o dia a dia) (...) dos processos de trabalho que efetivam um certo modo de produção dos atos de saúde, desenhando os reais modelos de atenção (MERHY, E., 2004. p 5).

Na construção do SUS e nas estratégias engendradas para concretização de seus princípios e diretrizes, reconhecemos avanços no sentido da criação de formas de cuidar a partir da noção de integralidade. Estratégias que colocam em prática a *ampliação da clínica, planos terapêuticos singulares, articulação das redes de atenção, humanização da saúde*, dentre outras (NUNES, G. 2011), têm contribuído

para arejar a instituição saúde. Entretanto, ainda reverberamos e nos debatemos com as marcas da hegemonia do paradigma biomédico (ROMAGNOLI, R. 2009; DIMENSTEIN, M., BARROS, S. C. M, 2010). As dificuldades para implementação das mudanças nas práticas de gestão e da atenção em saúde devem ser analisadas levando em consideração as heranças transmitidas pelos modelos anteriores ao Sistema Único de Saúde. Ao se desenvolver a partir das bases institucionais sanitárias existentes, tanto da medicina previdenciária como da saúde pública, a estruturação do SUS acabou sendo influenciada pelas tradições e costumes instituídos na cultura “inampsiânica”, que reproduzem características como o autoritarismo; a centralização; a permeabilidade ao clientelismo e aos interesses mercantis; e o rechaço à participação dos trabalhadores e dos usuários nos processos de gestão (PASCHE, D. F., VASCONCELOS, C. M., 2012. p. 154).

A discussão sobre os chamados *modelos assistenciais* se coloca na medida do reconhecimento de uma certa crise do modelo assistencial que não daria conta de responder às necessidades de saúde da população. Paim (2001) situa que no Brasil essa discussão vem sendo realizada desde a década de setenta, simultaneamente ao projeto e a implantação da Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

Os modelos assistenciais em saúde expressam uma dada forma de poder político, de estado e de suas políticas, disputando formas de organizar a assistência, consistindo na “organização das ações para a intervenção no processo saúde doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade.” (MERHY, E., et. al. p.3, 2004).

Seguiremos a sistematização dos autores acima referidos para resgatarmos historicamente os modelos que marcaram a construção do setor saúde no país. É importante observar que as distintas racionalidades que pautam a organização dos modos de produção na saúde, para além das necessidades de saúde das populações, respondem também aos determinantes políticos e econômicos de cada época, nacionais e internacionais. Entendemos que não se trata simplesmente de uma “evolução” de modelos que se sucedem ao longo do tempo, sendo que

reconhecemos que eles se interpenetram, influenciam uns aos outros, perpetuando-se muitas vezes até mesmo no momento presente da construção do SUS.

No início do século XX, o *Sanitarismo Campanhista* respondia às necessidades do modelo econômico agroexportador, que exigia do sistema de saúde uma política de saneamento dos espaços de circulação de mercadoria, bem como a erradicação e o controle das doenças que poderiam afetar a exportação. Nesse período, o foco das ações de saúde estava no combate às doenças de massa, tendo um caráter repressivo e vertical (MALTA, D. C., SANTOS, F., P. 2003, p.251).

Na década de 20, por influência da Medicina Liberal, o *modelo médico assistencial privatista* foi se conformando junto ao desenvolvimento da medicina previdenciária. Tal modelo foi expandido na década de quarenta com a compra de serviços privados e acentuado com o financiamento público de grande parte da expansão do setor privado e com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) em 1970. Nesse momento, o foco estava nos corpos dos trabalhadores urbanos e industriais e na manutenção de sua produtividade. A dicotomia entre preventivo X curativo se expressava institucionalmente com a atribuição da assistência e da prevenção para organizações distintas: a assistência em saúde ficava a cargo da Previdência Social enquanto as ações coletivas cabiam ao Ministério da Saúde (MALTA, D. C., SANTOS, F., P. 2003. p.252). Indiretamente, a assistência individual à saúde foi atribuída ao setor privado, enquanto à política pública cabia assegurar a saúde das populações, com o foco na prevenção de doenças.

A *Medicina/Saúde Comunitária*, surgida nos EUA a partir dos anos sessenta, estava na correnteza das lutas pelos direitos humanos e buscava a racionalização das políticas de saúde, a partir de diversas pautas, como: a hierarquização, a regionalização, a participação comunitária e a entrada de outras profissões na área da saúde (MALTA, D. C., SANTOS, F., P. 2003. p.252). No Brasil, assim como em outros países da América Latina, programas nesse sentido foram implementados com o patrocínio da Organização Panamericana de Saúde. Tal modelo conseguiu estender a assistência médica e ampliar o acesso à saúde, porém acabou por

expandir os núcleos de consumo de produtos médicos, pois não conseguiu se contrapor à racionalidade do modelo médico hegemônico:

Sua incapacidade em alterar os atos do cotidiano, os quais determina em grande medida o modo de se produzir saúde, coloca em questão a proposta da Medicina Comunitária e sua potência para alterar a lógica do procedimento médico centrada, do modelo assistencial. Outra contradição está colocada na noção “restrita” de comunidade, reforçando a explicação e a busca de solução local para os fenômenos de saúde e de doença, induzindo a ilusão de que a “comunidade” decide seu destino. (MERHY, E., et. al., 2004. p.7)

Na década de oitenta, surgiram os *Sistemas Locais de Saúde* (SILOS) e o modelo canadense das *Cidades Saudáveis*, sendo que na América Latina ambos modelos chegaram juntos. Os SILOS se configuraram como principal proposta difundida pela Organização Mundial da Saúde, principalmente nos países da América Latina, tendo como princípios: a descentralização, distritalização, a intersetorialidade e a participação da sociedade, e grande ênfase na vigilância sanitária como prática de organização dos serviços. Porém, conforme os autores, tal proposta, apesar da intenção democrática, seguiu tangenciando o modelo médico hegemônico, “repetindo o confronto saúde pública X medicina”. Já o modelo das *Cidades Saudáveis* buscava avançar no sentido da promoção de saúde, pautada através da Carta de Ottawa, baseada no compromisso das cidades com a formulação de políticas saudáveis em diferentes setores (MERHY, E., et al., 2004. p. 11).

O modelo *Em Defesa da Vida*⁶, é apresentado pelos autores enquanto experiência de construção da RSB nos anos oitenta na região de Campinas. Agregando diferentes referenciais, como Mario Testa e o Planejamento Estratégico, a Análise Institucional, a Psicanálise, a análise micropolítica do trabalho, dentre outros, tem como diretriz “a construção de serviços que acolham os usuários,

6 Formulado pelo Laboratório de Planejamento (LAPA) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, pelo grupo de pesquisa ligado ao Professor Gastão Wagner de Souza Campos.

criando vínculos e se responsabilizando pela saúde destes, (...) e contribuindo efetivamente para aumentar a autonomia do usuário no seu viver.” (p. 13). A crítica que os autores tecem a esse modelo, é por entenderem que o mesmo não haveria desenvolvido instrumentos de mudança da gestão como um todo (p.14).

Ao analisar ainda o modelo proposto pela ESF, Merhy et. al. tecem sua principal crítica: a limitação do modelo se dá na medida em que o mesmo pretende ser único para todo o país. O principal problema estaria, portanto, no alto grau de normatividade de sua implantação, excessivamente regulamentada pelo Ministério da Saúde, que define a estrutura e a composição das equipes, bem como as funções de cada profissional. Engessa-se assim, os modos de produzir saúde, predeterminando aquilo que deveria ser construído localmente com usuários, trabalhadores e gestores locais (MERHY, E., et al., 2004. p.54). Entendemos que tal caráter prescritivo do trabalho encontra ressonância no caráter prescritivo de assistência tradicional, impossibilitando que a ESF opere mudanças no modelo assistencial, pois acaba distanciando assim, a produção de saúde da produção de autonomia. Afinal, como um modo de fazer gestão de forma prescritiva conseguiria romper com um modo de cuidar prescritivo? É a partir desse viés que entendemos se fazer necessário problematizar a relação entre gestão e atenção na Estratégia de Saúde da Família.

Tais críticas em relação à padronização do cuidado na ESF, nos levam a outro questionamento, em relação à própria noção de modelo: afinal, saúde se faz a partir de um modelo? Queremos *um* modelo para seguir, ou acreditamos nas respostas criativas, nos *reais modelos de atenção* que se desenham a partir de realidades locais, da singularidade de um território, de uma população, de um usuário? Ou seja, mais do que perseguirmos um modelo, o desafio, pelo contrário, não estaria em buscarmos formas de organização mais porosas às possibilidades de invenção?

2.2 A estratégia de saúde da família: amplia-se a clínica?

Tormenta à vista. Estamos agora em uma equipe de ESF, emaranhados na escuta de um conflito gestão-equipe e equipe-usuário. No centro da cena, um usuário que se descontrola e ameaça agressivamente a equipe. O marido de uma trabalhadora reage ameaçando o usuário. Os gestores encaminham a situação realocando a trabalhadora em outra unidade, entendendo a ação como uma medida protetiva para a mesma. A equipe, porém, lê como castigo.

Caro apoiador, lhe pergunto: como escapar das leituras que desembocam em uma culpabilização – seja do usuário, seja da funcionária, seja dos gestores? – e aproveitar a “crise” para potencializar a discussão sobre a organização dos processos de trabalho? O que a cena revela, tomando-a como analisador⁷ da relação entre equipe e usuários? E da relação entre equipe e gestão?

Por que mesmo o usuário se descontrolou? Ao escutar os gestores, descobrimos que o mesmo não conseguiu pegar material de curativo para sua mãe que é acamada, no único turno e dia da semana programado para essa dispensação. Na terceira vez que bateu à porta da unidade e não conseguiu o que buscava, reagiu com agressividade “esbravejando e chutando a porta”.

Percebemos que a leitura individualizante e patologizante do usuário sobrevoa como produção de sentido mais fácil para acomodar os ânimos na tensão instalada: esvaziamento político do cotidiano. Porém, ao

⁷ Analisadores consistem em acontecimentos ou elementos, cuja materialidade expressiva é totalmente heterogênea (Baremlitt, 1992), capazes de suscitar a crise necessária para disparar um processo analítico, “que fazem aparecer, de um só golpe, a instituição ‘invisível’” (LOURAU, 1993, p.35). Um analisador pode ser uma palavra, um gesto, um acontecimento, um objeto, quaisquer dados que sirvam para a análise.

deslocarmos o foco do indivíduo sugerimos olhar para a cena como reveladora da burocratização do cuidado, quando regras que apenas facilitam a vida do trabalhador se sobrepõem às necessidades do usuário, inviabilizando um encontro acolhedor (Diário de Campo Intensivo – vivências de apoiadora).

Quem circula, quem pisa no chão do território, quem vai na casa, compõe, a um só tempo, algo de si e dessa morada, um *ethos*. É dessa singularidade da vida no território que apostamos poderem nascer novas formas de resistência às forças que diminuem a potência de vida e, portanto, da saúde.

Félix Guattari cunha o conceito de Capitalismo Mundial Integrado (CMI) para falar de como o capitalismo pós-industrial, para além do controle dos meios de produção, se exerce a partir do controle e da produção de subjetividade, onde “o objeto do CMI é, hoje, num só bloco: produtivo-econômico-subjetivo” (GUATTARI, 2006. p.32).

Lazzarato (2010), aponta um duplo movimento que se dá através da *sujeição social* e da *servidão maquínica*. O primeiro engendra-se através da produção de um “sujeito individuado”, fabricando um sujeito vinculado a um objeto externo, que deve se acomodar nos moldes molares (homem/mulher, capitalista/trabalhador, professor/estudante, etc). O segundo ocorre em um nível pré-individual, molecular, trabalhando com fluxos descodificados, centrados sobre maquinismos sociais, como empresas, equipamentos coletivos do Estado de bem-estar social, sistemas de comunicação, etc (p.30). De um lado a dicotomia sujeito/objeto é fortalecida, e do outro a diferença entre homem e máquina é borrada, em uma complementariedade entre assujeitamento subjetivo e a servidão maquínica.

O trabalho em saúde dentro das políticas públicas, como parte dessa maquinação, ao mesmo tempo que produz singularização através do cuidado, reproduz práticas que contribuem para o controle da subjetividade operada no capitalismo. Padroniza-se para melhor controlar: subjetividades, modos de produção, inclusive modos de produzir saúde. Merhy, a partir de Guattari (2007),

sugere pensarmos os movimentos de mudança na saúde, e para além desse setor, a partir de um componente ético-político “anticapitalístico”, implicados com “a construção de modos de vida pautados pelas relações solidárias e vivificantes dos modos de ser e nos quais a única ética seria agir na direção de favorecer a autopeiose do viver solidário nas diferenças, individuais e coletivas.” (p.5).

Tal característica de padronização da subjetividade, também se desdobra na organização do trabalho. Os modos de gestão na saúde se mostram permeados pelo que Campos (1998) chamou de Modelo Gerencial Hegemônico, traduzido pela lógica fordista e posteriormente taylorista no mundo do trabalho. Tal modelo se caracteriza por uma expropriação da vontade de governar da maioria, no qual além da compra da força de trabalho, há renúncia dos desejos e interesses dos trabalhadores. Ao problematizar a influência que tais modos de gestão pautados pela produtividade e pela lógica de mercado têm na organização dos sistemas e serviços de saúde, o autor vai se mobilizar para produção do Método Paidéia⁸.

Dada essa contextualização, situando ao que estamos nos opondo ao falar de certa resistência que o trabalho em saúde pode operar, questionamos: as forças do bairro são potentes o suficiente para furar a malha biologicista que compõe a área da saúde? Apostamos em uma saúde coletiva que se faz a partir do local, e nos perguntamos o quanto a ESF tem conseguido provocar essa produção.

Se escolhermos olhar para a ESF é por apostar na força de sua conexão com o território, por entendermos que a mesma carrega uma potência de desacomodar os territórios da produção de saúde:

Essa dimensão micropolítica de diálogo intersetorial com as comunidades, embaralha e desterritorializa os tradicionais códigos técnico-profissionais e convoca todos a construir novos planos de intervenção e invenção de modos de vida e coexistência que compartilhem o saber-fazer profissional com o saber-fazer das pessoas e coletivos (FERREIRA, N., et al., 2011. p.839).

8 Método para a cogestão de coletivos, tema do qual nos ocuparemos no capítulo 3 com mais detalhes.

Se o desafio da ESF é inaugurar outros modos de fazer saúde, tal processo de mudança envolve um investimento que vai para além da ampliação de serviços de saúde, bem como de recursos financeiros para a área, mas também esbarra em práticas instituídas no setor (incluindo a própria formação em saúde), historicamente marcadas pela hegemonia do poder do médico e pelo enclausuramento das profissões em técnicas específicas. O desafio da produção de equipes que trabalhem na lógica do território e da promoção de saúde passa, portanto, por uma dimensão de subjetivação e de desconstrução, exigindo uma postura ativa e criativa de gestores e equipes, para evitar a simples reprodução do velho modelo assistencialista. Tal ampliação inclui considerarmos a dimensão subjetiva e social na produção de saúde, bem como operarmos aberturas nos núcleos de cada profissão no sentido da construção de uma *clínica transdisciplinar* na Estratégia de Saúde da Família.

No Brasil, desde 1994, a ESF vem realizando um papel estruturante no SUS, estando atualmente consolidada como forma prioritária para reorganização da atenção básica. Nessa proposta, a qual almeja uma torção na centralidade do cuidado, do hospital para o território, a atenção básica passou a ocupar um lugar de ordenadora das redes de atenção e coordenadora do cuidado (PNAB, 2012). Mas o que seria essa atribuição de ordenar as redes? Queremos de fato uma nova centralidade na organização do cuidado, não mais no hospital, mas agora na atenção básica? Entendemos que tal papel de coordenação do cuidado está relacionado a um dos princípios da atenção básica, a longitudinalidade do cuidado, que está ligada à capacidade de uma equipe acompanhar famílias e usuários ao longo do tempo. Portanto, tal função de coordenação do cuidado seria uma estratégia para garantir um acompanhamento do percurso e do itinerário do usuário na Rede de Atenção à Saúde, o que não deve ser confundido com uma centralização do cuidado. Se acordamos que a atenção básica deve ser a principal porta de entrada para o SUS, questionamos também quais portas de saída têm sido possível inventar com os usuários, no sentido da ampliação e do enriquecimento das possibilidades de vida dos mesmos.

Assim, é comum escutarmos dos trabalhadores as queixas de estarem sobrecarregados, da ausência de condições de trabalho e de apoio para

“executarem” tudo o que atualmente tem sido atribuído e descentralizado de diversas especialidades em direção à atenção básica. Tal queixa pode nos sinalizar que tais movimentos estejam se dando fora da perspectiva de um cuidar compartilhado e, tendo em vista os contextos de precarização do trabalho no SUS, rejeitamos qualquer postura de julgamento sobre os trabalhadores que entramos em contato, a partir de um *a priori* em nome de uma política ou de um modelo assistencial ideal.

Contudo, é necessário reconhecer as inúmeras barreiras de acesso que ainda se colocam entre o usuário e o direito à saúde. Preconceitos com a loucura, com a cor da pele, com a diferença, se atualizam através de equipes que se protegem da crueza das necessidades sociais para as quais, na maior parte das vezes, não têm respostas, fechando-se em práticas de reprodução de protocolos, de burocratização do cuidado, de desatenção. Barreiras que dificultam a construção de serviços que acolham as necessidades de saúde da população e que muitas vezes chegam a operar violências em vez de cuidado:

Repete-se a lógica de que um conjunto de sinais e sintomas é igual a um diagnóstico que revela determinado tratamento e, por sua vez determina o prognóstico, no qual o registro é a doença e não o sujeito. Em nome de uma suposta defesa da vida, retiram-se os sujeitos da cena de seu tratamento, e/ou inundam-se os encontros com os sujeitos que procuram por algum tipo de cuidado com protocolos prescritivos do bem viver (MERHY, E., FEUERWERKER, L., CERQUEIRA, M. P., 2010. p.6).

Apesar dos avanços conquistados com a ESF no sentido da diminuição da iniquidade no acesso aos serviços e ações em saúde, parece ainda que na prática estamos distantes de uma transformação da clínica, como indica Tenório (2004, p.33): “Muda-se a atenção, referencia-se a clientela, faz-se reunião, faz-se gerenciamento mais centrado nos resultados do que nos procedimentos, e nem sempre isso transforma a clínica da forma que precisamos”.

Franco e Merhy (2006) problematizam a aposta na ESF como principal resposta governamental para a crise do modelo assistencial, apontando algumas

contradições neste programa, do qual espera-se quase um milagre: que seja responsável pela transformação do chamado “modelo” de atenção, levando à superação do modelo tradicional assistencial hospitalocêntrico e focado na doença.

Conforme a discussão realizada anteriormente sobre os modelos assistenciais, as mudanças nos arranjos assistenciais de saúde acompanham as crises do capitalismo, ou seja, a garantia da assistência à saúde está sempre atravessada pelo interesse do capital na reprodução da força do trabalho (FRANCO, T., MERHY, E., 2006. p. 13). A construção do SUS se desenrola, portanto, nesse embate pela garantia do direito à saúde, na defesa de um público constantemente ameaçado pelos interesses do setor privado da saúde e pelas exigências dos organismos internacionais que pretendem influenciar as políticas públicas (FEUERWERCKER, 2005. p. 492). Portanto, as referências internacionais para a organização dos sistemas de saúde, como a Declaração de Alma Ata (1978)⁹, não estão desconectadas das exigências econômicas de cada período histórico. Dessa forma, lembramos que a tão exaltada noção de *cuidados primários em saúde* coincide justamente com um momento econômico de recessão mundial. Mais adiante, nos capítulos a seguir, ao analisarmos o surgimento das políticas públicas de saúde a partir de Foucault, ampliaremos esse debate de como os sistemas de saúde se entrelaçam aos interesses do capitalismo.

Sugerimos pensar a contraposição entre epidemiologia e clínica como expressão da polarização entre gestão e atenção, olhando para os efeitos dessa operação. Feuerwercker (2005, p.496) afirma que tal contraposição está por trás da opção por investir na atenção básica para reorganizar as práticas de saúde, na qual a atenção básica seria o mundo das práticas coletivas, favoráveis às inovações programáticas e paradigmáticas, e os demais segmentos do sistema seriam o mundo da clínica, subjugado por conceitos e práticas hegemônicas de saúde.

Como outro efeito dessa operação, temos o “esquecimento”, ou a pouca valorização da clínica na lógica no Programa de Saúde da Família (PSF), que

9 Marco internacional para a área da saúde, no qual encontramos uma concepção de saúde como direito de todos, ligada aos conceitos de justiça social e de participação. Conforme esse documento, os cuidados primários visam proporcionar serviços de proteção, cura e reabilitação, focando os principais problemas de saúde das comunidades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

priorizou o campo da vigilância, capturando o trabalho em normas e regulamentos pré-definidos:

Prevalece no âmbito de discussão do PSF, a dúbia dicotomia entre Epidemiologia e Clínica, como se a primeira fosse a parte nobre do sistema de saúde e a segunda incorporasse o mundo liberal, individualista e, portanto, merecesse a rejeição das propostas assistenciais formuladas no âmbito da saúde coletiva (FRANCO, T., MERHY, E., 2006. p.3).

A opção por priorizar o aspecto epidemiológico¹⁰ reflete, portanto, tal “desconfiança” em relação à clínica e parece tomá-la como uma só, necessariamente individualista e biologizante. Porém, de que clínica mesmo estamos falando? No cenário de disputa entre diversos interesses na área da saúde, onde diferentes concepções de saúde entram em choque, abrir mão da discussão de que clínica queremos, ou seja, de “*colocar a colher*” no mundo, a princípio privado, no qual cada núcleo profissional comporia a sua prática, não nos parece nada estratégico. Além disso, seria aceitar que, se a epidemiologia compete à saúde das populações, à clínica restaria tratar do individual, reforçando, assim, a tradicional separação entre indivíduo e sociedade, em vez de problematizá-la.

2.3. Problematizando a dicotomia individuo X sociedade

(...) as palavras de que dispomos, os conceitos que influenciam decisivamente o pensamento e os atos das pessoas que crescem na esfera delas, fazem com que o ser humano singular, rotulado de indivíduo, e a pluralidade das pessoas, concebida como sociedade, pareçam ser duas entidades ontologicamente diferentes (ELIAS, N.p.7. 1994).

10 Estudo do chamado processo saúde-doença no âmbito das populações, que analisa a frequência, o padrão e a distribuição de eventos relacionados à saúde em determinada população.

Se no senso comum a saúde pública confunde-se com a epidemiologia e com uma preocupação com a saúde das populações, e a clínica individual é identificada com uma lógica de saúde privada voltada ao indivíduo, produzir uma saúde coletiva convoca a superar a dicotomia social X individual que nos perpassa e constitui nossas instituições. Ao desconfiarmos que a operação da dissociação entre indivíduo e sociedade carrega em seu leito uma correnteza de outras dissociações que estão entre si associadas (como a que opõe o privado e o público; o técnico e o político), sugerimos pensar a problemática da dissociação entre gestão e atenção a partir dessa operação.

Madel Luz chama de racionalidade científica moderna, o pensamento que a partir do século XVI foi se construindo do Renascentismo ao Classicismo e que foi direcionando todo pensamento ocidental, atravessando os séculos XVII e XVIII. Tal racionalidade foi produzindo a fragmentação da natureza e do próprio homem, sendo a razão separada da emoção e dos sentidos (LUZ, M., PINHEIRO, R, 2007).

É tal racionalidade que vai dando o tom da clínica moderna, baseada na observação, na classificação e na busca pelas doenças presentes no corpo. Vai ganhando consistência uma clínica que tem na doença seu objeto, e que toma por existente apenas aquilo que é concretamente observável e palpável. Chama-se clínica moderna, portanto:

(...) aquela que surgiu com a Idade Moderna no século XVIII, como herdeira do Iluminismo, período do pensamento europeu que enfatizou a experiência e a razão, afastando-se do autoritarismo da Igreja, dando lugar a sociedades liberais e democráticas e incorporando uma concepção materialista dos seres humanos juntamente com uma perspectiva utilitarista da sociedade e da ética (CAMPOS, p.37. 2014).

Ao mapear a medicina grega, Campos (2014) remonta ao século V a. C., chamando atenção para as escolas de Cnido e de Cós, que contribuíram para a passagem de uma medicina religiosa para uma medicina racional. A escola de Cnido baseava-se na classificação das doenças de acordo com os órgãos afetados e os

sintomas, entendendo a doença como uma entidade separada da pessoa. Já a escola de Cós, de Hipócrates, enfatizava o paciente e a experiência com a doença. Observamos posteriormente o predomínio da escola de Cnido na construção da clínica moderna.

Foi a partir do projeto epistemológico da modernidade, pautado pela exigência de purificação dos objetos, que se construiu uma filosofia oficial da ciência que legitimou o estabelecimento de fronteiras entres os saberes. É dessa forma, portanto, que surgiu um domínio do saber voltado aos indivíduos e outro à sociedade: a Psicologia e a Sociologia (ESCÓSSIA, L., 2014. p.14).

Liliana da Escóssia contribui, a partir de diversos autores ¹¹, para desnaturalizar tanto a noção de indivíduo como a noção de sociedade, esclarecendo que por trás da dicotomia indivíduo X sociedade, paira a divisão que opõe o indivíduo ao Estado, divisão esta que era inexistente no mundo antigo grego, no qual a palavra “indivíduo” inexistia enquanto aplicada a uma pessoa, mas sim haviam palavras como *individualis* ou *individuus*, que remetiam à unidade indivisível de todos os seres:

(...) a partir do século XVII, tais conceitos estreitaram-se, perderam o caráter genérico e passaram a simbolizar unicamente a indivisibilidade dos seres humanos, dando início a um processo que levou à distinção, praticada primeiramente pelos ingleses puritanos entre o que era feito individualmente e o que era feito coletivamente, culminando no século XIX, com o estabelecimento da relação antitética entre os termos indivíduo e sociedade (ESCÓSSIA, L., 2014. p.23).

Em tal *declínio do homem público*, como escreveu Richard Sennet, o individualismo resulta na crescente valorização do individual e do privado em detrimento de tudo que é do registro do público ou do social, gerando um desequilíbrio entre a vida pública e a vida privada (ESCÓSSIA, L., 2014, p. 30). Tal lógica de valorização do individual em detrimento do público se reproduz nas práticas de saúde, e está relacionada com a dificuldade que ainda encontramos em

11 Como Norbert Elias, Michel Foucault, Sennet, Vernant, dentre outros.

muitos cenários do SUS em fazer operar um cuidado compartilhado e constituir equipes com abertura e diálogo entre as profissões, como escutamos em diversos momentos nos cenários de apoio e de pesquisa:

E nem sempre a gente tem acesso a um consultório médico, porque o que é dentro de uma consulta, dentro de 4 paredes, médico escuta, medica e não evolui. No dia seguinte esse paciente tá lá. "Pô, mas o fulaninho ontem atendeu e não resolveu o problema". Mas aí tu vai ver o problema. Só que hoje ele vai passar por outro profissional, então ele não vai ter seguimento. O que é uma estratégia de saúde da família? É um seguimento. E isso não está tendo e isso faz falta. (Fala de trabalhadora da AB em grupo focal da Pesquisa Saúde Mental na Atenção Básica em 23/04/2015).

Nessa narrativa percebemos respingos de uma lógica da privatização do cuidado *sob quatro paredes*, como um dos entraves para a construção de um cuidado comum nas equipes. A captura do cuidado pela lógica individualista é denunciada pela trabalhadora, que alerta para descontinuidade das ações em saúde. A defesa por uma saúde que possa ter *seguimento* acaba esbarrando nos modos fragmentários de operar, onde cada profissional faz o seu pedaço. Modo indivíduo de ser, que constrói a crença de que o trabalho em equipe se dá a partir da soma de partes individuais.

Podemos dizer que a noção de indivíduo como separado da sociedade, ocupa um lugar muito central em todos os dispositivos de tentativa de separação e fragmentação modernos. O indivíduo, interiorizado e privatizado, aparece então como um operador central para diversas tentativas de dissociação, controle e homogenização dos modos de vida.

Benevides (2002) ajuda nesta compreensão ao situar a oposição indivíduo X sociedade como efeito do modo de subjetivação desenvolvido a partir da instalação do Estado representativo moderno, que opera simultaneamente individualização e totalização. Se Freud avança colocando a psicanálise no interstício indivíduo-sociedade, ao afirmar que os sujeitos se constituem a partir do social, ao mesmo tempo reforça a dicotomia ao sustentar sua tese baseada na desarmonia entre psiquismo e cultura, como vemos no Mal-estar na civilização. Para a autora, Guattari vai além da compreensão contratualista presente em Freud, e contribui com a

tentativa de superação de tal dicotomia, ao voltar sua análise não para indivíduos ou grupos, mas para processos, onde “a economia do desejo e a economia política são uma só: a economia dos fluxos” (BENEVIDES, 2002, p. 132).

Se faz necessário, ainda, esclarecer que partimos do conceito de indivíduo, tomando o mesmo de um ponto de vista histórico, como apenas um modo característico da subjetivação na modernidade, e não de forma naturalizada e intrínseco à condição humana. Ou, como explicita Benevides: “as subjetividades do tipo indivíduo são efeitos da socialização capitalística que investe o desejo como sendo do indivíduo e o social como sendo algo exterior ao mesmo” (BENEVIDES, 1995, p.9). Entendemos, portanto, que a dimensão individual e a social são indissociáveis nos processos de subjetivação, e dessa forma são indissociáveis nos processos de produção de cuidado em saúde.

Para refletirmos sobre a construção do saber moderno, se faz importante visitarmos a produção de Foucault, que pensa a produção do indivíduo pela modernidade através da construção do saber-poder disciplinar.

2.4. Biopoder e governamentalidade na saúde

Entendemos que as políticas de saúde, enquanto políticas de Estado, ao mesmo tempo em que afirmam um direito, reproduzem mecanismos de controle arraigados na sociedade. Afinal, no capitalismo, o investimento feito no indivíduo deve retornar como produtividade. Produz-se, assim, uma saúde do normal, normatizadora e normalizadora. Como já cantava Zé Ramalho: “a vigilância cuida do normal”.

Em sua análise do poder nas sociedades modernas, Foucault (2005) afirma que o poder se exerce e apenas existe em ato, ou seja, não é passível de ser outorgado, nem possuído por alguém. O poder não é apenas negativo, como uma

força que diz não, mas permeia e produz coisas, com uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social.

Ao tratá-lo como uma relação de forças, inverte a expressão de Clausewitz (“a guerra é a continuação da política por outros meios”) para dizer que a política é a continuação da guerra por outros meios (p.22). Como indica Foucault (p.23): “O poder político, nessa hipótese, teria como função reinserir perpetuamente essa relação de força, mediante uma espécie de guerra silenciosa, e de reinseri-la nas instituições, nas desigualdades econômicas, na linguagem, até nos corpos de uns e de outros”.

Ao questionar se o poder tem a incumbência de defender a sociedade para que assim uns possam defender sua dominação contra a revolta dos outros, o autor vai pensar o papel das ciências humanas (e da saúde) na construção do poder disciplinar.

Ao olhar foucaultiano é preciso pensar o poder sempre em par com o saber: se a teoria do direito ajuda o poder soberano a se fixar, na sociedade moderna, outros saberes produtores de verdade surgem para legitimar o exercício do poder, fundando o que chama de uma sociedade de normalização:

As disciplinas vão trazer um discurso que será o da regra, não o da regra jurídica derivada da soberania, mas o da regra natural, isto é da norma. Elas definirão um código que será aquele, não da lei, mas da normalização, e elas se referirão necessariamente a um horizonte teórico que não será o do edifício do direito, mas o campo das ciências humanas. E sua jurisprudência, para essas disciplinas, será a de um saber clínico (FOUCAULT, 2005. p.45).

É a partir da clínica moderna, que estavam dadas as condições de possibilidade para a construção de uma medicina social (FOUCAULT, 1990). A medicina social emerge em três etapas: medicina do Estado, medicina urbana, e por último, da força de trabalho. Na primeira, vemos o aperfeiçoamento da força estatal, através da normalização da profissão médica, da subordinação dos médicos a um poder central e do surgimento de uma organização médica estatal. Na segunda, ocorre a medicalização da cidade, através do esquadramento dos espaços, do

controle da circulação da água e do ar, dos métodos de vigilância e da hospitalização. Na terceira etapa, a assistência médica está voltada para regulação da saúde da população pobre, garantindo ao Estado o necessário controle da força de trabalho. É nesse contexto que surgiram, na França e na Inglaterra, as estatísticas de natalidade e mortalidade, e que, na Alemanha, desenvolveu-se uma prática médica para melhorar a situação de saúde das populações. Não à toa, esta seria chamada de *polícia médica*.

Através desse autor, atentamos para a realidade biopolítica de hoje e para o caráter de controle sobre os corpos que caracteriza a medicina modernas. Em sua genealogia do poder, da medicina social e do estado moderno, o mesmo esclarece a relação entre Estado, mercantilismo e saúde, ao mesmo tempo em que demonstra que o capitalismo socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho:

Desde o final do século XVI e começo do século XVII, todas as nações do mundo europeu se preocuparam com o estado de saúde de sua população em um clima político, econômico e científico característico do período denominado de mercantilismo. (...) A política mercantilista consiste essencialmente em majorar a produção da população, a quantidade de população ativa, a produção de cada indivíduo ativo e, a partir daí, estabelecer fluxos comerciais que possibilitem a entrada no Estado da maior quantidade possível de moeda (...) (FOUCAULT, 1990. p. 82)

Ao cunhar o conceito de governamentalidade, Foucault (2003) esclarece que é com a introdução da economia (governo da casa e da família) no exercício político, que a vigilância sobre a conduta e o controle *de cada um e de todos* passa a vigorar como parte da arte de governar o Estado (p.289).

Economia política e governo das populações marcam a passagem de um regime dominado pelas estruturas de soberania para um regime dominado pelas táticas de governo: “gerir a população quer dizer geri-la igualmente em profundidade, em fineza, no detalhe” (p 302). Temos aqui um triângulo soberania-disciplina-gestão governamental, cujo alvo principal é população. Desde o século XVI até o século XVIII, temos então o desenvolvimento de uma Razão do Estado,

ligada a um conjunto de análises e saberes a partir de diferentes dados do Estado, suas dimensões e potências: a “estatística” como ciência do Estado.

Se na ESF o foco das ações em saúde está na família e não mais em um indivíduo isolado, a preocupação apenas com o organismo biológico individual cede para uma noção de saúde voltada às pessoas apreendidas em suas relações familiares e sociais. Por outro lado, ao seguirmos com Foucault e sua noção de *governamentalidade* (p.299), percebemos que família, território, adscrição da população, também podem se configurar como instrumentos de governo. Nesta perspectiva, caberia o questionamento se, na lógica que justifica a ESF, não restariam resquícios da construção da medicina social como relatada por Foucault, a qual é atravessada pela intenção de controle da população pobre e manutenção da força de trabalho?

Vamos percebendo então, que a individualização que o biopoder opera, através das disciplinas, vai convergindo com outra forma de controle que se dá a partir do esquadramento da população. Daí podemos depreender que nas políticas públicas de saúde isso se expressa, comumente, na polarização que institui, de um lado, uma clínica normalizante – que se ocupa do indivíduo – e de outro, uma gestão verticalizada que se ocupa de controlar os níveis de saúde das populações.

Aqui se faz necessário acompanhar o pensamento de Deleuze, que, ao seguir o rastro deixado por Foucault, denuncia as modulações nas formas de dominação da vida, através da passagem de uma sociedade mais disciplinar para uma sociedade de controle (DELEUZE, 1992). Aprimoram-se as formas de controle e gestão da vida das populações. Não mais a figura do soberano, nem a do carcereiro, mas a figura do especialista ou do cientista surge para ditar, ou melhor, para definir maneiras de viver “mais saudáveis”. Nessa moral escravizante, na qual o profissional da saúde detém o saber, a verdade sobre a doença e a cura, e o usuário obedeceria, pouco sobra para o mesmo reconhecer um saber de si, sobre seu corpo e sua saúde, como potente para conduzi-lo a caminhos de mais vida.

Conforme Ceccim (1998), se a responsabilidade de cura fica apenas localizada na figura do médico e dependente do ato médico (ou de outro profissional

da saúde, acrescentaríamos), não há mais necessidade de o usuário aprender sobre seu corpo, suas emoções, nem de reflexão acerca dos próprios sintomas. Esta é uma lógica que provoca a desresponsabilização do usuário em relação ao seu próprio corpo e tratamento, a supervalorização do saber médico/científico e a desvalorização do saber popular, na operação de uma redução da saúde à doença, e do usuário a paciente, desconsiderando o contexto no qual o sofrimento emerge: “Após aprender que o corpo e a saúde funcionam como máquinas e há um mecânico para reparar as máquinas humanas, não é preciso mobilizar a vontade subjetiva de cura ou o desejo de viver, pode-se ficar passivo e paciente” (CECCIM, 1998, p. 9).

Formas de controle ao ar livre vão substituindo os regimes fechados da disciplina: a empresa, e não mais a fábrica; o hospital dia, e não mais o manicômio. Assim ouvimos de Dona Joana, que recebeu alta do CAPS e agora frequenta o grupo de saúde mental na unidade de saúde: “- *Louco é quem não toma remédio*” (usuária em grupo focal da Pesquisa Saúde Mental na Atenção Básica em 22/07/2015). Na análise foucaultiana acerca do exercício do poder, o sujeito governamentalizado do regime disciplinar aceita e deseja aquilo que lhe é aconselhado, não precisando mais de um poder a ditar ordens. Como se vê, outras formas de controle que convocam à criação de novas armas de resistência ao mesmo.

Ao entendermos que a discussão sobre saúde mental na atenção básica carrega uma potência de desinstitucionalização de saberes e práticas arraigadas no SUS, utilizaremos alguns dados plantados e colhidos em um processo de Pesquisa Participativa Interventiva sobre Saúde Mental na Atenção Básica. Nossa intenção será olhar para as narrativas de trabalhadores e usuários da AB, de forma a pinçar o que tais vozes nos falam acerca dos modos de gestão do cuidado na ESF, e analisar como a polarização que iniciamos a mapear comparece nos contextos pesquisados.

2.5 Vozes que pedem passagem na atenção básica

Na roda de apresentação, a usuária pergunta qual seu diagnóstico. Fico sem resposta. Reforço o objetivo do nosso encontro e faço a roda prosseguir. Ao longo do grupo, ao narrar sua história, a usuária relata, que apesar de vinculada há muitos anos a essa equipe de ESF, nunca conversou com a equipe da unidade de saúde sobre as situações de vida que lhe preocupavam e lhe traziam sofrimento: os lapsos de memória, as preocupações com a responsabilidade pelo cuidado de um familiar que teria problemas de saúde mental... Ela estava na unidade aguardando na sala de espera sua vez no acolhimento, quando aceitou o convite para participar do grupo focal da pesquisa. Na medida do possível, acolhemos o que ela foi trazendo, mas com preocupação clínica, sugiro que ela retome tais assuntos no acolhimento que teria em seguida, com a enfermeira da unidade. Encerrado o grupo, quando estávamos de saída, por acaso encontramos essa usuária e pergunto como havia sido o acolhimento: “- ah, até esqueci de falar disso, não deu tempo!” (Diário de campo, após grupo focal com usuários / Pesquisa Saúde Mental na AB em 06/05/15).

A escuta de trabalhadores e usuários da atenção básica sobre o tema da saúde mental, para além desse campo específico, também foi revelando aspectos em relação aos modos de gestão do cuidado presentes na AB, mais especialmente na ESF. Aspectos que nos alertam para a necessidade de *criar tempos* e de *abrir espaços* para encontros para além da instituída escuta da queixa do sintoma físico. Imersos nessa maré de vozes, escutamos falas que apontaram para os desafios para uma produção de saúde integral, que abra espaço para escuta da “dor da alma”, para usar um termo utilizado por uma usuária, em um dos grupos focais.

Tem sido inevitável a emergência de tensões e denúncias das distâncias e desencontros entre a Atenção Básica e a Saúde Mental. Apesar do grupo de pesquisa assumir uma intenção colaborativa e até formativa, tendo em vista as diretrizes da pesquisa-intervenção, há o cuidado para não aceitarmos o lugar de “resolução dos problemas”, que tende a ser depositado quando abrimos espaço para a emergência dos “nós” que obstaculizam a interação entre Atenção Básica e Saúde Mental. É como se levantássemos um tapete onde há muito tempo é depositado uma poeira daquilo que escapa às redes de cuidado (PAULON, S., et al., 2015. p.149).

No rastro dessa poeira, importantes desafios para a produção de um cuidado integral foram apontados, como a precarização das condições de trabalho, as

dificuldades de composição no trabalho em equipe, a privatização da clínica por núcleos profissionais, e, principalmente, a captura do tempo em nome de uma pressão de produtividade. Evidenciou-se que a constante rotatividade de trabalhadores, realidade de grande parte dos seis municípios pesquisados, traz consequências importantes para o vínculo não apenas com os usuários, mas para a própria equipe, como condição de possibilidade para uma equipe se constituir.

Foi possível perceber certa tendência em alguns gestores de atribuir as dificuldades na construção do cuidado como fruto de uma “desqualificação” dos trabalhadores, que não teriam *o perfil* para o SUS. Ao analisarmos as críticas que alguns trabalhadores formulam acerca do modo de trabalho das equipes às quais pertencem, vemos que os mesmos localizam distâncias do cuidado que gostariam de oferecer, em relação ao que de fato as equipes conseguem fazer, atropeladas pelas condições precárias de trabalho, ou pela pressão do cotidiano:

Tu tens que ser mais rápida, tem um monte de prontuário atrasando as consultas do doutor. E aí tu senta hoje na sala do acolhimento, e vocês que são técnicas me digam se isso é mentira ou não (...) eu fui motivo de piada na minha equipe, a minha enfermeira riu de mim, tava comigo no acolhimento e disse assim: " - A Ana no acolhimento perguntou até do marido da mulher". A mulher com dor de cabeça, eu disse assim: "- Como é que tá na tua casa? E o teu marido? Vocês estão com algum problema? Ele tá trabalhando? Onde vocês estão morando"? Eu preciso saber de onde ela vem, entender o porquê da dor. Mas aí a gente vira motivo de chacota, ridículo. (Fala de trabalhadora da AB em grupo focal da Pesquisa Saúde Mental na Atenção Básica em 23/04/2015).

As críticas que alguns trabalhadores tecem acerca dos modos de trabalho, muitas vezes parecem insuficientes para dispararem processos de autoanálise no coletivo das equipes e estratégias de mudança.

Segundo Merhy (1999), o objeto de atuação do campo da saúde não seria a cura, a promoção ou a proteção da saúde, mas sim a produção do cuidado. Conforme os modelos de cuidado adotados, tal produção pode ser mais ou menos geradora de autonomia, ou de tutela, mais ou menos contribuir para expandir a vida, ou mantê-la em suas limitações, produzir ou não uma sensação de acolhimento para os usuários. O autor escolhe falar em gestão do cuidado, no sentido de ressaltar

essa dimensão cuidadora. Alerta, entretanto, o quanto tal dimensão vem sendo diminuída e escanteada pelos modos hegemônicos na produção de saúde, marcados pelo saber biomédico, pela medicamentação e medicalização da vida, como foi possível exemplificar com algumas das narrativas da pesquisa.

Retomando a denúncia espontânea de medicamentação, tão explícita na fala da usuária que define saúde mental como “*tomar remédio direitinho*”, lembramos de Pelbart, que ao realizar uma cartografia do esgotamento na contemporaneidade, alerta para o rebaixamento da existência ao biológico operado pela biopolítica (PELBART, 2013):

Que ademais o corpo tenha-se tornado também um pacote de informações, um reservatório genético, um dividual estatístico, com o qual somos lançados ao domínio da biossociabilidade (“faço parte do grupo dos hipertensos, dos soropositivos”, etc.) (...) Reduzidos ao mero corpo, do corpo excitável ao corpo manipulável, do corpo do espetáculo ao corpo automodulável – é o domínio da vida nua. (p. 28).

Se muitas vezes não há espaço para o usuário falar de sua *dor da alma*, também podemos nos questionar se há espaço para o trabalhador transformar suas queixas (condições de trabalho, modos de gestão, metas a cumprir x qualidade no atendimento, entre outras queixas comuns) em propostas de modificação dos processos de trabalho, ou seja, nos questionamos sobre os espaços de cogestão.

Refletir sobre os desafios para a prática da cogestão no SUS contribui para desnaturalizarmos essa suposta polarização entre gestão e atenção, ao reconhecermos ambos como aspectos complementares, tomando a gestão em saúde como lugar de invenções e passagens:

Gestão como lugar de passagens e de conexões, que se constitui a partir da dessubstancialização do lugar do gestor, não está na sala do diretor ou da coordenação de um estabelecimento de saúde, mas considerada como conector de processos de subjetivação e de relações de poder. Gerir é negociar, é debater normas, regras, valores. É inventar modos de fazer. É inventar uma cadência. (HECKERT, A.L., et. al., 2009. p.494).

Afinal, o trabalhador gera seu trabalho o tempo todo, a questão é como fazer essa gestão do cuidado passar pela dimensão do público, do comum, da construção de uma equipe implicada na participação do usuário, onde os modos de gestão dos serviços são tomados como pura imanência, estando em todas partes e momentos da produção do cuidado. Não mais *A* gestão, mas *uma gestão*, processos de singularização se atualizando nos sujeitos e serviços de saúde (HECKERT, A.L.C. p.494).

3 O APOIADOR COMO INTERCESSOR NA GESTÃO DO CUIDADO

Teve uma ocasião que eu cheguei em uma unidade de saúde e a atendente nem olhou na minha cara e perguntou: “- O que que era prá ti”? E eu respondi: “-1 kg de cebola”. E ela me olhou ligeiro e eu disse: “- não porque tu me falou como se eu tivesse indo em uma fruteira, num boteco, acho que tu tem que olhar pra mim enquanto tu tá falando”. Eu acho que isso conta muito, né? Quando tu for falar com alguém, encarar a pessoa no rosto assim, acho que a pessoa já vai notar. Se eu tivesse condições de não estar aqui, eu não estaria. (Fala de usuária / Grupo Focal da Pesquisa SM na AB em 25/03/2015).

Deleuze e Guattari trabalham a noção de intercessores a partir do que se passa “entre”, sendo que seu foco de interesse são as relações, a constituição de vizinhanças, as interferências: “como chegar entre, ao invés de ser a origem de um esforço” (1992, p. 151). Pensar o apoio institucional como intercessor para a gestão e para a atenção, nos leva a questionar sobre os pontos de perturbação e desestabilização entre ambos, assim como a buscar a gestão operada pelos trabalhadores e a implicação dos dirigentes na gestão do cuidado.

Fazendo operar tal conceito advindo da esquizoanálise na área da saúde, Merhy propõe entendermos a produção de saúde como produto de encontros que vão construindo permanentemente espaços intercessores. Analisar o que se passa nesses espaços intercessores permitiria uma análise dos modos como o processo de gestão do trabalho se realiza, bem como os graus de abertura que se dão em tais encontros, onde haveria no mínimo dois instituintes que querem falar e serem escutados em suas necessidades – demandas (1996. p13). O apoiador está, portanto, imerso em uma rede onde múltiplos interesses se entropõem, inclusive os que se relacionam a como o seu próprio desejo vai sendo produzido nos encontros com os caminhos que percorre, como é afetado pelos cenários, pessoas, ruídos, às vezes melodias, às vezes multidão. Às vezes contágio de alegria, ao testemunhar movimentos potentes nos cenários de cuidado, às vezes solidão.

As incursões no campo da saúde coletiva têm me permitido experimentar em ato algumas perturbações cuidadoras. A elas dedico, a partir de agora, algumas

reflexões que permitem adensar o conceito de apoio tal como o vimos compreendendo.

3.1 A constituição de um grupo de Apoio Institucional na Rede Governo Colaborativo em Saúde

Ao me encontrar com a Graduação em Saúde Coletiva, fui sendo desafiada a contribuir com a formação de sanitaristas, apoiando seus ensaios e experimentações no contato com territórios de produção de saúde. Nesse curso, o estágio curricular está estruturado em dois eixos: Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde; e o eixo de Promoção e Educação e Vigilância da Saúde. Na RGCS acolhemos estudantes realizando ambos os eixos, auxiliando os estagiários a construírem planos de ação nesses âmbitos.

Como se trata de um curso noturno, frequentado em sua maioria por trabalhadores, essa é a alternativa de estágio para muitos estudantes, haja vista a dificuldade em construir campos de estágio noturno nos cenários do SUS que sejam pertinentes para a formação do sanitarista. Intercalamos, portanto, atividades noturnas internas com visitas diurnas, menos frequentes, à rede de saúde.

No principal município apoiado, o vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foi sendo construído através do contato com a gestão da atenção básica. A proposta de articular o campo de estágio com atividades a serem desenvolvidas na rede de saúde desse município foi acolhida pelos gestores e aos poucos fomos desenvolvendo ações em conjunto, participando de espaços coletivos voltados aos trabalhadores e ensaiando algumas pequenas aproximações com equipes da ESF, aprendendo com os desafios da realidade da construção do SUS.

Estamos agora em um município da região metropolitana de Porto Alegre. Município de cerca de menos de cem mil habitantes, com uma rede de saúde em

expansão com 50% de cobertura da ESF, e que conta ainda com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Adentramos a SMS através da universidade, posição que implica um tanto de soltura e um tanto de excesso de bagagem: soltura na medida em que confortavelmente não estamos amarrados nas metas de uma gestão, por outro lado, posição que exige uma desmistificação do saber universitário, bem como uma raspagem dos instituídos na relação entre universidade-serviços de saúde, onde habitualmente a universidade faz um uso utilitário dessa relação para fins de um tipo de produção de conhecimentos que pouco incidem na realidade dos mesmos e dificilmente retornam aos serviços como alguma contribuição concreta.

Logo esbarramos em um entrave apontado pelos gestores: trabalhadores com contratos temporários, gerando grande revezamento nas equipes. A análise do cenário apontava problemas no acesso dos usuários, desafios na atenção básica que são comuns para muitos municípios do país: fichas para atendimento, filas de espera na madrugada, restrições no acesso. O coordenador da ESF, cansado, pergunta: - “Como mudar?” O mesmo havia trabalhado na chamada ‘ponta’, antes de assumir o cargo na gestão. Ao abordar as tentativas de construção do acolhimento na sua unidade, relata ter desistido após dias acolhendo exaustivamente, para além do horário da unidade. Entre idas e vindas, formulam o pedido: - “Ajudem-nos a reorganizar o acolhimento!” Um dos desafios apontados era incluir outros profissionais no revezamento para o acolhimento até então centralizado nas enfermeiras. Algumas experiências de construção de qualificação do acolhimento foram estudadas, sempre evitando cairmos em qualquer armadilha de acreditarmos em receitas de bolo. A vontade de todos era de construção coletiva junto com as equipes.

Escolhemos iniciar por uma unidade, com a qual já tínhamos certa relação tecida por uma dupla de estagiárias. Nessa aproximação, a equipe foi apontando alguns desafios, como: a construção do vínculo com os usuários devido à rotatividade dos profissionais; a relação da população com o serviço, ainda muito mediada pela solicitação de consulta médica; a ausência de preparação tanto da equipe, como da população atendida na transição de modelo de atenção para ESF;

e a necessidade de integração entre as diferentes equipes da unidade. Também percebemos que a comunicação entre equipe-usuários-ouvidoria-gestão gerava muitos ruídos. A questão se um caso demandaria realmente uma consulta médica parecia se perder nos emaranhados desse fluxo, onde a população demanda por mais consultas, a equipe corre para atender, e a gestão pressionaria por mais atendimentos.

O que até então parecia uma grande oportunidade, um ótimo pedido, se mostrou mais complexo do que pensávamos. Falamos aqui, de três tempos: o tempo dos gestores, o tempo da equipe e o tempo dos usuários. Para complexificar ainda mais tal composição, agregamos nessa análise o tempo da universidade. Se os gestores operam a partir do limite de um mandato, também a universidade tem seus tempos delimitados para o cumprimento de uma série de ritos acadêmicos, no nosso caso, o tempo de um contrato de estágio. Os usuários apresentam sua urgência em solucionar seus problemas de saúde, e por outro lado, as equipes, em seu tempo, além de procurarem responder às demandas dos usuários, também estão atravessadas pelos seus interesses privados, influenciados por condições de trabalho, salário, relacionamento entre os componentes da equipe, múltiplos fatores inimagináveis.

Aqui podemos remeter às ideias de Campos (2007), que, no Método da Roda, explicita os diferentes interesses em uma Organização ou Instituição, e reconhece: “produzir Valores de Uso (no caso, saúde) que atendam às necessidades sociais e assegurar a realização da organização e dos sujeitos que a compõe não são diretrizes de fácil conciliação” (p.122). Ainda, esclarece que as instituições costumam mascarar a polaridade dos diferentes objetivos em jogo, dando ênfase ao interesse social e ocultando os interesses privados – referentes à sobrevivência da organização e de seus agentes.

Em cena, portanto, temos tempos e interesses distintos. Havia o interesse formal dos gestores que gostariam de corresponder à meta de gestão da qualificação do acolhimento nas unidades de saúde; o interesse do grupo da universidade, com um tempo determinado para produzir experiências de formação e intervenção; o interesse heterogêneo da equipe, que ao mesmo tempo em que

demandava apoio e demonstrava abertura para repensar seus processos de trabalho, também se colocava em certa postura defensiva, atribuindo os seus problemas apenas à ausência de resposta e agilidade dos encaminhamentos direcionados à média e alta complexidade.

Refletindo com o grupo de estágio sobre o processo de aproximação com essa equipe, construímos coletivamente uma análise considerando os tempos em questão:

(...) o tempo dos gestores, que já identificavam falhas e potencialidades da equipe e tinham pressa na melhoria dos fluxos de atendimento; o tempo heterogêneo das equipes da unidade (algumas vezes traziam avaliações críticas sobre a organização do processo de trabalho, reconhecendo uma redução do acolhimento à triagem, porém, não havia uma construção de comum para disparar um processo de mudança); o tempo dos apoiadores – que também já haviam construído uma análise de cenário e tinham o limite do tempo do estágio para finalizar todas as tarefas; e, por fim, o tempo dos usuários, que têm urgência em ver seu problema de saúde acolhido, e é transversal a todos os tempos, por ser o “beneficiário” do trabalho em saúde. (Escrita coletiva com grupo do estágio curricular, dezembro de 2015).

Sugerimos pensar que apoiar também passaria por *criar tempos de aumentar mundos*. Intervir no espaço-tempo de uma equipe de modo a criar tempos de hesitar, garantindo o exercício da coletivização dos pensares, acolhendo os processos na direção da construção de zonas comuns, a partir das quais seja possível cogestionar. Espaços intercessores, como falava Merhy.

Se a experiência relatada acima, não saiu conforme havíamos planejado, nosso aprendizado, e acreditamos que também para os gestores da AB, em vez de estar relacionado a um suposto “sucesso” na intervenção, se deu no sentido de reconhecer esses diferentes tempos, respeitar os processos e limites de uma equipe, sem necessariamente alcançar uma meta, mas deixando rastros de um caminho que passa por acolher e apoiar.

3.2 Desindividualização da clínica e a ampliação da gestão

O que nos interessa são modos de subjetivação e, neste sentido, importa-nos poder traçar as circunstâncias em que eles se compuseram, que forças se atravessam e que efeitos estão se dando. No lugar de sujeito, subjetivação. Como nos conceitos, não se trata de modo algum de reunir, unificar, mas de construir redes por ressonâncias, deixar nascer mil caminhos que nos levariam a muitos lugares (BARROS, R.B, PASSOS, E., 2009. p. 116).

Sugerimos pensar a função apoio institucional a partir de duas flechas. Enquanto uma delas vai no sentido da desindividualização da clínica (no sentido da sua ampliação), a outra busca operar a ampliação da gestão.

A noção de clínica que impregna o imaginário social é aquela que se dá a partir de uma relação dual, onde há um atendente, de preferência o médico, e outro que é o atendido, o paciente, de preferência numa posição que faça jus ao termo: paciente. Etimologicamente, a palavra clínica vem do vocábulo grego *klinikós*, de *klinè* – leito, correspondendo à prática médica à beira do leito.

Uma outra vertente do termo vem de *klinos* e *klinamen*, no sentido de inclinação ou desvio, abrindo outras possibilidades para a concepção da clínica. Se na primeira, temos a cristalização do saber médico e da ignorância do paciente em relação a sua doença, na segunda vemos a possibilidade de um caminhar juntos em busca de desvios. Onde *Klinamen* remete à ideia dos filósofos atomistas para os quais a realidade está constituída por átomos que caem no vazio segundo trajetórias retas, e quando um deles se “desvia” e entra em colisão com outro, num mínimo de tempo pensável, cria-se uma nova unidade, inexistente até o momento (BAREMBLITT, 2010, p. 115). Para essa *clínica*, a transformação possível está naquilo que desvia, ao contrário de reforçar identidades individuais, aposta nos devires. E o devir nunca é individual, é acionado através dos contágios, disparados nos encontros, humanos ou não humanos, é por onde passam os outramentos, onde embarcamos em uma linha que foge aos padrões instituídos, inclusive os identitários.

Faz-se necessária uma parada, pois apostar no devir implica marcar uma diferença em relação ao modo de subjetivação indivíduo produzido hegemonicamente em nossa sociedade, do qual falávamos anteriormente ao debatermos a dicotomia indivíduo/sociedade. A própria existência não estaria na permanência em um si mesmo, algum tipo de essência, origem ou destino, mas sim no devir:

Diríamos nós que é impossível alguma coisa, algo ou alguém estar fora do devir! O devir não é um acidente na existência, o devir é constitutivo da própria essência. Sem ele não haveria nem o ser, nem a existência, muito menos a auto sustentabilidade no existir. O devir é um campo constitutivo, não só da experiência vivida, como da produção da eternidade. A eternidade se produz no devir (FUGANTI, 2015. p. 68).

Acompanhando a filosofia de Fuganti, a humanidade foi construindo formas de pensamento e existência que nos afastaram da capacidade de acontecer, assim como do gosto pelas experimentações criadoras. Separar a vida do que ela pode é necessário para se fabricar doença e vender um modelo de saúde (FUGANTI, 2015).

E se no capítulo anterior problematizamos a dicotomia indivíduo/sociedade, apontamos para um fazer clínico e político que desnaturalize tal dissociação. Devolver a subjetividade a seu processo de produção, em vez de tomá-la como circunscrita e totalizada, como caminho para uma clínica desviante, como nos falam os autores:

(...) entendemos a experiência clínica como devolução do sujeito ao plano da subjetivação que é o plano do coletivo. O coletivo, aqui, bem entendido, não pode ser reduzido a uma soma de indivíduos ou ao resultado de um contrato que os indivíduos fizeram entre si. Coletivo diz respeito a esse plano de produção, composto de elementos heteróclitos e que experimenta, todo o tempo, a diferenciação. (...) No coletivo não há, portanto, propriedade particular, pessoalidades, nada que seja privado, já que todas as forças estão disponíveis para serem experimentadas (PASSOS, E., BENEVIDES, R. 2009. p. 165).

Retomando a percepção colhida nas experiências de pesquisa e apoio, temos pistas indicativas de que há vozes que ecoam no campo da saúde mental e que pedem passagem na atenção básica. Lembramos aqui do movimento social criado a partir da redução de danos, que nos ensinou como usuários das políticas podem passar a ser cuidadores, e que isso tem um efeito clínico-político, assim como demonstram inúmeras experiências da desinstitucionalização italiana e brasileira ao apontarem para o protagonismo dos usuários como um caminho para produção de saúde e autonomia.¹² Alguns usuários que ocupam funções em espaços do controle social nos falam dos efeitos de saúde produzidos a partir da experiência de participação. Assim pude escutar de um usuário e parceiro da Pesquisa “Qualificação da Saúde Mental na AB”, que ao se disponibilizar para falar sobre Controle Social no SUS em uma aula do curso de psicologia, narrou sua trajetória na Associação de Saúde Mental no município e no Conselho Municipal de Saúde. Se o movimento da RSB conquistou vias de participação nas brechas institucionais garantidas pela Lei 8.142/90¹³, ainda percebemos que a participação dos usuários é muitas vezes barrada nos cenários de cuidado, como alertou esse usuário aos estudantes de psicologia: “- *Todos querem me ajudar nos serviços de saúde, mas ninguém me pergunta o que eu quero mesmo*”.

A gestão do e no SUS, para buscar uma coerência com um de seus princípios, que é a participação, necessita recusar o modelo gerencial hegemônico para se construir enquanto cogestão. Entendemos, portanto, a gestão do cuidado não como centralizada nos dirigentes, mas sim, como presente no cotidiano da prática de todos atores do SUS.

Mas assim todos seríamos gestores? Não seria justamente essa estratégia mais fina de um biopoder no mundo contemporâneo que transforma a nós todos em pequenos empreendedores? Pode-se tomar o imperativo da participação do

12 O filme italiano cujo título é traduzido em português por “Dá pra fazer”, ilustra essa ética da Reforma Psiquiátrica Italiana, onde vemos “pacientes psiquiátricos” se transformarem ao saírem do lugar instituído de pacientes para compor uma cooperativa de trabalho.

13 A chamada Lei do Controle Social, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais.

trabalhador da saúde como mais uma captura do desejo no processo de produção de subjetividade neoliberal?

Lazzarato auxilia a realizarmos uma problematização do discurso da *participação no SUS*, que de um princípio democratizante, pode ser capturado na lógica da subjetivação capitalística no sentido de mais uma prescrição para o trabalhador “ideal” do SUS:

Está claro agora que a autonomia e a liberdade que a iniciativa “empresarial” deveria trazer para o “trabalho” significam, em vez disso, uma dependência muito maior não apenas das instituições (empresa, Estado, finanças), mas também do superego despótico ('eu' sou meu próprio patrão, portanto devo ser culpado por tudo que acontece comigo!). O capitalismo dos dias de hoje encontra o saldo positivo que procura não no conhecimento, mas sim na implicação subjetiva que todo 'trabalhador imaterial' deve demonstrar, tal como o imigrante, os usuários dos serviços sociais e os consumidores, uma quantidade enorme de trabalho gratuito (LAZZARATO, 2010. p.51).

Aqui é necessário remetermos à transição do trabalho taylorista ao trabalho imaterial (LAZZARATO, M., NEGRI, A., 2001) no qual em processos cada vez mais fluidos de produção, as fronteiras entre espaços de trabalho e espaços de vida são diluídas. Se o trabalho imaterial transformou o mundo do trabalho apresentando condições para superação de alguns estrangulamentos do trabalhador no fordismo, por outro lado, a captura se volta para a subjetividade. Para ser posta a serviço do capital, a necessidade de homogeneização da subjetividade está posta, sendo que “(...) é a alma do operário que deve descer na oficina. É a sua personalidade, a sua subjetividade, que deve ser organizada e comandada. Qualidade e quantidade do trabalho são reorganizadas em torno de sua imaterialidade” (p.25). É o precariado do semiocapitalismo, no qual a força de trabalho não mais está a depender de coordenadas físicas e espaciais que caracterizavam a produção industrial: “a economia se tornou mobilização de *phatos* e organização de estados de ânimo” (VIRTANEN, A. p. 55). Ou seja, é preciso olharmos para como estamos levando o trabalho em saúde, para evitarmos que nossos preciosos princípios, como o da participação, tornem-se palavras de ordem em processos de captura e sobreimplicação.

Apresentamos dois polos, portanto, para pensar a questão da participação no SUS que não deixam de estar permeados por certa tensão e mesmo um paradoxo. Nessa linha tênue, o que diferencia o “micro-empendedor de si” e o trabalhador “gestor-inventor” de seu processo de trabalho? Pois ao mesmo tempo em que alertamos para os riscos de captura colocados nos modos de trabalho contemporâneos, e na forma como o discurso da participação do trabalhador e do usuário são apropriados pelo Estado, por outro lado, não enxergamos outro caminho para superação da dicotomia entre gestão e atenção: enquanto o trabalhador não se perceber enquanto gestor do seu trabalho, se corresponsabilizando pela gestão do trabalho em sua equipe, e os gestores não valorizarem e se pautarem por decisões tomadas pelas equipes, estaremos na mera reprodução da tradicional separação entre gestão e atenção.

3.3 Apoiar para criar tempos e abrir espaços

Ela olha para o relógio, e a cada vez que faz esse movimento, a mão se inclina para o rosto. Sabe-se que já pensa em outra coisa. Está em um outro tempo, mais adiante ou já passado, e o que transparece é a preocupação com o tempo perdido. Tempo perdido. Haveria um tempo achado? Talvez nesse achado do tempo, tudo já esteja delineado, bom delimitado. A hora de começar a trabalhar, os minutos que devem levar cada atendimento, a hora de conversar, a hora de descansar. O tempo de qualificar e defender uma dissertação de mestrado, de começar e finalizar uma pesquisa. (Como começar pelo começo se as coisas começam a acontecer antes mesmo de começar?) A toda hora é atribuído um objetivo claro, e o que escapa do mesmo é chamado tempo perdido. Mas não seria aí, justamente aí, nesse tempo perdido, ou no perdido do tempo, que então poderíamos atentar para aquilo que ainda não tem forma, para o que não está achado (ou achatado?). Tempo de inventar, ou aumentar o tempo, nos dizeres do poeta Manoel de Barros. (Diário de campo, Janeiro de 2016).

Ao propor o Método Paidéia, Campos (2013) elaborava uma forma de enfrentamento ao que chamou de Racionalidade Gerencial Hegemônica, cuja centralidade seria eliminar a política da gestão em nome de uma racionalidade técnica e instrumental, contra uma racionalidade da práxis. Para ele, os princípios tayloristas ainda estão muito presentes em quase todas as organizações, haja vista a especialização, que desemboca na separação entre os pensantes e os que

executam, o controle do trabalhador pela gestão, e a administração “científica” que advoga uma única melhor forma de realizar o trabalho (p.40). São tantos os objetivos e metas a perseguir, que se perde o que poderia passar pelo meio. Entre gestores e equipes, entre trabalhadores e usuários. Se a criação não vem de antemão, como é possível resistir a modos de gestão-atenção que se pautam pelo cumprimento de metas, distanciando-se da vida? Como se desvencilhar de um imperativo da norma, daquilo já previsto, para abrir espaço para práticas inventivas que correspondam ao que acontece no presente de cada serviço de saúde em seu território? Não se trata aqui de defender que não haja metas, o que poderia ser considerado uma irresponsabilidade. O problema é termos as metas como pauta do cuidado, vindo a impossibilitar os encontros e as possibilidades de criação. Tempo, tempo, tempo, compositor de destinos, tambor de todos os ritmos (...). Ainda assim, acredito ser possível reunirmo-nos num outro tipo de vínculo!¹⁴

Gosto da narrativa que abriu o capítulo em que a usuária crítica o atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) como se fosse uma quitanda de feira, porque, ao comparar o trabalho da atendente de saúde à venda de qualquer mercadoria, ela denuncia ironicamente uma máquina de *fazer atendimentos-consultas-gerar-exames-prescrever-medicações* que temos construído em muitos cenários dos serviços de saúde, nos quais a saúde é tratada como mercadoria, como denunciava a ironia da usuária na narrativa destacada. O fato do SUS ser gratuito não garante que as práticas em seu contexto sejam isentas de uma captura pela lógica de mercado. Se oferecemos, muitas vezes, saúde como uma mercadoria, a usuária, por outro lado, transgride o cenário habitual das recepções nas unidades de saúde e reivindica: sabe que saúde é direito, e exige ser bem acolhida.

Fica explícito como a captura do tempo pela pressão da produtividade provoca prejuízos na produção do cuidado. No contexto da Pesquisa “Qualificação da Saúde Mental na AB”, escutamos de muitos trabalhadores o argumento da falta de tempo para realização de discussões de casos em equipe. Além disso, percebe-se uma inversão no cuidado, onde demorar com o usuário em um acolhimento, é

14 Como canta Caetano Veloso em sua Oração ao Tempo.

visto como inabilidade do profissional, como relatou a trabalhadora que virou motivo de chacota em sua equipe ao buscar entender com a usuária o contexto de sua dor.¹⁵

Nesse complexo jogo de forças, no qual diferentes concepções de saúde estão em disputa a todo o momento, a construção do cuidado muitas vezes é capturada pela burocratização do cotidiano, como por exemplo, quando o número de visitas domiciliares ou atendimentos realizados passa a reger o planejamento das equipes. Tal captura em um certo funcionamento *tarefeiro* não é característica apenas do âmbito da atenção, mas encontramos processos semelhantes na gestão, quando responder às “urgências” ou dar conta das “tarefas”, muitas vezes se sobrepõe à organização do processo de trabalho. O exercício participativo e as possibilidades de cogestão acabam assim prejudicadas, pois sem discussão em equipe, a capacidade de análise coletiva do trabalho acaba impedida. Sobreimplicação com a instituição capitalista (trabalho vazio) na gestão e na atenção.

A sobreimplicação, conceito advindo da análise institucional, problematiza a crença no ativismo da prática, dificultando ou impedindo os processos de análise de implicação (LOURAU, 1993; COIMBRA, NASCIMENTO, 2007; MONCEAU, 2008). Cecília Coimbra aponta para acúmulo de tarefas e a produção de urgências, como fatores que contribuem para práticas sobreimplicadas, em que:

Ambos, em muitos momentos, impõem e naturalizam a necessidade de respostas rápidas e competentes tecnicamente, podendo estar afirmando, assim, um certo ativismo. Tal funcionamento atende com perfeição à lógica capitalista contemporânea, onde o tempo cada vez mais se comprime e se acelera, onde se naturaliza o modo de ser perito e onde a flexibilização das tarefas torna-se uma obrigatoriedade. Ao final, pensamos apontar alguns efeitos dessas práticas de sobreimplicação que, ao impedirem a análise, podem estar contribuindo para a fragilização dos espaços coletivos de discussão com a reificação “do modo-de-ser-indivíduo” e o fortalecimento da institucionalização de determinadas práticas (COIMBRA, C., NASCIMENTO, M. L., 2007. p.2).

15 Narrativa de trabalhadora da AB em grupo Focal da Pesquisa Saúde Mental na AB, já mencionada na pag. 40.

Sem o exercício de uma análise de implicação, a prática corre sempre o risco de “engatar na primeira marcha” e seguir um fazer pelo fazer, que não se pergunta: afinal, o que estamos mesmo produzindo? Das capturas burocráticas às capturas militantes, percebemos que em diversos cenários do SUS transborda um sofrimento de trabalhadores e gestores que pode estar relacionado, dentre outros motivos, à ausência de espaços de análise sobre o próprio fazer. E aqui remetemos ao tempo que muitas vezes parece predominar no cotidiano dos serviços de saúde, capturado em um estado de urgência permanente, acolhendo a demanda inesgotável de atendimento em saúde, sem conseguir criar espaços de respiro, de planejamento, de cuidado entre os trabalhadores.

Voltando ao Método Paidéia, entendemos que o mesmo se apresenta como estratégia para produzir pausas e hesitações nesse tempo instituído dos serviços de saúde, ao objetivar a ampliação da capacidade de análise dos coletivos. Ao entender que existe uma coconstituição dos sujeitos e das organizações, tal método busca ampliar a capacidade das pessoas compreenderem e interferirem na dinâmica das mesmas a partir da criação de espaços coletivos de análise, sendo que a metodologia do apoio é sugerida para alcançar a construção de “sujeitos reflexivos” (CAMPOS. G. W., 2012. p.44).

Seguimos o pensamento do autor até um certo ponto. A nós, parece que a produção de rodas de cogestão, mais do que constituir sujeitos reflexivos, dispara processos de subjetivação e movimentos de singularização. E que o movimento acontece, quando justamente há um deslocamento – *des louca mento* – do lugar de sujeito; podendo assim algo de imprevisível, ou do não planejado, acontecer. Algo da ordem de um plano coletivo que se gesta na medida em que opera uma desindividualização, movimentos que desterritorializam lugares instituídos de fazer clínica e de fazer gestão. *Agenciamentos coletivos de enunciação*, diríamos com Deleuze e Parnet (1998):

A unidade real mínima não é a palavra, a ideia ou o conceito; nem o significante, mas o agenciamento. É sempre um agenciamento que produz os enunciados. Os enunciados não têm por causa um sujeito que agiria como sujeito da enunciação, principalmente porque eles não se referem aos sujeitos como sujeitos do enunciado. O enunciado é o produto de um

agenciamento, sempre coletivo, que põe em jogo, em nós e fora de nós, as populações, as multiplicidades, os territórios, os devires, os afetos, os acontecimentos. O nome próprio não designa um sujeito mas qualquer coisa que se passa, pelo menos entre dois termos que não são sujeitos, mas agentes, elementos. Os nomes próprios não são nomes de pessoas, mas de povos e tribos, de faunas e de floras, de operações militares e tufões, de coletivos, de sociedades anônimas e escritórios de produção (p.65).

Pois quando se está na roda, algo vai passar se quem estiver ali puder sair de seu lugar de saber-poder para fazer outras conexões, que normalmente estão barradas no cotidiano de lugares bem marcados dos serviços de saúde. Assim percebemos em um município apoiado através da RGCS, a partir dos relatos dos agentes comunitários de saúde (ACS), acompanhando sua reunião de núcleo, que para eles, ser escutado nas reuniões de equipe é muito difícil. Queixam-se de um certo tecnicismo presente na fala dos colegas, reclamam que quando o “papo” fica muito técnico, “não conseguem entrar”. Após um ano de acompanhamento de suas reuniões mensais, o grupo reivindicou um espaço amplo de encontro com os demais trabalhadores da atenção básica. Cansaram de falar entre “iguais”, parecem querer colocar em tensionamento os pontos de discordância sobre os modos de produção do cuidado em equipe, construir acordos, quem sabe buscar comuns entre diferentes...

Ao adentar o município apoiado, a forma de organização dos espaços coletivos logo causou estranhamento, haveria algum modo de driblar interesses meramente corporativos em reuniões divididas entre núcleo de enfermagem, médicos e ACS? Pois foi nessa brecha, ao levantarmos demandas de educação permanente com os agentes, que passamos a compor com os mesmos, e mensalmente contribuir para esse encontro, que acabou por nos surpreendeu em sua potência! Ao atentarmos para a queixa em relação à ausência de espaços para discussão de casos nas equipes e a pouca escuta para a voz dos agentes pelos outros profissionais, reconhecemos que não é apenas o profissional ACS que tem o seu saber barrado. Pela PNAB, atribui-se ao mesmo que realize a integração entre a população adscrita e a equipe de saúde (BRASIL, 2012. p.48). Ora, mas se sua voz algumas vezes não tem passagem nas equipes, não seria justamente esse elo que estaria barrado? Além disso, essa não seria uma atribuição por demais pesada, se

tal ator não conseguir compartilhar com os demais colegas da equipe o que vem através desse 'elo'?

As narrativas de acompanhamentos de casos trazidas por alguns ACS's nos atentam para a importância que a relação entre o usuário e o ACS assume no que tange a permitir passagens e trocas. Este *quantum* de transversalidade operado, muitas vezes pelo lugar *híbrido e polifônico* ocupado pelo ACS na UBS, não raro se encontra barrado na relação verticalizada que se naturalizou estabelecer entre usuário e técnico (NUNES, M. et al., 2002).

Interessante observar que talvez justamente a ausência de uma formação técnica na área da saúde permite ao ACS tecer vínculos com os usuários de uma forma que muitas vezes o médico, o enfermeiro, ou psicólogo do NASF não conseguem. O ACS pode operar uma abertura no discurso científico/técnico de uma unidade de saúde, abrindo passagem para que o usuário se relacione com a equipe de outro modo.

Por outro lado, é importante não delegarmos, com certo pensamento mágico, apenas ao ACS essa função de elo com o território e a população atendida. Criticamos, portanto, a PNAB ao elencar como atribuição específica apenas ao ACS o desenvolvimento de ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS; o mesmo ocorrendo com as ações de promoção de saúde (BRASIL, 2012). Como escutamos de alguns agentes no contexto da Pesquisa “Qualificação da Saúde Mental na Atenção Básica”: “*Agente de saúde é psicólogo de pobre (risos). E sem treinamento ainda*”. Ou ainda: “- *Nós agentes de saúde têm que ser de tudo um pouco. Psicólogo, enfermeiro, médico, psiquiatra...*” (Grupo focal em 18/03/15).

De um saber técnico talvez cheio de razões e verdades que obstrui a escuta, o ACS parece sair na frente em relação à abertura para se conectar com o usuário, com um potencial para operar uma desinstitucionalização do cuidado, tão necessária na atenção básica. Agentes de desinstitucionalização¹⁶!

16 Expressão utilizada pela trabalhadora do Serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro, Stelamaris Tinoco, que ao participar como convidada em uma das reuniões de núcleo voltada ao

Voltando à experiência de apoio às reuniões de núcleo, entendemos que nesse exercício de escuta e intervenção com o grupo de ACS's, operou-se um efeito clínico em um espaço *a priori* de gestão. Buscamos pistas para tal exercício na proposta de uma clínica transdisciplinar, onde o próprio analista – e aqui sugerimos o apoiador institucional, que enquanto alguém que auxilia coletivos a se colocarem em análise, também opera certo efeito clínico – “não apenas criaria intercessores, elementos de passagem de um território a outro – mas ele mesmo seria um intercessor” (BARROS, R. B., PASSOS, E., 2009. p. 117).

Assim, não haveria um plano da clínica e um da saúde coletiva a serem compartilhados. Como a clínica não se reduz à assistência individual, o trabalho do apoiador produz efeitos clínicos quando contribui para operar deslocamentos nos discursos, a partir do que pode se passar em uma roda. Afinal, apostamos em uma clínica que produza saúde coletiva, uma clínica transdisciplinar (PASSOS, E., BARROS, R., 2000).

Delineamos, com isto, um desafio para o apoio institucional: auxiliar usuários e trabalhadores a criarem mil caminhos, que possam levar a muitos lugares, para além do lugar de paciente, para além do lugar da queixa que acomete muitas equipes e muitos gestores, para além das ofertas que dialogam apenas com a doença. Entendemos que, ao criar tempos e abrir espaços coletivos nos cenários da produção de saúde, o apoio institucional, para além de um modo de gestão, também interroga a clínica, produzindo efeitos clínico-políticos. Contudo, alertamos para um risco no exercício da função apoio, que de certa forma também pode estar colocado na prática do sanitarista, e que pode ser traduzido na seguinte questão: como evitar que apoio institucional não caia na captura daquilo que ele busca justamente superar? A institucionalização do apoio, ou seja, a contratação de trabalhadores para essa função caminha numa linha tênue que facilmente pode pender para a separação entre teoria e prática. É imprescindível evitar que a figura do apoiador se torne aquela que se aproxima dos serviços para *pensar o cuidado*, enquanto os

tema da saúde mental, reconheceu no trabalho dos agentes uma potência de desinstitucionalização do cuidado.

trabalhadores da assistência *executam*, correndo assim o risco de apenas reproduzir a separação governantes-governados:

O Estado (...) introduz em todas as divisões do trabalho a distinção suprema do intelectual e o manual, do teórico e do prático, copiada da diferença "governantes-governados". (...) O Estado não confere um poder aos intelectuais ou aos conceptores; ao contrário, converte-os num órgão estreitamente dependente, cuja autonomia é ilusória, mas suficiente, contudo, para retirar toda a potência àqueles que não fazem mais do que reproduzir ou executar (DELEUZE, GUATTARI, 2006. p.37)

Das múltiplas vias pelas quais poderíamos entrar nesse tema do apoio institucional, recortaremos um aspecto, que para nós, mais do que fundamental, caracteriza o lugar ético-político no qual tal concepção se inscreve, que é a ampliação da democracia institucional. Se podemos apontar tal aspecto como um objetivo do apoio institucional, entendemos como necessário explorar certa discussão sobre democracia e Estado, buscando caminhos de publicização da política de saúde, para além do aparelho de Estado.

3.4 Maquinando uma saúde não capturada pelo Estado

Estamos agora envolvidos em uma proposta de "curso" para gestores da AB. A SMS decide nomear através de portaria, coordenadores para as unidades de saúde, que até então vinham operando sem uma referência de coordenação nos serviços. O pedido de apoio que nos chega é de capacitação para o grupo, composto em sua maioria de trabalhadores de nível técnico. Construimos com a gestão da AB a proposta de apoio à formação de um colegiado gestor da AB, ao mesmo tempo em que correspondemos ao pedido inicial com uma oferta de encontros temáticos com tais trabalhadores.

Um afeto medroso ressoa, no corpo dos estagiários e no meu próprio corpo que parece contagiado com a questão que sobrevoa: como

legitimar uma relação de coordenação? Múltiplos afetos-pensamentos percorrem, com n implicações na constituição desse corpo ansioso. Do lado de cá, os estudantes pré-sanitaristas estão na beira de se formar, receosos com o campo de trabalho, questionando sua própria formação. Talvez inclusive a minha. Do lado de lá, tais coordenadores foram escolhidos pela direção; a maioria do grupo de trabalhadores não tem formação de nível superior e receia como os doutos trabalhadores irão recebê-los. Um colega questiona: “os coordenadores não deveriam ter sido escolhidos pelas equipes? Como produzir cogestão partindo de uma decisão vertical?” Por outro lado, a professora problematiza: “equipes decidirem significa democracia ou tecnocracia?” (Diário de Campo Intensivo- vivências de apoiadora).

Passamos a refletir sobre a crise da democracia em nosso mundo atual, o que não é trivial para a discussão da democratização do SUS, que afinal de contas, segundo o nosso entender, é o que está em jogo na proposta do apoio institucional.

Ao buscarmos dialogar com o pensamento de Hart e Negri (2005), reconhecemos que não vivemos em uma democracia constituída, não apenas no Brasil, mas no mundo atual. A representação, como solução inventada para tornar o *governo de muitos* em *governo de todos*, e para ampliar ao âmbito do Estado-nação o que se praticava na *polis*, tem cada vez mais se mostrado insuficiente frente aos problemas políticos atuais, colocados em uma sociedade globalizada, caracterizada pelo poder em rede, que os autores citados chamaram de *Império Global*. Sintetizando, conforme tais teóricos políticos, vivemos em um estado de guerra generalizada, que gera por sua vez um estado de exceção permanente, cuja consequência é a suspensão da democracia: “Tal como a justiça, a democracia tampouco tem a ver com a guerra. A guerra exige invariavelmente estrita hierarquia e obediência, e portanto a suspensão parcial ou total das trocas e da participação democráticas” (HART, M., NEGRI, A., 2005. p. 39). Como pensar então, a democratização da saúde pretendida pelo SUS, em um contexto global de *democracia suspensa*?

No Brasil, a saúde de todos enquanto dever do Estado e direito do cidadão é uma conquista do Movimento da Reforma Sanitária. Se hoje podemos falar em democratização na saúde e pensar vias para sua concretização é porque em primeiro lugar há uma conquista do direito universal à saúde, garantido na Constituição Federal de 1988. Direito a ser reafirmado, portanto, nas batalhas que atualmente se travam pelo não retrocesso em relação aos direitos conquistados.

Dos usuários e dos trabalhadores espera-se que todos participem. Eis que temos então no SUS um projeto “civilizatório”, que busca operar inclusão social e democratização da saúde, no qual “a RSB aposta no SUS como um dos componentes centrais de um projeto de reforma social, que almeja a democratização não só da saúde, mas da sociedade, do poder público, da cultura” (PAIM, 2015, p.81).

Cabe perguntarmos que processo civilizatório é esse que o SUS acaba comprando? O termo civilizatório não deixa de causar certo estranhamento, pois parece arrastar consigo um tanto de evolucionismo, uma ideia de civilização que se impõe através de uma evolução no tempo. Pois ao buscarmos o termo nos dicionários da língua portuguesa, encontramos o verbo civilizar: a) fazer sair do estado de barbárie; b) fazer sair do estado primitivo: civilizar um povo. Colocar uma suspeita com relação a tal caráter civilizatório, pode ser interessante, para mais adiante pensarmos o apoio institucional como máquina de guerra dentro do aparelho de Estado...

Por ora, apenas questionamos quais as condições existentes para de fato operacionalizarmos uma gestão compartilhada do SUS. Afinal, como exigir participação do trabalhador em contextos de precarização das relações de trabalho? Da mesma forma, fomos alertados pelo mesmo usuário e conselheiro de saúde já citado no capítulo acima, que ao usuário não são dadas condições de participação. Ao dizer-se cansado de “trabalhar de graça”, o mesmo questiona o motivo pelo qual não existe um auxílio para o trabalho desenvolvido nos espaços formais de controle social.

Além desse desafio apontado pelo usuário para efetivação da participação no SUS, relatos de trabalhadores também apontam obstáculos, alguns deles frutos da

distância entre gestão e atenção que problematizamos nessa dissertação, como desabafou um trabalhador: “E eles não vêm perguntar aqui se precisa ou não. São os cálculos deles. (...) pessoa se sente na gestão um intocável, além de não ter conhecimento, não tem a humildade de querer escutar e aprender” (Fala de trabalhador em Grupo Focal / Pesquisa SM na AB, em 25/03/2015).

Haveria uma ingenuidade no acreditar na “democracia”? Em apostar que de dentro do estado, como em uma política de saúde, seria possível operar descentralização do poder decisório? Como isso é possível, sendo que o modo de funcionar do Estado é a centralização?

Deleuze e Guattari (2012) opõem uma máquina de guerra ao aparelho de Estado. Propõem a máquina de guerra como pura exterioridade, enquanto o aparelho de Estado constitui a forma de interioridade, na qual a preocupação é a conservação: “O Estado constitui a forma de interioridade que tomamos habitualmente por modelo, ou segundo a qual temos o hábito de pensar” (p.16). Fora das instituições estatais, a máquina de guerra seria então a multiplicidade pura, a potência da metamorfose, uma pura forma de exterioridade, aquilo que é incompreensível e que já não se deixa controlar. O aparelho de Estado se ocupa de estriar os espaços, vencer o nomadismo, controlar as migrações, empreender todo um processo de captura sobre fluxos – de dinheiro, populações, mercadorias, capitais... (p.63). Ao aparelho de guerra o Estado revida introduzindo em todas as divisões do trabalho a distinção suprema do intelectual e do manual, do teórico e do prático, copiada da diferença “governantes-governados” (p.36).

Em seu Tratado de Nomadologia, os autores exploram a relação entre pensamento e Estado, problematizando se haveria algum meio de subtrair o pensamento ao Estado. Partem da ideia de que há uma imagem do pensamento que recobre todo o pensamento, como a forma Estado desenvolvida no mesmo. Tal imagem seria constituída por duas cabeças: a do império do pensar verdadeiro, e a república dos espíritos livres, que funcionariam como condição de constituição da noção do pensamento como princípio, forma de interioridade, ou estrato. Assim como o Estado, que apenas existe a partir de um movimento de centralização, o processo de subjetivação opera uma individuação da subjetividade, uma tomada de

poder do uno sobre o múltiplo, onde: “Na filosofia dita moderna, tudo gira em torno do legislador e do sujeito. É preciso que o Estado realize a distinção entre o legislador e o sujeito em condições formais tais que o pensamento, de seu lado, possa pensar a identidade” (DELEUZE e GUATTARI, 2012, p.47).

Reconhecendo então a relação entre Estado e Razão, ligada a uma imagem clássica do pensamento que aspira à universalidade a partir da ideia de *todo* como fundamento último do ser e do Sujeito como princípio, os autores buscam caracterizar um pensamento nômade que recuse tal imagem e proceda de outros modos (Idem, p. 52).

Ao enfrentarem um entendimento linear onde o Estado seria o ápice da civilização, Deleuze e Guattari nos convidam a desmontar a concepção de um evolucionismo econômico “coletores-caçadores-criadores-agricultores-industriais”, onde uma forma de sociabilidade substituiria a outra (Idem, p.128). A partir de Pierre Clastres, os autores pensam as sociedades primitivas como sociedades que se organizam para evitar a formação de um aparelho de Estado. Falam do Estado como aquele que sempre existiu, pois na medida em que era conjurado pelas sociedades primitivas, acabava também sendo antecipado. E a guerra seria justamente o mecanismo que mantém a dispersão e a segmentariedade dos grupos. A partir daí, uma máquina de guerra é pensada, sendo que a mesma não necessariamente teria a guerra em si como objeto, mas sim o Estado: a máquina de guerra como invenção nômade que tem por inimigo a cidade e o fenômeno estatal (p.109). As máquinas de guerra, portanto, não são definidas pela guerra, mas sim “por uma maneira de ocupar, de preencher o espaço-tempo, ou de inventar novos *espaços-tempos*¹⁷: os movimentos revolucionários, mas também os movimentos artísticos são máquinas de guerra” (DELEUZE, G., 1992, p.212).

É nesse sentido que entendemos que o apoio institucional no SUS pode funcionar, dentro do aparelho de Estado, como uma máquina de guerra. Ou seja, trabalhar pela democratização institucional, implicaria alinhar práticas de apoio como maquinarias de guerra no interior do aparelho de Estado.

17 Grifo nosso.

Poderia-se dizer que a máquina de guerra se projeta num saber abstrato, totalmente diferente daquele que duplica o aparelho de Estado. Diríamos que toda ciência nômade se desenvolve excentricamente, sendo muito diferente das ciências régias ou imperiais. (...) Essa ciência não para de ser “barrada”, inibida ou proibida pelas exigências e condições da ciência de Estado (p.27).

Ao apontar para a tecnologia do Apoio Institucional funcionando como máquina de guerra no interior do aparelho de estado, é necessário remeter aos riscos de institucionalização que estão colocados nesse processo de ocupação da máquina pública. Se em determinado momento o Ministério da Saúde aposta na metodologia do apoio como estratégia de mudança nos processos de gestão e atenção, as múltiplas formas que vão ganhando corpo nos territórios de produção do SUS não necessariamente conseguem de fato sustentar um compromisso ético com a ampliação da democracia institucional. Como alertam os autores:

É nesse ponto que insistimos que o apoio tem um compromisso ético-político que o reveste de uma função que é de ativação e fomento de grupidades, mais solidárias e corresponsáveis. Logo, uma ação mais instrumental ou presidida, essencialmente, pela racionalidade instrumental, cujo compromisso é com a realização de metas e resultados estabelecidos alhures, longe dos espaços concretos onde atuam as equipes de saúde, tende a reduzir, senão a negar, o papel instituinte do apoio (PAULON, S. PASCHE, D., RIGHI, L., 2014. p. 818).

Nomadizar a produção de saúde, passaria por provocar desterritorializações nos modos de operar, criar rodas para perseguir tais linhas de fuga, deslocar essa forma Estado que captura o pensamento, buscando enfrentar as capturas universalizantes que impõe A Saúde que normaliza, O modelo de atenção que Tem que ser seguido, A Gestão que centraliza...

4. DESMISTIFICANDO “A” GESTÃO: POR UMA GESTÃO MENOR NA ÁREA DA SAÚDE

Uma literatura maior ou estabelecida segue um vetor que vai do conteúdo à expressão: dado um conteúdo, em uma determinada forma, encontrar, descobrir, ou ver a forma de expressão que lhe convém. O que se concebe bem se enuncia... Mas uma literatura menor ou revolucionária começa por enunciar e só vê e só concebe depois ('A palavra, eu não a vejo, eu a invento'). (DELEUZE, G., GUATTARI, F., 1977. p.43).

Falo a partir da ansiedade reverberada em meu corpo. Utilizamos as afecções para produzir pensamento sobre o que poderia vir a ser uma gestão menor, em oposição às lógicas que se inscrevem a partir de uma gestão maior. O corpo ansioso não consegue dormir. Madrugadas ruminando preocupações cotinoturnas. Trabalho imaterial gratuito que invade a vida por um todo. É um trabalhador implicado, afinal de contas, como manda o figurino. O corpo ansioso não está em uma pessoa apenas, nem em um cargo, mas é engendrado a partir de múltiplas conexões, e contagia a todos que passam a responder como indivíduos que precisam dar respostas logo, presos nas demandas que lhes chegam, fadados a deliberar ou a (re)agir. Na unidade, trabalhadores se queixam de não ter tempo para planejar e olhar com maior cuidado para o que estão fazendo. Na gestão, escuta-se a mesma queixa. Recomenda-se povo para se afrouxar uma gestão (Diário de Campo Intensivo – vivências de apoiadora).

Vestígios de um pensamento totalizante e unificador se espalham em nossas práticas. Tomamos a necessidade de desmistificar a gestão como ponto nevrálgico no apoio institucional. É comum aparecer nos discursos, ao nos referirmos aos trabalhadores que estão ocupando espaços de gestão, o termo “A” gestão. Não raro também o termo genérico vem acompanhado de adjetivos e críticas bem pouco elogiosas, mesmo quando “a gestão” dias atrás fosse o colega trabalhador imerso

nas mesmas condições massificantes e desgastantes de trabalho que agora se atribui a ele a responsabilidade por modificar. Fala-se em termos quase de uma entidade externa aos serviços de saúde, a partir de um lugar transcendente, por vezes em um tom que soa mais ameaçador do que como ponto de sustentação do trabalho. “A” gestão, quando encarnada de forma totalizadora, por trabalhadores e gestores, chega às equipes como exigência em enquadrar e regular a organização do trabalho, em nome de *Um modelo* de assistência, que nunca é plenamente alcançado.

Na Pesquisa “Qualificação da Saúde Mental na AB”, encontramos trabalhadores que muitas vezes ficam sem ação frente ao que sentem como uma dupla pressão, ora dos usuários, ora da gestão, sendo prejudicados em sua capacidade inventiva de gerir o cotidiano de trabalho. A precarização dos vínculos de trabalho apresenta-se como mais um agravante nesse cenário, como vemos na seguinte narrativa:

Sabe como está “o mental” dos agentes? A saúde mental dos agentes está uma bagunça! Tu estás te acostumando com uma pessoa, seu jeito de trabalhar... e aí a pessoa some! Aí vem outro e fica 3, 4, 5 meses e vai embora. Há outros que vem de manhã e saem de tarde e nunca mais vem. A equipe fica 'meia desgarrada! Faz as coisas do jeito que quer, como acha melhor... Aí vem o enfermeiro e pergunta: “- Por que vocês são assim? Fazem as coisas do jeito de vocês e não comunicam?” Porque estamos acostumadas assim... Uma tira ideia da outra. (...) Estamos acostumados a trabalhar sozinhos. (Grupo Focal com Trabalhadores da AB/ Pesquisa SM na AB em 23/04/2015).

Apesar da importante denúncia da precarização do trabalho no SUS presente na fala dessa ACS, também podemos pinçar alguma potência desse “ir se virando” enquanto grupo de ACS's, que, no caso, constituíam-se como os profissionais que mais permaneciam no serviço, enquanto médicos e enfermeiros estavam em permanente rodízio. Para enfrentar o que é chamado de um “trabalhar sozinho”, “uma vai tirando ideia da outra”, conexões entre os trabalhadores, que vão produzindo um modo de fazer, de cuidar, de lidar com os limites da equipe e do próprio SUS. Coletivo se engendrando como modo de *re-existir* às marcas do individualismo capitalístico.

Feuerwerker faz um alerta para o fato de que em geral o SUS tem deixado de lado a micropolítica na produção de saúde. Ao olhar para o aspecto molecular de produção dos territórios existenciais no cuidado e na gestão em saúde, argumenta:

Nas arenas de disputa em que as unidades de saúde se configuram, habitam as tensões e as possibilidades da produção do trabalho vivo em ato nos encontros dos trabalhadores entre si, com a gestão e com os usuários. Sem interagir com esse espaço, os gestores com G governam precariamente. Iludem-se com sua potência de produzir efeitos. Depois se espantam: por que as políticas nunca são implementadas como preconizadas? E respondem: porque falta capacitação aos responsáveis pela implementação... (FEUERWEKER, 2014. p. 88).

Alinhamo-nos à crítica da autora a uma gestão com G, para pensarmos como seria uma gestão menor na área da saúde. Deleuze e Guattari, ao explorarem a obra literária de Kafka, atualizam o entendimento de uma literatura menor: “a literatura menor não é a de uma língua menor, mas antes a que uma minoria faz em uma língua maior” (p.25). Kafka é um judeu tcheco nascido no Império Austro-húngaro, sendo algumas vezes descrito como autor bilíngue, entre o alemão e o tcheco. Ao se debruçarem sobre sua escrita desterritorializante, Deleuze e Guattari enxergam em sua obra uma máquina revolucionária literária.

A sugestão que fica é perseguirmos na saúde uma gestão menor, não por alguma pequenez, não em termos de quantidade, de profundidade ou densidade... Não por quem a pratica ou por alguma autoria. Mas menor, porque inventiva, porque ousa nos labirintos kafkanianos das entrelinhas, porque vai cavando saídas em sua própria toca... De maneira intensiva, uma *gestão menor* é operada nas brechas do que está instituído pelo aparelho de Estado, age na micropolítica, escorre para fora do que está estratificado. Indo mais além, podemos dizer que uma gestão menor está comprometida ainda em fazer a produção de saúde escapar das capturas impostas pelos padrões sociais dominantes “homem-branco-macho-racional-urbano-europeu-consumista”, ao perseguir devires na produção de cuidado: “Contra uma maioria racional, comunicacional, humanista, e contra o desejo de se tornar maioria, (...) uma miríade de devires minoritários, deslizamentos, curto-circuitos,

linhas de escape que, na sua ressonância, produzam quantidades 'psicopolíticas'" (PELBART, P., 2013. p. 205).

Deleuze e Guattari, ao esboçarem características para uma literatura menor apontam para três aspectos: o alto grau de desterritorialização da língua; a ramificação do individual no imediato político, e o agenciamento coletivo de enunciação (p.28).

Como seria essa desterritorialização de uma língua maior na saúde? Podemos pensar a normatividade das políticas, a protocolização do cuidado, os modos hegemônicos de produção de sentido para o sofrer e o adoecer como língua maior a ser desterritorializada... E daí depreender que maquinar uma gestão menor na saúde, passaria, portanto, por desterritorializar modos hegemônicos de produzir saúde, assim como papéis atribuídos aos trabalhadores, gestores e usuários, bem como desnaturalizar lugares comuns na política de atenção básica. Algumas pistas fomos desenhando no percurso dessa pesquisa, como quando denunciemos a imposição solitária aos ACS's de atribuições de funções que seriam da AB como um todo (promoção de saúde; ser elo entre território e população adscrita), ou quando tensionamos a questão da participação dos trabalhadores e usuários na construção da saúde.

Maquinar uma gestão menor passaria por dar passagem aos aspectos políticos de cada caso individual - o que se passa em uma equipe e o que se passa em um plano terapêutico singular fala de todo um complexo agenciamento, que de maneira alguma é apenas da ordem do individual – assim como por reconhecer o caráter coletivo de toda enunciação e entender os enunciados como frutos de enunciação coletiva, ou seja, que o enunciado jamais remete a um sujeito: “a literatura [menor] tem a ver é com o povo” (p.27). Passaria por entender o sofrimento como produto de agenciamentos múltiplos que não podem se reduzir ao biológico do corpo, a um indivíduo isolado do mundo que habita, ou de um trabalhador descolado de seu contexto de trabalho.

O que argumentamos através dessa noção de gestão menor, é que modelos pré-definidos para o trabalho em saúde, por mais vanguardistas que pretendam ser, como a ESF, se forem tomados como modelos a serem implementados tendem a

fracassar, pelo simples fato de que a realidade não é nunca – e ainda bem – plenamente previsível. A crença em uma produção de saúde que seria mais eficaz apenas através das especialidades, o chamado especialismo, compõe com esse cenário, em que os modelos pré-definidos parecem desautorizar aquele que está na AB a ousar inventar no cotidiano dos serviços. Afinal, haveria o especialista adequado para cada situação inusitada que foge ao cotidiano do atendimento da AB... Será mesmo?

Ilustro com uma questão emergente em um dos encontros de apoio: sair ou não sair da UBS quando o território apresenta uma situação de urgência, como por exemplo, algum usuário em surto de agressividade, ou um acidente de trânsito no território de abrangência do serviço. A questão gerou polêmica em um dos encontros de um colegiado de gestores da AB, afinal, como deixar o posto sem enfermeira? Ou ainda, como atender sem a formação específica? O medo do inusitado comparece, paralisando alguns trabalhadores nessas cenas que escapam ao planejado. Outros trabalhadores argumentam que vão ao encontro, mesmo quando podem não saber exatamente o que fazer, e lembram que é sempre possível chamar o Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU). Não estaria justamente nessa proximidade com a vida dos usuários e na disponibilidade para com eles estar presente quando eles mais precisam, uma das grandes potências da AB?

Na Pesquisa de SM na AB, apesar da constatação da ausência de formação em saúde mental, e da queixa dos trabalhadores em relação a isso, escutamos relatos comoventes de belas cenas de cuidado e acolhida de casos de saúde mental, como na situação a seguir relatada por um dos colegas de pesquisa:

Entre queixas e relatos que contavam das dificuldades diárias de se fazer um cuidado mais específico e coerente eticamente, uma das enfermeiras e uma ACS contam de um garoto de oito anos que chegou da escola nitidamente alterado, com os sinais vitais muito alterados pela ansiedade: batimentos cardíacos acelerados, pressão alta, falta de ar, dor de cabeça, chorando muito e relatando um forte dor no peito que não sabia explicar mais. Contam que na hora entenderam ser ansiedade e que precisavam fazer algo ali, naquele momento, rapidamente! Contam, então, que começaram a animá-lo com histórias e piadas, cantando música e dançando, se viram duas palhaças de circo ali fazendo um cuidado que nem saberiam que daria certo. Em pouco tempo o menino estava muito

melhor, aliviado, parou de chorar e sentir dor. (Trecho de diário de campo/ Grupo de Pesquisadores).

Essa cena expressa bem um dos entendimentos produzidos com essa pesquisa, na qual aprendemos que, muitas vezes, a disposição para “fazer algo ali” - mesmo que seja “sem saber se vai dar certo” - pode ser justamente o acolhimento que o usuário precisa naquele momento. E que o caminho para a produção de saúde mental na atenção básica passa pela desconstrução da lógica dos especialismos, em que o serviço especializado é um ponto de referência, e não mais o *único* lugar na rede que pode acolher o sofrimento psíquico.

Entendemos que apostar na construção de um cuidado que vá ao encontro do usuário, em sua integralidade, não é o mesmo que defender que a AB deva “dar conta de tudo”, mas sim apostar em sua capacidade de estar ao lado do usuário e em sua potência de conexão com os outros pontos da rede e do território de atuação. Se na vida confiamos em quem podemos contar, o mesmo não se passaria na relação entre a população e os serviços? Ousamos então maquinar uma *gestão menor*, que operaria encorajando os trabalhadores a enfrentarem o medo do inusitado e a irem ao encontro das situações no território e das necessidades de acolhida dos usuários.

Ainda, quando uma ACS, agindo como agente de desinstitucionalização, opera uma transgressão em alguma norma ou fluxo instituído, visando garantir o cuidado do usuário, temos aqui uma *gestão menor*. Abre-se uma brecha em uma *gestão maior* que funciona de modo a exigir que o usuário se adapte ao fluxo estabelecido. Cabe ressaltar que, muitas vezes, esse dito fluxo a que o usuário precisaria se adaptar, não está previsto em nenhuma exigência política ou norma formalizada a embasar certas exigências que vão se instituindo na organização dos serviços. Assim como, uma *gestão maior* não necessariamente é exercida por pessoas que estejam em cargos de direção, mas qualquer funcionamento que coloque a norma acima da missão de cuidar estaria então, capturado pelo que estamos chamando de uma *gestão maior*.

Ao enfrentar uma gestão maior, uma ACS relata como vai fazendo “furos” nas durezas de um fluxo enrijecido: entre o usuário e a enfermeira, a ACS vai “dando jeitinhos”, afinal, é ela quem sabe que aquele usuário, com aquela família, naquela situação específica, não conseguiu ainda se organizar para renovar a receita da medicação psiquiátrica antes do medicamento terminar. Cabe colocar em relevo a questão que emerge nessa atitude: é o usuário que tem que se adaptar ao fluxo da unidade, ou a produção de saúde que deve responder às necessidades de cada usuário?

Por fim, entendemos que os caminhos a serem abertos e produzidos com a tecnologia do apoio institucional, enquanto caminhos ainda não trilhados, podem produzir efeitos clínico-políticos na medida em que convocam a produção de saúde para fugir das figuras já conhecidas, formatadas, e pré-modeladas como respostas prontas na política de atenção básica.

5. COM-SIDERAÇÕES

“Pela constatação de que
A aranha Vive do que tece
Vê se não se esquece
Pela simples razão
De que tudo merece
Consideração”
(Gilberto Gil)

Pois perder-se não é tarefa simples e exige grande esforço de distração. Distrair-se não com qualquer coisa, mas com aquilo que emerge do campo em um processo de pesquisa. Partimos de um incômodo situado entre a gestão e a atenção em saúde. Fomos percebendo que se tratava de uma pseudosseparação, e passamos a perseguir algumas pistas de como essa dicotomização tenta se impor sobre a produção de saúde.

Ao recusarmos qualquer compreensão de uma saúde coletiva cega aos processos de singularização, bem como de uma noção de clínica reduzida ao âmbito do individual, problematizamos noções de saúde que reproduzam a separação entre indivíduo e sociedade, sinalizando para como tal dicotomia alimenta a polarização entre gestão e atenção aqui estudada.

Nos diferentes modelos de saúde que influenciaram a construção do SUS, encontramos expressões da dicotomia gestão/atenção, como a contraposição entre epidemiologia e clínica, a dicotomia preventivo X curativo, o confronto saúde pública X medicina. Ao analisarmos tal contexto a partir dos conceitos foucaultianos de biopoder e de governamentalidade, apontamos para um biopoder que institui, de um lado, uma clínica normalizante – que se ocupa do indivíduo – e de outro, uma gestão verticalizada que se ocupa de controlar os níveis de saúde das populações.

Ao olharmos para a produção de saúde na ESF, especialmente no que diz respeito à relação entre a gestão e a atenção, percebemos que apesar das pretensões da mesma em revolucionar os modos de produzir saúde, intenções democratizantes podem acabar capturadas a partir da imposição de um modelo a ser seguido. Passamos a partir daí, a perseguir uma saúde que não pautada por modelos, traçando assim, um desafio para o apoio institucional: auxiliar usuários e trabalhadores a fazerem nascer mil caminhos. Para isso, criar tempos e abrir espaços. Apontamos, portanto, a possibilidade de intervirmos no tempo da produção em saúde como forma de resistir à pressão de produtividade que pauta a lógica capitalística na qual inevitavelmente estamos imersos e da qual somos, portanto, partes constituintes.

As experiências de apoio e pesquisa narradas apontaram para a potência do apoio institucional como um fazer que pode contribuir para aproximar os planos da clínica e da política, da gestão e da atenção, na medida em que pode convocar a produção de saúde para fugir das figuras já conhecidas, formatadas, e pré-modeladas como respostas prontas. Do mesmo modo, pode ativar o que há de perspectiva de cuidado nas ações mais diretamente vinculadas à gestão.

Se o apoio institucional pode ser entendido como intercessor nas relações de trabalho como estão instituídas no campo da saúde – muitas vezes dissociadas e polarizadas entre macro e micro; atenção e gestão – então podemos defender a ideia, ou entendê-lo como tecnologia que produz, ou ao menos ajuda a construirmos uma possível “gestão menor” à luz da literatura menor tal como propôs Guattari. Uma gestão menor na área da saúde passaria por desconstruir o peso da centralização de poder em uma coordenação, por afirmar a gestão operada pelos trabalhadores e por reconstituir a implicação dos dirigentes na gestão do cuidado. Buscamos um devir que se realiza a partir dos possíveis, a partir do presente concreto, que se desvincula de mundos perfeitos ideais e noções hegemônicas de saúde, por uma saúde que dispare processos de singularização. Gestão menor que funcione como máquina de guerra no interior do aparelho de Estado, a produzir linhas de fuga que levem a produção de saúde para além das tentativas de controle e normatização da vida. Uma gestão menor que desterritorialize gestores e trabalhadores da saúde, problematizando *como se habita* esse lugar de Estado.

Apostamos na invenção de uma *gestão menor*, que se distancie das noções instituídas de clínica e de gestão, por acreditarmos nas respostas e arranjos que artesanalmente se tecem no cotidiano do SUS, por entendermos que a sustentação de qualquer política como máquina de guerra, também na construção da política de atenção básica, necessita ser engendrada pelos atores locais. Acreditamos, portanto, nos infinitos modelos de saúde a serem inventados em rede no território, em cada serviço, por equipe e com seus usuários, resgatando a imanência entre gestão e atenção. Por mais potente que seja a proposta de uma política, ela esvazia-se no momento em que se reduz à implantação de um modelo, pois ao se enrijecer em uma norma, nunca haverá de dar conta da vida. Porque a vida, afinal e felizmente, não cabe em nenhum protocolo.

É nesse sentido que este percurso de pesquisa nos revelou o devir apoio como algo próximo do que imaginava Clarice Lispector ao rastrear os intervalos de espaço, o sentir entre o sentir. Estar no meio, habitar o entre, entre a gestão e a atenção, o indivíduo e a sociedade, a clínica e a política, acreditar que entre dois fatos, existe um fato, entre duas notas de música, existe uma nota, entre os pontos há muitos pontos, e que entre os grãos há muita vida! O *meio* como um caminho, e não só meio de um caminho já dado. Buscamos, enfim, uma gestão que apoie a produção de saúde para fazê-la passar pelo meio...

REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei Orgânica do SUS /8.080, 1990.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília, 2013.

_____. Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Serie E. Legislação em Saúde. Brasília, DF, 2012.

_____. Portaria N. 4.297, de 30 de dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

OMS, Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, USSR, 1978.

BAREMBLITT, G. **Introdução à esquizoanálise**. Belo Horizonte: Editora Fundação Gregório Baremblytt / Instituto Félix Guattari, 2010.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

BARROS, M. E. B. B, et al. Verbos do apoio institucional em pesquisa: transversalizar, transdisciplinarizar e fortalecer redes de trabalho-vida na saúde. Em: PINHEIRO, R [et al]. **Práticas de Apoio e a Integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa**. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASO, p. 83-110, 2014.

BENEVIDES, R. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces?

Psicologia e Sociedade; 17 (2), 21-25; mai/ago, 2005.

BENEVIDES, R. Clínica Grupal. **Revista do Departamento de Psicologia**. UFF, V.7 - n.1 / p 5-11, 1995.

_____. Clínica e social: polaridades que se opõem/ complementam, ou falsa dicotomia? Em: **Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: Te Corá Instituto Franco Basaglia, p.122-139, 2002.

BENEVIDES, R., PASSOS, E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. Em: **Clínica e Política 2: subjetividade, direitos humanos e invenção de práticas clínicas**. Rio de Janeiro: Editora Abaquer – Grupo Tortura Nunca Mais, 2009.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar/ago, 2005.

BIRMAN, J. A Physis da Saúde Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, V. 15, p. 11-16, 2005.

CAMPOS, G. W. S. **Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

_____. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. In: Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. Em: **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec Editora, 2012.

CAMPOS, G. W. S, BEDRIKOU, R. **História da Clínica e Atenção Básica: o desafio da ampliação**. São Paulo: Hucitec, 2014.

CAMPOS, G. W. S; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e Formação**

Paidéia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

CECCIM, R. B. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: MAYER, D. E. (org.). Saúde e sexualidade na escola. **Cadernos de Educação Básica.** Porto Alegre, vol.4: Mediação, 1998. p. 37-50.

COIMBRA, C. M. B., NASCIMENTO, M. L. Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político? In E. M. M. Arantes, M. L. Nascimento & T. M. G. Fonseca (Orgs.). **Práticas psi – inventando a vida,** Niterói, Ed.UFF, p. 27-38, 2007.

COIMBRA, C., NASCIMENTO, M.L. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. Em: GEISLER, A. R. R., ABRAHÃO, A. L.; COIMBRA, C. (Org.). **Subjetividade, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos na formação em saúde.** Niterói: EDUFF, 2008.

DELEUZE, F., GUATTARI, G. **O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia.** Vol. 1. São Paulo: Editora 34, 2004.

_____. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia.** Vol. 3. São Paulo: Editora 34, 1999.

_____. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia.** Vol. 5. São Paulo: Editora 34, 2012.

_____. **Kafka: por uma literatura menor.** Rio de Janeiro: Imago Editora, 1977.

DELEUZE, G. **Conversações.** Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

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

DIMENSTEIN, M., BARROS, S. C. M. O apoio institucional como dispositivo para o reordenamento do processo de trabalho na atenção básica. **Estudos e pesquisa em psicologia,** Rio de Janeiro/UERJ. Ano 10. N.1, 2010.

EDELWEIN, C. **Das Tensões e Intenções de Tornar-se Apoiador na Máquina de Estado**. Porto Alegre: UFRGS, 2014. Dissertação de Mestrado – Pós-Graduação Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

ESCOSSIA, L. **O coletivo como plano de engendramento do indivíduo e sociedade**. São Cristóvão, Editora UFS: 2014.

ELIAS, NORBERT. **A sociedade dos indivíduos**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994.

FEUERWERKER. L. C.M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto alegre: Editora Rede Unida, 2014.

FOUCAULT. M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal,1990.

_____. **Estratégia poder-saber**. Coleção Ditos e Escritos IV. Organização e seleção de textos: Manoel Barros da Motta; trad. Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

_____. **Em defesa da sociedade**. Martins fontes: São Paulo: 2005.

FONSECA, T. M. G., NASCIMENTO, M. L., MARASCHIN, C. **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2012.

FRANCO, T. B., MERHY, E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

FUGANTI, L. O corpo em devir. **Revista Sala Preta**. v.15.n. 2. 2015.

GUATTARI, F. **As três ecologias**. Campinas, SP: Papyrus, 2006.

GUATTARI, F., ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

GUBA, E. G; LINCON, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas, SP: editora da UNICAMP, 2011.

HECKERT, A. L., PASSOS, E., BARROS, M. E. B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Revista Interface**. v.13, supl.1, p.493-502, 2009.

HART, M., NEGRI, A. **Multidão: Guerra e democracia na era do Império**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2005.

HESS, R. O momento do diário de pesquisa na educação. **Ambiente e Educação**, v. 14, p.61-87, 2009.

KIRST, P., et al. Conhecimento e Cartografia: tempestade de possíveis. Em: FONSECA, T. G., KIRST, P. (org.). **Cartografias e devires: a construção do presente**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2003.

L'ABBATE, S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. **Mnemosine**. Vol.8, nº1, p. 194-219, 2012.

LAZARATTO, M. **Signos, máquinas, subjetividades**. São Paulo: Edições SESC: n – 1 Edições, 2014.

LOURAU, R. **A Análise Institucional**. 3a ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2014.

_____. **Análise Institucional e práticas de pesquisa**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1993.

MONCEAU, G. Implicação, Sobreimplicação e Implicação Profissional. **Fractal Revista de Psicologia**, v. 20. N1 p 19-26, 2008.

MERHY, E. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde.** 2007.

Disponível em:<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>>, acesso em: 22/04/16.

_____. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde? Em: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos.** Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137 (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2004.

_____. O SUS e um dos seus dilemas: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo: pensando sobre as lógicas do trabalho em saúde. Em: **Democracia e Saúde.** TEIXEIRA, S., M. F. (org.). São Paulo: Editora Lemos, 1996.

MERHY, E., MALTA, D. C., SANTOS, F. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira e a potência transformadora da gestão. Em: FREESE, E. (org.). **Municípios: A gestão da mudança em saúde.** Editora Universitária, UFPE, 2004. p 45-76.

MERHY, E., FEUERWERKER, L., CERQUEIRA, M. P. Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. Em: FRANCO, T. B. (Org.). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60- 75.

MALTA, D. C., SANTOS, F. O Programa de Saúde da Família (PSF) e os Modelos de Assistência à Saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira. **Revista Med.**, Minas Gerais, 13(4):251-9, 2003.

NUNES, M., TRAD, L., ALMEIDA, B., HOMEM, C., MELO, M. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(6):1639-1646, nov-dez, 2002.

PAIM, J. **Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde.** Notas para discussão

nos Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISCUFBA. Brasília, 28/3/2001.

_____. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

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

PASSOS, E., KASTRUP, V., ESCOSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2009.

PASSOS, E., BARROS, R. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa Jan-Abr 2000, Vol. 16 n. 1, pp. 071-079**

PAULON, S. M. A Desinstitucionalização como Transvaloração. Apontamentos para uma terapêutica ao niilismo. **Athenea Digital**, v. 1, p. 121-136, 2006.

_____. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Revista Psicologia & Sociedade**, 17 (3), 18-25, set-dez, 2005.

PAULON, S. NEVES, R. **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulinas, 2013.

PAULON, S. M.; PASCHE, D.F. e RIGHI, L. B. Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. **Interface** (Botucatu), vol.18, suppl.1, p.809-820, Dez. 2014.

RODRIGUES, H.B.C. À beira da brecha: uma história da Análise Institucional francesa nos anos 60. Em Amarante, P. (org.) – **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

VASCONCELOS, C.M., PASCHE, D. F. **O Sistema Único de Saúde. Em: Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec Editora, 2012.

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2008-2013, <http://www.priberam.pt/dlpo/civilizar>, consultado em 01-08-2016.

Dicio: Dicionário Online de Português, <http://www.dicio.com.br/civilizar/>, consultado em 01-08-2016.

REFERÊNCIAS:

Musicais:

- VELOSO, Caetano. **Oração ao Tempo**. Cinema Transcendental, 1989.
- RAMALHO, Zé. **Admirável Gado Novo**. Zé Ramalho 2 (1980).

Literárias:

- LISPECTOR, Clarice. **Perto do Coração Selvagem**. 1943.
- BARROS, Manoel. **O verbo tem que pegar delírio**. O livro das ignoranças, Rio de Janeiro/São Paulo, Editora Record, 1993.

Filmográficas:

- MANFREDONIA, Giulio. **Dá Para Fazer (Si puo Fare)**. Itália, 2008.