



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Saúde Mental e Atenção Primária: as implicações e desafios do apoio matricial em saúde mental na perspectiva da gestão em saúde”

por

Camila Alves Varela Galvão

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Rio de Janeiro, maio de 2012.

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

G182 Galvão, Camila Alves Varela

Saúde mental e atenção primária: as implicações e desafios do apoio matricial em saúde mental na perspectiva da gestão em saúde. / Camila Alves Varela Galvão. -- 2012.

161 f. : mapas

Orientador: Amarante, Paulo Duarte de Carvalho

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012

1. Saúde Mental. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Gestão em Saúde. 4. Descentralização. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Apoio Matricial. I. Título.

Esta dissertação, intitulada

“Saúde Mental e Atenção Primária: as implicações e desafios do apoio matricial em saúde mental na perspectiva da gestão em saúde”

apresentada por

Camila Alves Varela Galvão

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Túlio Batista Franco

Prof.^a Dr.^a Tatiana Wargas de Faria Baptista

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 30 de maio de 2012.

Agradecimentos

Este trabalho, apesar de inscrito num período de dois anos de minha vida, é fruto de um percurso que o ultrapassa. Portanto, os agradecimentos se tornam difíceis. Muitas foram as pessoas que contribuíram para que eu chegasse até aqui e citarei algumas na intenção de tocar a todas.

Agradeço imensamente a minha mãe, Cleonice e meu pai José pela minha existência, por me ajudarem a trilhar pela vida com amor e dignidade.

Agradeço meus avós Eunice e Gonzaga e a minha madrinha Cleide pelo apoio, carinho e incentivo incondicional aos meus estudos. Vô você nem sabe o quanto foi importante neste caminho!

Tia Cleide, um obrigado especial por ter me introduzido no mundo literário. Os livrinhos que me enviava pelo correio com certeza contribuíram para inventar o meu universo infantil e me tornar um ser humano mais curioso!

Agradeço aos amigos que suportaram minhas crises e me ajudaram fazer deste um caminho mais leve. E um agradecimento especial a minha amiga Raquel Pádova, por compartilhar comigo reflexões que enriqueceram este trabalho.

Às minhas Fadas Madrinhas Heloisa e Amélia que contribuíram para a reviravolta que me fez reencontrar a saúde pública.

Agradeço à amiga Eliane pelo carinho e apoio quando o mestrado ainda era um sonho. Obrigada por me ajudar a torná-lo real!

Agradeço ao meu orientador Paulo Amarante, por respeitar minhas escolhas e me lembrar delas! Paulo, com todas as dificuldades que isso representa, a marca deste percurso foi a liberdade. Obrigada!

Agradeço aos profissionais que gentilmente aceitaram participar da pesquisa, vocês ajudaram a enriquecer este trabalho. Obrigada!

Agradeço à Tatiana Wargas, Túlio Franco e Márcia Fausto pelas valiosas contribuições.

Agradeço ao prof. Luciano Toledo e sua equipe do Labmap da Fiocruz por todo o apoio que viabilizou a pesquisa de campo. Agradeço a presteza de todos!

E por fim, agradeço ao povo brasileiro que financiou esta pesquisa e toda a minha formação acadêmica. Farei o possível para retribuir à sociedade brasileira com trabalho todos esses anos de investimento. Continuarei lutando para fazer deste um país mais equânime e solidário.

Resumo

O processo de municipalização do Sistema Único de Saúde traz grandes desafios para a gestão das secretarias municipais, que para estar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS precisam desenvolver um novo olhar sobre a saúde e, conseqüentemente, alterar concepções de gestão que não contribuem para a superação do modelo biomédico de saúde e para o desenvolvimento da integralidade da atenção.

Neste trabalho focamos o campo da gestão municipal em relação com o campo do cuidado. O objetivo foi compreender/problematizar se o apoio matricial pode ser um dispositivo que ajude o gestor a desenvolver ou melhorar sua capacidade em acolher e trabalhar com as demandas que surgem dos profissionais e usuários no cotidiano dos serviços.

O dispositivo apoio matricial foi analisado a partir do exercício do apoio matricial em saúde mental e das perturbações que este pôde provocar nas práticas dos gestores de um determinado município, constituindo-se ou não como ferramenta também dos gestores.

Foi compreendido que a relação dos gestores com o campo do cuidado poderia ser analisada a partir da permeabilidade do gestor às demandas que surgem do serviço. Uma maior ou menor permeabilidade a essas demandas retratariam a sensibilidade do gestor para trabalhar com as demandas de cuidado que surge do cotidiano da assistência, ou seja, a capacidade do administrador em conduzir uma gestão centrada nas necessidades dos usuários.

Abstract

The process of decentralization of the Health System brings major challenges for the municipal management; that to be consistent with the principles and guidelines of SUS¹ need to develop a new look at health and consequently change management concepts that do not contribute to overcoming the biomedical model of health and the development of total care.

In this paper we focus on the field of municipal management in relation to the care field. The objective was to understand / discuss if the matrix support can be a device that helps managers to develop or to improve their ability to welcome and to work with the demands that arise from professionals and users in everyday services.

The device matrix support was analyzed from the Office of the matrix support in mental health and in the disorders that could lead to the practices of managers in a given city, doing it a tool for managers or not.

It was understood that the managers' relationship with the field of care could be analyzed from the permeability of the manager demands that arise from the service. A greater or lesser permeability to these demands portray the sensibility of the manager to work with the demands of care that arise every day, is, the ability of the manager in leading a management focused on the needs of user's health system.

¹ SUS is the Brazilian acronym for the Healthy System.

Lista de Siglas

AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CESPP	Centro de Estudos de Saúde do Projeto Papucaia
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIEP	Centro Integrado de Educação Pública
CMCD	Programa Municipal de Combate à Dengue
Comperj	Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fesp	Fundação Escola de Serviço Público
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
LabMep	Laboratório de Monitoramento Epidemiológico de Grandes Projetos de Desenvolvimento da ENSP
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAHI	Programa de apoio aos Hospitais do Interior
PNH	Política Nacional de Humanização
Proesf	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SAB	Superintendência de Atenção Básica
SAS	Subsecretaria de Atenção à Saúde
SESDEC	Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade de atenção básica

SUMÁRIO

Apresentação	11
Introdução	13
Capítulo 1. SUS: um processo social complexo	25
1.1 O Sistema Único de Saúde: um projeto cidadão	25
1.2. A atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família	28
1.3. Apoio Matricial como um dispositivo estratégico para a afirmação de um modelo assistencial centrado no usuário	33
1.4. Saúde Mental na Atenção Primária: uma lente para refletirmos sobre as potencialidades da ferramenta apoio matricial.....	43
Capítulo 2. Em busca da integralidade no cuidado	50
2.1 No SUS, os caminhos da gestão passam pelo compromisso com a integralidade do cuidado	50
2.2. O que temos hoje como padrão hegemônico de gestão em saúde ..	56
2.3. E a pergunta é: o que estamos produzindo com nossas práticas? ...	58
2.4. Por uma gestão que parta do cuidado como um valor	66
2.5. Apoio matricial: dispositivo para a produção de uma gestão mais cuidadora?	75
Capítulo 3. Caminhos Metodológicos	81
3.1. Como uma onda	81
3.2. O engajamento com o território da pesquisa	88
3.3. Tecendo Análises	89
3.4. O processo de escolha do campo de pesquisa	90
3.4.1. O Apoio do estado aos municípios	98
3.4.2. Um município como cenário para pensar as práticas dos gestores na atenção básica	103
Capítulo 4. O cenário	103
4.1. Rede de Atenção Básica e o NASF.....	103
4.1.1. Unidades de Atenção Básica Tradicional	103
4.1.2. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde	106
4.1.3. A Estratégia Saúde da Família	108
4.1.4. O NASF	110
4.2. A rede de saúde mental	114
4.3. A organização estrutural da Gestão local.....	115

Capítulo 5. Entre marolas e ondas	119
5.1. O encontro com analisadores	120
5.2. As tramas da rede de Saúde mental	127
5.2.1. A rede de saúde mental antes do NASF	127
5.2.2. Apoio Matricial em Saúde mental: às vezes marolas, às vezes ondas	131
5.3. Diagrama das relações com a Onda	137
Conclusão	141
Bibliografia	147
Anexo 1. Roteiro de Entrevistas superintendente estadual de Atenção Básica..	155
Anexo 2. Roteiro de Entrevistas apoiadores estaduais	157
Anexo 3. Roteiro de entrevista - etapa de investigação -Município	159
Anexo 4. Estado do Rio de Janeiro – Divisão por região de Saúde	161

Apresentação

O encontro com a temática do apoio matricial ocorreu quando ainda estava atuando como residente em uma unidade de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.

Formada em psicologia comecei a atuar como residente na Estratégia Saúde da Família em 2007, antes da Portaria GM nº 154 instituir a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). No entanto, já tinha ouvido falar da proposta do apoio matricial e durante a residência procurei conhecer um pouco melhor do que se tratava.

Em 2008, ainda na residência, a Portaria GM nº 154 foi criada e procurei propor a equipe, com a qual atuava, uma perspectiva de trabalho na lógica do apoio matricial. Porém esbarrei em obstáculos que eram maiores do que a inserção de inovações assistenciais, eram obstáculos que estavam intimamente relacionados ao modelo de atenção à saúde sustentado tanto pelos profissionais da assistência quando pelos profissionais da gestão. Eram problemas que não seriam resolvidos por decreto, por força de portarias, mas que se configuravam como desafios cotidianos, embates de forças no campo micropolítico do trabalho vivo de cada profissional. Desafio de equalizar forças para um objetivo transversal a todos as categorias profissionais, a todo discurso e tipos de ações de saúde que era a sustentação do campo do cuidado.

A formação em psicologia me ensinou a valorizar as dimensões do desejo e da subjetividade na produção de mundo. O encontro com Guattari (2000) ainda na graduação me fez compreender a subjetividade como uma produção histórica. Este autor ao invés de ideologia pensa na produção de subjetividade. Em contraposição a idéia de “natureza humana”, propõe que a subjetividade é essencialmente fabricada, modelada, recebida, consumida. Mas fabricada por quem? Ou pelo quê? O autor discute que são muitas as máquinas produtoras de subjetividade. Quando falamos de sistemas tradicionais a produção se dá por máquinas mais territorializadas como, por

exemplo, uma etnia, uma corporação profissional, etc. Porém quando se trata de sistema capitalístico, a produção é industrial e se dá em escala internacional. E Guattari (2000) acrescenta que as mutações da subjetividade

“não funcionam apenas no registro das ideologias, mas no próprio coração dos indivíduos, em sua maneira de perceber o mundo, de se articular com todo o tecido urbano, com todos os processos maquínicos do trabalho, com a ordem social suporte dessas forças produtivas. E se isso é verdade, não é utópico considerar que uma revolução, uma mudança social a nível macropolítico, macrossocial, diz respeito também à questão da produção de subjetividade.” (p.26)

As motivações que impulsionaram a produção desta pesquisa, portanto, são inseparáveis da minha própria vivência profissional, de meus posicionamentos políticos, do meu modo de habitar e transformar mundo. Sendo assim, neste trabalho também são as minhas implicações que estão em jogo, que foram colocadas na roda para serem repensadas, desconstruídas, transformadas e compartilhadas.

Introdução

O processo de municipalização do Sistema Único de Saúde traz grandes desafios para a gestão das secretarias municipais, que para estar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS precisam desenvolver um novo olhar sobre a saúde e conseqüentemente alterar concepções de gestão que não contribuem para a superação do modelo biomédico de saúde e para o desenvolvimento da integralidade da atenção. Neste trabalho estaremos enfocando o campo da gestão municipal em relação com o campo do cuidado. O objetivo é compreender/problematizar se o apoio matricial pode ser um dispositivo que ajude o gestor a desenvolver ou melhorar sua capacidade em acolher e trabalhar com as demandas que surgem dos profissionais e usuários no cotidiano dos serviços, tendo como recorte metodológico a relação da atenção básica com o campo da saúde mental.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro nasceu num contexto bastante específico da história do país, onde uma série de lutas da população brasileira por uma sociedade democrática, mais justa e solidária, ocupou as ruas e corações culminando na constituição de 1988, que ficou marcada como a primeira onde a sociedade civil pode participar ativamente do complexo processo político de sua criação. E a saúde, pela primeira vez na história do país, é assumida como direito de todos e guiada pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

No entanto, a afirmação dos princípios do SUS na Constituição Federal não impede que na sua implementação a arena de disputas para a definição das políticas de saúde permaneça. Uma disputa ainda muito acirrada, que diz respeito ao campo da política e do direito, pode ser observada a partir de duas vertentes principais. Uma que aponta a saúde como um direito de cidadania regulada pelo Estado e outra que apoia que a saúde seja regulada pelas leis do mercado, uma vez que a compreende como uma mercadoria. Tais posicionamentos relacionam-se com posições político-subjetivas diversas que no âmbito macropolítico diz respeito à noção de Estado que se quer adotar. Se

um Estado mínimo, comprometido com a lógica de mercado, ou um estado garantidor de direitos, comprometido com a promoção de bem estar de sua população.

A implementação do SUS em sua concepção original exige que se construa outra compreensão de política pública de saúde no país e novas formas de produzir saúde no cotidiano da assistência e das práticas de gestão. Porém, no início de sua implementação, na década de 1990, alguns obstáculos conjunturais e estruturais vem dificultando a concretização dos princípios do SUS.

Na década de 1990 o Brasil teve seu processo de construção da cidadania social, recém retomado após os períodos de ditadura, barrado pelo contexto político-econômico mundial. Organismos internacionais de financiamento impunham aos países devedores reformas de caráter neoliberal, que consistiram em políticas de ajuste estrutural e abertura da economia que enfatizou medidas como: estabilização da moeda; privatização de empresas estatais; adoção de reformas institucionais orientadas para a redução do tamanho do Estado e do quadro de funcionalismo público, incluindo a reforma da Previdência e a reforma do aparelho do Estado; mudanças nas relações de trabalho, com aumento do segmento informal e do emprego estrutural e a fragilização do movimento sindical; desregulamentação dos mercados. (Noronha, Lima & Machado, 2008: p.467)

Portanto, a proposta do SUS vem na contracorrente de tendências hegemônicas de reforma do Estado. O que tem prejudicado sua consolidação. Mas fora estes aspectos conjunturais, outros desafios de ordem estrutural também estão presentes. Noronha, Lima & Machado (2008) apontam como obstáculos estruturais as “profundas desigualdades socioeconômicas e culturais – inter-regionais, interestaduais, intermunicipais – as características do próprio federalismo brasileiro, a proteção social fragmentada e o modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema foi construído.” (2008: p. 465).

Todos estes aspectos fazem com que o SUS real esteja distante das propostas almejadas na Reforma Sanitária. Ao longo dos mais de vinte anos de implementação do SUS, vários debates vem sendo travados na tentativa de superação dos obstáculos que se apresentam. Temas como mecanismos de

financiamento, mecanismos de gestão e a efetivação dos mecanismos descentralizadores são, segundo Feuerwerker (2005), os principais debates travados ao longo destes anos.

No entanto, no que tange à integralidade da atenção, o debate sobre reorientação do modelo de atenção à saúde e da necessária superação da racionalidade biomédica hegemônica na orientação da prática de gestores e profissionais da assistência é reconhecidamente um dos pontos onde menos se foi capaz de avançar. Ainda que pese a importância destas temáticas, Feuerwerker afirma que pouco são debatidas no âmbito das Comissões Intergestoras (Bipartite e tripartite) e do Conselho Nacional de Saúde.

A pouca atenção dada nos espaços de gestão colegiada aos temas relacionados com integralidade da atenção, contrasta com os resultados obtidos na pesquisa de Pinheiro (Pinheiro 2003 apud Pinheiro e Guizardi 2008) que aponta que a busca de cuidado tem sido uma das principais demandas por atenção à saúde pela sociedade civil brasileira. A noção de cuidado utilizada pela autora compreende o cuidado como uma ação integral, que não se reduz, portanto, a um nível de atenção do sistema ou a um procedimento técnico simplificado. Sendo assim, o cuidado equivale ao tratar, ao acolher, o respeitar, o atender o ser humano em seu sofrimento. Entendem ainda os autores, que o cuidado deve ser compreendido como “efeito e repercussão de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.” (Pinheiro e Guizard, 2008: p. 23) O cuidado, neste sentido, é compreendido como campo privilegiado da ação prática do princípio da integralidade.

No entanto, o modelo de saúde que encontramos hoje como prática hegemônica dos profissionais do SUS está pautado por uma visão biologicista do processo saúde/doença, onde o indivíduo foi eleito como objeto privilegiado, descolado dos aspectos sociais de sua vida e o processo saúde/doença foi tomado quase que unicamente pelo viés fisiopatológico. Outros aspectos desse modelo são a tecnificação do ato médico, a fragmentação do conhecimento, das práticas e do corpo enfermo e a adoção do hospital como centro privilegiado de diagnóstico, tratamento e produção de conhecimento em saúde.

Como uma das tentativas de superar este modelo de atenção, foi empreendida uma nova organização do sistema de saúde adotando a atenção primária à saúde como ordenadora do sistema de saúde e porta de entrada preferencial, tendo na Saúde da Família a sua estratégia prioritária. A Estratégia Saúde da Família (ESF) trabalharia com a noção de saúde ampliada levando em consideração também fatores sociais, políticos, ambientais, econômicos do processo saúde/doença. O cuidado seria prestado mais próximo do local de moradia da população, tendo a territorialização, o vínculo, a continuidade e integralidade do cuidado como estratégias principais.

No entanto, a reordenação do sistema de atenção tem se efetivado ainda, em grande parte, apenas por seu cunho estrutural, que isoladamente não garante a operacionalização do princípio da integralidade, não garante a mudança das práticas dos profissionais e gestores. Segundo Pinheiro e Guizard (2008) a integralidade da atenção não poderá resultar unicamente de sua organização técnica, pois é um desafio que ultrapassa o horizonte técnico e se presentifica explicitamente no campo das relações, no campo da construção coletiva de realidades sociais.

Bertussi (2010) afirma que

Um grande desafio para as equipes de gestão do SUS, portanto, é alterar o padrão hegemônico de gestão e de produção das práticas de saúde na perspectiva de construir um desenho tecnoassistencial mais cuidador, ou seja, articular um conjunto de recursos tecnológicos e de modalidades assistenciais, ordenados como estratégia institucional para a atenção à saúde das pessoas e das populações com base em suas necessidades. (p. 18/19)

Guizard e Cavalcanti (2010) compreendem que fazer com que a experiência do cuidado seja uma referência ética na prática cotidiana dos serviços de saúde exige a adoção de novos mecanismos de gestão que sustentem a produção de sociabilidades mais democráticas. Isso implica no reconhecimento de que todos são sujeitos políticos na construção do SUS, trazendo a noção de coprodução para o centro quando se pensa a relação entre cuidado e organização institucional da gestão.

Democratizar a gestão neste contexto é um aspecto estratégico que lança mão de propostas como a “horizontalização das relações, o estreitamento das distâncias institucionais, o estímulo a autonomia e à descentralização das decisões.” (Guizard e Cavalcanti, 2010: p. 39)

A concepção que esses autores possuem da problemática da gestão das práticas institucionais tem por base a compreensão de que

a interseção entre política, ética e cuidado na produção de saúde resulta da relação dialógica como o outro, do fato de que o agir se reporta ao outro, condição de sua existência, já que não pode limitar-se em sua própria esfera de atuação. (p. 39)

Neste sentido, a necessidade de instrumentalizar cada vez mais os profissionais na direção de práticas mais integrais e de garantir maior resolutividade neste nível de atenção faz da Saúde da Família foco de diversas inovações tecnoassistenciais. Uma dessas propostas foi denominada Apoio Matricial.

O apoio matricial é uma tecnologia de gestão utilizada em conjunto com o arranjo organizacional de equipes de referência (Brasil,2010). Na atenção básica, as equipes de referência são as próprias equipes de Saúde da Família. O apoio matricial, neste âmbito, pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de Saúde da Família, com o objetivo de superar a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho em saúde, encaminhamentos desnecessários e evitar práticas de “psiquiatrização” e “medicalização” do sofrimento humano. (Campos e Domitti, 2007)

Mas o apoio matricial também tem sido afirmado como ferramenta dos gestores para criar canais de comunicação/criação, coprodução com as equipes para que aquilo que está sendo proposto como política possa passar por transformações, ressignificações, questionamentos no interior da equipe, entre os trabalhadores, entre os trabalhadores e a gestão, entre os trabalhadores e a população, num movimento de construção compartilhada onde os diversos campos de saber interagem para produzir o cuidado. (Bertussi, 2010)

A discussão deste trabalho tem seu recorte na aproximação entre o campo da saúde mental e a atenção primária. A tecnologia apoio matricial será analisada a partir do exercício do apoio matricial em saúde mental e das perturbações que este pôde provocar nas práticas dos gestores de um determinado município, constituindo-se ou não como ferramenta também dos gestores.

A escolha do recorte se justifica pelo fato de que a aproximação entre atenção básica e saúde mental vem sendo um desafio importante, seja pelo fato de ser uma especialidade bem característica, seja pelo preconceito e estigma que ronda o campo da loucura. Foram propostas, ao longo do tempo, algumas formas para integrar a saúde mental às práticas dos profissionais de saúde como supervisão, consultoria, interconsulta, etc., sendo o apoio matricial mais uma dessas ferramentas com o diferencial de não ser episódico e de assumir a co-responsabilização do cuidado com a equipe de Saúde da Família.

Os debates sobre o desenvolvimento dos cuidados em saúde mental na atenção básica não é uma novidade, no entanto, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, se intensificaram em 2001², ano de aprovação da lei 10.216, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. E a tecnologia do Apoio Matricial é oficialmente adotada em âmbito federal em documento lançado no ano de 2003. Naquele momento, o Apoio Matricial foi adotado como dispositivo para estimular ativamente, na atenção primária, a incorporação de diretrizes que incluíssem a dimensão subjetiva dos usuários, inclusive problemas mais graves em saúde mental (Brasil/Ministério da Saúde, 2003).

Em 2004 o Ministério da Saúde lançou o documento “Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial”, onde o apoio matricial foi concebido como uma das atribuições dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) junto às equipes de Saúde da Família. Posteriormente, a Portaria GM nº 154, de janeiro de 2008 instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de prestar apoio às equipes de Saúde da Família.

² O recorte do trabalho que se refere a relação do campo da saúde mental com a Estratégia Saúde da Família, não se confunde com a inserção da assistência psiquiátrica na atenção básica que ocorreu muito antes deste período. A assistência psiquiátrica foi inserida na atenção básica desde a década de 1980, através de equipes mínimas de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. Sem, contudo, conseguir romper com as práticas psiquiátricas tradicionais, na medida em que este nível de atenção se voltava para a prevenção e tratamento de casos menos complexos e os mais complexos eram encaminhados para a internação hospitalar.

Trabalhar o dispositivo de apoio matricial a partir da temática da saúde mental na atenção primária é trazer junto todo o acúmulo conceitual e prático que o campo da saúde mental vem desenvolvendo ao longo dos anos de luta antimanicomial, principalmente no que diz respeito à própria crítica à racionalidade biomédica e a centralização do hospital no ordenamento do sistema de saúde, crítica a medicalização da vida, a afirmação da necessidade de prestar um cuidado de base territorial e de levar em consideração que o sujeito é ao mesmo tempo e indissociavelmente corpo psíquico, social, biológico, político, econômico, cultural, afetivo.

Merhy et al (2004) apontam a inversão de modelo de atenção na saúde mental como um exemplo de intervenção que conseguiu atravessar todo o sistema de saúde no objetivo de desconstruir o modelo manicomial. E considera que “em nenhuma outra proposta conseguiu-se atravessar e invadir todos os níveis assistenciais” (p.25). Toda a rede de atenção à saúde mental foi redesenhada e ressignificada com Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental, Hospitais gerais, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nesta rede de cuidados à pessoa em sofrimento mental, a ESF, que também é um dispositivo de base territorial, aparece como um importante recurso uma vez que está em sintonia com princípios sustentados pela reforma psiquiátrica como integralidade, interdisciplinaridade, territorialização das ações, acessibilidade e participação social.

A transformação nos equipamentos de saúde, na maneira como esses equipamentos se conectam, as novas estratégias de assistência, são importantes na composição do modelo de atenção, mas representam apenas parte do que precisa ser modificado, a parte estrutural. O cotidiano da prática dos profissionais e gestores de saúde é permeado de valores, sentidos, desejos, enfim, processos subjetivos/relacionais que em última instância é o que define a cara da assistência, define a maneira como o cuidado será ofertado ao usuário.

Os movimentos políticos brasileiros de reformas na saúde, tanto de reforma psiquiátrica quanto de reforma sanitária, imprimiram ao Sistema Único de Saúde um forte componente político e de participação da sociedade. Resgatar esses movimentos juntamente com os sentidos éticos de suas lutas

para debater a inserção da saúde mental na atenção básica, aponta para a preocupação dessas reformas não realizarem as intenções que as originaram, mas apenas reproduzir velhas práticas sob novas paredes.

Por que se imagina que a Estratégia Saúde da Família é capaz de sustentar um outro modelo de atenção à saúde que se contraponha ao modelo médico hegemônico? Qual o sentido que os Centros de Atenção Psicossocial possuem dentro da rede de cuidados às pessoas em sofrimento mental? Por que criar Núcleos de Apoio à Saúde da Família? Por que apostar no dispositivo de Apoio Matricial como uma ferramenta capaz de facilitar a apropriação da temática da saúde mental pela atenção primária? Para onde essas inovações apontam? O que elas sustentam ou pretendem romper? Esses questionamentos pouca chance tem de penetrar no cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde e gestores, quando se tem dificuldade de instituir espaços coletivos de construção e reflexão do processo de trabalho, reflexão histórica sobre o campo onde atuam para se compreenderem como atores-chaves no processo de mudança social. Muitas vezes, esse tipo de prática é vista como perda de tempo frente às inúmeras demandas que não cessam de chegar a cada dia. Perspectiva motivada por uma racionalidade funcionalista que coloca a saúde pelo viés técnico apenas, sem incluir seu caráter político.

No campo da saúde mental e atenção psicossocial, por exemplo, quando se discute o modelo de atenção busca-se não reduzi-lo a propostas de reformulação de serviços. Isso porque, embora a reformulação faça parte do processo, a transformação não se reduz a ela. Assim, o Movimento da Reforma Psiquiátrica não vai em busca de um modelo ou sistema fechados, mas aponta para o desafio de um processo que é social e complexo constituído do entrelaçamento de diversas dimensões simultâneas que ora convergem e ora divergem produzindo pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões. Amarante (2007) propõe didaticamente pensarmos este processo social complexo destacando quatro dessas múltiplas dimensões: *teórico-conceitual* ou epistêmica, *técnico-assistencial*, jurídico-política e sociocultural.

Pegando inspiração nesta discussão é possível estendê-la para todo o campo da saúde já que a transformação do modelo de atenção à saúde no SUS como um todo igualmente faz parte de um processo social complexo. Assim teríamos a *dimensão teórico-conceitual* ou epistêmica, que se associaria

à crítica ao paradigma vigente juntamente com a produção de novos saberes que visam à superação do modelo biomédico, baseado na ciência moderna positivista; a *dimensão técnico-assistencial*, diria respeito à produção de novas práticas assistenciais e de gestão que partissem do sujeito como foco do ordenamento do sistema e da assistência, contrapondo-se à racionalidade biomédica que coloca a doença como centro ordenador do cuidado; a *dimensão jurídico-política* que trataria da legislação que concebe a saúde como um direito de todo cidadão a ser promovida pelo estado, além das diretrizes de universalidade, equidade e integralidade constantes na lei orgânica do SUS, leis que definam as formas de financiamento do sistema, de participação do cidadão em seu processo de gestão, dentre outras normas e portaria que constantemente precisam ser criadas, revistas ou reformuladas; e a *dimensão sociocultural* que vem destacar a necessidade da mudança de subjetividades, olhares, atitudes, relações sociais, participação e protagonismo de atores antes marginalizados. A saúde tomada pelo seu lado positivo envolve a população na discussão sobre a promoção da vida, sobre quebra de preconceitos através do desenvolvimento de atividades lúdicas, criativas e culturais que buscam produzir outros imaginários sociais em torno de temas como, por exemplo, a liberdade de opção sexual, cidadania e saúde, o papel social da mulher, a loucura, sexualidade na terceira idade, na adolescência, dentre muitos outros.

No campo da saúde mental a dimensão sociocultural tem sido particularmente estratégica para a reforma psiquiátrica brasileira e nos serve de parâmetro para compreendermos sua importância na mudança de valores da sociedade. O Movimento de Reforma Psiquiátrica tem provocado o imaginário social com produções artísticas e culturais de usuários, profissionais, familiares e voluntários que levam a população a refletir sobre temas como a loucura, doença mental, hospital psiquiátrico, medicalização da loucura, etc. Simbolicamente foi instituído 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicominal e em todo país várias atividades políticas, acadêmicas, artísticas, esportivas, culturais servem de disparadores para inúmeros debates ou vivências de outros olhares possíveis sobre a loucura. Além de muitas outras experiências exitosas espalhadas pelo Brasil que apostam permanentemente na força de modificação dos dispositivos socioculturais. (Amarante, 2007)

Os dispositivos socioculturais estão comprometidos com mudanças subjetivas produzidas nos espaços intercessores das relações sociais. Aposta semelhante verificamos com Merhy e Franco (2003) quando apostam na alteração dos movimentos micropolíticos do processo de trabalho, concernentes à dimensão tecno-assistencial. Tais autores acreditam que as ações do Estado oscilam de acordo com os interesses hegemônicos que comandam a sociedade num determinado momento histórico. Esses dois pólos da saúde, por um prisma neoliberal ou a saúde a partir de uma concepção pública e gratuita, se alternam e se mesclam tornando a política de saúde produto desse jogo de forças.

No entanto, além desse jogo político que se dá no nível da macropolítica, existem outros movimentos, mais locais, mais cotidianos que estão no nível da micropolítica³, no dia-a-dia dos cuidados em saúde, no trabalho vivo dos profissionais de saúde. A autonomia dos profissionais de saúde na maneira de prestar a assistência faz com que a ação desses profissionais possa imprimir uma determinada característica ao modelo assistencial definindo seu perfil.

Estes autores acreditam que

a mudança de modelos assistenciais requer em grande medida, a construção de uma nova consciência sanitária e a adesão destes trabalhadores ao novo projeto. É preciso consensuar formas de se trabalhar, que estejam em sintonia com a nova proposta assistencial, o que não se consegue por normas editadas verticalmente. (2003: p.14)

Os modelos de atenção à saúde, como podemos perceber, não representam meras inovações assistenciais, mas são principalmente escolhas políticas. Merhy et al (2004) ressaltam que os “modelos assistenciais incorporam uma dimensão articulada de saberes e tecnologias de dados grupos sociais que, apoiados na dimensão política, disputam dada forma de organizar a assistência” (p.4).

³ A micropolítica trata das “questões que envolvem os processos de subjetivação em sua relação com o político, o social e o cultural, através dos quais se configuram os contornos da realidade em seu movimento contínuo de criação coletiva.” (Rolnik,2007: p.11)

O SUS não propõe um modelo organizacional único que sirva de referência para todo o país, mas sim princípios e diretrizes gerais. E justamente pelo SUS não apresentar um modelo “ideal” de atenção à saúde a ser seguido, que Pinheiro e Mattos (2006) afirmam que “**as práticas** consistem no principal núcleo de investigação acerca dos desafios, possibilidades e limites para a ‘reversão’ do modelo tecnoassistencial no sistema de saúde brasileiro” (p.12).

Neste sentido, serão as práticas e concepções dos profissionais da gestão que servirão de material de reflexão. A aproximação do campo da saúde mental com a atenção primária é tomada como situação analisadora⁴ que nos permite vislumbrar linhas que apontem para ações integradas no cuidado prestado à população. Sendo assim, é lançando foco sobre a relação da gestão com o campo do cuidado na compreensão de dispositivos estratégicos como o apoio matricial, guardam a potência de incentivar novas práticas, outros olhares que apontem para o fortalecimento do SUS como um projeto, de fato, cidadão.

No primeiro capítulo foi feito um resgate do momento político que o país vivenciava no período da criação do SUS, explicitando a luta pela saúde como a luta pelo fortalecimento da democracia no país. Foi destacado as concepções teóricas e reorganizações do sistema de saúde empreendidos para implementar o SUS. A atenção básica, o apoio matricial e o campo da saúde mental foram discutidos neste contexto e ressaltados os aspectos dessas políticas voltados para a superação do modelo biomédico e comprometido com a integralidade do cuidado. O objetivo do capítulo 1 foi ressaltar os aspectos históricos e políticos de uma transformação da assistência que precisa ser compreendida como um processo social complexo

No segundo capítulo, o princípio da integralidade foi ressaltado no contexto micropolítico do cotidiano do trabalho e gestores e profissionais de saúde, buscando compreender as forças que atravessam o cotidiano das práticas e são capazes de fortalecer determinados modelos de atenção à saúde em detrimento de outros. O dispositivo apoio matricial foi analisado neste cenário, na perspectiva de compreender/analisar suas potencialidades e

⁴ Analisadores: “são dispositivos inventados e implantados pelos analistas institucionais para propiciar explicação dos conflitos e sua resolução. Para tal fim, pode-se valer de qualquer recurso (procedimentos artísticos, políticos, dramáticos, científicos, etc.), qualquer montagem que ponha de manifesto o jogo de forças, os desejos, interesses e fantasmas dos segmentos organizacionais.” (Baremlitt,1992:152)

dificuldades na tarefa de instrumentalizar os gestores na construção de um sistema de saúde mais cuidador.

O terceiro capítulo foi voltado para a apresentação das bases metodológicas do trabalho.

Os quarto e quinto capítulos trataram respectivamente da apresentação dos resultados da pesquisa de campo e da análise destes resultados.

Capítulo 1

SUS: um processo social complexo

“Ou a situação em que se vive conserva uma margem dialética, a fim de consentir a possibilidade de uma tomada de consciência real e de um processo de mudança, ou os termos novos são usados para encobrir uma realidade velha.”

Franco Basaglia

1.1 O Sistema Único de Saúde: um projeto cidadão

O Sistema Único de Saúde resultou das lutas travadas pelo Movimento de Reforma Sanitária que criticou, de várias maneiras, a forma como a política de saúde era conduzida no país. O Movimento Sanitário constituiu-se ao longo de meados da década de 1970, período marcado pelo autoritarismo do regime ditatorial militar e por um cenário de “concentração de renda, arrocho salarial, perda do poder aquisitivo do salário, aumento dos preços, diminuição da oferta de alimentos, colapso dos serviços públicos de transporte e de saúde” (Escorel, 1999: 49).

Neste cenário o sistema de saúde brasileiro estava “caracterizado pela dicotomia das ações estatais, pela predominância da compra de serviços privados, pela modalidade hospitalar de atendimento e pela corrupção normatizada pela forma de pagamento conhecida como Unidade de Serviço (US)” (Escorel, 1999:51). O Sistema Nacional de Saúde estava dominado por interesses de empresas médicas privadas que se utilizavam dos mecanismos de funcionamento da própria máquina previdenciária para enriquecer ilicitamente.

Esta política de saúde se ancorava num modelo de atenção a saúde que seguia uma lógica centrada nos procedimentos médicos e na alta complexidade dos hospitais. O modelo adotado, denominado Modelo Médico Hegemônico ou Modelo Biomédico tem por característica valorizar o conhecimento especializado, o uso amplo de equipamentos/ máquinas e de fármacos. Esse funcionamento preza pelo um uso da tecnologia de forma

abundante, sem qualquer reflexão crítica sobre a real necessidade apresentada por cada situação em particular. É um uso generalizado sem levar em consideração se de fato é importante lançar mão destes recursos e como esses recursos se equalizam com as reais necessidades do caso específico de cada usuário. Assim, esse tipo de modelo não guarda compromisso com as pessoas que estão sendo atendidas, mas antes, coloca no centro a doença simplificada, descolada de toda complexidade da vida do sujeito. O efeito disso é um sistema financeiramente muito oneroso e com baixa efetividade. (Merhy e Fanco, 2003)

Os grandes gastos do governo militar com financiamento do setor privado não representou melhorias na assistência prestada à população e o modelo assistencial focado em uma medicina de cunho individual, com o privilégio de práticas curativas e assistencialista provocou a opção privilegiada e corrupta, por parte dos prestadores de serviço privados, de procedimentos médicos caros onde o hospital era o referencial ordenador do sistema. Isto trouxe conseqüências deletérias para a população de modo geral. O investimento em prevenção e promoção da saúde foi baixo e doenças que antes estavam controladas ressurgiram como surtos epidêmicos. Políticas que influenciam diretamente na saúde da população como a de saneamento básico e habitação foram negligenciadas e a qualidade de vida ficou comprometida, principalmente pelo crescimento acentuado das desigualdades sociais. (Baptista, 2007)

Segundo Escorel (1999), foi neste contexto caótico e de grande desprestígio social que o movimento Sanitário buscou a reformulação de conceitos e metodologias de abordagem à saúde, motivado por modificar a realidade da assistência à saúde, avaliada como inoperante e reprodutora de esquemas perversos de dominação.

A proposta teórica defendida pelo movimento de reforma, pautada pela corrente médico-social, compreendia as condições de saúde dependentes de determinantes sociais que deveriam ser investigados principalmente pelo aspecto econômico e do processo de trabalho (Escorel, 1999: 29).

A proposta da Reforma Sanitária Brasileira nos anos 1980 contemplava três dimensões da saúde: Saúde enquanto área do saber, Saúde enquanto setor produtivo e saúde enquanto estado vital das pessoas e da

população, além de procurar articular uma mudança global que implicaria em ampla reforma social (Paim, 2009). Em linhas gerais, trouxe novas propostas de atenção à saúde com grande apelo a democratização do sistema de saúde, incluindo a participação popular, a universalização dos serviços, a descentralização e a defesa do caráter público do sistema de saúde.

No contexto da Reforma Sanitária as lutas pela democratização na saúde equivalem a parte da luta pela própria democratização da vida social, do Estado e dos seus aparelhos. Saúde neste contexto assume uma perspectiva ampla para abranger e comprometer políticas sociais e econômicas na sua promoção, proteção e recuperação. O documento apresentado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1979: “A questão democrática na Saúde”, no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde já trazia a importante proposta da Saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Uma vez que se adota saúde nesta perspectiva o compromisso de manter a população em níveis de saúde aceitáveis passa por investimentos em diversos setores que interferem no desenvolvimento social, pois partindo desta concepção de saúde, seu direito tona-se indissociável do direito à vida.

O processo da criação da Constituição Federal de 1988 foi marcado por intensos debates num contexto de forte mobilização social, fazendo da constituição de 1988 uma conquista dos brasileiros. E no que tange à saúde, pela primeira vez na história do país, é assumida como direito de todos. O Sistema Único de Saúde (SUS), dentro da constituição, está inserido num contexto mais amplo. Aparece como uma das seções do Capítulo sobre Seguridade Social, juntamente com as seções sobre seguridade e assistência social. No artigo 194 da Constituição Federal a Seguridade Social é assim conceituada: “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. O novo modelo de seguridade adotado pelo país rompe completamente com padrão excludente e baseado no mérito do modelo anterior.

Os princípios da universalidade, equidade e integralidade sustentados na Constituição trazem o compromisso coletivo de uma nação mais solidária com uma proposta de cidadania que não admite mais ser

regulada ou invertida (Fleury, 2009), mas plena, para todos, sem discriminação, sem preconceitos ou privilégios.

1.2. A atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família

O SUS começa a ser implementado após a criação da Lei 8.080 de 1990 e das subseqüentes normas e portarias editadas pelo Ministério da Saúde que passam a regulamentar o sistema.

O SUS propôs mudanças expressivas no modo de operar o sistema de saúde e o novo modelo de atenção à saúde preconizado não veio com um desenho predefinido, mas antes sustentado por princípios. Sendo assim, o acesso e a igualdade nas assistências de promoção, proteção e recuperação da saúde dever ser universal, ou seja, para todos e o sistema possui um caráter descentralizado e municipalizado. Além disso, a organização dos serviços deve seguir a lógica da integralidade, da regionalização, da hierarquização com porta de entrada definida.

A operacionalização destes princípios, desde o início da implementação do SUS, encontrou problemas que ainda hoje não estão completamente superados: “o financiamento das ações de saúde; a definição clara de funções para os três entes governamentais (federal, estadual e municipal); as formas de articulação público/privado no novo modelo de organização dos serviços; e a resistência do antigo modelo assistencial – baseado na doença e em ações curativas individuais – a uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais” (Viana e Dal Poz, 2005: 226).

A princípio, os esforços governamentais se voltaram para questões relacionadas ao financiamento e a descentralização. E no que se refere à reestruturação do modelo de atenção não se tinha propostas e discussões no âmbito do Ministério da Saúde, prevalecendo o modelo médico hegemônico focado na assistência hospitalar (Borges e Batista, 2010).

O Programa Saúde da Família foi pensado como alternativa ao modelo biomédico e concebido como um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização (Basil, 1994). A primeira publicação federal sobre o Saúde da Família definiu assim seus objetivos:

O objetivo de Saúde da Família é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.(...) Esta estratégia está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família - uma unidade pública de saúde, com equipe multiprofissional que assume a responsabilização por uma determinada população, a ela vinculada, onde desenvolve ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos.(...) O Governo Federal estabeleceu como meta prioritária a expansão das equipes de Saúde da Família – Pacs/PSF, como ferramenta importante na mudança do modelo assistencial (Brasil.MS, 1994).

A equipe multiprofissional do Programa Saúde da Família é formada por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, técnico em Saúde Bucal, Auxiliar em saúde bucal, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A qualificação generalista dos seus profissionais exige que novas estratégias sejam pensadas para possibilitar a ampliação do escopo de atuação e capacidade resolutiva. E a abordagem ampliada de saúde exige que essa qualificação signifique também a superação da racionalidade biomédica.

Mas não foi de imediato que o Programa foi adotado como uma estratégia prioritária da atenção primária. Ele nasceu ainda bastante vertical e desarticulado com as redes de serviços de saúde e possuía caráter pontual destinado a populações que não tinham acesso aos serviços de saúde. Estes aspectos fizeram com que o programa fosse alvo de muitas críticas e ocupasse uma posição marginal dentro do Ministério da Saúde.

Somente em 1996, com a criação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB SUS 01/96) se construiu os mecanismos legais que regulamentaram os incentivos financeiros promovendo o fortalecimento da atenção básica. A criação do Piso da Atenção Básica (PAB), recurso específico para o financiamento da Saúde da Família, foi importante para promover uma maior adesão dos municípios à estratégia.

Borges e Baptista (2010) ressaltam que a priorização dada a Saúde da Família na política governamental desde 1996 não garantiu que o debate sobre o modelo de atenção primária fosse tomado como pauta prioritária naquele momento. Mas ainda assim, “a expansão do PSF e a sua capilarização no território nacional, com a mobilização de milhares de gestores e

profissionais de saúde, levaram em pouco tempo ao debate sobre o modelo” (p.36).

A adoção do PSF como modelo para a atenção básica não é um consenso. Campos (2008) ressalta que existe “um amplo desacordo cultural, epistemológico e político sobre a atenção básica no país” (S17). E que as políticas de incentivo da adoção do Saúde da Família a partir de indução financeira e portarias ministeriais evitam ampliar o debate sobre os avanços e desafios da atenção básica no país. Inclusive se questiona se a atenção básica deve se restringir ao modelo do PSF, diante de realidades tão distintas pelo país.

Apesar de não haver consenso, o PSF seguiu como principal estratégia da atenção básica e a partir 2003 passou por expressiva ampliação, com verba internacional, na forma do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf). No entanto, Giovanella e Mendonça (2008) ressaltam que nos municípios de maior porte o PSF funcionava paralelo ao modelo de atenção básica tradicional atendendo populações mais pobres e assumindo características de uma atenção primária seletiva⁵.

A edição da Política Nacional de Atenção Básica veio procurar responder a esse desvio na proposta original do PSF. A portaria ministerial nº648/GM, de 28 de março de 2006 instituiu a Estratégia Saúde da Família como modelo substitutivo à rede de atenção básica tradicional e de reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. E deixa de ser um Programa para se tornar uma Estratégia.

Apesar da Estratégia Saúde da Família possuir problemas e limitações, principalmente no contexto dos grandes centros urbanos, Giovanella e Mendonça (2008) reconhecem que tal estratégia,

difunde uma perspectiva inovadora para a atenção primária no país, voltada para a família e a comunidade, que tem potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial, efetivando o direito à saúde no cotidiano

⁵ **Atenção Primária Seletiva** preconiza pacotes de intervenção de baixo custo visando atender as principais doenças de populações em situações de maior pobreza. Essa perspectiva foi hegemonicamente adotada por diversas agências internacionais, dentre elas o Banco Mundial. As críticas feitas a APS seletiva apontavam seu caráter eminentemente técnico de custo-efetividade sem considerar os importantes impactos da melhoria socioeconômica e da garantia das necessidades básicas como pontos chave para melhorar a situação de saúde das populações. (Giovanella e Mendonça, 2008:581)

dos cidadãos. Os resultados positivos de algumas das experiências sugerem essa potencialidade. (p.620)

Na perspectiva dessas autoras, além dos incentivos financeiros é necessária uma maior atenção à política de recursos humanos, que viabilize:

a profissionalização dos agentes comunitários de saúde; a fixação dos profissionais de saúde, proporcionando-lhes satisfação no trabalho; políticas de formação profissional e de educação permanente adequadas ao desenvolvimento de suas atribuições em atenção primária à saúde; iniciativas locais competentes e criativas para enfrentar a diversidade existente no país. (2008: 621)

Franco e Merhy (2000), analisaram o PSF a partir do processo e das tecnologias do trabalho com o objetivo de buscar compreender suas possibilidade e limites como estratégia que visa modificar o modelo de atenção em saúde. Ressaltam que o caminho proposto no PSF está baseado em tecnologias próprias da Vigilância à Saúde instrumentalizadas, principalmente, pela epidemiologia. Os autores discutem que a concepção presente na proposta de “Cuidados primários em saúde”, de que a mudança de estrutura dos serviços de saúde é capaz de transformar os modelos assistenciais, valores e comportamentos dos profissionais de saúde não se mostrou válida quando confrontada com a realidade. Essa perspectiva é colocada como um dos problemas que impedem o PSF de alcançar o objetivo maior que é mudar o modelo assistencial. Segundo esses autores:

Sobre a organização e forma de trabalho da equipe, embora o trabalho esteja centrado para práticas multiprofissionais, nada garante nas estratégias do PSF que haverá ruptura com a dinâmica medico centrada, do modelo hegemônico atual. Não há dispositivos potentes para isso, porque o Programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho sob o qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que em última instância é o que define o perfil da assistência. (2000; 43)

Sendo assim, inovações nas estruturas assistenciais não garantem a superação de práticas historicamente e socialmente consolidadas. É preciso compreender a Estratégia Saúde da Família, o Apoio Matricial, o CAPS como arranjos organizacionais, dispositivos, formas de ordenamento do sistema que

têm potencial integrador e transformador, mas que se não forem repensados a todo o momento, à luz das diretrizes do SUS, por aqueles que dão vida a esse instrumental tecnológico no dia-a-dia - gestores e profissionais da assistência - esse potencial tende a se perder.

Os desafios que o SUS enfrenta em sua implementação, portanto, não podem ser considerados apenas como sendo de ordem técnica, financeira ou material, pois mais do que um sistema de saúde o projeto SUS é um projeto de sociedade. Os princípios sustentados pelo SUS desafiam a sociedade a um funcionamento mais solidário, cooperativo, coletivo, criativo, ético.

Sendo assim, dentro da proposta da transformação do modelo de atenção que não esteja centrado nas doenças, mas nas necessidades dos usuários. Dentro da proposta de construir uma atenção básica integral, um SUS integral, e considerando a importância da relação que os profissionais estabelecem entre si e com a população, a importância de compreender que as práticas efetivas no dia-a-dia da assistência é o que define o modelo de atenção à saúde adotado, que apontamos para o Apoio Matricial como um dispositivo estratégico para a Atenção Básica.

O apoio matricial se apresenta como ferramenta da assistência e da gestão na medida em que aponta tanto para a alteração do padrão hegemônico de gestão quanto do padrão hegemônico de produção das práticas de saúde. A grande novidade deste dispositivo é atuar nestes dois sentidos ao mesmo tempo, provocando alterações na relação de poder, uma vez que funciona por relações horizontais e não hierárquica/vertical. O arranjo se torna potente quando construído sobre essas duas bases de atuação: ao mesmo tempo que se organiza equipes de apoio matricial na atenção em saúde para dar suporte técnico especializado para os profissionais, também se organiza equipes de apoio matricial na gestão para atuarem como apoiadores institucionais que trabalham no sentido de possibilitarem às equipes se constituírem enquanto grupos sujeitos e de promover a democratização do espaço institucional.

1.3. Apoio Matricial como um dispositivo estratégico para a afirmação de um modelo assistencial centrado no usuário

Quando a proposta de apoio matricial surge no cenário federal da política pública de saúde, com verba própria estimulando os municípios a implementarem equipes de apoio matricial, a concepção do que seria esta nova tecnologia foi matéria de intensas disputas. E ainda hoje, não existe consenso sobre o tema, o que faz com que sua implementação dependa muito do direcionamento dado pelos diversos gestores municipais e também de como as diversas equipes de apoio matricial e de Saúde da Família acolhem esses direcionamentos no dia-a-dia de suas práticas. Observamos, inclusive, que dentro de uma mesma administração municipal as disparidades são diversas e por vezes antagônicas.

Assim, temos os mais variados tipos de posicionamentos. Temos os que defendem que a equipe de apoio matricial não deve, em hipótese alguma, prestar assistência à população, ou seja, fazer consultas individuais ou coletivas, devendo focar todos os esforços no apoio técnico à equipe de saúde da família, temos aqueles que acreditam que a equipe de apoio matricial é uma equipe de especialidade volante, que deve basicamente abrir a agenda à população e atender a demanda de atendimento especializado, outros afirmam um híbrido dessas duas posições. Enfim, entre os posicionamentos mais extremos temos um gradiente de concepções do que seria a função da equipe de apoio matricial.

Além disso, além do apoio matricial prestado por uma equipe técnica multiprofissional voltado para a equipe de Saúde da Família, também temos algumas experiências de apoio matricial por parte da gestão prestando apoio institucional as equipes de apoiadores matriciais e às equipes de saúde da família. Seria um braço da gestão mais voltado para o cotidiano assistencial, mais próxima das necessidades reais da população, e procurando superar junto com as equipes, os desafios institucionais que se colocam. O apoio institucional viria para fortalecer/criar a democracia institucional, promovendo espaços coletivos de cogestão, que proporcionassem aos profissionais espaço para a análise crítica de suas práticas e a transformação/fortalecimento do processo de trabalho das equipes, e os modos de relação entre os profissionais

e entre profissionais e população sustentados por valores éticos e pautado pela integralidade do cuidado. Vejamos com mais detalhes o aparecimento do apoio matricial na política federal e posteriormente as diversas concepções em jogo.

A proposta de apoio matricial, em âmbito federal, surge dentro da política de Saúde Mental para a atenção básica. Em 2003, o Ministério da Saúde lança a proposta de apoio técnico à equipe de Saúde da Família através do Apoio Matricial, em documento que dispõe sobre as diretrizes para a organização das ações de saúde mental na atenção básica (Brasil/Ministério da Saúde, 2003). E em 2004, o apoio matricial é tomado como uma das atribuições dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) junto às equipes de Saúde da Família (Brasil/Ministério da Saúde, 2004).

Posteriormente, a Portaria GM nº 154, de janeiro de 2008 instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF foi criado com o objetivo de prestar apoio às equipes de Saúde da Família. Sua composição varia de acordo com a modalidade⁶, e abrange profissionais de nível superior de diversas áreas. No caso da saúde mental o § 2º do Art. 4º da referida portaria determina que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1(um) profissional da área de saúde mental, tendo em vista a magnitude epidemiológicas dos transtornos mentais.

Na portaria nº 3252 de 22 de dezembro de 2009 que aprova as diretrizes para a execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde também trás o Apoio Matricial como uma estratégia de organização e qualificação das redes de Atenção à Saúde. O Apoio Matricial aparece na seção III – Da Integralidade, onde é ressaltado o papel de coordenação das redes de atenção à saúde pela Atenção Básica. O apoio matricial é tomado aqui como um dispositivo/metodologia que favorece a integração da vigilância, prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde no processo de trabalho da equipe de Saúde da Família. Além do apoio matricial, cita também como

⁶ NASF I – mínimo de 5 profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes. Atividades vinculadas a no mínimo 8 e no máximo 20 equipes de ESF.

NASF II – mínimo de 3 profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes. Atividades vinculadas de no mínimo 5 equipes e máximo de 20.

NASF III – para municípios com menos de 20 mil habitantes. Prioridade de atenção integral e em saúde mental para usuários de crack, álcool e outras drogas.

dispositivo/metodologia, linha de cuidado, clínica ampliada, projetos terapêuticos e protocolos.

Mas, antes mesmo de surgir em âmbito federal, muitas experiências locais de apoio matricial, não exatamente com essa terminologia, mas com a mesma função, surgiram já na década de 1990 para apoiar as equipes de saúde da família. E muitas dessas experiências estavam voltadas para o apoio no campo da saúde mental.

No que se refere aos conceitos de apoio matricial em jogo, temos o conceito formulado por Campos (1999) dentro do campo de pesquisa sobre o trabalho em saúde e as organizações, baseado nas diretrizes de vínculo terapêutico, transdisciplinaridade dos saberes e das práticas e de gestão de organizações como dispositivo para a produção de grupos sujeitos.

Tal conceito foi originalmente pensado para operar tanto na atenção primária quanto em hospitais, clínicas de especialidades, entre outros espaços de saúde, diferente da proposta da portaria nº154/2008 que foca apenas no apoio às equipes de saúde da família. O trabalho estaria inscrito num arranjo organizacional de equipes de referência que contariam com apoio matricial especializado. A equipe de referência seria formada a partir do objetivo de cada unidade de saúde, das características de cada local e da disponibilidade de recursos. Sua composição seria multiprofissional, e atenderia uma clientela adscrita que variaria de acordo com a natureza da instituição.

Campos (1999) trabalha com a perspectiva de que tanto a subjetividade, quanto a cultura de uma instituição, são socialmente produzidas. E a própria estrutura do funcionamento organizacional e da ordenação específica do processo de trabalho interferem na produção subjetiva e cultural das equipes de trabalho. Neste sentido, afirma que “a estrutura tradicional de serviços de saúde reforça o isolamento profissional e reproduz a fragmentação dos processos de trabalho, mantendo inquestionada a hegemonia do saber médico” (1999, p.399).

Sendo assim, a matriz organizacional que construiu inverte a lógica tradicional da estrutura organizativa dos serviços de saúde e altera as propostas de reforma sugeridas pela escola denominada matricial, com o objetivo de fortalecer práticas interdisciplinares contribuindo para a contestação

da hegemonia do discurso médico e para a produção do trabalho integrado das equipes.

Campos (1999) acredita na potencialidade do arranjo organizacional de equipe de referência com apoio especializado matricial para alterar a noção tradicional de referência e contra-referência, aumentar o coeficiente de vínculo entre equipe e usuário, ampliar as possibilidades interdisciplinares do projeto terapêutico e proporcionar aos profissionais um acompanhamento longitudinal de cada caso. Uma vez que o trabalho da equipe de referência estaria baseado no plano terapêutico, ao se incluir atividades matriciais neste plano, estas não se caracterizariam como encaminhamentos, mas como a possibilidade da equipe de incluir um conjunto mais amplo de profissionais no tratamento do paciente sem perder a responsabilidade pela condução e acompanhamento do caso.

Dois conceitos operadores compõem o termo Apoio Matricial. A palavra MATRIZ possui diversos sentidos como lugar onde alguma coisa se gera ou se cria; Pode se referir a relações de comando e obediência como no caso da matriz e suas filiais; Na matemática indica um conjunto de números que guardam relação entre si quer os analisemos na vertical, na horizontal ou em linhas transversais. Campos e Domitti (2007) compreendem o termo matricial, nessa última possibilidade, “a de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical como recomenda a tradição dos sistemas de saúde. Trata-se de uma tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde quando planejados de maneira muito estrita segundo as diretrizes clássicas de hierarquização e regionalização” (p.402).

Já o termo APOIO se relaciona com o modo de funcionamento dessa relação horizontal “mediante a construção de várias linhas de transversalidade, ou seja, sugere uma metodologia para ordenar essa relação entre referência e especialista não mais com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos.” (Campos e Domitti, 2007: 402)

Entre 1990 e 1998 essas diretrizes organizacionais serviram de inspiração para alguns serviços de saúde: três unidades de atenção em saúde mental em Campinas/SP, um hospital geral em Betim/MG, um serviço de atendimento domiciliar em Aids em Campinas/SP. Além dessas instituições,

duas cidades reorganizaram seu sistema de atenção básica segundo as diretrizes do método, são elas Betim/ SP e Paulínia/ SP. (Campos, 1999)

Em 2001 a rede básica do município de Campinas adota o arranjo organizacional Apoio Matricial proposto por Campos (1999) através da implantação do Programa Paidéia Saúde da Família (Figueiredo 2006).

O método Paidéia (ou Método da Roda) trabalha com o pressuposto de que o Apoio Matricial ajuda a "superar a fragmentação e o tecnicismo biologicista, centrando-se no eixo de reconstituição de Vínculo entre Clínico de Referência e sua Clientela" (Campos, 2000: p.63). A fragmentação entre biologia, subjetividade e sociabilidade seria superada a partir de Projetos Terapêuticos amplos, que incluíssem não só a doença, mas o contexto e o próprio sujeito. O objetivo maior seria a Ampliação da Clínica, ou seja, a ampliação do objeto de saber e de intervenção da Clínica. "Da enfermidade como objeto de conhecimento e de intervenção, pretende-se também incluir o Sujeito e seu Contexto como o objeto de estudo e de práticas da Clínica" (idem, p. 57).

No método Paidéia também é proposta a figura do Apoiador Institucional que ajuda a equipe na gestão e organização do processo de trabalho. Neste método trabalha-se com a noção de gestão ampliada que inclui funções gerenciais, políticas, pedagógicas e "terapêuticas". O Apoiador Institucional tem uma inserção matricial na equipe devendo prestar conta do seu trabalho e expor seus julgamentos, em primeiro lugar, para a equipe com a qual está trabalhando. E diferente da tradicional função de assessoria, a função do apoiador institucional está voltado para a construção de espaços coletivos onde o grupo pode analisar, definir tarefas e elaborar projetos de intervenção (Campos, 2000). Sendo assim, Campos e Domitti (2007) compreendem que o apoio matricial é tanto um modo para se realizar a gestão da atenção em saúde como um arranjo organizacional que busca fortalecer a transdisciplinaridade dos saberes e práticas e o vínculo terapêutico.

Na Política Nacional de Humanização (PNH) (2010) o apoio matricial foi assumindo como uma metodologia de trabalho da PNH e como uma das tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da saúde. O termo Apoio Matricial é guardado para se referir a "lógica de produção do processo de trabalho na qual um profissional oferece apoio em sua

especialidade para outros profissionais, equipes e setores”. (Brasil, 2010: p. 52)
O objetivo maior desta lógica de funcionamento, é inverter o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres.

A PNH, assim como o Método Paidéia, também trabalha com o conceito de Ampliação da Clínica. O enfrentamento do modelo biomédico hegemônico se daria pela ampliação da clínica que consistiria em:

- 1) tomar a saúde como seu objeto de investimento, considerando a vulnerabilidade, o risco do sujeito em seu contexto;
- 2) ter como objetivo produzir saúde e ampliar o grau de autonomia dos sujeitos;
- 3) realizar a avaliação diagnóstica considerando não só o saber clínico e epidemiológico, como também a história dos sujeitos e os saberes por eles veiculados;
- 4) definir a intervenção terapêutica considerando a complexidade biopsíquicosocial das demandas de saúde. (Brasil, 2010: p. 55)

Outra função Apoio, ainda na PNH, é denominada de Apoio Institucional e é concebida como uma função gerencial que procura reformular o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. O objetivo do Apoiador Institucional seria “fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Ofertar suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança” (idem, p.52). O Apoio Institucional trabalha sob a diretriz da democracia institucional e da autonomia dos sujeitos, neste sentido, tem sido concebido como uma peça chave para instaurar processos de mudança em grupos e organizações uma vez que seu alvo é o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde.

Segundo Vasconcelos e Morschel (2009), o apoio proposto segundo as diretrizes da PNH,

É uma lógica, uma metodologia, por meio da qual se pretende desconstruir a idéia de que uma supervisão, um ‘super-olhar’, uma ‘cabeça pensante’ iria, do ‘exterior’ sem envolvimento com o espaço-tempo institucional, com o cotidiano dos serviços, prover os corpos executantes de respostas apuradas. Ao contrário, o apoio institucional tem como objetivo-chave justamente o de construir espaços de análise e interferência no cotidiano, potencializando análises coletivas de valores, saberes e fazeres e, desse modo, implementar e mudar práticas. (2009: 733)

Segundo Gustavo Tenório, em texto produzido para o II Seminário Nacional de Humanização (2009), existe dois tipos de Apoio Matricial: o Apoio Gerencial e o Apoio Temático. No Apoio gerencial, “a gestão inclui a “função apoio” no organograma e na forma de trabalhar muitos dos processos de decisão, na medida em que busca contribuir para aumentar a capacidade de análise e intervenção das equipes nas organizações” (Tenório, 2009). O Apoio temático, “é o do ‘especialista’. Implica num processo de personalização do sistema de saúde” (Tenório, 2009).

Onocko Campos (2009) compreende Apoio Matricial como suporte especializado técnico desvinculado da linha de mando.

Nos anos de 2010 e 2011, o Ministério da Saúde lançou duas publicações que trazem o apoio matricial em seu bojo. Em 2010 lançou a publicação “Cadernos de Atenção Básica” cuja temática foi “Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio ao Saúde da Família”. Nesta publicação o apoio matricial é compreendido como uma tecnologia de gestão que se complementa com a equipe de referência. O apoio matricial seria desenvolvido por profissionais que não teriam uma relação necessária e direta com os usuários, mas cuja tarefa seria prestar apoio às equipes de referência. O apoio matricial funcionaria a partir de duas dimensões: uma assistencial, onde produziria uma clínica direta com os usuários e outra técnico-pedagógica onde produziria ação de apoio educativo com e para a equipe.

A publicação de 2011 do Ministério da Saúde trata especificamente do apoio matricial em saúde mental. Intitulada “Guia prático de matriciamento em saúde mental”, a publicação trata o apoio matricial como um novo modo de produzir saúde onde duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógica-terapêutica. A concepção de apoio matricial trabalhada na publicação está referida à concepção proposta por Campos e Domitti (2007).

Oliveira (2011), com base na Metodologia Paidéia e nas propostas de Apoio da PNH propõe algumas definições para organizar a multiplicidade das denominações que envolvem o Apoio na produção científica.

Para este autor o Apoio é uma função que possui diferentes modalidades. A função apoio “refere-se ao papel institucional exercido por um

agente que assume o posicionamento estético, ético e político de acordo com uma metodologia de apoio” (Oliveira, 2011: p.46). As modalidades da função apoio seriam: Apoio Matricial, Apoio Institucional e Apoio à Gestão.

O Apoio Matricial seria um arranjo organizacional ou modalidade de prática de apoio onde saberes, práticas e/ou competências são ofertadas por um setor, por um profissional ou grupo de profissionais de uma organização para outros profissionais da organização que necessitem destes conhecimentos para a resolução de demandas ou problemas. Apesar de considerar que há dimensões da gestão em jogo neste processo, o enfoque deste apoio é mais clínico.

O Apoio Institucional estaria voltado “para a produção de análise e transformação dos processos de trabalho e dos modos de relação entre sujeitos em uma organização; também pode ser entendido como a prática do apoio entre organizações” (idem, 46)

O Apoio à gestão é um arranjo organizacional voltado para processos de gestão seja no apoio a gerentes ou a processos de co-gestão. Seu objeto são os processos e os modelos de gestão das organizações. O apoio à gestão ocorre de gestão para gestão, sem, no entanto, deixar de considerar que esta relação ocorre na interface clínica/gestão, ou seja, a clínica é também parte da gestão.

Bertussi e Feuerwerker (2010) apresentam o arranjo organizacional Apoio Matricial Rizomático desenvolvido na Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (PA). Onde se buscou produzir uma transformação radical na atenção à saúde, apostando-se na construção compartilhada de compromissos coletivos, na indivisibilidade entre gestão e a produção do cuidado e no apoiador como agenciador de conexões. Segundo as autoras no Apoio matricial rizomático,

que também conversa com as proposições da Análise Institucional, não há separação entre clínica e gestão, e o apoio, se constitui na micropolítica do encontro entre apoiador e as equipes de saúde, mobilizando distintas ofertas, relacionadas à organização do processo de trabalho e à produção do cuidado, de acordo com as necessidades das equipes, reconhecendo a mútua constitutividade entre a produção e gestão do cuidado. (Bertussi, 2010: 112)

A proposta de Apoio Matricial Rizomático apresentada por Bertussi em sua tese de doutorado (2010) traz algumas diferenças importantes em relação às concepções de Apoio apresentadas até aqui.

A autora não trabalha com a idéia de Método, o Apoio Matricial Rizomático não é um método, mas um dispositivo, uma ferramenta da gestão. A idéia de método de gestão, segundo a autora, pressupõe um caminho pré definido para se chegar num objetivo, ou seja, um caminho que sintetizaria todos os elementos teóricos conceituais e as ferramentas necessárias para produzir a gestão e a atenção em saúde. “Ter um caminho a priori produz estranhamento em um movimento que de antemão deveria ser pautado pelos acontecimentos na interação como o “outro” a partir das relações de poder, caixa de ferramenta e afecções.” (Bertussi, 2010: p.165)

Sendo assim, no lugar de método, a autora trabalhará com a noção de Caixa de Ferramentas, por considerá-la mais aberta. Bertussi, considera que a gestão e a atenção à saúde se dão por meio de encontros onde a disputa de projetos é permanente. Por cada encontro trazer em si um campo de possibilidades em aberto, cada contexto exige da gestão diferentes ferramentas para lidar com eles. Além disso, cada gestor e cada trabalhador possui acúmulos diferentes e possibilidades diferentes de mobilizar conceitos e ferramentas.

Neste sentido, os espaços coletivos de construção compartilhada também são muito importantes. Porém, não se trabalha com ideias como desalienação dos trabalhadores, conscientização dos trabalhadores a respeito de melhores modos de organizar suas práticas. A autora compreende que a produção de “espaços coletivos de reflexão tornam possíveis novos encontros que podem (ou não) agenciar novas questões e incômodos produzindo movimentos de desterritorialização e reterritorialização que podem levar a novos acordos e arranjos para organização do trabalho e produção do cuidado” (idem, p.166). No entanto, espaços coletivos não representam o fim das disputas, pelo contrário, o trabalho coletivo é um movimento de disputas sem fim onde estas assumem, neste contexto, outro patamar onde a gestão também está presente e são maiores as possibilidades de diálogo e negociação.

A autora considera que assim como a gestão, os trabalhadores também governam com as ferramentas que possuem e todos disputam no

cotidiano, sem garantias de que seus posicionamentos terão êxito. Então, a produção do cuidado centralizado nas necessidades dos usuários, ou seja, a produção da integralidade do cuidado é um desafio que exige da gestão inúmeras tentativas (às vezes sem êxito) e uso de diferentes ferramentas e dispositivos para pactuar como os trabalhadores uma certa direcionalidade às suas ações.

Bertussi considera que o modelo de atenção é produzido no cotidiano das relações entre trabalhadores e entre gestão e trabalhadores, sendo assim a produção do cuidado também é de responsabilidade da gestão e por isso, não faz separação entre Apoio Matricial e Apoio Institucional. Também por considerar que “o encontro de saberes entre diferentes profissionais é só um dos elementos necessários para a qualificação e para a continuidade do cuidado” (idem, p. 171).

Outro ponto de destaque é que, diferente das outras concepções de Apoio que apostam na Clínica Ampliada para se contrapor ao modelo biomédico e modificar o modelo de atenção, Bertussi, baseada nas idéias de Merhy (1998), compreende que o “objeto do campo da saúde não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, que inclui a cura e a saúde” (idem, p. 175).

No campo do cuidado as necessidades dos usuários estão no centro, organizando a ação dos profissionais e da gestão. E o cuidado é algo produzido nas relações, é tecnologia relacional, que não pertence a nenhum campo de saber estruturado. “Todos podem acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção de relações de confiança e conforto”. Todos, trabalhadores, usuários e seus familiares, possuem a tarefa de produzir atos de saúde cuidadores. Sendo assim, é o cuidado a alma dos serviços de saúde, e não a clínica.

A clínica é território de tecnologia gerado por saberes e práticas científicos. Importante, sem dúvida, mas apostar na ampliação da clínica para modificar o modelo de atenção, ainda é apostar num modelo centrado no campo de saber profissional, no campo da técnica. Ainda focado numa lógica de captura do mundo dos usuários pelos saberes tecnológicos. Bertussi enfatiza que

Para produzir o cuidado é necessário desconstruir a definição técnica de necessidades de saúde a partir da clínica e da epidemiologia e abrir espaço para que os usuários entrem neste debate sobre necessidades de saúde, trazendo sua lógica de produção de vida para dentro da construção dos projetos terapêuticos, ampliando a possibilidade de produzir propostas terapêuticas com maiores possibilidades de efetivação. (2010, p. 179)

Neste trabalho, a concepção de Apoio Matricial com a qual estaremos trabalhando está em sintonia com a proposta apresentada no Apoio Matricial Rizomático. O Apoio matricial é tomado como um dispositivo, um conceito ferramenta, capaz de provocar mudanças nas relações entre gestão e trabalhadores, entre os trabalhadores e entre trabalhadores e usuários.

1.4. Saúde Mental na Atenção Primária: uma lente para refletirmos sobre as potencialidades da ferramenta apoio matricial

A introdução de uma política de saúde mental na atenção básica é bem anterior ao Programa Saúde da Família. Desde o início da década de 1980, os serviços de saúde são organizados por níveis crescentes de complexidade tecnológica, formando uma pirâmide que teria na sua base o nível primário de saúde, como porta de entrada do sistema e com ações de prevenção e cuidados básicos. No meio da pirâmide estariam os serviços especializados dos ambulatórios e no seu topo o nível terciário representado pela rede hospitalar (Braga Campos, 2000).

Essa divisão foi postulada pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), e a política nacional em saúde mental era um desdobramento da política mais ampla para saúde. Sendo assim, a assistência psiquiátrica foi inserida na Atenção Básica através de equipes mínimas de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, com o objetivo de trabalhar a prevenção e o tratamento segundo o nível de complexidade da atenção básica (Figueiredo, 2006).

Mas a inserção da saúde mental na atenção básica nestes moldes ainda não rompia com as práticas psiquiátricas tradicionais combatidas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira que questionava esse funcionamento. Os usuários acompanhados pelas equipes das Unidades

Básicas, nos momentos de agudização do quadro clínico, eram encaminhados para hospitais psiquiátricos (idem).

Os questionamentos constantes do movimento de reforma psiquiátrica a respeito dos cuidados dispensados as pessoas em sofrimento mental, foram e ainda são contrapontos importantes para repensamos os modelos de atenção à saúde no SUS. O movimento de Reforma Psiquiátrica é contemporâneo ao movimento de Reforma Sanitária, e no momento em que o sistema de saúde estava sendo repensado como um todo, o movimento de Reforma Psiquiátrica trazia elementos para repensar os cuidados prestados as pessoas em sofrimento mental. Mas o foco dado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica não faz dele um movimento restrito a questões específicas do campo da saúde mental, pelo contrário, as bases epistemológicas, sobre as quais ambos os movimentos se pautam, têm muitos elementos em comum como a integralidade, interdisciplinaridade, territorialização das ações, acessibilidade e participação social. Além disso, ambos os movimentos estão comprometidos com a construção de uma sociedade mais democrática, ética e solidária. O que faz com que os questionamentos, reflexões e experiências na área de saúde mental também contribuam com valiosos elementos para pensar a saúde de uma forma geral. Sugiro, portanto, um breve debruçar sobre os sentidos produzidos pelas lutas no campo da Saúde Mental.

Em seu bojo, a Reforma Psiquiátrica brasileira possui uma trajetória marcada pela luta contra uma lógica segregadora e excludente e práticas cronificadoras em saúde mental, tendo nas práticas asilares dos hospitais psiquiátricos o principal paradigma a ser combatido. Neste cenário a desinstitucionalização é tomada como meta (AMARANTE, 1994).

No cenário mundial, foram muitas a experiência de reforma, mas algumas se destacaram pelas inovações que traziam e pelo impacto que puderam provocar. Na Inglaterra tivemos as Comunidades Terapêuticas, na França a Psiquiatria Institucional e a Psiquiatria de setor e nos Estados Unidos a Psiquiatria Preventiva. Cada experiência dessa guarda uma peculiaridade, algumas apostaram na reestruturação da gestão hospitalar, outras na gradual substituição do hospital por outros serviços assistenciais, mas nenhuma delas chegou a questionar o modelo científico psiquiátrico, como o fez Basaglia, na Itália.

Basaglia (2010) criticou o saber produzido pela psiquiatria na medida em que faltou ao psiquiatra, ou 'cientista', um olhar crítico sobre a própria teoria da qual lança mão. O psiquiatra, mesmo envolto por todos o discurso científico que levou a medicina a ocupar os hospitais e produzir verdades sobre as doenças, acabou por assumir uma certa passividade diante dos fenômenos observados, na medida que se limita a reproduzir rotinas técnicas e a seguir categorizações que nada mais geram do que pessoas etiquetadas e conseqüentemente anuladas, já que reduzidas a rótulos.

O psiquiatra aparece passível diante de uma ciência que busca a gênese da doença considerada 'incompreensível', ao mesmo tempo em que produz mortificação e destruição do doente em um ambiente asilar que não cumpre a função terapêutica prometida, mas antes disso, contribui para a cronificação dos quadros e gradual desintegração das identidades.

Diante dos efeitos deletérios promovidos pelo modelo asilar dispensados às pessoas em sofrimento mental, Basaglia (2010) questionou a validade deste modelo e o papel que médicos e enfermeiros teriam nos hospitais psiquiátricos. Considerou arbitrária a relação autoritária hierárquica exercida no hospital sobre as pessoas em sofrimento mental. E concluindo que o hospital não é uma instituição de cura propôs superá-lo e não reformá-lo, como veio sendo tentado desde então.

Resgatar o movimento de desinstitucionalização italiano nos reporta às bases teóricas/políticas da Reforma Psiquiátrica brasileira, que tomou aquele como referencial impulsionador do movimento antimanicomial brasileiro. No Brasil, o primeiro movimento social organizado na área de saúde mental foi Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que introduziu o lema "Por uma sociedade sem Manicômios". No período constituinte (1987) o MTSM assumiu duas rupturas importantes no processo de reforma: primeiro saiu de uma composição predominantemente de profissionais para incluir outros atores ampliando sua composição para os usuários e seus familiares em sintonia como os princípios de participação e controle social sustentados pelo SUS; Segundo, aumentou a abrangência do caráter da luta que passa a ser mais social, na medida em que não busca a mera transformação do modelo técnico-assistencial psiquiátrico, mas a introdução de mudanças na sociedade. Essas rupturas apontaram para o que hoje se considera um processo social complexo

que implica em várias dimensões simultâneas e interdependentes. Neste sentido busca-se marcar que a reforma psiquiátrica não pode se limitar a uma simples reorganização do modelo assistencial, mas antes deve apontar para a transformação dos atores sociais, conceitos e princípios.

Em 1993 O MTSM passa ser denominado Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, e segundo Amarante (2008) é até hoje o mais importante e abrangente ator social no processo de reforma psiquiátrica brasileira. Amarante considera que o principal objetivo da reforma psiquiátrica

é a possibilidade de transformação das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação e da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados. (2008:758)

Em 2001 A III Conferência Nacional de Saúde Mental consolidou a reforma psiquiátrica como política de estado no mesmo ano em que a Lei Federal 10.216 de 6 de abril foi sancionada.

A Reforma Psiquiátrica modificou a perspectiva no tratamento da pessoa em sofrimento mental e passou a incluir não apenas os fatores biológicos, mas também a subjetividade da pessoa, sua história de vida, seu contexto econômico, social e cultural.

O acolhimento do sujeito em sofrimento mental, neste sentido, extrapola os serviços de saúde mental, para incluir instituições de outros setores, associações, cooperativas, espaços organizados pela comunidade, enfim, incluir as potencialidades de recursos que a comunidade possui. O cuidado em saúde mental organizado em rede de base comunitária, prevê, portanto, vários serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico funcionando articulados, cabendo aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) a organização desta rede. Além dos CAPS, a rede de atenção a saúde mental inclui os Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais gerais.

O CAPS foi pensado como um dispositivo de cuidado intensivo, destinado ao tratamento de pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros severos e persistentes. Foi criado para ser

substitutivo ao hospital psiquiátrico, oferecendo atendimento a pessoas de sua área de abrangência, realizando acompanhamento clínico e reinserção social, através de ações voltadas ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Paralelo a toda a essa movimentação dentro do campo da saúde mental, a atenção básica, a partir da Constituição Federal de 1988 também se tornou mais abrangente, em relação a proposta inicial feita pelo CONASP. O princípio da integralidade das ações foi um importante diferencial desta nova política, que não apenas foi considerada como principal porta de entrada, mas também como ordenadora do sistema, incorporando prevenção, promoção da saúde e assistência, esperando-se resolutividade na ordem de 80% dos casos.

Nesta perspectiva, a ESF passou a ser considerada um recurso estratégico na rede de cuidados da pessoa em sofrimento mental, principalmente por também visar a superação do modelo médico hegemônico, estar próxima da população e por ser guiada por princípios fortemente defendidos pela Reforma Psiquiátrica.

De forma geral, espera-se que os profissionais da ESF possam incluir o sofrimento subjetivo, associado a todo processo de adoecimento, no olhar que dispensa sobre o paciente, além de considerar a saúde mental como componente indissociável na promoção da saúde. E especificamente, espera-se que as ações da Atenção Básica incluam a abordagem de problemas vinculados à violência, abuso de álcool e outras drogas, estratégias para a redução de danos, fomento de ações para a inclusão social do pacientes com transtornos mentais trabalhando para a redução do estigma da loucura e ações que mobilizem os recursos comunitários locais no sentido da atenção psicossocial (Brasil/Ministério da Saúde, 2003).

Lancetti (2002) considera que no contexto da estratégia saúde da família é possível radicalizar a desinstitucionalização proposta pela reforma psiquiátrica. A atenção em saúde mental neste contexto deve focalizar primeiro a pessoa enquanto cidadão e depois seu quadro psicopatológico. O foco de intervenção na família permite tratar o grupo familiar como um todo possibilitando que a família possa melhor lidar com o membro familiar em sofrimento, fortalecendo seus recursos espontâneos e originais e evitando a internação psiquiátrica. No que diz respeito à hierarquização do sistema de

saúde que considera que os cuidados menos complexos estão na atenção primária e os mais complexos nos hospitais, Lancetti(2009) entende que o exercício dos cuidados em saúde mental na atenção primária tem uma complexidade invertida porque os procedimentos realizados nos hospitais seriam mais simples do que os realizados na atenção primária. Seria mais simples agir de maneira padronizada, medicalizar, trancafirar, aplicar eletrochoque, etc. do que “suportar uma crise com contato físico, com presença e firmeza e principalmente sem clausura” (p.108).

Mas como assumir esta complexidade na atenção básica? O desafio posto aos profissionais e gestores são bastante complexos. Ao mesmo tempo em que é preciso pensar a relação que a equipe de saúde da família manterá com os CAPS, visando à constituição de uma rede de saúde mental integral e resolutive, evitando uma mera relação de encaminhamento de casos, também precisa se debruçar sobre aquilo que seria da responsabilidade da atenção básica, garantir uma resolutividade neste nível, olhar para a pessoa em sofrimento mental em sua integralidade, não se furtando de considerar que outros aspectos da saúde daquela pessoa precisam ser levados em consideração, garantir o acompanhamento dos casos, promover, sempre que possível, em parceria com o CAPS, um cuidado no território.

Por todos esses desafios e também pelas contribuições que o campo da saúde mental traz para a atenção básica que, neste trabalho, tomaremos o encontro desses campos como analisador, como uma lente possível para compreender/problematizar as potencialidades do dispositivo apoio matricial para instrumentalizar a gestão no desenvolvimento ou na melhoria de sua capacidade de acolher e trabalhar com as demandas que surgem dos profissionais e usuários no cotidiano dos serviços, e com isso, se constituir como uma gestão mais cuidadora.

Muitas ferramentas foram criadas com o intuito de tentar integrar a saúde mental nas práticas dos profissionais de saúde, como os grupos Balint, psiquiatria de consultoria e ligação, interconsulta psiquiátrica, supervisão. No entanto, o dispositivo de apoio matricial traz diferenças importantes. Uma se refere à tentativa de superar a lógica centrada nos encaminhamentos ao especialista e possibilitar que a equipe de referência amplie sua capacidade resolutive e raciocínio integral sobre os casos (Figueiredo, 2006). Outra

diferença é que este dispositivo também se propõe ao desenvolvimento da democracia institucional, o que toca no ponto, ressaltado por Basaglia (2010), sobre a importância das instituições serem construídas sobre terrenos que se prestem ao exercício permanente de uma dialética que permita à instituição pensar a si mesma. E Oliveira (2011) acrescenta que, uma experiência bem-sucedida de apoio matricial, gera um enfrentamento ativo das próprias dificuldades técnicas da equipe, mas também dificuldades operacionais do serviço e da rede, o que produz a necessidade de readequação da organização também da gestão em diferentes níveis. Sendo assim, é preciso que o gestor amplie sua capacidade de detecção e problematização dessas demandas provenientes das equipes de referência e de apoio matricial.

No próximo capítulo esta problemática será abordada a partir da micropolítica do cotidiano do trabalho com o intuito de lançar mão de ferramentas conceituais que nos permita melhor compreender os desafios cotidianos e trilhar caminhos rumo a uma gestão mais cuidadora.

Capítulo 2

Em busca da integralidade no cuidado

*“As pessoas sabem aquilo que elas
fazem;
Frequentemente sabem porque fazem o
que fazem;
Mas o que ignoram é o efeito produzido
por aquilo que fazem.”
Michel Foucault⁷*

2.1 No SUS, os caminhos da gestão passam pelo compromisso com a integralidade do cuidado

As discussões feitas até aqui nos permitiram analisar as políticas públicas de saúde no país de uma forma mais geral. Compreender em que circunstâncias históricas o SUS foi criado, o que essa política representou para o país, qual era o sentido político de defender um sistema de saúde universal. Também analisamos algumas estratégias que têm como objetivo promover a transformação do modelo de atenção à saúde, uma vez que se compreendeu que o sistema vigente não valorizava a vida em sua integralidade.

Neste capítulo, continuaremos tratando do desafio de sustentar um sistema de saúde que tem a integralidade como um dos seus princípios, mas agora com foco no cotidiano do trabalho de gestores e profissionais de saúde. Abordaremos as questões por um enfoque micropolítico, buscando compreender as forças que atravessam o cotidiano das práticas e são capazes de fortalecer determinados modelos de atenção à saúde em detrimento de outros. E neste cenário, compreender/analisar as potencialidade do dispositivo apoio matricial como ferramenta capaz de instrumentalizar, ou não, os gestores na tarefa de construção de um sistema de saúde mais integral.

Como já mencionado, o SUS é criado em meio a um cenário de disputas político-subjetivas onde a posição brasileira em colocar a saúde como

⁷ Comunicação pessoal. Dreyfus, H & Rabinow. P, 1995

um direito do cidadão e provida gratuitamente pelo Estado mostra-se como uma posição contra hegemônica combatida por instituições financeiras internacionais. No entanto, a proposta universalista brasileira e as propostas restritivas partilham algumas diretrizes em comum como a defesa da descentralização e a participação popular. Mattos (2006) levanta a hipótese de que uma certa especificidade da reforma sanitária brasileira seria marcada pela diretriz da Integralidade.

Esse autor afirma que no contexto brasileiro a integralidade mais do que uma diretriz do SUS é uma “bandeira de luta” sustentada pelo movimento sanitário para ressaltar valores voltados para a construção de uma sociedade mais justa e solidária. Nesta perspectiva, a integralidade é posta como uma imagem objetivo que abarca leituras distintas, sentidos diversos, ou seja, é polissêmica. E por assim ser, aglutina atores políticos que coadunam das mesmas indignações, mas que pensam projetos específicos diferentes. Uma imagem objetivo não aponta para um modelo de como a realidade deve ser, mas aponta para valores que se quer sustentar, o que faz com que os caminhos possíveis sejam múltiplos, que as possibilidades de realidades futuras sejam incomensuráveis.

Mas esse aspecto polissêmico da noção de integralidade não deve nos levar a uma banalização do uso do termo, com o perigo de esvaziar a luta política. É preciso que se compreenda o que se está defendendo nas diferentes configurações do sistema, das instituições ou das práticas dos serviços de saúde. Merhy (2005) nos alerta que uma das piores coisas que se possa fazer é considerar que as palavras são portadoras de sentido em si mesmas. E afirma que nós é que “engravidamos as palavras” de sentidos e significados.

Pinheiro e Guizardi (2008) salientam que a noção de integralidade da atenção no SUS buscou a superação de dicotomias históricas que marcaram as práticas em saúde pública no Brasil, como a dicotomia entre preventivo/curativo e individual/coletivo, que reforçavam a separação do campo da saúde pública e da atenção médico-hospitalar. No entanto, esses autores também ressaltam que o compromisso da noção da integralidade da atenção com a produção de novas práticas exige que as modificações não se restrinjam ao campo técnico, mas também se remetam explicitamente ao plano das

relações, uma vez que a integralidade aponta para a ativa construção coletiva de realidades sociais (P.25/26).

Quando a sociedade brasileira reclama por tratamento digno, respeito e qualidade no SUS, quando espera que suas necessidades sejam acolhidas pelos profissionais do sistema público de saúde, Pinheiro e Guizardi traduzem esta demanda como uma demanda por cuidado, na medida em que compreendem o cuidado como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para compreensão da saúde como direito atento as particularidades de cada um, respeitando suas necessidades individuais tanto de saúde e recuperação da autonomia quanto àquelas que concernem ao universo simbólico e subjetivo. Desta forma, o cuidado é tomado como unidade de análise e campo privilegiado para compreender as experiências de integralidade (P. 23). Esses autores consideram que a ação integral é efeito das interações positiva entre usuários, profissionais e instituições. E como efeito das relações, não é possível reduzi-las a um procedimento técnico ou confundi-la com um nível de atenção do sistema.

Por conseguinte, dentro deste universo de sentidos, a integralidade é qualificada por esses autores como

“um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos, por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos nos espaços públicos a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde. Muitas vezes esses arranjos são marcados por conflitos e contradições, numa arena de disputa política, em defesa da saúde como direito de cidadania de todos e não de alguns.” (p.23)

Qualificar a integralidade como um dispositivo político, ao invés de propor uma definição apriorística do conceito, ressalta que o que importa para esses autores é buscar um caminho para compreender os sentidos de integralidade sustentados pelos diferentes sujeitos envolvidos com a prática de saúde. Por isso, os autores ressaltam a característica dialógica deste dispositivo que, ao reconhece a diversidade e pluralidade da dinâmica social, é assumido como prática social, o que leva ao reconhecimento de diferentes visões de mundo.

Partir desta perspectiva implica em abrir-se para novas possibilidades de “engravamento”, ou seja, inventar novos objetos e novos modos de produzir cuidado com sentidos e significações diferentes dos paradigmas que cada um adota no seu respectivo núcleo profissional. Mesmo que se parta dos saberes de um núcleo profissional, é preciso não se restringir a ele e encontrar no olhar do outro – profissional ou usuário individual e coletivo - elementos re-significantes prenehe de atos cuidadores que não estão restritos ao ato tecnológico do núcleo profissional de um trabalhador de saúde, mas que são efeitos da afirmação do cuidado como referente simbólico do campo da saúde. Merhy (2005) afirma que esse processo “só pode ser um ato coletivo no mundo do trabalho, mesmo que seja no plano individual que façamos re-significações, enquanto sujeitos morais” (p.3). Para esse autor, a produção do cuidado é um ato coletivo e implicado com a defesa da vida individual e coletiva. O cuidado é um valor.

“o cuidado como valor tem como condição uma produção imanente de realidade social que nos exige, enquanto sujeitos políticos, o debate democrático e público sobre os princípios éticos, por meio dos quais desejamos avaliar as práticas e ações de saúde.” (Gizardi e Cavalcanti, 2010: p. 34)

Para Guizardi e Cavalcanti (2010), quando o cuidado é tomado como valor alguns sentidos sobre a produção de vida precisam ser revistos. Uma das primeiras coisas é desfazer a idéia de que a produção de vida se restringiria à produção econômica, que considera que tudo que está fora do registro econômico é “não produtivo”. Então é preciso libertar a idéia de produção como ligado estritamente à produção de mercadorias e considerar que a vida também é algo que em si mesmo é produzido. Dentro desta proposta, o cuidado em saúde também diz respeito à produção de vida, mas não é algo que esteja dado. A produção do cuidado é imanente às relações, é construído a partir das relações e pode se dar tanto dentro quanto fora das instituições de saúde, envolvendo ou não pessoas com formação profissional.

Os autores ressaltam ainda que o cuidado é produzido na relação entre sujeitos e não entre um profissional e uma pessoa tornada objeto de uma intervenção técnica. Com isso, querem enfatizar que se o que está em jogo são

sujeitos em relação, é necessário considerar que estes sujeitos também precisam ser atores na definição das normas que organizam as instituições, que organizam os campos de possibilidades para experiências e práticas em saúde. Neste sentido, acrescentam os autores, “a construção do valor-cuidado é um processo imediatamente político de produção de novas subjetividades forjadas num marco democrático, na recomposição da capacidade política de governo da vida por parte de sujeitos e coletivos” (Guizardi e Cavalcanti, 2010: p. 36).

A integralidade tomada por esses parâmetros é indissociável da necessidade de desenvolver a própria democracia. E neste aspecto, Campos (2000) é enfático ao afirmar a democracia como reforma social, e efeito da práxis de Grupos sujeitos e produtora de sujeitos. Para este autor a democracia “depende da correlação de forças, do confronto entre movimentos sociais e poderes instituídos. Depende da capacidade social de se construírem espaços de poder compartilhado” (p.41).

Dentro dos serviços de saúde, a democracia é uma dimensão política da experiência que possibilita que os saberes sejam articulados e discutidos, que os sentidos das decisões sejam publicizadas, que os valores em jogo sejam analisados e interrogados naquilo que produzem na realidade social. E será dentro desse plano que Guizardi e Cavalcanti (2010) situam a produção do valor-cuidado.

Sendo assim, a produção do cuidado como valor remete a transformação das relações micropolíticas no cotidiano do trabalho, remete a redefinição de relações de poder. E se queremos afirmar a democracia nas instituições públicas de saúde, isso implicará em modificações nos modos como os micropoderes se exercem hoje no cotidiano do trabalho em saúde, principalmente o que diz respeito à função controle assumida hoje por grande parte dos gestores. E é por esse motivo que Guizardi e Cavalcanti (2010) compreendem que,

“tornar a experiência do cuidado referência ética para as ações e serviços de saúde demanda a construção de novos mecanismos de gestão, capazes de recolocar no cotidiano das práticas a construção de novas sociabilidades democráticas como um problema sempre em aberto. Uma busca por novas formas de gerir o

cotidiano dos serviços e trabalhar em saúde, em que todos sejam reconhecidos como sujeitos políticos na construção do SUS, com suas diferentes inserções, demandas, responsabilidades e saberes na conformação de esferas públicas, sem as quais o direito à saúde não pode efetivar-se.” (p.38)

Campos (2000) considera que a proposta de uma gestão democrática pressupõe a reconstrução dos arranjos estruturais, das linhas de produção de subjetividade e dos métodos de gestão. A gestão democrática e participativa constitui-se, portanto, numa nova lógica para distribuição do poder que se concretizaria através de sistemas de co-gestão (43).

Para compreendermos melhor os desafios trazidos pelo SUS, façamos agora outra entrada neste debate para analisar os fundamentos teóricos e metodológicos que influenciam implícita ou explicitamente as ações dos gestores. Pois, sustentar o princípio da integralidade para ressaltar valores voltados para a construção de uma sociedade mais justa e solidária, como defendeu na Constituição o movimento sanitário; afirmar o cuidado como referente simbólico do campo da saúde, como propõe Merhy; ou uma gestão democrática e participativa como julga necessário Campos, são construções político-subjetivas que se opõem ao padrão hegemônico de gestão que temos hoje no campo da saúde e que, por essa razão, também precisa ser superado.

2.2. O que temos hoje como padrão hegemônico de gestão em saúde

Lins e Cecílio (2007) identificam que o paradigma hegemônico de gestão em saúde está baseado nas concepções e princípios do estrutural-funcionalismo de Talcott Parsons e da Administração Científica clássica de Taylor, Fayol e seguidores. Dentro deste paradigma o eixo central dos métodos de gestão está baseado na disciplina e no controle. Acredita-se que as normas da organização devam ser introjetadas por seus profissionais que têm suas ações e criatividade determinadas pela estrutura da organização. Neste sentido, os profissionais são tomados como “recursos humanos”, insumos necessários para se chegar nos objetivos estipulados pela organização. Dentro deste contexto de governabilidade normativa, compreende-se que os conflitos ou dissensos serão dissipados de forma gradual e sistemática na medida em que as normas sejam introjetadas e chegue-se num equilíbrio onde os indivíduos estariam identificados com os objetivos organizacionais.

Sobre as concepções da Administração Científica, Campos (2000) considera que o estilo de governar que Taylor formulou, ainda permanece como eixo central de muitos dos métodos de gestão atuais, apesar do taylorismo, em vários de seus aspectos, ter sido superado e de se levar em consideração que fatores humanos como as “emoções” influenciam a gestão e o desempenho produtivo. Campos, assim caracteriza esta racionalidade,

“A racionalidade gerencial hegemônica produz sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria. Estes sistemas, mais do que comprar a força de trabalho, exigem que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses, substituindo-os por objetivos, normas e objeto de trabalho alheios (estranhos) a eles.”
(2000: p.23)

E apesar de aparentemente a organização moderna ou pós-moderna trazer palavras de ordem como parceria, integração, desenvolvimento de RH, flexibilização, etc., Campos considera que a relação de poder baseada no autoritarismo permanece. Mesmo que os métodos de gestão possam variar

muito e várias críticas tenham sido feitas à concepção taylorista, por distintas escolas, a função controle permanece central em várias das alternativas de métodos de gestão existentes. Assim, por exemplo, a escola de Relações Humanas enfatiza a importância dos fatores subjetivos no funcionamento concreto da empresa, o que gera esforços no sentido de criar mecanismos de controle ainda mais sutis. Na mesma direção vão a Teoria dos Sistemas, do Desenvolvimento Organizacional, a Qualidade Total, a Gestão Matricial, que sustentam idéias como maior autonomia e melhor integração dos empregados, delegação para os trabalhadores planejarem e decidirem, no entanto sustentando uma “liberdade” controlada pelos interesses internos e por um sofisticado mecanismo de concorrência interna entre os trabalhadores, que nada favorece a democracia ou a convivência solidária.

O paradigma funcional-estruturalista vem sendo criticado principalmente por sua excessiva simplificação na forma de ver a realidade, e o fato de ser ainda hegemônico no campo da saúde não corresponde, necessariamente, a uma escolha deliberada. Lins e Cecílio (2005) salientam que

“grande parte das escolhas dos dirigentes acontece sem o conhecimento dos fundamentos teóricos e metodológicos da intervenção proposta para a organização que dirigem. Assim, o gestor e o avaliador não sabem como a proposta metodológica apresentada se acerca da realidade e como se sugere que ela seja tratada – a ser transformada ou mantida”. (504)

Em decorrência da influência dos ideais funcional-estruturalista no Brasil, tradicionalmente a política de saúde está organizada de forma fragmentada, onde a gestão da atenção está separada da vigilância e onde cada uma delas ainda se subdivide em tantas áreas técnicas quanto sejam o campo de saber especializado.

Esse funcionamento fragmentado também organiza o trabalho das equipes que se orientam por normas pré-definidas. O profissional é designado para responder um aspecto do processo do trabalho sem um olhar de conjunto de todo o processo. Essa fragmentação costuma produzir desinteresse, alienação e desresponsabilização por parte do profissional uma vez que são levados, pela coerção das normas, a produzir um trabalho parcial. Além disso,

a diferença entre as profissões é moralmente hierarquizada, provocando a subordinação de uns profissionais por outros.

Na lógica tradicional de gestão o todo orgânico do estabelecimento de saúde é composto por diversos órgãos onde cada um tem um papel específico a cumprir, sendo expresso num organograma piramidal representando a estrutura vertical de poder. Dentro desse organograma “à gestão corresponderia todo o conjunto de ações de governo com o objetivo de manter a articulação funcional das partes com o todo.” (Brasil, 2005b: 127) Mas Bertussi (2010) argumenta que “esse modo de operar vem se mostrando ineficaz e incapaz de favorecer a integralidade. O gestor que orienta a produção da gestão a partir de regimes e portarias, não tem conseguido a adesão dos trabalhadores para a produção do cuidado com implicação e disponibilidade” (p.65). E Merhy (1998) reconhece que “os modelos atuais de ordenamento das práticas clínicas e sanitárias já perderam seu rumo maior: o da defesa radical da vida individual e coletiva” (p.1).

2.3. E a pergunta é: o que estamos produzindo com nossas práticas?

O quadro exposto até aqui, nos leva a concluir que a aposta na integralidade como princípio nos convoca a pensar em outras alternativas que superem o modo hegemônico atual de fazer gestão. Mas vimos também que não é só uma questão de mudar métodos de gestão, pois a variação dos métodos tem preservado seu eixo central: a disciplina e o controle. Neste sentido o que está no centro das propostas que pretendem romper com o modo hegemônico de fazer gestão, é menos a construção de um novo método, propriamente dito, e mais a construção de outros territórios sobre novas bases, sobre novos eixos estruturantes. Portanto, é preciso que agora nos debruçemos sobre os significados desta aposta.

Em última instância, apostar numa gestão que se apóie numa base democrática, com práticas mais solidárias e relações mais coletivas no cotidiano do trabalho, é apostar na mudança do regime de relações de força, no regime de relações de poder. E para compreender melhor o que isso significa nos apoiaremos nas formulações de Michel Foucault sobre o tema, quando estudou a formação histórica das sociedades capitalistas a partir de

pesquisas sobre o nascimento da instituição carcerária e o dispositivo da sexualidade.

Através de Foucault não teremos uma teoria sobre o poder, porque, para esse autor, o poder não é uma coisa, uma mercadoria, uma posição. O que Foucault se propõe a fazer é uma análise das relações de poder, e sempre pensará o poder a partir de relações, nunca como uma substância em si. Sobre isso Machado (1979) explica que Foucault em suas análises considera que “o poder não é um objeto natural, uma coisa; é uma prática social e, como tal, constituída historicamente.” (p. X)

Regularmente, quando pensamos no poder o tomamos a partir de uma perspectiva jurídica, ou seja, como lei, norma, proibição, repressão. Pensamos em uma estrutura política, um governo, o senhor diante do escravo ou uma classe social dominante. Mas quando Foucault utiliza o termo poder, o faz para qualificar um tipo de relação entre as pessoas que se caracteriza por tentativas constantes de uns conduzirem as ações dos outros. E neste sentido, em quaisquer relações humanas, sejam elas amorosas, institucionais ou econômicas, o poder estará sempre presente. E Foucault acrescenta “são, portanto, relações que se podem encontrar em diferentes níveis, sob diferentes formas: essas relações de poder são móveis, ou seja, podem se modificar, não são dadas de uma vez por todas” (Foucault, 1984b [2006]: p.276).

A novidade das análises de Foucault foi considerar que o Estado não era o aparelho central e exclusivo de poder, uma vez que ficou evidente em suas pesquisas - *Vigiar e Punir, A vontade de Saber e História da Sexualidade I* – outras formas de exercício do poder que se diferenciavam do Estado, mas que também se articulavam a ele de maneira variada, e muitas vezes indispensáveis a sua sustentação e atuação eficaz. Foi possível concluir que o poder se exerce tanto em nível micro quanto macro, ou seja, o poder se exerce “em pontos diferentes da rede social e neste complexo os micro-poderes existem integrados ou não ao Estado.” (Machado 1978, XII)

No entanto, essa distinção de exercício do poder em nível micro e macro não teve como finalidade minimizar o papel do Estado nas relações de poder, mas sim sugerir que os poderes não se encontram localizados em nenhum ponto específico da estrutura social. Os poderes

“funcionam como uma rede de dispositivos ou mecanismos a que nada ou ninguém escapa, a que não existe exterior possível, limites ou fronteiras. Daí a importante e polêmica idéia de que o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. Não existe de um lado os que têm o poder e de outro aqueles que se encontram dele alijados. Rigorosamente falando, o poder não existe; existem sim práticas ou relações de poder. O que significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona.” (Machado, 1978, p XIV)

Diante da problemática do poder proposta por Foucault, poderíamos agora nos perguntar: qual a especificidade das relações de poder baseadas na disciplina e no controle? A partir desta reflexão, juntaremos mais elementos para pensar criticamente as relações de poder no cotidiano dos serviços de saúde.

Quando Foucault começa a formular a questão do poder o faz a partir de uma tecnologia específica de poder, denominada de poder disciplinar que se exercia em espaços como prisões, hospital, escola, exército, fábrica. Resumidamente, a tecnologia disciplinar visa formar e transformar os indivíduos pelo controle do tempo, do espaço, da atividade através de instrumentos como a vigilância e o exame. A partir desta tecnologia, e para atender seus preceitos, todo um conjunto de saberes - de ação sobre o corpo, adestramento do gesto, regulação do comportamento, normalização do prazer, interpretação do discurso – é criado com o objetivo de separar, comparar, distribuir, avaliar, hierarquizar. Para o capitalismo, essa tecnologia específica de poder tem um objetivo ao mesmo tempo econômico e político que visa

“tornar os homens força de trabalho dando-lhes uma utilidade econômica máxima; diminuição de sua capacidade de revolta, de resistência, de luta, de insurreição contra as ordens do poder, neutralização dos efeitos de contra-poder, isto é, tornar os homens dóceis politicamente, aumentar a utilidade econômica e diminuir os inconvenientes, os perigos políticos, aumentar a força econômica e diminuir a força política.” (Machado, 1978: p. XVI)

Após Segunda Guerra Mundial, Foucault identifica o aparecimento de uma outra tecnologia de poder denominada de tecnologia de controle. Neste caso, Foucault irá falar de um bio-poder que não visa o indivíduo, mas a espécie humana, visa o governo da vida do corpo social (Machado, 1978). Deleuze (1992) discute a sociedade de controle teorizada por Foucault e ressalta as distinções em relação a sociedade disciplinar. Porém, para a nossa discussão, vale ressaltarmos o que essas tecnologias têm em comum. Apesar de muito diferentes, ambas as tecnologias sustentam modos de subjetivação jurídico.

Antes de definir o que Foucault entendeu por modo de subjetivação jurídico, é importante dizer que, a partir de seus estudos, concluiu que toda relação de poder gera um saber. E sendo assim, “todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber” (Machado, 1978: p.XXI). A formação dos sujeitos se dá, para este autor, por um processo denominado subjetivação⁸ que é pensada a partir das relações que os indivíduos estabelecem com as estruturas políticas e sociais. A questão que atravessa toda a obra de Foucault é a tentativa de procurar compreender como os sujeitos entravam nos jogos de verdade⁹.

“Procurei mostrar como o próprio sujeito se constituía, nessa forma determinada, como sujeito louco ou são, como sujeito delinqüente ou não, através de um certo número de práticas que eram os jogos de verdade, práticas de poder, etc.” (Foucault, 1984f, p.275)

Segundo Freitas (2008) em seus últimos escritos Foucault postula duas direções para o processo de subjetivação: modos de subjetivação a partir de uma perspectiva jurídica e a partir de uma perspectiva ética. Os modos de subjetivação jurídicos estão pautados numa “relação de submissão, de

⁸ Subjetivação é entendida como “(...) processo pelo qual se obtém a constituição de um sujeito, ou mais precisamente, de uma subjetividade, que evidentemente não passa de uma das possibilidades dadas de organização de uma consciência de si” (Foucault (1984b), [2006] p. 262)

⁹ Sobre o uso da expressão “jogo” Foucault explica: “quando digo ‘jogo’ me refiro a um conjunto de regras de produção de verdade. Não um jogo no sentido de imitar ou representar....; é um conjunto de procedimentos que conduzem a um certo resultado, que pode ser considerado, em função dos seus princípios e das suas regras de procedimento, válidos ou não, ganho ou perda.” (Foucault (1984f), [2006] p. 282)

assujeitamento, na medida em que ocorre por um processo de objetivação dos indivíduos a partir de leis e normas instituídas” (Freitas e Tedesco, 2009: p.79).

Assim,

“as verdades ditas sobre o sujeito geram crenças sobre si próprio, conduzindo-os a modos de subjetivação normalizadores. Trata-se, segundo Foucault, de saberes, como o direito, a psiquiatria, a medicina que por meio de práticas de vigilância e exame se organizam em torno de normas e determinam se os indivíduos estão se conduzindo como devem.” (Freitas e Tedesco, 2009: p.84)

A análise sobre os modos de subjetivação jurídico, ou seja, modos de subjetivação baseados na disciplina e no controle nos leva a questionar: que tipo de modos de subjetivação estamos produzindo/sustentando com nossas práticas? Como sustentar práticas de cuidado que produzam, no lugar de assujeitamento, sujeitos livres, capazes de exercer um autogoverno com relativa autonomia às leis e normas instituídas?

Como vimos, a concepção de Foucault sobre o poder é não-jurídica, ou seja, não considera que as relações de poder digam respeito à lei ou a repressão/violência. Pelo contrário, o que este autor ressalta é que a dominação exercida pelo capitalismo não se manteria se estivesse exclusivamente baseada na repressão. Então, em seus estudos, afirma a eficácia produtiva do exercício do poder.

O exercício do poder, segundo Foucault

“é um conjunto de ações sobre ações possíveis; ele opera sobre o campo de possibilidades onde se inscreve o comportamento dos sujeitos ativos; ele incita, induz, desvia, facilita ou torna mais difícil, amplia ou limita, torna mais ou menos provável; no limite, ele coage ou impede absolutamente, mas é sempre uma maneira de agir sobre um ou vários sujeitos ativos, e o quanto eles agem ou são suscetíveis de agir. Uma ação sobre outras ações.” (Foucault, 1995: p.243)

Portanto, o exercício do poder consiste em conduzir condutas, e se caracteriza pelo “governo” dos homens uns pelos outros. Foucault utiliza a noção de governo num sentido amplo, como aquilo que estrutura o eventual

campo de ação dos outros. E sendo assim, é preciso que os sujeitos, individuais ou coletivos, sejam livres, que tenham diante de si um campo de possibilidades onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento possam acontecer (Foucault, 1995).

É importante explicitar que o sentido de liberdade defendido por Foucault não pode ser confundido com o sentido derivado da concepção jurídica. A concepção de liberdade da sociedade moderna deriva do direito romano, onde é compreendida como algo que possuímos por natureza. E seguindo esta lógica, como algo inerente ao humano, a liberdade só não seria plena quando fosse aprisionada por mecanismos repressivos. Além disso, nossa sociedade sustenta a idéia de que a liberdade de um termina quando começa a do outro. E é o Estado que se apresenta como regulador das “liberdades”, é ele que, ao mesmo tempo, assegura e impõe limites a liberdade individual de cada um (Freitas e Tedesco, 2009).

Contrário a essa perspectiva jurídica de liberdade, Foucault compreende que a liberdade é algo que precisa ser exercido, e é somente através da liberdade que podemos questionar a maneira como fomos constituídos como sujeitos. Freitas e Tedesco (2009) ressaltam que

“(…) a liberdade nos afasta das identidades, da crença numa verdade, numa natureza universal que aprisiona nossa experiência. Daí decorre que a liberdade nunca é total, não se trata de um estado final a ser atingido e sim do exercício de transformação de nossas identidades historicamente produzidas. (...) Liberdade é da ordem da constituição de si, diz respeito à prática que nos incita a dar a forma que escolhemos para nós mesmos.” (p.87)

Quando Foucault enfatiza que só é possível haver relações de poder com um certo nível de liberdade, com isso, se contrapõe a idéia de que onde houvesse poder não haveria liberdade. Pelo contrário, para esse autor, a liberdade é o que garante o exercício do poder, é o que garante a possibilidade de resistências nas relações de poder. Caso contrário, sem liberdade, nos casos onde as relações de poder estivessem fixadas, perpetuamente dissimétricas, com margem de liberdade extremamente limitada, não se falaria mais de relações de poder, mas de estados de dominação.

Antes de avançarmos, vale fazer uma distinção entre liberdade e liberação. Como dito, a liberdade é condição de possibilidade para que ocorra as relações de poder, e que nos estados de dominação essa liberdade não existe, ou está extremamente restrita ou limitada. Então, que caminhos são possíveis nos estados de dominação? Nestes momentos, o que resta é a luta pela liberação, que “é às vezes a condição política ou histórica para uma prática de liberdade” (Foucault 1984f [2006] p.266). Mas a liberação é algo pontual e momentâneo, que de forma nenhuma garante a definição de práticas de liberdade. “A liberação abre um campo para novas relações de poder, que devem ser controladas por práticas de liberdade” (idem, p. 267).

Para haver relações de poder, portanto, é preciso que haja possibilidade de resistência. E Freitas e Tedesco (2009), baseado em Foucault, assim a define, “resistência significa fazer circular as posições, atuar na reconfiguração das dessimetrias das relações de poder para assim contemplar à possibilidade de os sujeitos evitarem os abusos de poder e, em última instância, os estados de dominação” (p.90). Então, a capacidade de resistência é o parâmetro que diferencia as relações de poder dos estados de dominação. E Foucault diz mais, ele considera que as relações de poder devem ser compreendidas como “jogos estratégicos entre liberdades” (1984f [2006] p.285).

Voltando a idéia de exercício do poder entendido como governo dos outros, Foucault ressalta que, entre os jogos de poder e os estados de dominação, o que temos são as tecnologias de governo. E enfatiza a importância de analisar essas tecnologias, na medida em que, frequentemente, é “através desse tipo de técnica que se estabelece e se mantém os estados de dominação” (idem: p.285). Por esse motivo, a analítica do poder de Foucault está sempre baseada em três níveis: as relações estratégicas, as técnicas de governo e os estados de dominação.

E é aqui que toda essa problemática do poder trabalhada por Foucault, particularmente nos interessa. Porque também não basta que façamos a proposta de mudar as relações de poder no espaço institucional no qual o gestor atua, mas é preciso que estes profissionais possam exercer um governo dos outros sem abusos de poder, que poderia culminar em estados de

dominação. Então, teríamos que analisar que instrumentos para governar os outros, estes profissionais dispõem.

Foucault (2008) nos adverte que governar não é a mesma coisa que “reinar”, não é a mesma coisa que comandar ou fazer a lei, não é ser soberano, ser juiz, ser general ou proprietário. A noção de governo proposta por Foucault, trás intrínseco um questionamento ético. Uma vez que só se governa sujeitos livres, nas estratégias de governo o sujeito deve, ao mesmo tempo, criar táticas que evitem sofrer abusos de poder por parte daqueles que buscam conduzir suas ações, e também evitar exercer sobre o outro um poder que possa conduzir a estados de dominação. Portanto, além do governo dos outros, é preciso também pensar no governo de si, é preciso que o sujeito exerça um controle, um cuidado sobre si mesmo, para evitar que domine o outro.

Aqui entramos na segunda direção possível dos processos de subjetivação pensado por Foucault, o modo de subjetivação a partir de uma perspectiva ética. Foucault (1984f) dirá que o “bom soberano é precisamente aquele que exerce seu poder adequadamente, ou seja, exercendo ao mesmo tempo seu poder sobre si mesmo. É o poder sobre si que vai regular o poder sobre os outros” (p.272).

Trazendo essa proposta ao cotidiano das práticas de saúde, a sustentação de modos de subjetivação éticos é a sustentação do próprio cuidado como valor. Não apenas voltado para o outro, mas também para si mesmo. O parâmetro para as nossas ações passa, então, a ser a relação que estabelecemos conosco quando agimos, ou seja,

“É o cuidado que devemos ter conosco para não tomar o outro como simples objeto de nossas ações, bem como para não ficar a mercê dele. Esse cuidado diz respeito à elaboração de uma forma de relação consigo (ética) que, regula a relação com o outro. O cuidado consigo visa a administrar bem as relações de poder no sentido da não-dominação.” (Freitas e Tedesco, 2009: p. 93)

Mas vale enfatizar, que Foucault não considera que a relação consigo seja o único ponto de resistência aos estados de dominação. A possibilidade de resistência se fundamenta na liberdade, na relação consigo e na relação com o outro. Então, baseado neste autor, ao pensarmos a

governabilidade de nossos gestores, é preciso considerar tanto a relação que estabelecem consigo, quanto os instrumentos e estratégica que desenvolvem na tentativa de governar as ações dos outros sujeitos, e se estas estratégias se fundamentam na liberdade. E sendo assim, Foucault sintetiza que “a noção de governabilidade permite (...) fazer valer a liberdade do sujeito e a relação com os outros (...) o que constitui a própria matéria da ética” (1984f [2006]:p.286).

O exercício ético, nos desafia à criação de condições em que os sujeito individuais e coletivos possam questionar suas práticas e se reinventarem, se transformarem, na micropolítica do dia-a-dia do trabalho. A concepção de micropolítica, como proposta por Foucault, na área de saúde brasileira, tem sido intensamente trabalhada por autores como Emerson Merhy que, ao longo de sua trajetória, vem buscando criar estratégias que afirmem a vida em sua potencialidade criativa, no sentido da produção de práticas de gestão mais cuidadoras.

Merhy, a partir de seus estudos, mostra o quão estratégico para a mudança do modelo de atenção é a micropolítica do processo de trabalho, justamente porque existe uma especificidade no mundo do trabalho em saúde onde as tecnologias relacionais tornam-se muito importantes. Este espaço relacional é o coração do SUS. A relação do gestor com o profissional e do profissional com o usuário é a parte mais importante do SUS. É o que define a maneira como o cuidado será prestado. No próximo tópico nos debruçaremos sobre estas questões que se colocam como os desafios para a construção de uma outra prática de gestão no SUS mais ética, mais cuidadora.

2.4. Por uma gestão que parta do cuidado como um valor

A tarefa de pensar a gestão por uma perspectiva mais cuidadora, implica em considerar que a gestão de todos estes aspectos: político, organizacional e de trabalho, estará comprometida com a produção de atos de cuidar, com o objetivo final de construir saúde.

Merhy (2002) dirá que essa tarefa será sempre e ao mesmo tempo uma tarefa tecnológica e micropolítica. O conceito foucaultiano de micropolítica, no campo das organizações de saúde, é assim incorporado,

Podemos considerar a micropolítica nas organizações de saúde como o conjunto de relações que estabelecem entre si os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada “realidade organizacional” – dessa forma, relativamente estável no tempo, podendo, assim, ser objeto de estudo e intervenção. (Ceclílio, 2009: p.547)

Por essa definição podemos vislumbrar um dos importantes desafios que o indivíduo que assume formalmente o lugar de governo, ou seja, o gestor¹⁰ formal, tem diante de si. Na micropolítica do dia-a-dia do trabalho os atores em cena, quais sejam, usuários, profissionais da saúde, gestores, todos esses atores, portam valores, projetos e interesses que na arena diária disputam o sentido do trabalho em saúde, configurando relações de poder. Tais relações de poder podem ser racionais ou irracionais, estar mais visíveis ou mais ocultas, podem afirmar a liberdade ou tender para determinações, podem favorecer movimentos instituintes ou conservar o instituído, etc. Mas o que importa dizer, é que um certo grau de autonomia, ou liberdade, no dizer de Foucault, é comportado por cada um dos atores, sendo, portando, preciso considerar a impossibilidade de controle total do trabalho em saúde.

E a situação torna-se ainda mais complexa, porque além do espaço de autonomia existe uma especificidade do trabalho em saúde, ressaltada por Merhy (1997), que faz com que o produto deste trabalho seja imediatamente consumido na medida em que é produzido. Então, como o produto do trabalho em saúde é efeito da relação entre pessoas, nas várias etapas de sua realização, estará sujeito às concepções, valores e idéias de cada trabalhador que o executa. Cada trabalhador faz uso do espaço de autonomia que lhe compete para agir da maneira que lhe parece mais apropriado e em sintonia com seus interesses e visões de mundo pessoais.

Diante deste quadro, é oportuno considerar a leitura de Carlos Matus que postula que todo ator em situação formal de governo encontra diante de si

¹⁰ Aqui estou utilizando a palavra “gestor” de forma genérica, para designar todos aqueles que se encontram em situação formal de governo, sem considerar o nível hierárquico que ocupa dentro do organograma da organização de saúde. Sendo assim, chamo “gestor” tanto o gerente de unidade de saúde, quanto outros atores que possam ocupar cargos no nível mais central, como secretários de saúde, superintendentes, coordenadores etc. Cada um desses atores enfrentará desafios específicos dependendo das atribuições que lhe competem, mas todos, dentro desta perspectiva, teriam como tarefa sustentar o valor cuidado.

outros atores que, apesar de não estarem em posição formal de governo, também governam e irão disputar com ele a direcionalidade das ações utilizando os recursos que dispõem. Sendo assim, perante a realidade complexa, o governante precisa equalizar três variáveis: o projeto de governo, capacidade de governo e a governabilidade.

O projeto de governo é aquilo que o gestor propõe naquele momento como um projeto de ação para atingir determinado objetivo. Como estamos falando de um sistema complexo, onde o controle total é inconcebível, a governabilidade vai refletir a relação entre as variáveis que o gestor controla e aquelas que não controla no processo de governo. E a capacidade de governo é a capacidade que o gestor possuiu para conduzir ou dar direção, e está relacionada com seu acervo de técnicas, métodos, práticas, habilidades e experiências tanto do ator quanto da sua equipe de governo. Matus, enfatiza que “nunca se governa com total governabilidade do sistema e total capacidade de governo” (1991: p.35).

Voltando ao cenário de disputas do mundo do trabalho em saúde é preciso, então, pensar em alternativas que aumentem a governabilidade e a capacidade de governo dos gestores. Quando o projeto de governo tem como finalidade última a sustentação de um modelo de atenção guiado pelo princípio da integralidade, é primordial que os gestores consigam impactar o modo como são construídas as contratualidades entre trabalhadores e usuários. A relação trabalhador/usuário é um espaço potente que costuma ser alvo de diversas estratégias gerenciais. Merhy (2002) nos ajuda a compreender a posição estratégica deste espaço relacional.

Merhy (2002) considera que qualquer produção de ato de saúde possui duas dimensões básicas: uma propriamente cuidadora, operada por todos os tipos de trabalhadores da saúde, com qualquer nível de formação profissional, e isso inclui médicos, enfermeiros, agentes comunitários, porteiros, serventes, etc., ou seja, está presente em qualquer prática de saúde e não pertence a nenhum recorte profissional específico. Esta dimensão visa produzir “processos de fala e escuta, relações interseçoras com o mundo subjetivo do usuário, como ele constrói suas necessidades de saúde, relações de acolhimento e vínculo, posicionamento ético, articulação de saberes para compor Projetos terapêuticos, etc” (103); A outra dimensão está centrada no

recorte tecnológico do profissional de saúde. Dependendo da configuração do modelo de atenção pode haver o empobrecimento ou o enriquecimento destas dimensões. No caso do modelo biomédico, por exemplo, a dimensão cuidadora está praticamente anulada, pois não é considerada como da competência do profissional de saúde

Merhy (2002) propõe uma leitura da produção dos atos de saúde a partir da compreensão de que as tecnologias de saúde produzem o cuidado a partir de arranjos entre dimensões materiais e não materiais. Tecnologia, aqui, não se restringe ao maquinário tecnológico utilizados para exames diagnósticos, intervenções cirúrgicas e tratamentos. Além dessas tecnologias mais “duras”, os saberes que embasam a prática clínica dos profissionais, que embasam a maneira como organizam seu trabalho e orientam seu pensamento também é um tipo de tecnologia menos dura, que será denominada Tecnologia leve-dura. Mas, uma peculiaridade do setor saúde, é que o cuidado implica na relação de pelos menos duas pessoas, o profissional e o usuário. E nesta interação, é onde se produzirá ou não o acolhimento, o vínculo, relação de co-responsabilização, autonomia. Para a prática relacional, Merhy dirá que o profissional lança mão de tecnologias leves.

No interior dessas tecnologias, segundo Merhy (2002), haveria uma tensão relacional constante, entre aquilo que convencionou chamar trabalho morto e trabalho vivo. O trabalho vivo é o trabalho no momento de sua execução, no momento em que o ato produtivo é posto em prática e pode ser exercido com grau de liberdade máxima. O Trabalho morto é aquele que se expressa através de protocolos, instrumentos, ferramentas, normas. O trabalho morto é produto de trabalhos vivos anteriores.

Cada uma das modalidades tecnológicas guarda certa especificidade que permite uma maior ou menor movimentação entre as forças em disputa. Por exemplo, no uso das tecnologias duras, apesar do saber tecnológico do profissional que opera a máquina estar presente como trabalho vivo, na sua interação com a máquina, na leitura dos dados produzidos, o técnico precisa limitar sua atuação àquilo que o equipamento lhe permite dizer.

No caso das tecnologias leve-duras a relação entre trabalho morto e vivo tem uma capacidade maior de movimentação. O olhar que o profissional de saúde dispensa sobre o paciente é permeado por saberes bem estruturados

do seu núcleo profissional, saberes que recortam e significam o mundo do usuário. Estes saberes se expressam como trabalho morto, imprimindo a característica dura desta modalidade tecnológica. Mas no momento concreto do agir do profissional sobre o usuário, ou seja, no momento em que o profissional exerce o trabalho vivo em ato, a característica leve desta modalidade tecnológica entra em cena a partir da interação com o usuário que exige que o profissional singularize sua clínica para dar conta do caso específico que aquele usuário lhe traz. O ato do profissional pode pender mais para o lado duro ou para o leve, o que conferirá uma certa característica aos seu ato clínico e conseqüentemente à maneira como esse profissional utilizará as tecnologias duras, o peso e o lugar que estas tecnologias terão na atenção que dispensa ao usuário.

No que se refere às tecnologias leves, Merhy dirá, que neste espaço é onde o usuário tem maior chance de 'impor finalidades' ao trabalho vivo do profissional. Os processos produtivos em saúde que ocorrem no espaço das tecnologias leves, se realizam apenas no momento de interseção do profissional de saúde e do usuário. Apesar de este ser um dos momentos mais singulares do processo de trabalho do profissional de saúde como produtor de cuidado, o profissional pode procurar capturar este espaço a partir de tecnologias leve-duras e assim ordenar o significado do encontro baseado nos saberes bem estruturados do seu núcleo profissional, impedindo que outros saberes transversalizem sua prática. Assim, o espaço das tecnologias leves é onde as disputas entre forças que querem se afirmar, ordenar mundo, colocam-se com mais intensidade. Como produto desse espaço relacional, ou seja, como produto das tecnologias leves, se terá a construção ou não de vínculos, a construção ou não de acolhimento, de responsabilização, etc.

A qualidade da atenção ao usuário se daria a partir de uma relação equilibrada entre essas tecnologias. O lugar que a tecnologia leve ocupa dentro do sistema serve de parâmetro para compreender como o modelo assistencial está organizado. No modelo biomédico, por exemplo, a tecnologia leve está subsumida pelas outras duas e o eixo no arranjo tecnológico está centrado nas tecnologias duras e leve-duras. Como efeito deste arranjo, o trabalho vivo em ato do profissional de saúde é empobrecido, fragmentado e reduzido à lógica corporativa e de produção de procedimentos. Quando a tecnologia leve ocupa

o lugar central, o modelo assistencial passa a estar centrado nas necessidades do usuário. Os compromissos principais são acolher, responsabilizar-se, resolver e produzir autonomia. As outras tecnologias passam a compor este campo como ferramentas para auxiliar nesta tarefa.

O compromisso com a construção de uma assistência voltada para as necessidades do usuário, além de colocar as tecnologias leves como ordenador do trabalho, depende de uma gestão dos processos de trabalho mais coletiva no interior das equipes, uma composição multiprofissional e um funcionamento interdisciplinar, onde o parâmetro de qualidade esteja nos benefícios gerados para os usuários. (9)

A partir desta leitura, podemos perceber o quanto é estratégico para a mudança do modelo de atenção compreender a micropolítica do processo de trabalho na relação profissional/usuário. E baseado nessas premissas, Franco (2003) afirma que “atuar sobre o núcleo tecnológico de produção de cuidado é o mesmo que operar sobre o modelo tecnoassistencial, estando essas dimensões ligadas, por assim dizer, pela lógica de produção do cuidado, onde um determina o outro e vice-versa” (p. 110).

E a possibilidade de atuar sobre tal núcleo de produção de cuidado está referido à capacidade de governo do gestor, ou pelas palavras de Merhy, está referida à caixa de ferramentas da qual o gestor pode lançar mão para governar as distintas relações presentes no dia-a-dia do trabalho. No nível dos estabelecimentos de saúde, o gestor deve portar tecnologias que o permita agir nos terrenos da política, das práticas institucionais e dos processos de trabalho.

Para Cecílio (2009), a gestão do cuidado comporta três dimensões que são imanentes e não hierárquicas entre si. Em cada uma dessas dimensões do cuidado um ator ou atores protagonizam a gestão do cuidado. Na dimensão profissional, a gestão é assumida pelos profissionais que estão vivendo diretamente a relação com o usuário; Na dimensão organizacional é a figura do gerente que atua na promoção de equipes cuidadoras e no provimento de insumos para a realização do trabalho; Na dimensão sistêmica, são os gestores institucionais do nível central do governo, como superintendentes, coordenadores, secretários de saúde, etc, que pactuam as redes de cuidado.

Em sua perspectiva sistêmica, a gestão do cuidado será pensada a partir da relação entre o conjunto dos serviços de saúde, o que cada um tem para ofertar tecnologicamente, como o fluxo entre eles deve ser estabelecido. Neste sentido, são definidos, por exemplo, fluxos de usuários a partir de protocolos, controlados por centrais de vagas ou de marcação de consulta. E neste processo, redes de cuidado institucionais são pactuadas e operadas a partir de processos de referência e contrarreferência, no intuito de garantir que o usuário tenha acesso à tecnologia que necessita. O pacto pela vida (Brasil, 2006) é um exemplo de uma expressão da dimensão sistêmica da gestão do cuidado. Apesar de Cecílio (2009) reconhecer a importância desta dimensão para a consolidação do SUS, ressalta que isolada das outras duas dimensões mostra-se insuficiente.

Todas as dimensões do cuidado são interdependentes. Razão pela qual, por exemplo, baixar a demanda por cuidados de alta e média densidade tecnológica depende muito da maneira como o cuidado é prestado na dimensão profissional. E, por outro lado, prestar um atendimento resolutivo depende, em várias ocasiões, do profissional ter uma rede de cuidados eficiente da qual possa lançar mão.

Neste trabalho, estamos focando o terreno da micropolítica dos processos de trabalho por sua característica estratégica. Neste sentido, as dimensões organizacional e profissional, são os alvos principais daqueles gestores que trabalham mais diretamente com os profissionais de saúde. Ambas as dimensões se interpenetram e se condicionam, fazendo com que o trabalho gerencial ideal se ocupe de ambas, ao mesmo tempo.

A Dimensão Organizacional lida diretamente com as conseqüências geradas pela divisão técnica e social do trabalho em saúde, ou seja, a fragmentação das práticas, produzida por essa maneira do saber ser organizado em nossa sociedade, precisa ser contornada com um esforço gerencial para coordenar o trabalho e a comunicação entre os profissionais. Sendo assim, a responsabilidade gerencial e a conformação da dinâmica de relacionamento da equipe vão ocupar lugar central. E o que estará em jogo são “questões relativas ao registro e uso da informação, à criação de espaços de conversação e troca, ao estabelecimento de fluxos de pacientes, à normalização de processos de trabalho, ao compartilhamento de

responsabilidades, entre outros aspectos” (Cecílio, 2009: p.549). Neste caso, ferramentas como a construção de grupos de trabalho multiprofissionais, reuniões de planejamento coletivo, atividades de educação permanente, apoio matricial são valiosas para o gestor e a equipe.

A Dimensão Profissional diz respeito ao cuidado prestado pelo profissional de saúde na relação direta com o usuário. E sua qualidade depende de três componentes: a postura ética do profissional frente ao usuário, “em particular como ele concebe este ‘outro’ (o paciente) que necessita de seus cuidados” (548); a competência técnica do profissional para operar os conhecimentos do seu núcleo profissional; a capacidade da criação de um bom vínculo profissional/usuário. Há, portanto, na dimensão profissional da gestão do cuidado, um entrelaçamento de componentes técnicos com componentes relacionais. O que faz Merhy (2002) afirmar que o encontro entre profissional/usuário guarda uma potencial possibilidade de criação de singularidades, ou seja, encontros produtores de movimentos instituintes, encontros capazes criar saídas que não estejam previstas, dadas a priori por aquilo que já está instituído.

Cecílio aponta no cenário atual da saúde brasileira duas estratégias polares de gestão que têm como alvo as dimensão profissional da gestão do cuidado, ou seja, tem como alvo impactar a relação profissional de saúde/usuário. Ele designa estas estratégias de “Estratégias Instrumentais” e “Estratégias de Base Comunicativa”.

Cada uma das estratégias corresponde a modos distintos de fazer gestão, sendo assim as estratégias instrumentais se relacionam a um modo de fazer gestão mais autoritário, vertical, controlador e capturador da autonomia dos profissionais; enquanto que as estratégias de base comunicativa seriam mais democráticas e participativas. Porém, se teoricamente estas estratégias assim se diferenciam, o autor ressalva que nas condições reais dos processos de gestão as duas estratégias apresentam-se sempre de forma mesclada. Nem sempre o componente comunicativo é totalmente suprimido, nem uma certa instrumentalização ou “funcionalização” dos profissionais pelos dirigentes tem podido ser evitada. Ou dizendo pelos conceitos de Merhy, todo trabalho vivo se apóia em algum trabalho morto. Portanto, a forma “pura” de nenhuma das duas

estratégias é encontrada na “vida real”. Mas o que se pode ver é a predominância de uma ou de outra.

Então, voltando ao referencial de Foucault sobre as relações de poder, não se trata de buscar um estado de liberdade pleno e definitivo, justamente porque pela dinâmica de eternas disputas de interesses, desejos e valores presentes no dia-a-dia do trabalho, o que se pode almejar é sustentar uma predominância, e no caso do SUS, a predominância de estratégias de base comunicativa que valorizem dos profissionais as práticas éticas, como uma escuta qualificada e aberta para as necessidades dos usuários , abertas também para a possibilidade de criação de alternativas frente os desafios singulares surgido no cotidiano do cuidado.

As possibilidades da caixa de ferramenta dos gestores são inúmeras, porém, sejam quais forem as estratégias gerenciais criadas para disputar o sentido de gestão do cuidado na sua dimensão profissional, devem atentar para um duplo movimento: 1) Dar conta minimamente de uma articulação entre as três dimensões no sentido de conformação de um “sistema de saúde” razoavelmente articulado e permeável à necessidade dos usuários e dos profissionais; 2) Promover espaços que possibilitem os profissionais se interrogarem e sintonizarem com as diretrizes e princípios do SUS.

Neste caminho turvo, onde nada está permanentemente dado e nem deve estar, venho me debruçar sobre o dispositivo do apoio matricial, compreendendo que este dispositivo não vem dar uma resposta definitiva, nem promover grandes mudanças no sistema de saúde brasileiro, mas apontar para ele como uma ferramenta interessante e valiosa para instrumentalizar o gestor neste árduo processo.

Vale dizer que o apoio matricial, se utilizado como uma ferramenta de estratégia gerencial, tem a potencialidade de sustentar o duplo movimento ressaltado por Cecilio, ou seja, tanto ajuda a articular as três dimensões do cuidado (profissional, organizacional e sistêmica), como também promove espaços para os profissionais questionarem suas práticas e se sintonizarem com o SUS. Vejamos isso com mais detalhes no próximo tópico.

2.5. Apoio matricial: dispositivo para a produção de uma gestão mais cuidadora?

Como vimos no capítulo anterior, existe uma diversidade de concepções sobre apoio matricial, ou simplesmente Apoio. E cada uma dessas concepções sustentam e valorizam determinadas forças, regimes de poder, fortalecendo certas relações no cotidiano do trabalho, dando uma cara ao processo de trabalho dos profissionais e à assistência prestada aos usuários.

Sendo assim, é importante especificar a aposta feita neste trabalho a respeito do apoio matricial, que aqui é tomado como um dispositivo. Quando afirmamos a aposta na integralidade como princípio, isso nos convoca a pensar numa gestão que se apoie numa base democrática, com práticas mais solidárias e relações mais coletivas no cotidiano do trabalho. Desta forma, precisamos nos perguntar que dispositivos podem ser utilizados para produzir mudanças nas relações de força, nas relações de poder que apontem para o horizonte pretendido. Então, o dispositivo, para Foucault (1978) são estratégias de relações de força que determinam tipos de saber, mas também são por eles determinados. E, neste sentido, o dispositivo está sempre inscrito num jogo de poder. Deleuze (1996) dirá que o dispositivo funciona como uma máquina de fazer ver e fazer falar, ou seja, cada dispositivo, pelas suas características, tem condições de iluminar determinadas questões, possibilita ver e falar de situações, relações sociais, políticas, éticas, estéticas, científicas, etc. Coloca luz sobre o que antes estava pouco visível ou pouco dizível.

Além disso, o dispositivo também é composto por linhas de poder, ou seja, afirma direcionalidades, comporta em si mesmo uma proposta política. No entanto, o fato de toda relação de poder comportar um certo grau de liberdade dos sujeitos, um dispositivo, ao provocar a movimentação, também pode provocar linhas fuga/desterritorialização, que se traduzem em movimentos transformadores e auto-analíticos. As linhas de fuga são o que escapa dos poderes estabelecidos e dos saberes constituídos. Nem todo dispositivo comportar estas linhas, então, se buscamos construir relações de forças baseadas em modos de subjetivação éticos, é preciso que o dispositivo a ser utilizado comporte linhas de fuga.

Na prática do cotidiano do trabalho o dispositivo atua no espaço da micropolítica, e utiliza como motor as situações trazidas por profissionais e usuários, situações que questionam o próprio serviço e se apresentam na forma de problemas a serem debatidos, repensados, exigindo, muitas vezes, que as equipes reinventem o processo de trabalho, criem novas respostas, busquem soluções interdisciplinares, intersetoriais, etc.

Partindo da ideia de que o arranjo apoio matricial é um dispositivo, é preciso interrogar: o que este dispositivo está movimentando? O que tem podido questionar, desmanchar, construir, afirmar? O que nos permite ver e dizer? Que relações de poder sustenta? Quais caixas de ferramenta tem estimulado a construir? As diferentes concepções de apoio matricial fazem com que este dispositivo funcione de forma diversa de acordo com a maneira como é utilizado, dependendo das relações de poder que se atualizam através dele. Assim, não é possível responder de forma simplista a pergunta: O que é o apoio matricial? Mas seria mais interessante nos perguntarmos: O que queremos produzir/sustentar com o dispositivo apoio matricial?

Neste sentido, Bertussi (2010) nos ajuda a pensar em planos constitutivos de um apoio comprometido com a produção da integralidade do cuidado. A autora propõe quatro planos constitutivos do apoio: 1) Devir apoiador; 2) Espaços intercessores; 3) Plano de constituição das relações no organograma: arborescente ou rizomático; 4) caixa de ferramentas do apoiador para operar o apoio às equipes.

O primeiro dos planos, “devir-apoiador”, está baseado no conceito de devir. Convocar este conceito é apontar para a potencialidade de contágio e criação presente nos encontros. Não o encontro de dois, mas o encontro “entre” dois, porque não são os termos que importam, mas o que se passa entre os termos, o processo do desejo que se passa “entre”. Deleuze e Guattari (1997) dirão que o devir é “a partir das formas que se tem, do sujeito que se é, dos órgãos que se possui ou das funções que se preenche, extrair partículas, entre as quais instauramos relações de movimento e repouso, de velocidade e lentidão, as mais próximas daquilo que estamos em via de nos tornarmos, e através das quais nos tornamos” (p.64). A experiência do devir é uma experiência de desterritorialização/territorialização, ou seja, uma experiência de

desestabilização, de autocriação, de produção de novas possibilidades de si e de mundo.

O plano devir-apoiador se produziria, segundo Bertussi, “na tentativa de aprender a ultrapassar uma subjetividade fundamentada no eu, a deslocar do ser do eu e da consciência para os devires” (idem: p.123). A autora acredita que para aprender é preciso, antes de tudo se desprender, liberar-se das imposições, das instituições, de uma certa maneira de ser. Aprender implicaria em desprender-se de si, antes de tudo.

O plano dos “espaços intercessores” baseia-se na idéia de intercessores proposta por Deleuze (1992). A ideia de intercessores é utilizada para pensar a necessidade de se pôr movimento no pensamento, ou seja, retirá-lo de sua imobilidade, romper com os pressupostos e representações e diluir seus principais elementos. E os intercessores seriam “quaisquer encontros que fazem com que o pensamento saia de sua imobilidade natural, de seu estupor. Sem os intercessores não há criação. Sem eles não há pensamento” (Vasconcellos, 2005: p. 1223). Deleuze (1992) dirá que os intercessores não são apenas pessoas, mas também coisas, plantas, até animais. Podem ser fictícios ou reais, animados ou inanimados e é preciso fabricar seus próprios intercessores. Buscar, por exemplo, encontros intercessores entre clínica e arte, saúde e política, entre os diferentes núcleos de conhecimento das profissões de saúde, entre profissional e usuário, etc.

Na prática do apoio matricial a promoção de espaços intercessores se traduz em momentos de troca onde apoiadores e profissionais possam colocar suas necessidades, projetos, ansiedades, dores, medos, desejos, sonhos, potencialidade e assim serem intercessores uns dos outros. Nestes momentos, mais do que as técnicas, a prática relacional está em destaque. Os processos intercessores no trabalho de apoio a equipes de saúde apontam, segundo Bertussi (2010), “para um reconhecimento de ser essa uma produção intensamente micropolítica. (...) o apoio às equipes de saúde funcionaria como um dispositivo que provoca estranhamentos, ruídos, tensões, conflitos, criação, invenção e potência no enfrentamento de problemas cotidianos” (p.125)

O terceiro plano se refere a como se produzem as “relações no organograma”. Bertussi parte de duas imagens: uma organização arborescente e uma rizomática. Essas imagens são trazidas da botânica para pensar como

os coletivos estariam se conectando. Uma conexão arborecente traz a imagem de uma árvore com seu tronco principal e os galhos que vão se bifurcando para formar a copa da árvore. O organograma arborecente segue esse movimento, parte de uma unidade principal que vai se bifurcando em unidades menores com diferentes valores hierárquicos e conexões limitadas pelo posicionamento de cada grupo/pessoa nesse organograma.

O organograma rizomático está relacionado a idéia de rizoma, que é um tipo de raiz que não cresce na vertical, mas na horizontal e não possui um ponto de origem. Essa raiz se desenvolve de tal forma que todas as linhas que a compõem estão em conexão, podem se comunicar. O princípio do organograma rizomático é a conexão que pode se dar em qualquer direção, sem necessidade de seguir referências hierárquicas ou de subordinação. A proposta é que a conexão se dê por necessidade e não por que a priori se tem o comando. O apoio matricial, segundo Bertussi, seria a expressão do organograma rizomático. A autora acredita que “os coletivos em ação configuram-se com maior potência quando há brechas para o debate intenso e cotidiano do que fazer, como fazer e porque fazer a gestão” (126). Podemos dizer que as relações produzidas a partir do matriciamento, portanto, comportam os jogos do poder, como concebido por Foucault, cabendo aos matriciadores, neste espaço de disputas, estarem atentos para sustentarem modos de subjetivação éticos, com espaço para a liberdade, resistência e cuidado de si e do outro.

O quarto plano que compõe o apoio seria a “produção da caixa de ferramentas do apoiador para operar o apoio às equipes de saúde”. Para Bertussi, a busca por ferramentas não se confunde com a imagem de uma chave que abriria um cofre com soluções mágicas para dar conta de tudo que se passasse na relação entre apoiadores e trabalhadores. Pelo contrário, a caixa de ferramentas é “fabricada” a partir das necessidades que se colocam e devem permitir “percorrer e lidar com as relações, apreender seu relevo, construir vínculo, misturar-se às equipes, ampliando as possibilidades de invenção e encontro com os trabalhadores” (2010, p.87).

O que colocar nesta caixa de ferramentas? As possibilidades são inúmeras e dependem da criatividade, da possibilidade do apoiador buscar inspirações naquilo que já trás do seu núcleo de formação, das experiências da

sua vida, das experiências vividas no próprio matriciamento, do que já se apresenta como material desenvolvido e que pode ser diretamente aproveitado ou adaptado. Bertussi ressalta que se pode lançar mão desde protocolos de cuidado, estratégias de encontro e afetações, até um conjunto de ideias e modos de intervenção buscados no campo das técnicas de governo.

Mas uma ressalva importante é que a fabricação dessas ferramentas deve levar em conta que é preciso tornar permeável os espaços institucionais dos serviços de saúde às forças instituintes dos usuários, pois, segundo a autora, esta seria a “única indicação segura para atravessar o pesado campo dos instituídos, para enfrentar o fogo cerrado dos interesses em jogo e dos embates cotidianos que se realizam nas organizações” (p.131).

As ferramentas instrumentalizam os apoiadores a atuarem como inventores, parceiros, cuidadores, educadores, negociadores, articuladores, estimuladores, pedagogos, etc, ao mesmo tempo que servem de inspiração para as equipes utilizarem as mesmas ferramentas ou desenvolverem outras.

Cada um dos planos de constituição do apoio matricial trás potencialidades que nos fazem apostar neste dispositivo como ferramenta de estratégia gerencial para promoção da integralidade do cuidado em saúde. Voltando a análise proposta por Cecílio sobre as dimensões da gestão do cuidado, lembremos que o autor postula que as ferramentas gerenciais criadas para disputar o sentido de gestão do cuidado na sua dimensão profissional, devem articular as três dimensões do cuidado (profissional, organizacional e sistêmica), e promover espaços para os profissionais questionarem suas práticas e se sintonizarem como o SUS.

Acreditamos que o apoio matricial é uma ferramenta que trás essas características. Se o tomarmos pelo seu potencial de provocar conexões entre áreas/setores/projetos e campos de conhecimento, justamente porque ao funcionar de forma rizomática, provoca o desmanche das hierarquias e convoca a todos a uma construção compartilhada, a uma responsabilização conjunta, a junção entre as três dimensões do cuidado tornar-se-ia efeito deste próprio movimento. A preocupação em promover espaços intercessores e se abrir ao devires são planos que favorecem ao encontro, diálogos, pactuação entre trabalhadores, entre gestores e trabalhadores e entre trabalhadores e usuários, que possibilita a construção/fortalecimento de uma democracia

institucional, a reflexão sobre o trabalho prestado e sua sintonia com os princípios e diretrizes do SUS, que a produção do cuidado seja feita a partir da combinação de diferentes saberes e tecnologias.

Todos esses aspectos e potencialidades estão no nível virtual da ferramenta, ou seja, estão ali como potência. Mas não existem garantias de que sua potencialidade se efetivará. Sendo assim, no próximo capítulo trataremos da experiência do dispositivo apoio matricial num município do Estado do Rio de Janeiro.

Com essa experiência buscamos cartografar as linhas de forças, as linhas de desterritorialização/territorialização, linhas de composição e decomposição, que atravessam o trabalho dos gestores quando o apoio matricial é utilizado para dar suporte aos profissionais no campo da saúde mental. E lançamos perguntas como: em que medida essa ferramenta afeta o processo de trabalho dos gestores? O apoio matricial tem sido um meio de a gestão acessar questões provenientes dos trabalhadores e dos usuários? Como a gestão tem se relacionado com esse dispositivo? O olhar do gestor sobre o campo da saúde mental é afetando quando o dispositivo apoio matricial entra em cena? O dispositivo apoio matricial afeta o processo de trabalho da gestão?

Vale ressaltar que este não é um trabalho avaliativo, não se pretende verificar se o apoio matricial “funciona” ou “não funciona”, se está sendo adequadamente aplicado ou não. O que nos interessa é cartografar, no município selecionado, o que esse dispositivo pode nos deixar ver e deixar falar das potencialidades e das dificuldades colocadas na relação da gestão com o campo do cuidado.

Capítulo 3

Caminhos Metodológicos

O rio que fazia uma volta atrás de nossa casa era a imagem de um vidro mole que fazia uma volta atrás de casa.

Passou um home depois e disse: Essa volta que o rio faz por trás de sua casa se chama enseada.

Não era mais a imagem de uma cobra de vidro que fazia uma volta atrás de casa.

Era uma enseada.

*Acho que o nome empobrece a imagem
(Manuel de Barros)*

3.1. Como uma onda

Como acessar o campo de pesquisa? Quais seriam as minhas lentes, os meus instrumentos? Como entrar? E depois percebi que já estava dentro fazia tempo. Fui escolhida pelo meu tema, pelo meu objeto quando ainda nem pensava em fazer mestrado. Assim, a opção pela pesquisa-intervenção veio da constatação de que pesquisador e o campo de pesquisa foram, ao mesmo tempo, se produzindo.

Contrária à corrente cientificista que acredita na neutralidade do pesquisador frente ao campo de investigação, que considera esse pesquisador neutro e independente em relação às estruturas de poder da organização estudada, que entende que o pesquisador é um observador externo capaz de evitar que suas experiências, seus valores, suas opiniões ou seus preconceitos interfiram no processo de investigação. Contrária a esses pressupostos, a proposta da pesquisa-intervenção utiliza ferramentas de investigação que permitem ao pesquisador, mesmo assumindo uma distância crítica do objeto, se ver incluído no campo que investiga, onde sua ação modifica o objeto estudado.

A pesquisa-intervenção é oriunda da Análise Institucional, corrente desenvolvida na França nas décadas de 60/70. Benevides, sobre os caminhos

de uma pesquisa-intervenção expõe que estes visam “interrogar os diversos sentidos cristalizados nas instituições”¹¹. Tratava-se de produzir evidências que visibilizassem o jogo de interesses e de poder encontrados no campo de investigação.” (2007:230)

E no ato de interrogar as instituições em jogo, as próprias instituições, análise e pesquisa passam pelo processo de desnaturalização. Ao recusar a neutralidade do pesquisador pretende-se romper as barreiras entre o sujeito que conhece e o objeto a ser conhecido. Neste sentido, torna-se imprescindível analisar as implicações, também do pesquisador, com as instituições em jogo numa determinada situação. Benevides (2007) assinala que a análise de implicação do pesquisador não é algo que

“sirva simplesmente para satisfazer a vaidade pessoal com o pretexto de reconhecer o direito daqueles que o ouvem de saberem com quem falam. A implicação não é uma questão de vontade, de decisão consciente. Ela inclui uma análise do sistema de lugares, o assinalamento do lugar que ocupa com os riscos que isto implica.” (p.231)

Na pesquisa-intervenção a intervenção é o procedimento com que o pesquisador se aproxima do campo. Passos e Benevides ressaltam que a intervenção “sempre se realiza por um mergulho na experiência que agencia sujeito e objeto, teoria e prática, num mesmo plano de produção ou de coemergência” (2009:17)

Na pesquisa-intervenção teoria e prática são, ambas, práticas. São práticas que não se focam na busca de supostos universais para decodificar a realidade, mas pelo contrário, se interessam pelos movimentos, pelos processos, pelos fluxos, pela expressão singular que entra em jogo passível de ser apreendida através da cartografia dessas linhas de fluxos e da análise de implicação.

¹¹ As instituições “São árvores de decisões lógicas que regulam as atividades humanas, indicando o que é proibido o que é permitido e o que é indiferente. Segundo seu grau de objetivação e formalização, podem estar expressas em Leis, normas ou pautas.(...) Exemplos de instituições: a linguagem, as relações de parentesco, a divisão do trabalho, a religião, a justiça, o dinheiro, as forças armadas, etc. Para realizar concretamente sua função regulamentadora as instituições materializam-se em organizações e estabelecimentos.” (Baremlitt, 1998)

Passos e Benevides (2009) ressaltam que a “análise das implicações de todos que integram um campo de intervenção permite acessar, nas instituições, os processos de institucionalização”(p.19). E complementam, baseados em Lourau, que o que este autor designa de implicação

“está mais relacionado “às forças inconscientes (o inconsciente institucional) que se atravessam constituindo valores, interesses, expectativas, compromissos, desejos, crenças, isto é, as formas que se instituem como dada realidade. A análise é, então, o trabalho de quebra dessas formas instituídas para dar expressão ao processo de institucionalização.” (20)

A idéia de cartografar movimentos é tomada de empréstimo da geografia. Os geógrafos distinguem o mapeamento da cartografia. Mapear é representar um todo que é aparentemente estático, porém cartografar é acompanhar os movimentos e a transformação da paisagem. A partir do momento que uma paisagem surge uma outra deixa de existir ao mesmo tempo. Mundos surgem, enquanto outros se desmancham.

Observar processos é se situar no “entre”, o que se busca compreender são os movimentos instituintes, aqueles que se encontram entre estados ou forma instituídas. Estes movimentos estão cheios de energia potencial, são linhas que escapam a codificação atualmente conformada.

Diante destas linhas, o cartógrafo não fará nenhum juízo moral, no sentido dado por Espinosa (2002), não se busca julgar se aquele movimento se situa entre o bem e o mal, mas se observa a potencia de afetação das linhas. Elas produzem movimentos de composição ou de decomposição? E aqui nos interessa observar os efeitos produzidos por esses movimentos de composições/decomposições. Quando analisamos esses movimentos, que propostas de SUS vêm à tona? Quais modelos de atenção à saúde são postos em ação? Que práticas dos profissionais são fortalecidas e que outras práticas são barradas ou transformadas? Que modos de governar o gestor sustenta com suas práticas?

A pesquisa-intervenção está relacionada a utilização de analisadores, compreendidos como “acontecimentos – no sentido daquilo que produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise, que decompõe.”

(Benevides, 2007:231) Nesta pesquisa utilizamos como analisador o apoio matricial em saúde mental.

Os profissionais da atenção primária a saúde encontram-se em contato permanente com o campo da saúde mental, seja pelo fato da saúde mental ser componente indispensável à promoção da saúde, seja pelo fato de todo processo de adoecimento conter, em certa medida, também sofrimento subjetivo, seja pelo fato da proximidade com a população deixar em evidência os muitos casos de sofrimento psíquico vivenciados pela população acompanhada. Podemos afirmar, portanto, que enquanto campo de conhecimento, a saúde mental permeia o cotidiano do trabalho dos profissionais da estratégia saúde da família, que são impelidos a responder de alguma forma as demandas que surgem deste campo.

No entanto, quando consideramos a presença hegemônica da lógica biomédica influenciando o olhar e as práticas dos profissionais de saúde, temos ainda hoje uma forte tendência dos profissionais da atenção primária em desconsiderar que questões do campo da saúde mental estejam dentro de suas atribuições e adotarem o encaminhamento para especialistas como única prática corrente. Essa dinâmica de funcionamento contribui para a fragmentação do cuidado e para a baixa resolutividade neste nível de atenção.

Se considerarmos apenas o aspecto clínico nos deparamos com a exigência de que os profissionais da atenção primária desenvolvam habilidades técnicas altamente complexas que garantam um olhar ampliado sobre a saúde e seus determinantes sociais. Bem como, o desenvolvimento de uma perspectiva interdisciplinar no cuidado.

Campos (2000) considera que os limites, seja entre as disciplinas, seja entre as especialidades no campo da saúde, ou ainda entre as práticas, se sobrepõem configurando um campo científico e de práticas com características interdisciplinares. Assim, o campo seria “um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (p.220). Contudo, cada disciplina, cada profissão, contém algo de específico, de nuclear àquele campo de saber e de prática, que está referido ao seu núcleo de competência que compõe sua identidade profissional e disciplinar. Mesmo assim, apesar do núcleo afirmar uma certa especificidade profissional e disciplinar a relação entre Núcleo e Campo de

saberes e de práticas está em constante mutação e interinfluência, tornando impossível precisar os limites em torno de um ou outro.

Mas, de acordo com Merhy (2002), além dessa dimensão centrada no núcleo profissional e no campo da clínica, outra dimensão do ato de saúde é a dimensão propriamente cuidadora, operada por qualquer trabalhador da saúde, independente do nível profissional. E aqui são incluídos os porteiros, os serventes, os faxineiros, ou seja, todos são, em alguma medida, responsáveis por sustentar o valor cuidado no ambiente de trabalho, na relação com o usuário.

O Apoio Matricial entra neste contexto como um suporte técnico pedagógico para os profissionais da Saúde da Família visando diminuir a fragmentação do processo de trabalho e encaminhamentos desnecessários e evitar práticas de “psiquiatrização” e “medicalização” do sofrimento humano, indo para além da clínica, atuando com base no campo do cuidado. A aposta neste arranjo organizacional é que seja capaz de provocar mudanças na estrutura gerencial e assistencial dos serviços de saúde, para produzir outra cultura e outras linhas de subjetivação.

Tomado como um dispositivo estratégico, a aposta no apoio matricial se situa na possibilidade de provocar a movimentação de forças que se encontram instituídas. Provocar o estranhamento de barreiras entre as disciplinas que estão impedindo a permeabilidade de suas fronteiras e a experimentação de práticas de saúde interdisciplinares. Além de instigar as equipes a lançarem mão de tecnologia relacionais ou tecnologias-leves, no dizer de Merhy (2002). O apoio matricial é introduzido na política de saúde como um novo arranjo organizacional que, no mínimo, possui o potencial de produzir movimentos na atual relação da atenção básica com o campo da saúde mental.

A movimentação gerada pelo dispositivo produz questões tanto para os profissionais da assistência e apoiadores matriciais, como para os profissionais da gestão. Ilustrativamente, digamos que o dispositivo apoio matricial gera um efeito de “onda”. A figura de uma onda nos trás a imagem de um duplo movimento. Em um dos capítulos do seu livro “Palomar”, Ítalo Calvino coloca sua personagem, um senhor chamado Palomar, para observar uma onda na praia. Em pouco tempo ele percebe que não é possível isolar o

movimento de uma única onda, porque o movimento da onda é parte de um complexo funcionamento. A princípio ele achava que a onda ia do mar em direção à terra, mas depois percebe que a onda também vinha da terra para o mar, e esse voltar não era um movimento secundário, mas antes, necessário, condição de possibilidade para que a onda tornasse a voltar para terra. E a cada movimento de onda, o mar e a praia também não eram mais os mesmos, pois a relação entre ambos produzia mútuo processo de transformação.

Ao tomar o apoio matricial em saúde mental como analisador, ou seja, como aquilo que produz esse efeito de “onda” no campo, colocamos em foco a análise da relação entre a gestão e o cuidado. Baremlitt, considera que os analisadores

“são dispositivos inventados e implantados pelos analistas institucionais para propiciar explicação dos conflitos e sua resolução. Para tal fim, pode-se valer de qualquer recurso (procedimentos artísticos, políticos, dramáticos, científicos, etc.), qualquer montagem que ponha de manifesto o jogo de forças, os desejos, interesses e fantasmas dos segmentos organizacionais.” (Baremlitt, 1992:152)

Partimos da hipótese de que caso o apoio seja utilizado como uma função da gestão, este movimento poderia torná-la mais permeável às demandas que surgem no cotidiano dos serviços favorecendo a construção compartilhada de compromissos coletivos. E a partir desta relação nos colocamos algumas questões: diante da movimentação provocada, na relação dos profissionais na atenção primária com o campo da saúde mental, a partir da entrada em campo do dispositivo apoio matricial, como os gestores estão lidando com as questões que surgem no dia-a-dia do processo de trabalho das equipes de saúde da família? Os gestores têm criado mecanismos para acolher a demanda dos profissionais e utilizar essas demandas como material para repensar suas práticas, produzir políticas? Os gestores estão sendo capazes de se afetar com as questões que vem da assistência ao ponto de transformarem sua relação com a gestão do cuidado?

Nesta pesquisa pretendemos cartografar esses movimentos para compreender o que se produz na micropolítica¹² dessa relação entre gestão e cuidado. A pesquisa cartográfica consiste no acompanhamento de processos e objetiva desenhar a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente.

Quando se busca trabalhar a partir de uma processualidade, a rigor, esta já se encontra em curso, o que obriga o pesquisador a começar pelo meio. O pesquisador começa em meio a um momento presente que já carrega uma história e num campo que é território vivo, movente, em si mesmo processual. Este aspecto confere ao território uma espessura que impede que seja tomado como um meio ambiente composto de formas a serem representadas ou informações a serem coletadas. A perspectiva de território espesso está em oposição a de território raso informacional.

No campo da saúde quando lidamos com a implementação de políticas que impactam diretamente o processo de trabalho, os trabalhadores costumam ser os principais sujeitos dessa mudança. As intervenções produzidas no campo podem ser vivenciadas pelo trabalhador como experiências desterritorializantes das estruturas do saber, da linguagem afetiva, das atitudes em relação ao outro, ou seja, da própria forma de agir sobre o mundo do trabalho e do cuidado em saúde.

Neste sentido, através da cartografia busca-se captar os movimentos de territorialização ou reterritorialização, que é a construção de novos mundos, sobre os quais os sujeitos reencontram um solo de saber, afetos, relações, referenciais simbólicos, nas quais constroem novas formas de atuar sobre o mundo. O cartógrafo está atento para as produções subjetivas que surgem no campo social. Merhy (2007), focando o campo da saúde, dirá que o cartógrafo está atento para a micropolítica do trabalho vivo em ato.

A cartografia dessas linhas de força, dessas relações de poder geram um diagrama. Deleuze (1988) dirá que o diagrama é

¹² A micropolítica trata das “questões que envolvem os processos de subjetivação em sua relação com o político, o social e o cultural, através dos quais se configuram os contornos da realidade em seu movimento contínuo de criação coletiva.” (Rolnik,2007: p.11)

“a máquina abstrata, é o mapa das relações de forças, mapa de densidade, de intensidade, que procede por ligações primárias não-localizáveis e que passa a cada instante por todos os pontos, ou melhor, em toda relação de um ponto a outro.” (p.46)

A idéia de diagrama é invocada para dar conta desta matéria que é fluida e constantemente mutável, mas que possui uma certa duração e densidade passível de ser vista e discutida. Sendo assim, um diagrama “nunca age para representar um mundo preexistente, ele produz um novo tipo de realidade, um novo modelo de verdade” (Deleuze, 1988, p. 45).

3.2. O engajamento com o território da pesquisa

Numa pesquisa cartográfica o contato com o território implica num engajamento do pesquisador com o universo pesquisado. A busca do conhecimento não é feita através de representações ou do processamento de informações ou da análise abstrata dos acontecimentos. O cartógrafo busca construir conhecimento através do compartilhamento de um território existencial com seu objeto, onde ambos se relacionam e se codeterminam. (Alvarez e Passos, 2010)

A idéia de território utilizada aqui é tomada de Deleuze e Guattari (1997) que procuram evidenciar a dimensão processual e qualitativa, ao afirmar que a formação de um território é explicada pela expressividade e não pela funcionalidade. Estes autores buscam equivocadamente a idéia de um território que pode ser apreendido apenas a partir da descrição e explicação de um conjunto de procedimentos, visto como uma realidade dada e preexistente. Essa perspectiva daria apenas acesso a realidade territorializada, mas impediria o pesquisador de acessar os processos, as linhas, as forças que configuraram tal realidade. Além de dar a falsa impressão de que o território é estático e primeiro em relação às marcas qualitativas.

Deleuze e Guattari dirão que “o território é o produto de uma territorialização dos meios e dos ritmos” (1997, p.120). Para esses autores “há território a partir do momento em que componentes de meios param de ser direcionais para se tornarem dimensionais, quando eles param de ser

funcionais para se tornarem expressivos” (idem, p. 121). Em linhas gerais, o território dá consistência temporal e um alcance espacial a determinadas expressões (qualidades) que definem tal território. Na prática da pesquisa, isto significa que não são os sujeitos, os objetos e seus comportamentos o foco da pesquisa, mas as expressividades, as “personagens rítmicas” e “melódicas” que habitam esse território existencial e que encontra-se em constante mutação.

Partido dessas ideias, o engajamento com o território se deu através da participação na Conferência Municipal de Saúde, em visitas feitas a unidades de saúde, entrevistas com profissionais e participação na inauguração de um observatório de pesquisa local e do curso de mestrado profissional público. Todos esses acontecimentos me permitiram entrar em contato com a matéria expressiva da cidade, com aquilo que minhas expectativas não alcançavam e não esperavam. Que o meu conhecimento prévio não dava conta. Todos esses encontros geraram anotações de cabeceira, entrevistas e diários reflexivos, que passarei compartilhar no próximo capítulo.

3.3. Tecendo Análises

Na pesquisa-intervenção a análise não se constitui numa interpretação, ou num discurso explicativo, mas através da análise procura-se colocar luz sobre os elementos que compõe o conjunto. A análise busca trazer a luz as instituições em jogo e suas implicações nos processos estudados. Segundo Lourau 2004,

“as instituições são normas. Mas elas incluem também a maneira como os indivíduos concordam, ou não, em participar dessas mesmas normas. As relações sociais reais, bem como as normas sociais, fazem parte do conceito de instituição. Seu conteúdo é formado pela articulação entre a ação histórica de indivíduos, grupos, coletividades, por um lado, e as normas sociais já existentes, por outro.(...) a instituição não é um nível da organização social (regras, leis) que atua a partir do exterior para regular a vida dos grupos ou as condutas dos indivíduos; atravessa todos os níveis dos conjuntos

humanos e faz parte da estrutura simbólica do grupo, do indivíduo.” (p.71)

Lourau (2004) afirma ainda, que as instituições são compostas por dois aspectos: o instituído e o instituinte. Por instituído compreende a ordem estabelecida, os valores, os modos de representação e de organização considerados normais e os procedimentos habituais de previsão (econômica, social e política); Por instituinte compreende a contestação, a capacidade de inovação e a prática política como “significante” da prática social. Essa concepção de instituição coloca o homem tanto como aquele que é determinado pelas instituições como aquele que as transforma e as põe em questão. Sendo assim, a relação com as instituições não é somente de passividade diante do instituído, mas a própria instituição trás em si a abertura para que seja contestada. E todo esse jogo se dará através das relações de poder, como compreendida por Foucault.

A análise de tais instituições é feita a partir dos analisadores. É o analisador que realiza a análise. No percurso da pesquisa, no engajamento com o campo estudado, alguns acontecimentos, encontros, eventos, se apresentaram como analisadores naturais que permitiram o acesso a algumas das instituições em jogo.

3.4. O processo de escolha do campo de pesquisa

3.4.1. O Apoio do estado aos municípios

A escolha do local onde se realizaria a pesquisa de campo ocorreu em duas etapas. Na primeira etapa foi feito mapeamento de possíveis municípios, junto a profissionais da Superintendência de Atenção Básica (SAB) do Estado do Rio de Janeiro¹³. A segunda etapa consistiu na aproximação da

¹³ “A **Superintendência de Atenção Básica (SAB)** é um dos pilares da Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS) da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESDEC) juntamente com a Superintendência de Assistência Farmacêutica, Regulação, Controle e Avaliação, e Coordenação de Transplantes. Tem como campo de ação o desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde no Estado do Rio de Janeiro, apoiando os municípios na organização de suas redes de serviços, na escolha de modelos de atenção adequados à sua realidade. **A SAB está organizada em uma Coordenação de Apoio à Gestão da Atenção Básica e nas Áreas Técnicas:** Saúde Mental, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Adolescente / Nutrição, Ações contra à Violência, SOS Mulher, Populações em Situação

pesquisadora de dois municípios pré-selecionados na primeira etapa, para compreender como estava o apoio matricial em cada um deles. Após essa avaliação prévia, um deles se mostrou, naquele momento, mais propício para ajudar nos objetivos desta pesquisa. Mais a frente os critérios para a escolha do município serão descritos.

O levantamento, dos possíveis municípios que poderiam ajudar na pesquisa, foi realizado a partir de entrevistas com apoiadores¹⁴ da Coordenação de Apoio à Gestão da Atenção Básica e apoiadores da Área Técnica em Saúde Mental e com a Superintendente de Atenção Básica. Tais profissionais foram escolhidos pela sua inserção junto aos municípios, que os dotava de informações atualizadas.

O Estado do Rio de Janeiro está dividido em dez regiões de saúde¹⁵, onde a capital é uma região única. E a Superintendência de Atenção Básica do Estado do Rio de Janeiro divide sua estrutura de apoio aos municípios alocando apoiadores por região. No momento da entrevista, a Coordenação de Apoio à Gestão da Atenção Básica contava com 20 apoiadores que se dividiam, por região, para abranger os 92 municípios do Estado. Os apoiadores das áreas técnicas não estão sendo considerados nesta contagem, pois como veremos mais a frente, nem todos os profissionais da SAS adotam o apoio como ferramenta de trabalho, esse trabalho está mais consolidado na Coordenação de Apoio à Gestão da Atenção Básica.

A proposta de “Apoio” adotada por alguns profissionais da SESDEC possui bases na perspectiva de Apoio Paidéia, tal como formulada por Gastão Wagner Campos (2000) e discutida no capítulo 1.

Considero importante compreender o trabalho dos apoiadores estaduais com os municípios e analisar a micropolítica do processo de trabalho destes apoiadores. Isso nos ajudará compreender algumas dificuldades que os próprios profissionais do estado enfrentam e como isso reflete no trabalho dos

de Vulnerabilidade, Práticas Integrativas, Monitoramento e Avaliação, Saúde Bucal e Saúde do Idoso.” (<http://www.saude.rj.gov.br/atencao-basica> em 25/12/2011)

¹⁴ No site da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro o trabalho dos apoiadores é assim referenciado: “organizamos as ações com base no apoio direto aos municípios através de técnicos “apoiadores”, ligados especificamente às regiões, de forma que possamos estabelecer relações próximas e de conhecimento da realidade. Entendemos como papel dessa estrutura oferecer suporte à organização das redes de Atenção Primária em Saúde, aos processos de educação permanente dos profissionais, bem como nas temáticas específicas das áreas técnicas.” (<http://www.saude.rj.gov.br/atencao-basica> em 25/12/2011)

¹⁵ Ver em anexo o mapa com as regiões de saúde e os respectivos municípios componentes.

municípios, uma vez que este apoio também serve como base para os próprios municípios desenvolverem a prática do apoio matricial em seu território.

A organização do trabalho da SAB pela perspectiva do Apoio aos municípios foi um processo que ganhou força em 2008 quando o superintendente da época firmou uma parceria da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESDEC) com a Unicamp. Um grupo de 20 profissionais, onde constavam apoiadores do município do Rio, profissionais de Niterói e de outros setores da SESDEC foram escalados para fazer este curso que durou um ano. Ao final do curso foram elaborados projetos de intervenção. Um desses projetos foi construídos por profissionais das áreas técnicas da SAB em saúde mental, saúde bucal, monitoramento e avaliação, supervisão da ESF da SMS Itaboraí, que tratou do “NASF como intercessor no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família”, cujo campo de atuação foi a implementação do NASF no município que serviu de base para esta pesquisa.

Esse curso foi apontado por vários dos profissionais entrevistados como um marco importante para o fortalecimento da prática do apoio como metodologia de trabalho. Neste curso puderam aprofundar as bases teóricas de práticas que alguns deles já vinham experimentando no dia-a-dia. Os entrevistados ressaltaram que, antes mesmo de ocorrer este curso, havia internamente uma disputa entre propostas de trabalhos diferentes, onde a proposta de apoio era uma delas, e uma outra estava voltada para uma supervisão com características mais fiscalizadora e normativa.

Mas a disputa interna não cessou com a formação de alguns profissionais na perspectiva do apoio, pois a direção do trabalho se mostrou muito relacionada com as forças sustentadas pelo gestor do momento, mostrando que cada gestão imprime uma marca no trabalho dos profissionais. Mas também foi possível cartografar movimentos de resistência, o que nos mostra que as relações de poder podem pender para muitos lados.

O gestor que, assumiu a SAB no início de 2007 e ficou até o final daquele ano, trouxe para aquele espaço profissionais que estavam afinados com a proposta de apoio desenvolvida por Campos(2001). Foi esse grupo que firmou parceria da SESDEC com a Unicamp para um curso que ocorreria durante todo o ano de 2008. Foi este grupo também que procurou integrar o trabalho das áreas técnicas com o da Coordenação de Apoio à Gestão da

Atenção Básica. E naquele momento, profissionais da área técnica de saúde mental foram convidados a dobrar a carga horária e trabalhar também na Coordenação de Apoio à Gestão da Atenção Básica compondo as equipes de apoio aos municípios. Essa aproximação foi muito importante para começar a integrar os diversos profissionais da SAB e também na elaboração da Nota Técnica sobre o NASF, que veremos mais à frente.

Porém no ano de 2008 assumiu, interinamente, outro gestor que não acreditava na proposta de apoio aos municípios. Mas apesar de não apoiar a proposta não fez movimentos que impedissem que acontecesse. E o assessor do gestor anterior permaneceu e continuou desenvolvendo o trabalho com os profissionais do Apoio à Gestão da Atenção Básica. Esse assessor tinha experiência em apoio matricial à gestão e foi uma peça importante neste processo.

Com a entrada de um novo superintendente no final de 2008, que também não se afinava com a proposta de apoio, ocorreu o desestímulo de tais práticas. A parceria do Apoio à Gestão da Atenção Básica com a Área Técnica de Saúde Mental foi institucionalmente desfeita, o que acabou gerando um afastamento gradativo entre os referidos profissionais. Esse afastamento, no entanto, não foi total, uma vez que a integração promovida anteriormente gerou um vínculo de trabalho entre esses profissionais que, por ventura, se reúnem para tratarem de assuntos pontuais. No entanto, houve uma perda significativa no que se refere a um processo de trabalho mais estruturado entre os apoiadores em saúde mental com os apoiadores da Gestão da Atenção Básica.

A integração do trabalho dos Apoiadores da Gestão da Atenção Básica e dos apoiadores das Áreas Técnicas é vista como um desafio a ser superado. Inclusive em termos de metodologia de trabalho, pois nem todo profissional das Áreas Técnicas se vê como “Apoiador” ou organiza seu trabalho pela perspectiva do apoio. Este é um campo de disputas. E um dos efeitos deste embate é a fragmentação dos processos de trabalho. Áreas Técnicas que não trabalham integradas entre si, e muito menos com os apoiadores da Gestão da Atenção Básica. Vale lembrar, que esta organização fragmentada atinge diretamente o trabalho com os municípios que ora recebem suporte na linha do apoio matricial, ora recebem suportes com características mais normativa/fiscalizadora, ora numa linha mais normativa/informativa, etc.

São práticas destoantes vindas de uma mesma fonte, ou seja, a SAB para os municípios passa a ter muitas “caras”.

Em setembro de 2009 ocorreu mais uma troca na gestão da SAB e que permanece até o momento. O atual superintendente buscou retomar alguns processos integrativos e fortalecer o trabalho do apoio institucional. Atualmente o trabalho dos apoiadores da Gestão da Atenção Básica junto aos municípios é muito diverso e abrangente. No que se refere ao Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), por exemplo, o superintendente de atenção básica explicou que os apoiadores discutem com o município seu projeto, se ele está adequado ou não, se tem problemas de ordem documental, discutem também as perspectivas que o município tem para aquele NASF em termos de concepção do que pretende com o NASF, de formação, uma vez que a formação é livre e o município pode organizá-la do jeito que achar melhor para atender suas necessidades. Enfim, procuram trabalhar em conjunto com o município no sentido de apoiar este tanto a superar dificuldades de várias ordens, quanto qualificar sua atenção básica.

No sentido de orientar os municípios na implementação dos NASFs, a SAB preparou uma Nota Técnica visando “reforçar as orientações oferecidas pela Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, bem como fornecer maiores subsídios aos gestores e coordenadores de Programa de Saúde da Família (PSF) na elaboração de projetos para constituição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF e sua articulação com os demais equipamentos e recursos envolvidos na produção da saúde” (SESDEC - Nota técnica, 2009).

A construção desta nota técnica foi um analisador interessante para compreender as relações de trabalho existentes na SAB e também as vantagens de um trabalho mais integrado. No momento que surgiu a Portaria 154 em 2008, existia um assessor na gestão da atenção básica que trabalhava com a perspectiva de apoio à gestão, como já foi dito, e dois profissionais da área técnica de saúde mental estavam trabalhando integrados aos apoiadores da gestão da atenção básica. Foi neste momento político que se viu a necessidade de escrever uma Nota técnica sobre a Portaria 154.

A preocupação central dos elaboradores da Nota Técnica, segundo os apoiadores entrevistados, era fortalecer a perspectiva de que os NASF teriam como diretriz o apoio matricial focado no trabalho multiprofissional

compartilhado. Queriam evitar que os NASFs corressem o risco de sustentar uma lógica de trabalho que reforçasse os especialismos e a fragmentação dos processos de trabalho. Observaram na época, que os gestores municipais que queriam credenciar os NASFs, tinham a perspectiva de que teriam recurso para contratar especialistas e ter um maior aporte tecnológico dentro da atenção básica.

A Nota Técnica foi uma ferramenta estratégica, neste sentido, porque ajudou os apoiadores da Gestão da Atenção Básica se estruturar para “promover” um NASF nos moldes do apoio matricial. Os entrevistados explicaram que, na medida em que os pedidos de credenciamento iam chegando, baseados na Nota técnica, eram avaliados e discutidos com os gestores municipais. Relataram um processo de intensa negociação/discussão com os municípios que chagavam a reestruturar um mesmo projeto mais de nove vezes.

No entanto, o apoio aos municípios, no que se refere à implantação dos NASFs, está centrado no momento de credenciamento. O acompanhamento ao longo do tempo não tem sido possível. Esse aspecto fez com que alguns entrevistados avaliassem que a dificuldade no acompanhamento do trabalho dos NASF prejudica que a proposta de apoio matricial seja efetivamente consolidada. Consideram que apesar de todo o debate feito no período de credenciamento, este é insuficiente para garantir que os NASF funcionem pela perspectiva do apoio matricial. E admitem que esta é uma falha no processo de Apoio da SAB que precisaria ser revista, no entanto, o número reduzido de apoiadores é apontado como o principal entrave para o atingimento deste objetivo.

Quando no final de 2008 a SAB passou a ter um novo gestor, que não coadunava com essa perspectiva de trabalho de apoio institucional, a Nota Técnica passou a ser um instrumento político decisivo. Respaldo pela aprovação na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), o documento passou a ser instrumento de resistência daqueles profissionais que buscavam fortalecer a lógica do apoio matricial nos NASFs. Alguns processos de credenciamento que eram de interesse da gestão que fossem agilizados, sem passar pelo processo de debate/discussão, puderam ser evitados com o respaldo da nota técnica.

Os apoiadores da área técnica de saúde mental foram atores importantes neste processo, pois já traziam uma bagagem de trabalho na linha do apoio nesta área técnica desde 1999, quando se começou a constituir e se discutir a Política de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Esse processo, na Saúde Mental, foi feito a partir de um Fórum de Coordenadores, onde se pensava a gestão junto com as ações de ponta na integração da clínica com a gestão. Hoje trabalham sobre a perspectiva de que da mesma forma que pra cuidar, os profissionais da assistência precisam ter o vínculo com os usuários, na gestão, isso não seria diferente com os municípios que têm os apoiadores como referência.

A Nota Técnica foi elaborada basicamente por apoiadores da Gestão da Atenção Básica e por dois apoiadores da Área Técnica da Saúde Mental. Foi relatado que houve muitas tentativas de trabalho em conjunto com as outras áreas técnicas, mas que essas consideraram a iniciativa pouco relevante e se mantiveram afastadas do processo de elaboração. Foi solicitado também que elaborassem um anexo referente a cada profissão de saúde contemplada na Portaria 154, no entanto somente a área de saúde mental atendeu a solicitação.

Outro canal de comunicação entre estado e municípios é o Fórum Permanente de Atenção Básica promovido pela SAB. Este é um outro espaço onde se trabalha a integração em vários níveis, desde a integração estado/municípios, como a integração interna da SAB. Os entrevistados apontaram este espaço como estratégico para aproximar o Apoio à Gestão da Atenção Básica com as Áreas Técnicas e inclusive como uma estratégia de otimização dos recursos, uma vez que se pretende que as Áreas Técnicas utilizem o espaço do Fórum pra promoverem também seus eventos, unificando assim várias propostas num só espaço. A organização de Fóruns não é uma novidade desta gestão, mas a periodização mensal foi um diferencial que foi avaliado pelos entrevistados como “uma força para a atenção básica”.

Particpei de quatro Fóruns, onde escutei o relato de experiências de alguns municípios e tive a chance de me aproximar informalmente de alguns gestores municipais e conversar sobre as suas experiências com o apoio matricial. O 7º Fórum Permanente de Atenção Básica ocorrido em 28 de setembro de 2010 teve como tema “Redes e Apoio Matricial: Compartilhando

saberes para produção do cuidado”. Este fórum foi particularmente importante para a pesquisa porque pude ter contato com diversos relatos de município que estavam implementando o NASF ou já tinham implementado e traziam dúvidas e/ou contribuições para o debate, o que também contribuiu na seleção do município onde seria realizada a pesquisa.

Esse contato prévio com a SAS foi muito importante para a pesquisa, pois permitiu compreender quais são as possibilidades de suporte que os municípios do Estado do Rio podem contar para realizar sua gestão. Alguns problemas de ordem estrutural também foram apontados pelos entrevistados, como o número reduzido de apoiadores para dar conta dos noventa e dois municípios do Estado. O vínculo empregatício e a qualificação dos apoiadores também foram problemas apontados. A maior parte dos apoiadores que estão na coordenação de Apoio à Gestão da Atenção Básica foram contratados como temporários, por dois anos, através de um concurso realizado pela Fundação Escola de Serviço Público (Fesp). Tal concurso não era destinado para a gestão, portanto os selecionados no concurso não possuíam perfil para o cargo onde foram alocados. Quando ingressaram na SAB chegaram sem nenhuma experiência na área. Além disso, a maioria dos profissionais eram recém formados. Foi preciso que se investisse na qualificação destes profissionais no dia-a-dia do trabalho. Profissionais experientes, estatutários do estado e com um percurso de trabalho na área de apoio foram alocados como referência para os apoiadores novos. Foram formadas equipes de apoiadores, cada qual com seu respectivo profissional de referência. No momento da entrevista, um ano havia transcorrido desde o início deste processo e pela avaliação de alguns entrevistados, aquele ano tinha sido dedicado a qualificação dos profissionais e muitos processos foram lentificados para comportar o período de aprendizagem. O grande problema é que o contrato de trabalho só dura dois anos e não se sabe se será prorrogado. A continuidade e o investimento feitos correm o risco ficarem comprometidos.

Outro problema apontado foi a recorrente falta de transporte disponível para levar os apoiadores até os municípios. A estrutura física da SAB também foi lembrada como um problema, mas que já vinha sendo respondido. Algumas reformas começaram a ser feitas para garantir salas de reuniões e mobiliário adequado. A reestruturação das salas, também permitiu

uma aproximação espacial entre a coordenação de apoio a gestão da atenção básica e algumas áreas técnicas. O que vinha facilitado, ao menos, que um conseguisse conhecer um pouco do trabalho do outro. Mas a fragmentação dos processos de trabalho segue como uma dificuldade.

Todo processo de mudança é lento e bastante complexo. O estado, que tem como uma das funções direcionar e orientar as políticas municipais, também passa por delicado processo de reestruturação e qualificação em meio a um campo interno de disputas significativo no que se refere à direção do trabalho focado no apoio aos municípios. Sem dúvida estes aspectos influenciam no trabalho prestado aos municípios e torna as mudanças no nível municipal ainda mais difícil.

Não se pretendeu aqui esgotar os aspectos da micropolítica dos processo da SAS. Apenas algumas linhas foram puxadas desse emaranhado para que pudéssemos compreender um pouco a estrutura que dá suporte aos municípios.

3.4.2. Um município como cenário para pensar as práticas dos gestores na atenção básica

Antes de falar do município que serviu de base para as análises, cabe ressaltar que esta pesquisa não se trata de um estudo de caso, mas utiliza um caso como cenário, como base para o exercício reflexivo de pensar a relação da gestão com o campo do cuidado. A proposta, portanto, não foi colocar o município no centro da análise, mas marcar o próprio exercício cartográfico.

O município selecionado se encontra na região Serrana do Estado do Rio de Janeiro e segundo o censo do IBGE de 2010, possui uma população de 54.370 habitantes numa área de 953,801 km². 86,5% da população do município está concentrada em área urbana e apenas 13,5% na área rural. Os setores da economia onde se concentra o PIB do município estão assim representados: 60,19% setor terciário, 22,12% na indústria de cerveja e 2,46% na agropecuária.

Esses dados se tornam interessantes quando o comparamos com dados de 1994. Naquela época a população era de aproximadamente 50.000

habitantes e a economia local baseava-se principalmente no setor primário. Os setores terciário e secundários respondiam apenas a demanda interna do município (Gonçalves e Oliveira, 1994).

Era, portanto, um município agrícola e com um histórico de lutas em torno da questão da posse da terra. Naquela região, já na década de 60, existiam 10 postos de saúde construídos pelo INCRA (Intituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária), mas que foram fechados por retaliação do governo Federal que buscava combater a resistência da população local ao golpe militar de 1964.

Na década de 80 a população organizou-se em comissões de moradores para reivindicar a reabertura dos postos do INCRA e de outras melhorias na assistência a saúde. No entanto, diante das constantes negativas das autoridades, a população tomou outro posicionamento e se organizou para modificar o quadro de saúde local. Profissionais de saúde da região - médicos, enfermeiros e psicólogos – se aliaram as comissões de moradores e fundaram o Projeto Papucaia, que baseava-se em serviço voluntário, uso de ervas medicinais e práticas populares de assistência à saúde.

Este projeto implementou um programa de trabalho baseado na atuação de Agentes de Saúde, que eram moradores locais já reconhecidos por sua atuação comunitária no campo da saúde como parteiras, raizeiras, conhecedores de ervas e plantas medicinais. Esses agentes eram treinados em cuidados básicos, ações preventivas e primeiros socorros.

Em 1984 a prefeitura municipal assinou convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS) e assumiu a gestão da rede de atenção primária. Naquele momento, a maior parte dos agentes de saúde formados pelo Projeto Papucaia foram contratados pelo município, além dos profissionais de saúde que faziam parte do Projeto. A rede básica de saúde municipal foi ampliada com a reabertura de oito postos de saúde.

No ano de 1987 o município passou a ser o 1º Distrito sanitário do país com a criação da secretaria municipal de saúde. O secretário de saúde que assumiu, pertencia ao Projeto Papucaia e diversos membros do projeto assumiram cargos na prefeitura. A luta política desses atores resultou na municipalização do hospital e do posto de saúde estaduais. Na construção de novos postos de saúde da rede básica, onde ainda não havia. Além de instituir

a universalidade do atendimento do ambulatório municipal e do hospital. Uma série de melhorias na qualidade de saúde da população pode ser vivenciada neste período como a redução da mortalidade infantil, o controle da diarreia por meio da hidratação oral, o aumento da cobertura do pré-natal, controle de cesarianas indiscriminadas e da laqueadura tubária, prevenção da internação de pacientes de saúde mental através de intervenção domiciliar e ambulatorial, prevenção da cárie em crianças de 0 a 5 anos, acompanhamento dos hipertensos, etc.

O período de participação direta do Projeto Papucaia na gestão municipal de saúde foi de 1984 a 1988. Em 1988 o secretário de saúde lançou candidatura para a prefeitura, mas foi derrotado. O novo prefeito que assumiu demitiu todos os profissionais que pertenciam ao Projeto Papucaia e também aqueles profissionais treinados pelo Projeto.

O Projeto Papucaia existe até hoje com a denominação Centro de Estudos de Saúde do Projeto Papucaia (CESPP), mas não observei sua atuação política enquanto estive na pesquisa de campo.

Particpei da Conferência Municipal de Saúde e pude constatar que o momento político vivido hoje pelo município está bem diferente dos idos das décadas de 60 e 80. A quase ausência da população na conferência municipal contrasta com o percurso de militância pela saúde que marcou a história do município.

A história política do município, sua participação nas AIS, foram fatores que chamaram a atenção, principalmente porque coloca em evidência que o desenvolvimento do SUS no território nacional não se dá por um movimento de “evolução”. A consolidação dos princípios do SUS passa por um processo de disputas políticas, disputas de relações de poder, intensas, onde nada garante a sua sustentação. O que faz com que a análise constante das relações de poder, desenvolvimento de novas ferramentas de gestão e assistência, o envolvimento da população, profissionais de saúde e gestores, o monitoramento e a avaliação dos processos, sejam posicionamentos estratégicos para a consolidação de um sistema de saúde público e democrático.

Apesar de o momento político atual ser bastante diferente, o município guarda um protagonismo que o destaca no cenário Estadual e fez

com que fosse escolhido como cenário desta pesquisa. A seguir são destacados alguns pontos que motivaram a seleção.

Um primeiro ponto de destaque é o grau de autonomia do município para exercer a gestão de sua rede de saúde. O município está no modelo de gestão Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Estadual Plena. Sendo assim, é responsável pela execução da assistência ambulatorial básica; das ações básicas de vigilância sanitária, de epidemiologia e controle de doenças; gerência de todas as unidades ambulatoriais; autorização de internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais especializados; operação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e controle e avaliação da assistência básica.

O segundo ponto foi a existência de uma rede de saúde estruturada em seus diversos níveis de atenção, onde atenção básica conta com cobertura da ESF. A rede municipal de saúde conta com um hospital, um ambulatório, um centro comunitário, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um posto do Programa Municipal de Combate à Dengue (CMCD) e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). A atenção básica conta com nove unidades básicas de saúde tradicionais e nove unidades da Estratégia Saúde da Família e três extensões¹⁶, além de 72 agentes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) divididos em 3 equipes com uma enfermeira.

O terceiro ponto foi a existência de uma rede de saúde mental estruturada. A rede de saúde mental conta com um ambulatório e um Centro de Atenção Psicossocial. No ambulatório é onde ocorrem as consultas agendadas previamente, de psiquiatria e psicologia com o suporte do serviço social. O CAPS é da modalidade I, no entanto atendem todas as demandas que chegam, inclusive crianças e adolescentes e pessoas que fazem uso de algum tipo de drogas e/ou de álcool.

Outro ponto determinante foi a existência de uma equipe de NASF que se guiasse por uma lógica de apoio matricial no trabalho com as equipes de Saúde da Família e que tivesse mais de um ano de credenciamento. O NASF deste município foi o primeiro do Estado do Rio de Janeiro. Antes

¹⁶ São extensões das unidades da ESF. Como existem algumas localidades bem distantes, mas com uma população pequena que não justificaria a implantação de uma equipe de saúde da família, foram feitas extensões. Cada extensão tem de 1 a 2 ACS e um técnico de enfermagem diariamente, e uma vez por semana o médico e o enfermeiro vão até as extensões.

mesmos da portaria 154 ser lançada em 2008, os profissionais da secretaria de atenção básica já estavam pensando em organizar equipes de apoio às equipes de saúde da família. E quando a portaria surgiu a adesão foi quase imediata.

O porte populacional do município também foi levado em consideração. Foi compreendido que o trabalho num município com pouco mais de 50mil habitantes facilitaria a pesquisa de campo. Uma vez que a proposta era estar próximo do trabalho da gestão municipal, analisar este trabalho num município pequeno seria mais viável para o tempo de uma dissertação de mestrado.

O Acesso ao campo de pesquisa também influenciou a escolha. O município está sendo monitorado por uma pesquisa desenvolvida no Laboratório de Monitoramento Epidemiológico de Grandes Projetos de Desenvolvimento da ENSP/Fiocruz(LabMep). A parceria com o Labmap facilitou o acesso ao campo e o contato com a gestão local.

Capítulo 4

O cenário

4.1. Rede de Atenção Básica e o NASF

A rede de Atenção Básica do município está formada por três modelos diferentes de atenção à saúde: unidades de atenção básica (UBS) tradicional, Programa de Agentes Comunitários (PACS) de Saúde e Estratégia Saúde da Família (ESF).

4.1.1. Unidades de Atenção Básica Tradicional

As unidades de saúde básica tradicionais são nove e oferecem atendimento ambulatorial. Dessas nove unidades, duas funcionam com serviço de Urgência e Emergência, uma por 12h e outra 24h, e se encontram na região central. Quatro unidades são consideradas Rurais e cinco Centrais. As unidades básicas maiores se encontram na região central da cidade e contam com o maior número de especialidades. Nem todas as especialidades clínicas oferecidas pelo município são ofertadas em todas as unidades básicas. A maior das unidades centrais, Padre Batalha, serve de referência para a ESF e possui a maior diversidade de especialidades: urologista, cardiologista, endocrinologista, gastroenterologista, pneumologista, dermatologista, ginecologista, clínico geral, psicólogo, dentista, nutricionista e pediatra.

Uma das unidades é um polo de referência voltado para a saúde da mulher e da criança. Esta unidade está localizada na região central. Outro polo de referência localizado no centro é a Casa Dia, destinada para o acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes. Este polo não entra na contagem dessas unidades básicas, pois ainda se encontra sob a coordenação da gestão de vigilância em saúde, porém é um equipamento da atenção básica que, futuramente, deverá ser gerido pelo gestor das Unidades Básicas de Saúde.

A Casa Dia foi criada com verba do Programa de apoio aos Hospitais do Interior (PAHI), cujo objetivo é organizar a atenção à saúde

umentando a eficiência e eficácia dos serviços. A verba é disponibilizada para a secretaria de saúde municipal desenvolver ações de suporte aos hospitais municipais. Tem um valor fixo e um variável. As metas para o recebimento da parte variável está atrelada ao alcance da melhora de alguns indicadores. Um dos indicadores que precisa ser acompanhado para a liberação do valor variável é a diminuição da internação por diabetes e por hipertensão. A proposta do município é que a Casa dia possa fazer o acompanhamento da população com diabetes e hipertensão além de desenvolver atividades em grupo. Terá uma equipe multidisciplinar composta de médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista. A ideia é evitar as internações hospitalares. O local onde funcionará a Casa Dia já foi inaugurado, mas até o momento da entrevista não tinha entrado em funcionamento, pois a contratação dos profissionais ainda estava em processo.

O gestor da Vigilância em saúde considera que o acompanhamento da população com diabetes e hipertensão é bem feito pelas equipes de saúde da família e pelas UBS do interior, no entanto, considera que os moradores da parte central da cidade não estão muito bem assistidos. Por esse motivo, foi criado este equipamento de saúde. Normalmente esta população é atendida na UBS de referência denominada Padre Batalha, mas o gestor considera que a falta de um cadastro de diabéticos e hipertensos nesta unidade de saúde prejudica o acompanhamento dos pacientes. Neste sentido, o novo equipamento vem para melhorar o acompanhamento das pessoas portadoras de diabetes e hipertensão que moram, principalmente, na região central da cidade. Esse é o primeiro equipamento deste tipo no estado do Rio de Janeiro.

A gestão das UBS e da ESF é feita por gestores diferentes. O gestor responsável pelas UBS tradicionais avaliou que existe uma sobrecarga na procura por especialista devido ao aumento populacional. Esse aumento populacional possui relação com a instalação de um Polo Petroquímico da Petrobrás na região do município campo da pesquisa. O gestor ressaltou que o município tem sentido bastante os efeitos da instalação do Polo Petroquímico, que isso trouxe novos moradores para a cidade e que a necessidade de ampliar a rede de saúde já começa a ser sinalizada. Informou que, por enquanto, o agendamento dos atendimentos está ocorrendo com espaços

curtos de espera, em torno de 15 dias para algumas especialidades, mas teme que este quadro venha a mudar em breve.

A relação das UBS tradicionais com a ESF ocorre por meio de guias de referência. As Unidades de Saúde da Família possuem como referência especializada a UBS Padre Batalha, que fica no centro. Tal unidade possui uma cota de consultas reservadas para atender os usuários da ESF. Segundo o gestor das unidades básicas tradicionais, a relação com a ESF é boa e as referências da ESF não sobrecarregam a agenda da unidade básica, pois percebe que os profissionais da ESF procuram dar conta da maior parte dos casos, só encaminhando aquilo que foge ao seu alcance.

Num primeiro momento, o gestor das UBS fez uma distinção entre os serviços oferecidos nas UBS e nas Unidades da ESF, naquele momento considerou que o papel da ESF é fazer a prevenção, enquanto que da Unidade básica tradicional é atender, cuidar, prestar a assistência. No entanto, num outro momento ressaltou que o foco de toda a atenção básica é o mesmo: prevenir e tratar. Pontuou que desenvolvem um trabalho bem ativo de prevenção a partir de palestras em escolas e na própria unidade. Explicou que este é um trabalho efetuado pelos enfermeiros. No entanto, também ressaltou que a diferença salarial entre os profissionais das Unidades básicas de saúde e das Unidades de ESF é um fator que influencia no trabalho dos profissionais. Os profissionais das unidades básicas acabam se sentindo desestimulados a desenvolver ações de prevenção por considerarem que estariam trabalhando tanto quanto os profissionais da ESF, mas recebendo menos por isso.

A Relação Unidade Básica com PACS, também ocorre a partir da necessidade de referência a serviços especializados. Não existe a construção de um processo de trabalho compartilhado. Os trabalhos funcionam em paralelo e o ponto de convergência ocorre nos momentos que o PACS precisa referenciar alguma pessoa para atendimentos na UBS. As UBS dão suporte dentro daquilo que os ACS sinalizam como necessidade e fazem o agendamento na unidade. Os ACS ficam responsáveis por informar o agendamento para o paciente. Cada ACS possui uma Unidade Básica de referência específica.

A Relação das Unidades básicas com o CAPS é de encaminhamento das demandas. Neste caso, também não existe nenhuma

parceria de trabalho conjunta estabelecida. Mas vale ressaltar, que a relação dos profissionais das unidades de atenção básica com o campo da saúde mental acontece não apenas pelo atendimento que os psicólogos das unidades prestam à população, mas também através de um projeto desenvolvido por um grupo de psicólogos que tem por objetivo cuidar da saúde mental dos profissionais. Tal iniciativa começou com profissionais do hospital e depois foi expandido para as UBS. A demanda partiu dos profissionais de saúde e existe uma adesão boa ao projeto, segundo o gestor de atenção básica. A partir dos atendimentos um perfil de cada unidade tem sido elaborado. É um projeto com tempo determinado que já foi feito no hospital e que agora está abrangendo algumas UBS.

No que se refere à relação da gestão com seus profissionais, o gestor explicou que ocorrem reuniões mensais entre a gestão e os enfermeiros e administradores das unidades de saúde. Estes momentos são utilizados para o levantamento dos principais problemas, necessidades, pontos críticos e troca de experiências. Afirmou que as demandas da população para o serviço são discutidas nessas reuniões.

O gestor descreveu o seu trabalho como um suporte aos profissionais da ponta, compreendendo que suporte abrange tirar dúvidas, procurar resolver alguns problemas, direcionar a resolução de outros, capacitar para administrar as unidades, que incluiria tanto um suporte técnico, quanto teórico.

A relação do NASF com estas Unidades Básicas foi considerada inexistente pelo gestor que compreende que a relação do NASF é de suporte à ESF.

4.1.2. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) está dividido em três equipes. Cada equipe possui em torno de 23 a 25 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma enfermeira. E cada uma delas está relacionada a uma UBS tradicional da região central da cidade.

As equipes trabalham com clientela adscrita e fazem visitas domiciliares para acompanhar o desenvolvimento das crianças, verificar cartão

de vacina, acompanhar hipertensos e diabéticos, verificar se as grávidas estão fazendo o pré-natal, verificar a necessidade de marcação de consultas na unidade de referência, enfim, os acompanhamentos característicos da atenção básica. Além disso, também fazem ações de prevenção nas escolas. A enfermeira costuma fazer visitas juntos com os ACS quando os casos precisam de uma supervisão técnica ou quando existe alguma resistência da família com os ACS ou em relação à aderência ao tratamento.

A relação da população como o PACS foi avaliado pelo entrevistado como boa, porém foi ressaltado que é importante que os ACS tenham como respaldo um termo de responsabilidade assinado pelos usuários nos casos em que estes não queiram receber as visitas dos ACS. Pois, não é raro, que sejam feitas reclamações diretamente para o prefeito e para o secretário de saúde, na medida em que alguns moradores possuem os celulares de tais representantes políticos. A população costuma usar estes canais para fazer reclamações e muitas vezes os profissionais do PACS não ficam sabendo das solicitações da população antes dos gestores políticos.

A relação do PACS com as unidades de atenção básica tradicionais, como mencionado, se dá basicamente através de encaminhamentos. Foi relatado que, em alguns momentos, os ACS do PACS são acionados pelas unidades básicas para prestar um serviço de entrega de resultado de exames, ou contatar algum usuário que faltou a uma visita agendada. Mas apesar desse contato, não existe uma parceria firmada e situações como essas não fazem parte do processo de trabalho, sendo encaradas como “favores”.

Foi destacado pelo entrevistado, que um dos fatores que dificultam o PACS de firmarem uma parceria de trabalho mais estreita e cooperativa com as Unidades de Saúde Básicas é a diferenças entre as coordenações. O PACS está submetido à coordenação de PSF, PCS e NASF, enquanto as unidades de Atenção Básica tradicional possuem outra coordenação. E cada unidade Básica possui uma direção. Não foi possível, até o momento, que essas coordenações traçassem um plano de trabalho em conjunto, permanecendo cada coordenação com uma direcionalidade própria e sem conexão entre si.

A relação do PACS com a ESF não foi destacada nas entrevistas. Até onde se pode observar, não existe uma relação entre esses serviços.

A relação dos profissionais do PACS com o campo da saúde mental é distante. Apesar de estarem em constante contato com situações que envolvem o campo da saúde mental, a conduta primordial é o encaminhamento ao CAPS e a relação com tal equipamento não vai para além disso. O CAPS não presta nenhum tipo de suporte matricial aos ACS do PACS. E as atividades de promoção desenvolvidas pelo PACS não envolvem a temática da saúde mental. Apesar de terem passado por um curso sobre o campo da saúde mental oferecido pelo LabMap, não foi suficiente para que a temática fosse incorporada ao trabalho dos profissionais.

O PACS mantém relação com o NASF, que reserva um dia da semana para prestar apoio aos ACS. Os ACS levam para debater com o NASF casos mais complexos, onde encontram dificuldades na resolução.

4.1.3. A Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família conta com nove unidades de saúde e três extensões. Essas extensões foram organizadas para dar acesso a populações que moram na parte rural da cidade e possuem mais dificuldade de acessar o centro. Normamente, cada extensão fica permanentemente com um técnico de enfermagem e com um a dois ACS. O médico e o enfermeiro costumam ir às extensões cumprir um turno de atendimento clínico semanal. Segundo o gestor entrevistado, um turno (4 horas) se mostra suficiente para suprir a demanda local. A cidade possui boa parte da população concentrada na região central, porém possui uma extensão territorial grande com áreas rurais. A densidade populacional nas áreas rurais é baixa, o que faz com que a distancia entre as moradias seja grande. Nessas áreas os ACSs precisam fazer uso de bicicletas e motos para visitar a população.

A cobertura atual da ESF é de 36%, enquanto o PACS cobre em torno de 50%. O PACS em conjunto com a ESF cobre em torno de 80% da população. A Estratégia Saúde da Família começou a ser implementada no município em 2002. A cobertura que se tem hoje da ESF foi resultado do governo que assumiu entre 2000 e 2007. O Atual governo, que iniciou em 2008 e irá até 2012, não ampliou a cobertura da ESF até o momento.

A relação da Estratégia Saúde da Família com as Unidades Básicas tradicionais se dá através dos encaminhamentos às especialidades. De fato, a relação se dá com uma unidade básica em especial, Padre Batalha, que serve de referência para as equipes de Saúde da Família. Mas além dos encaminhamentos, nenhum outro trabalho é feito em conjunto.

Sobre a distinção do processo de trabalho da ESF e das Unidades de atenção básica tradicional, o gestor da ESF comentou que a grande diferença estaria na possibilidade da ESF de acompanhar a pessoa a partir de diferentes aspectos da vida, não só pela questão pontual do quadro clínico, mas por tudo que envolve a vida da pessoa: condições de moradia, de alimentação, de higiene, etc. Ressaltou acreditar que a ESF tem uma vantagem em relação a atenção básica tradicional neste aspecto, pois, por exemplo, pode não somente constatar que a pessoa está baixo peso, mas também compreender o porquê.

A relação da ESF com o campo da saúde mental pode ser dividido em três momentos. O primeiro momento retrata a relação antes da criação do CAPS, o segundo momento já com a presença do CAPS, mas antes do NASF e o terceiro a partir da criação do NASF.

No primeiro momento, segundo relato de entrevistados, quando um caso de sofrimento mental era identificado pela ESF, o gestor designava uma assistente social para cuidar do caso. A assistente social fazia a visita domiciliar e fazia o contato com o ambulatório de saúde mental, que naquela época ficava na unidade básica Padre Batalha. Hoje o ambulatório funciona no mesmo espaço físico do CAPS. Além do acompanhamento da assistente social, depois era necessário que os gestores da ESF e de saúde mental entrassem em contato pessoalmente para negociar vaga para o atendimento ambulatorial. Pela grande demanda e reduzido número de profissionais, as pessoas costumavam ser atendidas em grupo. Quando precisavam de internação eram transferidas para um hospital que ficava em outro município.

Com a Criação do CAPS em 2006, os casos de saúde mental passaram a ser acompanhados por esse equipamento. No entanto, a relação da ESF com o CAPS era apenas de encaminhamentos. Com a implantação do NASF em 2008, o gestor da Saúde Mental identificou uma maior aproximação

do CAPS com ESF por intermédio do NASF. A relação direta entre CAPS e ESF ainda é insipiente.

As equipes da ESF passaram a ser estimuladas pelos profissionais do NASF a identificarem de forma ativa os casos de saúde mental no seu território. No entanto, o envolvimento das equipes da ESF com o campo da saúde mental ainda ocorre a partir de encaminhamentos, que agora são direcionados para o NASF.

Apesar do gestor da Saúde Mental reconhecer a ESF como parceira no cuidado de pessoas em sofrimento mental, a proposta de parceria feita entre ESF e CAPS ainda não vai no sentido do desenvolvimento de uma atenção psicossocial. A parceria mais formal ocorrida até o momento, que envolveu não só o NASF, mas os profissionais da ESF foi a descentralização de aplicação de medicamentos de depósito nos usuários do CAPS, que hoje é feita pelas enfermeiras da ESF. A possibilidade de acompanhamento dos usuários no seu dia-a-dia, com a informações precisas sobre o uso contínuo dos medicamentos, foi ressaltada, pelo entrevistado, como um ganho importante.

Mas como dito, um acompanhamento nos moldes da atenção psicossocial ainda não tem sido possível. Ainda não se conseguiu firmar parceria entre CAPS e ESF ao ponto das equipes da ESF poderem efetivamente ofertar aos usuários um cuidado mais territorializado com o desenvolvimento de oficinas locais e atividades de promoção da saúde. O NASF tem conseguido incentivar algumas unidades de SF a desenvolverem oficinas que incluam usuários de saúde mental em suas atividades, porém este movimento ainda é lento e somente uma unidade aderiu à proposta.

4.1.4. O NASF

O NASF deste município foi o primeiro do Estado do Rio de Janeiro. Antes mesmos da portaria 154 ser lançada em 2008, os profissionais da secretaria de atenção básica já estavam pensando em organizar equipes de apoio às equipes de saúde da família. Um dos responsáveis pela elaboração do projeto de NASF do município relatou que a ESF daquela localidade estava muito voltada para práticas assistenciais sem atentar para as práticas de

promoção e prevenção. A proposta inicial era criar uma equipe de suporte, formada por um médico e um enfermeiro, que fosse capaz de fortalecer as práticas de promoção e de prevenção nas equipes da ESF. Mas antes de colocarem esta idéia em prática, a portaria do NASF foi publicada e o município acabou aderindo rapidamente à proposta, tanto pela sintonia com a proposta do NASF com o que já se pretendia fazer, como pelo incentivo financeiro previsto na portaria.

A escolha das categorias profissionais que comporiam o NASF, segundo os entrevistados, foi de acordo com levantamento das necessidades municipais. Os médicos do PSF tinham muita dificuldade no atendimento à criança e à mulher, então foi posto no projeto um médico especialista em pediatria e um em ginecologia e obstetrícia. Para as demandas sociais solicitaram uma Assistente Social. O município tem um programa de alimentação e foi percebido que havia um grande número de crianças desnutridas na área adscrita da Saúde da Família, e tinha-se o desejo de ampliar mais ainda o programa de Aleitamento Materno, por esse motivo um nutricionista foi incorporado. A incorporação do fisioterapeuta veio da demanda por reabilitação. Também foi cogitada a contratação de um enfermeiro, mas a idéia foi descartada. Como a coordenadora de atenção básica e a sua assessora são enfermeiras, concluiu-se que elas poderiam dar este suporte pra não onerar tanto na contratação de pessoal.

A escolha da categoria psicologia foi a única que não foi justificada pela demanda local, num primeiro momento, mas por uma sugestão contida na portaria 154. No relato dos entrevistados, foi afirmado que este profissional foi incorporado ao projeto de NASF do município porque a portaria 154 estaria muito voltada para a saúde mental. A afirmativa tem relação com o parágrafo 2º do Artigo 4º que diz “§ 2º Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental” (Brasil, 2008). Foi destacado que para todos os outros profissionais eles conseguiam visualizar a demanda, mas para a saúde mental não conseguiam ver a necessidade. A mudança nesta percepção, segundo os relatos, foi sendo construída durante a elaboração do projeto, quando pensaram nas atribuições desse profissional e começaram a perceber que poderia ser utilizado para as

demandas de álcool e outras drogas e violência. Essas demandas não eram pensadas como atribuições da atenção básica. Segundo os entrevistados, quando surgiam demandas consideradas mais sérias, eram encaminhadas para o CAPS e não se tinham vínculo com este equipamento na atenção básica. O único momento que o CAPS e a ESF se aproximavam era quando a Atenção Básica solicitava ao CAPS que ajudassem os ACS a identificarem os casos de saúde mental durante as visitas. Foi afirmado que quanto o ACS identificava algum usuário em situação de sofrimento mental, o caso às vezes era encaminhado ou notificado, mas não era raro ficarem sem retorno sobre o caso encaminhado ao CAPS.

Foi relatado que a seleção dos profissionais que ocupariam as vagas do NASF foi uma escolha que pesou tanto fatores políticos como técnicos. No entanto, segundo os entrevistados, as indicações políticas não suplantaram os critérios de qualidade técnica dos profissionais, que tiveram seus currículos analisados de acordo com a necessidade da função.

O processo de implementação do NASF contou com o esforço conjunto dos gestores da atenção básica (coordenador e assessor), da equipe do NASF e dos Apoiadores Estaduais da Área Técnica da Saúde Mental e da Coordenação de Apoio à gestão da Atenção Básica. Foi relatado que no início os profissionais do NASF não conseguiam funcionar como apoiadores matriciais, pois as equipes da ESF não compreendiam o papel do NASF e pressionavam estes profissionais a agendarem atendimentos e fazerem atendimento ambulatorial. Por outro lado, os próprios profissionais do NASF ainda estavam desenvolvendo sua própria perspectiva do que seria o apoio matricial.

Essa construção foi feita no dia-a-dia do trabalho. Os profissionais do NASF se debruçaram sobre a portaria e tentaram decifrar as diretrizes para o trabalho. Além disso, várias reuniões foram feitas ao longo do primeiro ano de implantação. Eram reuniões da gestão com os profissionais, e em algumas, contavam também com os apoiadores estaduais, onde se debatia o que se pretendia com aquela política. A gestão da ESF afirmava que o NASF tinha como missão mudar o perfil do atendimento dos profissionais da ESF, mudar o comportamento desses profissionais. Os gestores avaliavam que a ESF estava desvirtuando e que era preciso uma mudança de direção das práticas.

No entanto, não houve um apoio mais específico no formato de educação permanente para os profissionais do NASF. Nem mesmo o Curso Introdutório da ESF foi disponibilizado para esses profissionais. Foi alegado falta de verba para realizar tais qualificações. Os profissionais do NASF relataram um esforço bastante grande para conseguirem compreender como deveriam se portar nesta nova função. Como primeiro NASF do estado do Rio de Janeiro, estavam diante de um caminho a ser construído e como parâmetro tinham a portaria 154, que não trazia detalhes sobre a atuação, mas apenas descrevia as atribuições dos profissionais.

Atualmente, a grande maioria dos profissionais que entraram em 2008 permanece, tendo sido trocado apenas um apoiador médico pediatra.

O fato do NASF está composto, em sua maioria, por profissionais que estão juntos desde a implantação da proposta no município dá uma consistência positiva importante tanto na relação com as equipes da ESF quanto com a gestão.

Da relação do NASF com a ESF foi relatado que ainda existem muitas dificuldades. Que alguns profissionais são bastante resistentes ao apoio matricial, preferindo ter com o NASF uma relação de encaminhamento de demandas. Esse foi considerado um dos motivos para o trabalho de apoio matricial ainda não ocorrer plenamente. Apenas alguns profissionais compreendem a proposta. Foi ressaltado que os profissionais médicos são os mais resistentes ao apoio matricial, aceitando um pouco melhor o apoio dos apoiadores médicos do NASF. No que se refere ao campo da saúde mental, os entrevistados relataram que o trabalho ainda é bastante difícil. Que a medicalização dos casos ainda está grande e que alguns profissionais médicos resistem a compreender o tratamento na lógica da atenção psicossocial. Alguns profissionais da ESF defendem a internação psiquiátrica como uma solução de tratamento, sem terem esgotado todas as outras possibilidades.

4.2. A rede de saúde mental

A rede de saúde mental abrange um ambulatório de saúde mental, um CAPS I, um hospital municipal com dois leitos para saúde mental, atendimento ambulatorial por psicólogos lotados nas unidades básicas de saúde tradicional e a ESF.

O ambulatório e o CAPS ocupam o mesmo espaço físico, o que, segundo os relatos, não deixa muito claro para a população que são dois equipamentos diferentes. Em alguns momentos, foi relatado que é perceptível que a população evita o tratamento no ambulatório de saúde mental, pois acredita que aquele espaço “é só para maluco”.

O ambulatório conta com psiquiatra, psicólogo e assistente social. E atende com consultas agendadas as demandas espontâneas da população e os encaminhamentos.

O CAPS foi criado no município em 2006 e passou a assumir todas as situações mais graves do campo da saúde mental, procurando evitar as internações de longa duração que vinham ocorrendo em hospitais de municípios vizinhos.

O quadro clínico do CAPS é formado por psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, artesão e técnico de enfermagem. E oferece acompanhamento psiquiátrico, psicológico, social e oficinas terapêuticas. Além de fazer visitas domiciliares e palestras em escolas. Os profissionais também se dividem para acompanhar e dar suporte aos pacientes que se encontram internados nos leitos psiquiátricos do hospital municipal.

A relação do CAPS com o Hospital é constante, mas segundo os relatos, guarda alguns desafios pela própria dificuldade do corpo técnico do hospital no manejo com os usuários em sofrimento mental. Por esse motivo, na época da entrevista, o CAPS estava organizando um treinamento para os profissionais do hospital, com vistas a minimizar os problemas.

A relação do CAPS com a atenção básica se dá tanto pelas unidades básicas tradicionais como pela ESF. A relação do CAPS com a ESF se dá principalmente por intermédio do NASF. A relação direta, como foi dito, ainda é insipiente. No entanto, a relação do CAPS com o NASF tem se estreitado. E o NASF procura informar constantemente aos profissionais do

CAPS sobre as características do trabalho da ESF com vistas aproximar esses serviços e tornar a rede de saúde mental mais coesa.

Com relação às UBS tradicionais, o gestor da Saúde Mental descentralizou os atendimentos ambulatoriais em psicologia, que eram oferecidos nas unidades básicas do centro e no ambulatório de saúde mental. Vale ressaltar, que a proposta de descentralização partiu de uma percepção do NASF que foi acatada pelo secretário de saúde e pelo gestor de saúde mental. Com a descentralização dos psicólogos o acesso a estes profissionais ficou maior para aquelas pessoas que moravam em localidades distantes. O gestor da saúde mental, que também coordena o CAPS e o Ambulatório, na época da entrevista, estava procurando pensar como organizar os processos de trabalho dos psicólogos lotados nas unidades básicas, de forma a integrá-los mais aos profissionais CAPS e ao ambulatório de saúde mental. Acreditava que os profissionais estavam muito isolados, trabalhando em unidades muito distantes e sem conseguir pensar como seu trabalho se integraria à rede de saúde mental.

4.3. A organização estrutural da Gestão local.

O Organograma da Secretaria de saúde aponta três coordenações abaixo do Assessor técnico do Secretário de Saúde, são elas: Coordenação de Vigilância em Saúde, Coordenação de PSF/NASF/PACS e Coordenação de Atenção Básica.

A atenção básica, portanto, possui duas coordenações: uma para as unidades básicas tradicionais e outra para a ESF, PACS e o NASF. A coordenação de saúde mental, saúde bucal, imunização, vigilância sanitária, epidemiologia, ATAN/SISVAM e fisioterapia estão subordinadas à Coordenação de Vigilância à saúde.

Segundo os entrevistados, essa divisão do organograma por programas causa alguns transtornos no funcionamento da rede de saúde local. A descentralização dos psicólogos, que passaram a atuar em diversas UBS tradicionais, melhorou o acesso para os usuários de regiões mais distantes, mas foi um dos exemplos citados pelos gestores entrevistados, para apontar problemas que tem sua origem na fragmentação das coordenações. Os

psicólogos, apesar de atuarem em unidades básicas, não estão subordinados à coordenação da atenção básica, mas à coordenação de saúde mental. E cada uma das coordenações possui um direcionamento próprio para o processo de trabalho dos profissionais o que, neste caso, prejudica a integração do psicólogo com o processo de trabalho da UBS e vice-versa. Neste caso em especial, foi avaliado pelos entrevistados, que os psicólogos lotados nas UBS tradicionais, ficam desconectados do trabalho feito pela rede de saúde mental, funcionando nos moldes de queixa/condução de uma policlínica. Ainda segundo os gestores entrevistados, este não seria um funcionamento desejável, pois a proposta seria destes profissionais oferecerem, além dos atendimentos ambulatoriais, também atividades em grupo em conjunto com os outros profissionais da unidade de saúde para trabalhar a temática da saúde mental de forma mais ampliada.

Além da fragmentação das coordenações, a questão salarial também foi apontada como um entrave na ampliação dos serviços prestados à população. O salário dos profissionais da ESF é maior do que os de Saúde mental e da atenção básica tradicional. Por essa razão, os gestores ressaltaram que os profissionais não se sentem estimulados a desenvolverem trabalhos diferenciados, além do atendimento clínico ambulatorial. Os profissionais consideram, segundo os entrevistados, que atividades em grupo, atividades de promoção e prevenção são mais trabalhosas e o salário não compensaria o esforço.

As coordenações subordinadas à Coordenação de vigilância à saúde costumam se reunir para discutir os processos de trabalho, porém o mesmo não tem sido possível entre com as Coordenações da Atenção básica e destas com as demais coordenações subordinadas a coordenação de Vigilância à saúde. Essa dificuldade de planejamento conjunto foi apontado pelos entrevistados, como um problema que dificulta a integração da política de saúde municipal, uma vez que as coordenações procuram funcionar de modo a não interferir no trabalho uma da outra.

Outro exemplo dos efeitos da desconexão entre as coordenações é a dificuldade de integrar o trabalho do ACS do PACS com o das UBS Tradicionais. O PACS deveria, segundo os entrevistados, funcionar em parceria com as unidades básicas, ou seja, cada ACS deveria desenvolver um

trabalho junto a sua unidade de referência, também desenvolvendo atividades de grupo na unidade, fazendo visitas domiciliares com os profissionais quando necessário, manter uma relação mais estreita entre as equipes da unidade de básica de saúde para melhor acompanhar seus usuários. No entanto, a relação entre ACS do PACS e as unidades básicas de saúde se reduz ao agendamento de consultas. As visitas domiciliares são feitas somente pela enfermeira do próprio PACS, não existindo nenhum trabalho em conjunto dessas políticas. Quando, eventualmente, os profissionais das unidades básicas acionam os ACS do PACS a solicitação, segundo os entrevistados, vem como um pedido de “favor”, pois não é uma prática acordada como parte de processo de trabalho cotidiano. Os entrevistados também ressaltaram que alguns profissionais não se sentem à vontade com a presença dos ACS na UBS, pois estes poderiam presenciar algum tipo de “falha” do serviço o que causaria desconforto entre as coordenações.

Os dentistas da ESF também pertencem a outra coordenação e também foi citado como exemplo. A coordenação da ESF não possui autonomia para direcionar o processo de trabalho dos dentistas da ESF, o que também provoca descompasso no trabalho destes profissionais com os demais profissionais da ESF. Foi relatado que existe uma preocupação entre os coordenadores em não interferir no trabalho um do outro e os próprios profissionais procuram seguir as orientações da sua coordenação direta.

Problemas da mesma ordem foram relatados quando a ESF procurou desenvolver ações com a temática da dengue. Naquele momento foi compreendido que a ESF não teria autonomia para tratar de um assunto que seria de responsabilidade da coordenação de vigilância epidemiológica. E segundo os entrevistados, o mesmo acontece com cada um dos programas. Quando se vai falar de tuberculose, hanseníase, enfim, os agravos que precisam ser acompanhados pela ESF, é preciso se reportar aos seus respectivos profissionais de referência dentro dos programas da Coordenação de Vigilância a saúde.

O funcionamento fragmentado das coordenações foi apontado por todos os gestores entrevistados como um problema que afeta cada um deles em particular, no entanto as tentativas de integração, por motivos que não foi possível definir, não receberam adesão de todos. Um exemplo foi a iniciativa,

por parte da coordenação de saúde mental, de criar um fórum da Criança e do Adolescente. Este fórum pretendia criar um espaço de debates não somente com entidades ligadas à saúde, mas todas aquelas que tivessem compromisso com o tema. No ano de 2010 tinha ocorrido o primeiro Fórum, e até o momento da entrevista, novembro de 2011, não tinha sido possível a organização de um segundo. Foi ressaltado pelos entrevistados, que a relação com os programas dentro da saúde ainda eram mais fáceis se comparado com a relação inter setorial que parecia ainda mais difícil de acontecer. Dentro deste quadro a sustentação de uma política de saúde mais integrada estava mais relacionada ao esforço individual de alguns gestores que conseguiam firmar alguns trabalhos em conjunto. Mas vale ressaltar, que a característica dessas relações eram mais pessoais do que institucionais, o que tornava o vínculo entre os serviços muito frágil.

Capítulo 5

Entre marolas e ondas

É que enquanto se está vivo não se para de fazer encontros com outros corpos (não só humanos) e com corpos que se tornam outros. Isso implica, necessariamente, novas atrações e repulsas; afetos que não conseguem passar em nossa forma de expressão atual, aquela do território em que até então nos reconhecíamos. (Suely Rolnik, 2006)

No capítulo anterior, quando apresentei o município campo da pesquisa, o fiz através do instituído, daquilo que os dados permitem ver. Neste capítulo entraremos efetivamente na análise, onde olharemos para o instituído, mas também para os movimentos instituintes percebidos durante o exercício cartográfico. O contato com a cidade a partir de diversas entradas: participação em eventos, entrevistas e observações, possibilitaram o encontro com situações analisadoras que deixaram ver algumas *instituições* que brevemente tratarei aqui, por considerar que transversalizam o cotidiano do trabalho dos profissionais e gestores de forma marcante e que provocam influência nas relações de cuidado. Posteriormente será analisada a rede de atenção básica na relação com a rede de saúde mental a partir de dois momentos, um anterior a criação do NASF e outro a partir da entrada do analisador apoio matricial em saúde mental. E por fim, será apresentado um diagrama resultante das afetações provocadas pelo movimento de onda promovido pelo apoio matricial em saúde mental nas práticas dos gestores.

5.1. O encontro com analisadores

Quando olhamos para o município pela sua característica econômica ou pela concentração da população em área urbana, não diríamos que o “clima” do município é essencialmente rural. Na primeira visita, quando ainda não sabia se aquele seria meu campo de pesquisa, fui surpreendida por uma atmosfera bucólica de cidade interiorana. Uma velocidade lenta, trânsito nenhum, muitas árvores, muito verde, um rio que corria fresco nos fundos da secretaria de saúde com muitas andorinhas nas janelas. Cheguei na cidade acompanhada de uma bióloga da Fiocruz que assim que saltou do carro comentou, ao ver uma “lavadeira”, que aquele era um bioindicador de qualidade do ar. Depois ela explicou melhor, e fiquei sabendo que aquele inseto só sobrevive em ambientes sem poluição. O clima de cidade pacata se estendia às pessoas que também me pareceram agradáveis e acolhedoras.

Os primeiros contatos com a cidade ocorreram na companhia dos pesquisadores do Laboratório de Monitoramento Epidemiológico de Grandes Projetos de Desenvolvimento da ENSP/Fiocruz (LabMep). Eles estavam na cidade desenvolvendo o levantamento das situações epidemiológicas da região que serviriam de base para o Plano de Monitoramento Epidemiológico da Área de Influência do Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro (Comperj). O meu campo de pesquisa é um dos municípios que está na área de influências deste empreendimento petroquímico e as transformações que um empreendimento deste porte costuma trazer para as populações locais, justificava a pesquisa desenvolvida pelo LabMep. Impactos ambientais e impactos causados pelo aumento rápido do número da população são alguns pontos preocupantes e que estão sendo monitorados. No que se refere ao sistema de saúde, existe uma preocupação de preparar a região para o possível aumento de alguns indicadores que podem passar a impactar o cotidiano dos habitantes, como o aumento de mortes por fatores externos, aumento da violência, do uso de drogas, além da própria capacidade de atendimento da rede que pode ser comprometida com o aumento súbito de migração para a região.

Em vistas deste cenário, foi criado na região um Observatório de Situações de Saúde pela Fiocruz em parceria com a prefeitura, além de um Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde na região Leste do Estado do

Rio de Janeiro. Em uma das minhas idas a cidade participei da inauguração deste observatório e do mestrado profissional. O mestrado foi aberto para todos aqueles municípios que estão na área de influência do COMPERJ, sendo que, do município estudado, um profissional tinha conseguido passar na seleção, o psicólogo do NASF. O momento de inauguração do mestrado profissional foi considerado histórico, pelo prefeito, que ressaltou que a criação de um curso de pós-graduação público na região era uma reivindicação antiga da população e que acreditava que viria para contribuir para o desenvolvimento do município.

A inserção da Fiocruz na cidade e a minha relação com o LabMep para acessar o território fez com que as pessoas me vissem a partir daquele estabelecimento de pesquisa. Isso acabou gerando facilidades no acesso aos profissionais e no contato com a secretaria de saúde, apesar de ter esclarecido para os entrevistados e para aqueles com quem conversei que não era pesquisadora do LabMep, mas sim do mestrado acadêmico.

A participação na Conferência Municipal de Saúde me colocou diante do minha primeira situação analisadora. No evento, estava previsto uma mesa de abertura seguida da exposição de dois palestrantes – o coordenador do LabMep e uma representante da SESDEC – na parte da manhã, e, na parte da tarde, os participantes se dividiriam entre três grupos de discussão. Em cada um dos grupos seriam tiradas as proposições dos participantes para serem discutidas na plenária final onde seria confeccionado o relatório da Conferência Municipal.

O local escolhido foi um CIEP que estava todo decorado com bolas verdes de diferentes tonalidades. Na chegada, encontrávamos várias pessoas com a blusa da Conferência e várias tendas brancas com pessoas fazendo o credenciamento. Tudo muito bem organizado. Chegamos por volta das 9h e já tinha muita gente. O secretário de saúde, o coordenador da ESF que também coordena o PAC e NASF e seu assessor. Encontrei todos que já havia conhecido. De fato, aquele tinha sido um evento que contou com a participação maciça de profissionais de saúde e políticos locais. Um dos presentes comentou comigo que o evento tinha sido preparado para 400 pessoas, mas havia muito mais. O auditório lotado, com cadeiras insuficientes para todos, deixava claro que realmente tinham pessoas além do previsto.

O primeiro participante a falar na mesa de abertura foi o representante dos usuários do Conselho Estadual de Saúde. Após se apresentar, “mapeou” a platéia. Perguntou quem eram os delegados, e algumas pessoas levantaram a mão. Perguntou quem eram os representantes da população, em torno de seis pessoas levantaram as mãos. Perguntou quem eram os representantes dos profissionais, e a maioria em peso levantou a mão. Quase todos os participantes eram profissionais que tinham sido convocados a participar. Numa primeira vista, a participação em peso dos profissionais me pareceu positiva, mesmo sabendo que a folha de ponto tinha sido levada para o evento. Mas era preocupante a ausência expressiva da população usuária do sistema. Procurei conversar com os presentes para compreender essa ausência. Os comentários eram muito parecidos: “a população não se interessa por política”. Mas era curiosa a grande proximidade da população com os políticos.

A cidade, com pouco mais de 54 mil habitantes, dava a impressão de que “todos se conheciam”. Precisamente, se percebia que as pessoas que estavam em algum cargo público, ou prestavam serviços à população eram bastante conhecidas pelos locais. As andanças pela cidade, as conversas com alguns profissionais na Conferência e nos eventos que participei, permitiu observar que o acesso da população às pessoas com cargos políticos, como prefeito, secretários de saúde, vereadores, é praticamente direto. A população conversa com seus representantes políticos diretamente, faz reclamações e reivindicações. No entanto, tal proximidade é utilizada pela população para suprir necessidades pessoais, reivindicações particulares e não chegam a questionar a política municipal, a forma de funcionamento da rede de saúde, nem constituem a defesa de demandas coletivas. São pedidos para os políticos “conseguirem” consultas médicas, exames e afins ou resolverem seus dramas pessoais. Na plenária final da Conferência Municipal de Saúde, esse tema foi levantado por um dos grupos de discussão formados na parte da tarde constituído para debater uma das temáticas gerais e propor ações na plenária final. O grupo avaliava que estava havendo uso político dos estabelecimentos públicos de saúde, uma vez que muitas consultas eram agendadas por pedidos de políticos, principalmente aquelas referentes a especialidades, o que dificultava a organização do fluxo da policlínica e do acesso da atenção básica

a estes profissionais. E por esse motivo, uma auditoria para o caso foi pedida. No entanto, esse questionamento foi “abafado” e embargado pelos delegados que consideraram a colocação “exagerada”, e não aprovaram a entrada do pedido de auditoria no relatório final da Conferência. Vale ressaltar que a paridade dos delegados que deveria ser de 50% representantes de usuários, 25% de profissionais de saúde e 25% de representantes governamentais, na prática, não poderia ser assim considerada, uma vez que foi possível constatar que alguns profissionais da gestão municipal ocupavam a vaga dos conselhos de categoria profissional.

Apesar da colocação de alguns profissionais levantarem situações relevantes para a melhoria da rede de saúde local, o envolvimento da população usuária do sistema poderia ter dado outro rumo aos debates propostos. Vale destacar que a conferência não foi organizada pelo conselho de saúde local. E apesar do empenho e dedicação de alguns profissionais da prefeitura para realizar o evento, o não envolvimento da população com a Conferência Municipal de Saúde interfere muito no processo democrático. O que me fez perguntar: que *instituições* estavam sendo sustentadas por aquelas relações?

Labra (2006) considera que a existência dos Conselhos de Saúde e a realização das Conferências de Saúde são condições indispensáveis para que ocorra o controle social que “se refere à relação entre Estado e sociedade e a possibilidade de a sociedade exercer o controle sobre a gestão pública através de mecanismos de participação social” (356).

Essa relação democrática entre Estado e sociedade é proposta pela Constituição Federal de 1988, considerada bastante avançada pela autora, e que expressa a vontade dos legisladores em conduzir a Nação à plena democracia formal e substantiva. Porém, essa vontade esbarra no próprio processo de constituição da democracia, que exige a transformação social, política e cívica, através da internalização de valores democráticos. Ou seja, pressupõe que os cidadãos possam afirmar os interesses coletivos, com direitos e deveres iguais para todos e relações horizontais de reciprocidade e confiança. Processo que, por si só, é lento e acaba sendo ainda mais prejudicado pelo impacto do projeto neoliberal global que congrega dois projetos políticos antagônicos: por um lado a busca, da sociedade civil, por

uma cidadania ampliada e por outro a defesa de uma concepção minimalista do Estado, da política e da democracia

A autora enfatiza o grande descompasso entre a concepção de democracia defendida pela constituição, que refletiu na institucionalização de diversas arenas de participação social, e a possibilidade real de democracia vivida pela população que apresenta baixa confiança na lisura dos governos e das organizações políticas e baixos índices de adesão à democracia. Esse quadro é agravado pela desigualdade social e econômica e pela pobreza e miséria que perpetuam as relações assimétricas e autoritárias.

Esta herança política, que ainda atravessa a sociedade brasileira, sustenta a instituição “uso privado da coisa pública”, apoiada tanto pela população quanto pelos representantes políticos da sociedade. Embora a expressão “uso privado da coisa pública” não dê conta de toda complexidade da *instituição* cartografada, a partir dos efeitos de seu funcionamento podemos avaliar seu alcance. Esse funcionamento invade o sistema de saúde em seus vários âmbitos, influenciando diretamente na prática dos gestores, profissionais de saúde e no próprio funcionamento da rede de saúde.

Ao invés dos governantes serem pressionados a ampliar a capacidade da rede de serviços para dar conta das necessidades de saúde da população, são convocados a responderem a demandas individuais. E as práticas clientelistas e patrimonialistas forçam a rede de saúde a um funcionamento caótico e desordenado. Tal pressão contribui para o fortalecimento da lógica biomédica e dificulta o desenvolvimento de uma rede de saúde integral e cuidadora, além de desestimular as práticas de prevenção e promoção da saúde. A integralidade do cuidado é prejudicada, uma vez que os fluxos da atenção básica para a atenção secundária ou terciária deixam de acontecer por critérios da política pública de saúde e passam a ser determinados por critérios políticos. O vínculo e a longitudinalidade do cuidado também são prejudicados e a atenção básica é desacreditada, pois não consegue funcionar como ordenadora do cuidado com grandes dificuldades de regular a assistência para outros níveis de atenção.

Além disso, a demanda pela resolução de problemas individuais, demanda dos governantes respostas pontuais e de baixo impacto populacional, não sendo pressionados a elaborarem saídas mais complexas e sistêmicas

com maior impacto nos problemas vividos pelos cidadãos. Normalmente as respostas individuais não influenciam em nada nos fatores geradores da falta de acesso. A solução “política” costuma impactar a vida de um determinado indivíduo num momento específico, e futuramente se o mesmo indivíduo vier a sofrer problema semelhante, encontrará os mesmos obstáculos e terá que percorrer a mesma via clientelista de antes, fortalecendo ainda mais mecanismos de poder que restringem o acesso democrático e equânime ao sistema de saúde.

Outro ponto de destaque foi observado a partir das entrevistas e se refere à dificuldade de integração entre as diversas coordenações presentes no sistema de saúde local. Quando olhadas individualmente, cada uma das coordenações apresentava um trabalho potencialmente interessante, mas quando olhadas em conjunto, a dificuldade de organizarem um trabalho integrado, de constituírem uma rede de cuidados, tinha como efeito a fragmentação das práticas e a impossibilidade de prestar um cuidado integral à população.

Interessante observar que algumas razões dadas pelos entrevistados para justificar a dificuldade de integração estavam muito relacionados a uma “apropriação privada do espaço público”, no entanto num sentido um pouco diferente do que vínhamos discutindo acima. Este sentido de apropriação privada se relaciona a manter uma certa relação com o espaço organizacional que faz dele um espaço privado, pessoal. E neste sentido, discutir as relações de trabalho equivaleria a colocar em questão as pessoas em sua individualidade. O que, por si só, impede olhar para as *instituições* em jogo e as possibilidades de transformar as relações de poder. Então se falava em “não invadir o espaço do outro gestor”, “pedir permissão” para desenvolver determinadas ações, cuidar para que as “falhas” não apareçam, tomar cuidado com as “fofocas”. Integrar os serviços parecia equivaler a colocar a fragilidade de cada um dos coordenadores a mercê da crítica alheia.

Os entrevistados também ressaltaram que sentiam a falta de uma coordenação única que integrasse o trabalho de todos os gestores, ou de diretrizes mais claras que guiasse o trabalho de todos. Além de ressaltar que a divisão das coordenações por programas e não por políticas, fortalecia o funcionamento fragmentado.

Cecílio (2009) aborda a dimensão organizacional e sistêmica da gestão do cuidado, como vimos no capítulo 2. O principal desafio da dimensão organizacional da gestão do cuidado seria justamente enfrentar os problemas trazidos pela tradicional divisão técnica e social do trabalho, que gera fragmentação das práticas. Sendo assim, pensar numa política municipal mais integrada, exigiria dos gestores municipais esforços para a construção de espaços de conversação e troca institucionalizados, periódicos e permanentes; a relação entre os diversos gestores tornar-se-ia o ponto central para o estabelecimento de fluxos e normalização dos processos. No que se refere à dimensão sistêmica, envolveria não apenas a gestão do cuidado dentro do setor saúde, mas também a construção de redes intersetoriais para dar conta da complexidade das situações vividas pelos usuários.

Mas a dimensão do desafio de construir tais espaços coletivos de troca, só pode ser vislumbrada na medida em que procuramos compreender sob que regime de valores a sociedade atual se encontra. Hoje o modelo que organiza o mundo, que direciona sonhos e desejos é o mesmo que rege o padrão global das relações econômicas. A partir da lógica liberal capitalista as sociedades, brasileira e mundial, vivem um sonho de liberdade individual narcisista. Bauman (2000) discute os efeitos que o aumento de liberdade individual pode significar em uma sociedade que não aprendeu a construir pontes entre as questões privadas e públicas. O que seria público nas questões privadas? Ou como traduzir questões privadas em questões públicas? Sem a produção de pontes entre o privado e o público esses questionamentos ficam sem resposta e o aumento da liberdade individual pode se refletir no aumento da impotência coletiva.

O indivíduo contemporâneo experimenta a privatização da insegurança existencial, terror que é vivido através da preocupação obsessiva com o corpo, com sua imagem social. Seus medos e inseguranças podem ser ditos, mas não compartilhados, não viram uma causa comum. Bauman afirma que transferir a ansiedade e inseguranças globais para o campo da segurança privada é uma tentativa de tornar a situação palpável, visível, concreta. Porém, ao fazer esta transferência os mecanismos produtivos da insegurança e incerteza são ignorados. Novamente a ponte entre o privado e o público não se constrói e a realidade neoliberal parece tão inexorável quanto à morte.

Neste sentido, o modo de subjetivação contemporâneo precisa ser considerado como um fator que interfere diretamente no trabalho de gestores e profissionais de saúde. Não se consegue promover saúde, promover cuidado em um ambiente de descuido em vários níveis. Apostar em práticas coletivas participativas seria apostar na construção de espaços intersubjetivos mais acolhedores, cooperativos e solidários para os profissionais de saúde. Espaços que suportem os conflitos e proporcionem novos padrões de relações intersubjetivas gerando, conseqüentemente, novas formas de cuidado, mais próximas dos ideais sustentados na concepção original do SUS.

5.2. As tramas da rede de Saúde mental

5.2.1. A rede de saúde mental antes do NASF

Um CAPS, um ambulatório de saúde mental, um hospital municipal com dois leitos para a saúde mental compunham a rede de saúde mental do município. Antes da implantação do NASF na cidade, a ESF não era vista como um dos equipamentos de saúde responsáveis pelo cuidado da pessoa em sofrimento mental, não era vista como um ponto nessa rede. Segundo os entrevistados, o acesso a rede de saúde mental se dava ou por encaminhamento médico, ou por demanda espontânea. E a ESF tinha uma relação bastante distante do CAPS e do próprio campo da saúde mental.

Com seis anos de existência, o CAPS da cidade foi considerado novo pelos entrevistados que ressaltaram os desafios de seu processo de implementação. Contaram que, de início, a “Reforma Psiquiátrica” lhes apareceu numa versão reduzida e burocratizada através do imperativo “Não pode internar”. Tal imperativo produziu nos funcionários do CAPS uma inquietação e revolta e a necessidade de inventar formas de dar suporte às famílias que já não teriam mais o recurso da internação. Os entrevistados relataram que a construção de uma identidade do CAPS, o aprofundamento nos conhecimentos sobre a reforma psiquiátrica e o que aquele equipamento poderia fazer pela população, foi um processo lento e muito impulsionado pela inquietação pessoal de alguns deles que buscaram se aprimorar.

O imperativo “não pode internar” que foi relacionado ao dispositivo CAPS naquele momento, restringiu o amplo sentido que aquele equipamento traria para o cuidado da pessoa em sofrimento mental e acabou por não ressaltar o valor da luta pela desinstitucionalização da loucura. Leal e Delgado (2007) ressaltam que além de um equipamento estratégico na política pública de assistência à saúde mental, o CAPS também deve ser compreendido como um modo de operar o cuidado. E esse modo “caps” de operar o cuidado não seria algo abstrato e impalpável, mas

“um conjunto heterogêneo de discursos, instituições e estruturas arquitetônicas, medidas administrativas, grades de tarefas dos profissionais, grade de atividades realizadas no cotidiano dos serviços, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas; e da ligação que se estabelece entre tais elementos.”
(p.137)

Portanto era toda essa miríade de sentidos e organizações que os profissionais pareciam buscar para construir um modo “caps” de operar a saúde mental no município.

O apoio que tiveram veio, principalmente, das áreas técnicas de saúde mental e da Criança e adolescente do estado, que ajudaram os profissionais a compreender a necessidade de ampliar o seu campo de ação, incluindo o tratamento e acompanhamento de crianças, adolescentes e usuários de drogas. Como CAPS I, os profissionais se sentiam responsáveis pelos casos graves envolvendo adultos, mas não tinham experiência nem expectativa de atender crianças e pessoas usuárias de drogas. No entanto, aos poucos, foram incentivados, pelo estado, a assumir esse público também. E hoje se consideram em condições de atender problemas do campo da saúde mental envolvendo crianças e usuários de drogas.

Compreender os desafios da implementação do CAPS nos dá algumas pistas a respeito das próprias dificuldades em aproximar o CAPS da ESF naquele município. Nos primeiros anos do CAPS, os profissionais procuraram criar uma identidade do serviço no município e procuraram construir para si mesmos diretrizes de trabalho. E não se tinha compreendido o papel da atenção básica neste cuidado. Dentro do CAPS ou do ambulatório de Saúde Mental não se tinha criado a preocupação de saber se o paciente era

acompanhado por alguma equipe da ESF e nem a ESF tinha criado para si a responsabilidade em fazer a coordenação do cuidado e o acompanhamento dos usuários de saúde mental.

Este aspecto de uma rede de saúde mental muito fechada em si mesma, sem conexões, segundo Leal e Delgado (2007) enfraqueceria a capacidade do CAPS de ser instrumento capaz de produzir um lugar social diferente para a experiência da loucura. Para estes autores, seria necessário que o CAPS inventasse um funcionamento mais articulado com a cidade e, para tanto, o caminho percorrido deveria sustentar-se sobre um tripé formado pela rede, pela clínica e pelo cotidiano do CAPS.

Naquele município, o fato do ambulatório de saúde mental dividir o mesmo espaço físico com o CAPS, tornava a rede de saúde mental ainda mais fechada em si mesma, além de não deixar claro para a população a diferença na oferta de serviços destes dois equipamentos.

Toda a demanda de saúde mental foi direcionada para aquele espaço, principalmente porque o CAPS ampliou seu campo de abrangência e passou a atender também crianças e usuários de drogas. Os entrevistados avaliaram que a grande maioria dos encaminhamentos de crianças tinham como fonte o Conselho Tutelar e as escolas. A grande demanda das escolas fez com que a coordenação de saúde mental designasse duas psicólogas e uma assistente social como referências para o atendimento das demandas com crianças. Uma das psicólogas atende pelo ambulatório de saúde mental, enquanto a outra atende pelo CAPS. A assistente social se divide entre as demandas de ambulatório e CAPS. De uma certa forma, a proximidade do ambulatório de saúde mental e do CAPS possibilitou que o gestor pudesse organizar a rede de saúde mental de forma mais articulada, no entanto também pode ser percebido com mais clareza os limites da rede de saúde mental para dar conta de toda a complexidade da vida das pessoas apontando a necessidade de trabalhar integrado no setor saúde e com outros setores.

A equipe formada por profissionais do ambulatório e do CAPS buscou uma relação mais próxima com as escolas e também com o Conselho Tutelar para analisar as demandas enviadas pela instituição e evitar psicologização ou medicalização dos casos.

Os casos de violência contra crianças e adolescentes também foi um provocador para que a rede de saúde mental buscasse um trabalho intersetorial com o Conselho Tutelar, Secretaria de educação, secretaria de promoção social, secretaria de esportes, etc. A formalização dessa parceria foi feita no espaço do Fórum da Criança e do Adolescente criado pela Coordenação de Saúde Mental. No entanto, a aderência a esta iniciativa tem sido baixa e a dificuldade de integração intersetorial bastante grande. No ano que foi feita a entrevista, novembro de 2011, o Fórum tinha acontecido uma vez.

Outro ponto da rede de saúde mental, o hospital municipal, mostrou-se um nó que precisaria ser mais trabalhado pelo gestor da saúde mental. A dificuldade do hospital municipal em manejar os cuidados aos pacientes em sofrimento mental que ocupam os leitos psiquiátricos, criou a necessidade de se organizar um treinamento com a equipe do hospital para o manejo dos casos de saúde mental. Empreendimento que estava sendo organizado pelo CAPS.

Foi apontado, pelos entrevistados, que existe uma dificuldade dos outros setores e dos outros níveis de atenção à saúde em fazer uma relação de parceria com o CAPS na corresponsabilidade do cuidado dos usuários. O CAPS seria visto como um local de encaminhamento dos casos de saúde mental, ao mesmo tempo em que as pessoas em sofrimento mental não seriam consideradas em sua integralidade, ou seja, seriam reduzidas aos problemas mentais que vivenciam e outros fatores de sua vida e de sua saúde não seriam considerados.

Esses aspectos nos colocam em evidência o desafio epistêmico de desconstruir o conceito de doença mental e reconstruir o olhar sobre a complexidade do existir humano, como uma tarefa social complexa que em última instância implica na afirmação de princípios e valores que sustentem um outro lugar social para o louco e para o sofrimento mental.

Essa tarefa social complexa envolve segundo Yasui (2007) mudanças nas estratégias do cuidado que incluam o território com seus recursos. O CAPS, como o principal instrumento da implementação da Política Nacional de Saúde Mental, mais do que um estabelecimento de saúde, assume

um compromisso com a transformação da assistência e a consolidação de uma rede de cuidados que não se restringe ao setor saúde. Ainda segundo o autor,

“O CAPS é meio, caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido numa ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores. A equipe de saúde mental pode ser pensada como a mão que urde, mas jamais será a trama. Tecer esta rede de alianças em torno do cuidado é uma das dimensões essenciais do nosso processo de trabalho.” (p.159)

A trama, nos primeiros anos do CAPS do município estudado, apesar dos esforços empreendidos, ainda estava bastante restrita, com uma rede de saúde mental fechada em si mesma e com dificuldades de articulação tanto com a rede de saúde em geral quanto com os outros setores. Essa dificuldade de articulação, talvez seja ainda mais marcante pela própria característica das relações de trabalho sustentadas no município. A maneira fragmentada de organização expressa no organograma da secretaria de saúde somada à instituição “apropriação privada do espaço público”, gera um ambiente desfavorável ao trabalho coletivo integrado, mas não o torna impossível. A tentativa de integração via Fórum da Criança e do Adolescente marca uma via possível, apesar de ainda bastante difícil de ser consolidada.

5.2.2. Apoio Matricial em Saúde mental: às vezes marolas, às vezes ondas

A criação do NASF em 2008, dois anos depois da inauguração do CAPS, começou a mudar a história de relação do CAPS com a ESF. E um novo ponto vem sendo tecido na rede de saúde mental. O psicólogo do NASF trabalhou no CAPS durante um ano e meio e este fator foi apontado como facilitador da integração entre NASF e CAPS. Interessante notar, que as articulações entre os serviços ainda é feita entre pessoas físicas, ou seja, não se trata de articulações entre os estabelecimentos, os serviços, mas entre as

peessoas que neles trabalham. Alguns encaminhamentos para a psiquiatria são conseguidos pela relação pessoal do apoiador matricial do NASF com o gestor do CAPS, ou seja, trata-se de um arranjo momentâneo, pessoal, e não de um acordo institucionalizado que de fato modifique o serviço de uma forma ampla. O psicólogo do NASF mostrou-se atento a este movimento e a fragilidade que isso representa.

De uma certa forma, ainda estamos diante da instituição “apropriação privada do espaço público”, muito embora, a linha traçada na relação CAPS/ NASF comece a apresentar algumas modulações pela própria preocupação e tentativa dos atores em jogo de modificarem essa realidade. Foi percebida uma preocupação do apoiador matricial, neste caso, em procurar institucionalizar as relações de uma forma não pessoal, para garantir que a organização proposta seja do serviço e possa permanecer independente das pessoas que estejam ocupando os cargos naquele momento.

O apoiador do NASF levou a proposta de discutir o fluxo entre CAPS e ESF, para o gestor da Saúde Mental. A proposta consistia em apresentar o funcionamento da ESF para os profissionais do CAPS para que juntos pudessem pensar num fluxo que definisse a relação desses equipamentos. A provocação veio no sentido de promover uma resposta mais institucionalizada para o acesso e circulação dos usuários na rede.

O apoio matricial tem provocado uma aproximação entre os serviços, entre a atenção básica e o CAPS. No entanto, é esperado que se gere um aumento de demanda para o CAPS na medida em que o NASF está mais próximo do território e acabaria captando casos que ainda não eram conhecidos. Para o apoiador matricial, a proposta do NASF junto com a ESF é fazer a busca ativa desses casos e tentar prestar um suporte no território, mas reconhece que o suporte da ESF e do próprio NASF tem um limite e precisaria trabalhar em conjunto com CAPS para prestar o cuidado necessário ao usuário. A partir do apoio matricial os profissionais do NASF têm tentado provocar um trabalho em rede, uma linha de cuidado em saúde mental. No entanto, isso ainda é um processo em construção. As primeiras reuniões do CAPS com o NASF foram solicitadas, e o apoiador do NASF estava na expectativa de conseguir construir essa linha de cuidado em saúde mental com os profissionais do CAPS, mas existia um receio que a proposta do NASF não

fosse bem recebida, que a expectativa dos profissionais do CAPS fosse que o NASF diminuísse e absorvesse o volume das demandas e não aumentasse.

A coordenação do CAPS considera que o NASF é a sua principal via de contato com a ESF e pontuou que as reuniões feitas entre NASF e CAPS são importantes para discutir os casos das pessoas que o NASF tem acompanhado na ESF e que são usuários do CAPS. Reconhece que com a entrada do NASF as demandas por acompanhamento em saúde mental cresceram para o CAPS, no entanto, este aumento foi visto como necessário, uma vez que a aproximação do NASF com o território permite que se captem casos novos que eram desconhecidos pelo CAPS. A coordenação do CAPS apontou que muitos casos, inclusive de pessoas vindas de longos anos de internação em hospitais psiquiátricos, puderam ser acompanhados no território com a ajuda do NASF e que a Atenção Básica tem podido trabalhar em conjunto com o CAPS em alguns casos.

A importância do movimento provocado pelo apoio matricial em saúde mental junto ao gestor de Saúde mental pode ser avaliada quando trazemos para a cena o conceito de cuidado territorializado. Trabalhar com a concepção de território é estratégico para se produzir um novo cenário de cuidados em saúde mental. Giovanella e Amarante (1994) afirmam que,

“o território é uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam. O trabalho no território não é a mesma coisa que estabelecer um plano psiquiátrico, ou de saúde mental, para a comunidade, mas trabalhar com as forças concretas para a construção de objetivos comuns, que não são os objetivos definidos pela psiquiatria.

O trabalho no território não é um trabalho de construção ou promoção de ‘saúde mental’, mas de reprodução da vida, de subjetividades.” (p.145)

O envolvimento da ESF com o campo da saúde mental ainda está em construção. O NASF tem prestado apoio matricial às equipes da ESF nos casos que estas julgam ser demanda para o CAPS e procuram dar resolutividade para alguns casos na própria ESF. Porém o envolvimento das equipes ainda é insuficiente. Não se consegue discutir os casos com todas as

equipes e a absorção da demanda tem sido feita pelo próprio NASF, que centraliza muitas dessas resoluções. Foi relatado uma resistência muito grande dos profissionais da ESF em assumir o cuidado territorializado o que tem dificultado o trabalho em conjunto, a troca de experiência, a instedisciplinaridade e a atuação pedagógica do NASF.

Mas o próprio movimento provocado pelo apoio matricial em saúde mental de discussão dos casos com o CAPS e de fazer uma ponte do CAPS com a ESF tem provocado algumas perturbações positivas na forma como o gestor de Saúde Mental compreende seu trabalho com a ESF. A coordenação tem visto que apesar do NASF ser um importante aliado na interlocução com a ESF, existem processos que precisam ocorrer diretamente entre CAPS e ESF, sobre este aspecto o gestor de Saúde Mental comentou que a partir das reuniões com o apoiador matricial começou a avaliar que é preciso se aproximar das equipes de saúde da família para prestar um apoio direto entre CAPS e ESF.

O apoio matricial em saúde mental do NASF começa a provocar tanto a rede de saúde mental quanto a ESF. O funcionamento fragmentado, o fechamento dos equipamentos de saúde sobre si mesmo são evidenciados. No entanto, apesar de alguns encaminhamentos para o CAPS serem de profissionais da ESF, isso não significa que a ESF esteja sensível aos casos de saúde mental. Muitos casos de saúde mental presentes nas famílias acompanhadas não são relatados pelos ACS. Ainda hoje, o apoiador matricial precisa constantemente estimular a identificação dos casos pelos ACS.

A reflexão sobre os casos, o acompanhamento das pessoas no território é uma proposta do apoiador matricial, mas mesmo como esforço de oferecer este apoio, alguns casos são encaminhados para o CAPS sem o conhecimento do apoiador.

O apoio matricial ainda não está sendo exercido em toda sua potência. Ainda ocorrem muitos encaminhamentos sem a devida análise dos casos e o apoiador matricial procura criar estratégias para suprir as demandas que chegam. Porém uma estratégia mais junto às equipes, como apostar na construção compartilhada de um plano terapêutico, por exemplo, não tem acontecido. O NASF ainda assume sozinho algumas demandas, e pouco tem conseguido envolver as equipes no cuidado dos usuários. O apoiador matricial

do NASF tem clareza que a estratégia utilizada com as equipes da ESF ainda se aproxima muito do funcionamento de um ambulatório itinerante, em alguns momentos.

Apesar dessa relação difícil com as equipes, foi percebido que o apoio matricial em saúde mental tem conseguido provocar os gestores, que em alguns momentos, têm se deixado afetar pelas demandas da assistência. Um exemplo disso foi a descentralização dos atendimentos ambulatoriais em saúde mental. O apoiador matricial identificou demandas de saúde mental na região que necessitariam de uma reordenação da rede de atenção para ser solucionada. O município estudado possui uma grande extensão territorial e uma concentração de pessoas na área urbana. No entanto, as pessoas localizadas na área rural possuem dificuldade de acesso a alguns serviços. Diante desta constatação o secretário de saúde foi acionado, juntamente com o coordenador de Saúde Mental para que fosse organizada uma descentralização do atendimento de psicologia para as unidades de saúde mais distantes. A descentralização foi posta em prática nas unidades de saúde tradicionais da região. Antes da descentralização, estes profissionais estavam concentrados na região central, dificultando o acesso de usuários que moravam em regiões mais distantes.

Mas mesmo tendo sido esta uma iniciativa do apoiador matricial em saúde mental, a integração do NASF com os psicólogos que foram descentralizados ainda não ocorre de maneira integrada. A relação do NASF ocorre prioritariamente com os profissionais da ESF, e a relação com a Atenção Básica tradicional ainda é conturbada. Os profissionais da AB tradicional não compreendem porque o psicólogo do NASF não assume todos os usuários e encaminha alguns casos para eles.

O lugar do NASF na função de apoio matricial não é compreendido pelos profissionais dos serviços, que o tempo todo forçam uma postura assistencial dos profissionais do NASF. Mas foi percebido que a afirmação do apoio matricial como uma função do NASF também não é claramente defendida pelo gestor da ESF, NASF e PACS, ao ponto de poder ser afirmada como uma diretriz de trabalho dentro a Atenção básica. Foi possível observar dois movimentos que não se complementam. Se por um lado, foi afirmado pelo gestor do NASF que esta estratégia vinha para modificar o modelo de

funcionamento da ESF, que não deveria ter a mesma prática dos profissionais do ambulatório, que sua função era de apoio às equipes da ESF, por outro lado, quando se é descrito o manejo concreto dos casos que aparecem para as equipes do ESF, o gestor estimula o NASF a assumir a resolução dos casos, sem ter a preocupação se as equipes da ESF estarão na co-gestão deste cuidado. Quando focamos especificamente os casos de apoio matricial em saúde mental, a ESF, assim como os outros serviços, se fecha sobre si mesma e o NASF tonar-se a via de contato dos usuários com os outros níveis de atenção. O NASF, e não as equipes da ESF, passa a fazer a coordenação do cuidado desses casos, o que chamou a atenção. Pois essa posição do NASF na rede afirma a diferença e não a integração. O NASF também é um dispositivo da atenção básica e seu funcionamento não deveria ser descolado da ESF, pelo contrário, é justamente um dispositivo pensado para estimular a resolutividade das equipes da ESF, de proporcionar que as equipes estejam cada vez mais à frente da gestão do cuidado de sua população. Neste sentido, o protagonismo do NASF na resolução e coordenação dos casos, produz o efeito contrário, e desestimula que as equipes da ESF assumam e desenvolvam este protagonismo.

Ocorre, portanto, um pequeno aumento na resolutividade no nível da atenção básica, mas que não se amplia para se estender por toda a ESF, ficando restrito às ações dos profissionais do NASF. O NASF é estimulado, pela forças das instituições em jogo, também sustentadas pelos gestores, a se fechar sobre si mesmo. E passa a ser utilizado como uma equipe multiprofissional que irá resolver os casos complexos que aparecem na ESF, ou ainda pior, resolver todos os casos que os profissionais da ESF não teriam “condições” ou “capacidade” de resolver. O NASF passa a ser compreendido como uma “super equipe” que responde o que os profissionais da ESF não “conseguem” resolver. Este olhar equivocado sobre o NASF torna o dispositivo apoio matricial ainda mais difícil de ser operacionalizado pelos apoiadores do NASF, além de gerar mal estar e resistência nos profissionais da ESF, que acabam vendo o NASF como rival e não como dispositivo de suporte e incremento profissional.

Foi percebido que os profissionais do NASF buscam o tempo todo afirmar o apoio matricial como prática, mas a permeabilidade de alguns

gestores às questões apontadas pelos apoiadores matriciais são baixas, não permitindo que questionem os pontos críticos do funcionamento do sistema de saúde municipal nem a dificuldade de integração entre os serviços e setores da prefeitura.

O apoio matricial em saúde mental afetou de forma diversa os diferentes gestores. Houve momentos em que alguns gestores efetivamente modificaram suas práticas para também se verem como apoiadores, mas esses momentos foram quase lampejos de funcionamento. Não se perpetuando no cotidiano das práticas. Houve outros momentos em que alguns gestores percebiam as demandas que chegavam do serviço, mas concentravam seu apoio aos profissionais do NASF para a resolução pontual dos casos, não gerando uma modificação no funcionamento da rede de saúde e até mesmo estimulando o NASF a funcionar em paralelo e não em conjunto com a rede de Atenção Básica. Em outros momentos alguns gestores percebiam as demandas da assistência, mas não modificavam seu trabalho em função disso, efetuando pressão sobre os profissionais para que respondessem à problemática, sem dedicar apoio da gestão para tanto. Também houve momentos, em que apesar de se entrar em contato com as demandas do serviço, o gestor procurava evitá-las e criar subterfúgios para não precisar dar conta de tal demanda, ou as respondia parcialmente.

Para expressar estes momentos foi construído um diagrama das relações dos gestores com as perturbações provocadas pela entrada em campo do apoio matricial em saúde mental.

5.3. Diagrama das relações com a Onda

Como dito, o conceito de diagrama foi invocado para apresentar a cartografia das forças, das intensidades captadas no campo pesquisado. O diagrama guarda uma certa provisoriedade, ele apresenta aquilo que foi possível captar pela sua duração espacial e temporal, mas não apresenta verdades estáticas, é antes disso, o mapa de um momento que daqui a pouco já não mais se apresentará da mesma forma.

O diagrama aqui apresentado é o das relações dos gestores com aquilo que foi denominado “onda”, ou seja, com as afecções provocadas pela

entrada em campo do dispositivo apoio matricial. A partir dessas relações são configuradas “máscaras” que expressam as possibilidades dessas relações.

Este trabalho se inspira em dois outros autores que desenvolveram, em suas teses de doutorado, a proposta de uma “tipologia móvel” baseada na ideia de máscaras proposta por Suely Rolnik (2007). Rossana Baduy (2010) tinha em sua tese o objetivo de conhecer a caixa de ferramentas da equipe gestora de uma secretaria de grande porte. No percurso da pesquisa a autora construiu o diagrama das máscaras que expressavam a porosidade dos assessores na relação com os profissionais da atenção básica. A outra autora, Débora Bertussi (2010), objetivou estudar no espaço da micropolítica, a produção de coletivos e analisar os dispositivos desencadeados com esse objetivo em uma gestão municipal de saúde. Como um dos produtos da sua pesquisa produziu um diagrama das máscaras do apoiador, onde utilizou o circo como universo de sentidos.

A proposta de máscaras presente no livro Cartografias Sentimentais de Suely Rolnik (2007), trás a ideia de que as intensidades não possuem, por si mesmas, forma nem substância. Mas podem se efetuar em determinadas matérias cujo resultado seria uma máscara. A máscara, portanto, é a efetuação de uma intensidade. Rolnik dirá,

“intensidades buscam formar máscaras para se apresentarem, se ‘simularem’; sua exteriorização depende de elas tomarem corpo em matéria de expressão. Afetos só ganham espessura de real quando se efetuem.” (p.31)

A tipologização, segundo Bertussi (2010), é uma forma de explicitar que intensidades buscam formar máscaras para se apresentarem. E essa tipologização é móvel, pois não está relacionada a uma pessoa, a um saber, a algo externo. A máscara se forma no encontro, é um acontecimento, é formada pelas forças, pelos fluxos de intensidade, naquele instante onde as forças ainda não ganharam forma, no espaço “entre” as formas. Bertussi ressalta a ideia de que somos múltiplos, e que a forma que ganhará nossa expressividade dependerá das afecções produzidas e das singularidades presentes.

Neste trabalho as máscaras utilizadas pelos gestores foram inspiradas na imagem do movimento de onda que quebra na praia e retorna ao

mar e as possibilidades de relação com este movimento experimentadas durante o encontro com o campo de pesquisa. Foram captadas quatro tipos de máscaras:

A máscara surfista: para surfar é preciso manter uma relação de troca entre os corpos. Uma sintonia e sensibilidade para sentir as nuances de onda e se manter de pé. É preciso usar uma boa prancha (caixa de ferramentas) adequada para o tipo de onda. É preciso abertura e sensibilidade para sentir e responder prontamente as alterações provocadas pela onda sem cair da prancha, o que inclui também momentos de improviso. Quando os gestores podiam expressar essa máscara os encontros eram singulares, a capacidade de afetar e ser afetado pelas demandas que chagavam do cotidiano era grande. Era possível lançar mão de tecnologias leves sofisticadas e experimentar alta capacidade de criação a partir dos encontros. Mas esses eram momentos raros, lampejos de funcionamento. Não chegaram a constituir uma prática corrente e constante, mas foi possível de ser experimentado.

Máscara pegador de jacaré - para pegar jacaré é preciso estar disposto a entrar na onda. Se misturar. Também ocorrem movimentos de troca constantes, no entanto as ferramentas são rudimentares, podem contar apenas com as habilidades do próprio corpo. É preciso sensibilidade para notar os movimentos, mas é uma sensibilidade menos fina do que a do surfista. Quando o gestor experimentava esta máscara a possibilidade de encontros singulares estava presente, muito embora não fosse uma constante. Por contar com ferramentas rudimentares, procurava direcionar o outro a partir do convencimento e a capacidade de se afetar com aquilo que chegava do cotidiano da assistência era menor. Ainda assim, mostrava-se capaz de fazer auto-análise e produzir rupturas. Essa foi uma máscara mais expressa pelos gestores se comparada com a máscara de surfista.

Máscara mergulhador – O mergulhador procura evitar a onda se desviando. Não tenta impedi-la, mas mergulha para evitá-la na tentativa de não se deixar afetar por ela. No entanto, está o tempo todo no interior da onda e sofre influências do movimento ainda que tente evitá-lo. Quando experimentava essa máscara o gestor assumia um papel mais prescritor e um estilo de gestão mais baseado na disciplina e no controle. Sua caixa de ferramentas era limitada e trabalhava mais com tecnologias leve-dura e dura, tendo bastante

dificuldades de utilizar tecnologias leves. Foi uma máscara que se expressou com bastante regularidade, principalmente quando o gestor se via atravessado pelas pressões políticas.

Máscara Dique – O dique quer combater a onda, contendo-a. Transformando o movimento em imobilidade. A máscara de dique impede qualquer tipo de troca, pois age por isolamento e contenção. Quando o gestor expressava essa máscara assumia uma postura normalizadora e cumpridora de tarefas. A caixa de ferramentas contém tecnologia dura e assume um estilo de gestão normativo e punitivo. Foi utilizada nos momentos em que se viu a necessidade de barrar e neutralizar o movimento provocado pelo apoio matricial.

Como dito, essas máscaras eram expressões que às vezes se revezavam numa mesma situação problema, ou seja, foram percebidos momentos em que um mesmo gestor utilizava múltiplas mascaras para responder às provocações cotidianas. Houve prevalência no uso das máscaras megulhador e dique por alguns gestores, embora seus discursos apontassem para outra direção. As instituições ressaltadas no início do capítulo direcionaram em muitos momentos as possibilidades de expressão dos gestores e se mostraram como fatores perturbadores mais impregnantes do que as perturbações provocadas pelo apoio matricial.

Conclusão

A população busca o sistema de saúde para ser cuidada, ou seja, ter suas condições de saúde restabelecidas e espera ser acolhida, respeitada, e atendida nos vários aspectos do seu sofrimento. O cuidado é compreendido, neste trabalho, como uma ação integral que baseia-se num conceito de saúde ampliado, onde são importantes de serem levados em consideração tanto os aspectos referentes às necessidades individuais e recuperação da autonomia quanto aqueles que se relacionam ao universo simbólico e subjetivo. Neste sentido, através do cuidado é possível analisar as experiências de integralidade.

O princípio da integralidade expresso na Constituição Brasileira determina que este cuidado seja feito de forma integral, levando em consideração os determinantes sociais do processo saúde doença. E mais do que um princípio que orienta a reorganização dos serviços, no SUS a integralidade é um valor, uma bandeira de luta política que aponta para uma mudança social complexa para que seja efetivado.

O grande desafio da produção do cuidado é que ele é imanente às relações, o cuidado se dá a partir da relação entre sujeitos, o que implica levar em conta o regime de forças, o regime de poder em jogo. Sustentar práticas de cuidado que produzam, no lugar de assujeitamento, sujeitos livres, capazes de exercer um autogoverno com relativa autonomia, exige a sustentação de modos de subjetivação éticos.

E como nos ressalta Foucault (1984f), a produção de modos de subjetivação éticos aponta para sujeitos capazes de sustentar o valor cuidado não apenas na relação com o outro, mas na relação consigo mesmo. É a relação consigo mesmo que regulará a relação com o outro. Sujeitos individuais e coletivos capazes de questionar suas práticas e se reinventarem a partir dos encontros produzidos na micropolítica do dia-a-dia do trabalho.

A sustentação do valor cuidado, portanto, é um desafio que só pode ser construído no coletivo, nos espaços democráticos de interação de sujeitos, na micropolítica do cotidiano do trabalho a partir da redefinição constante das relações de poder.

É neste sentido que Merhy (2002) discute a importância estratégica das tecnologias relacionais na produção de outros modos de subjetivação na micropolítica dos serviços de saúde.

A proposta deste trabalho foi colocar foco na relação do gestor com o campo do cuidado. Foi compreendido que essa relação poderia ser analisada a partir da permeabilidade do gestor às demandas que surgem do serviço. Uma maior ou menor permeabilidade a essas demandas retrataria a sensibilidade do gestor para trabalhar com as demandas de cuidado que surge do cotidiano da assistência, ou seja, a capacidade do gestor em conduzir uma gestão centrada nas necessidades dos usuários. A organização dos serviços seria feita a partir das demandas reais, dos elementos cotidianos que provocam os profissionais da assistência e os gestores a repensarem suas práticas, reorganizarem os serviços para produzir um cuidado mais equânime e integral. Para acessar essas demandas os gestores e trabalhadores da assistência podem se valer de inúmeras ferramentas, mas neste trabalho enfatizamos o dispositivo apoio matricial.

O apoio matricial é introduzido na política pública de saúde a princípio (Campos, 1999), como uma tecnologia de gestão, um arranjo organizacional que daria suporte técnico pedagógico aos profissionais da Estratégia Saúde da Família. No entanto, neste trabalho o apoio matricial foi afirmado como um dispositivo que afeta tanto os profissionais da ESF com os gestores do sistema. Como dispositivo, poderia ser tanto instrumento das equipes matriciais do NASF, quando ferramenta do gestor. E toda sua capacidade de afetação só seria alcançada quando o dispositivo pudesse ser utilizado, ao mesmo tempo, por todos esses atores em jogo.

Espera-se, como efeito da ação do dispositivo apoio matricial, a movimentação de forças instituídas, a equivocação das barreiras entre as disciplinas, a experimentação de práticas interdisciplinares, o questionamento de lugares, de saberes e poderes, o questionamento da rede de saúde, a produção de alianças intersetoriais.

Para pensar os efeitos das provocações geradas pelo dispositivo apoio matricial, neste trabalho utilizamos a imagem de uma onda. A onda foi invocada por ser constituída por um duplo movimento contínuo de idas e vindas onde nenhum deles pode ser apontado como primeiro, nem como mais

importante. Em seu duplo movimento contínuo a onda nunca é a mesma se renovando a cada encontro, provocando novas afetações e se transformando a cada movimento.

O trabalho foi baseado no recorte do campo da atenção básica com o campo da saúde mental. Neste sentido, foi cartografado o efeito de onda do dispositivo apoio matricial quando voltado para o campo da saúde mental. O trabalho de campo, realizado num município do Estado do Rio de Janeiro, tratou de buscar um cenário para o exercício da cartografia.

Um dos produtos do trabalho foi a construção do “diagrama das relações com a onda”. Com as máscaras buscou-se situar no “entre”, ou seja, compreender os movimentos instituintes, aqueles que se encontram entre estados ou forma instituídas. O “entre” uma máscara e outra é justamente o espaço da criação, o espaço do diferir. Na relação dos gestores com apoio matricial em saúde mental, o “entre” é o momento de afetação e transformação. Quando nenhuma forma foi inteiramente assumida, é neste espaço que outras relações e outras máscaras podem surgir. Na perturbação da “onda” os atores em relação podem gerar uma máscara conhecida ou produzir outras, ou mesmo produzir uma variação de uma velha máscara, que em si mesma, já é outra coisa.

Foram cartografadas quatro máscaras, como expressões mais presentes e persistentes na relação dos gestores com o campo do cuidado em saúde mental. Não se buscou, entretanto, fechar um campo de possibilidades. Aquelas foram as máscaras que pude captar, não significando que sejam as únicas.

As máscaras cartografadas retrataram um cenário onde o estilo de gestão predominante daqueles que ocupavam lugar de governo pouco se apoiavam em práticas e estratégias fundamentadas na liberdade, tal como compreendida por Foucault (1984f). As máscaras mergulhador e dique, que expressavam estilos de governo mais normativos e prescritivos foram as mais marcantes e persistentes.

No entanto, não se pode ler essas expressões como resultante apenas de posicionamentos pessoais. As expressões que cada gestor pode externalizar, ou por outra, as máscaras que pode utilizar estão intimamente ligadas às instituições que os atravessam e transversalizam o espaço

profissional/social. Sendo assim, não apenas a relação dos gestores com as provocações geradas pelo efeito de onda do apoio matricial em saúde mental foram destacadas, como também as *instituições* que permeiam o trabalho daqueles gestores, e que por fazer parte da história constitutiva da subjetividade dos brasileiros, pode ser facilmente identificado em diversos outros espaços.

Pensar o dispositivo apoio matricial neste cenário levantou alguns questionamentos. O primeiro diz respeito ao próprio conceito de apoio matricial: os gestores, responsáveis por produzir o direcionamento estratégico às políticas municipais, estariam sustentando o apoio matricial sob que perspectiva? Naquele espaço, o conceito foi introduzido principalmente pelos profissionais da SESDEC, que ajudaram a implantar o NASF na região. No entanto o tempo dedicado a implementação, foi reconhecido, pelos próprios profissionais da SESDEC, como curto e insuficiente para concretizar a prática do apoio matricial como diretriz do NASF. E não apenas para os profissionais do NASF, mas principalmente para os gestores municipais. Foi percebido que o conceito de apoio matricial não era interpretado da mesma forma pelos diversos atores em jogo, além de gerar grande resistência por parte dos profissionais da ESF.

A ferramenta apoio matricial pensada como dispositivo, trás um desafio maior do que a implementação de um serviço, pois trás para cena a necessidade de se trabalhar conceitos, repensar e reinventar práticas e valores, ou seja, se configura como um processo social complexo que não se esgota com a criação de equipes de NASF. A criação da equipe é um dos primeiros passos, mas a educação permanente de gestores e profissionais é fundamental para se constituir bases teórico-práticas.

As dificuldades dos gestores em afirmar apoio matricial como política, como dispositivo estratégico para a construção de práticas de integralidade regidas por um funcionamento interdisciplinar e intersetorial na atenção básica e de assumir o dispositivo com ferramenta da gestão, são perpassadas também pelas *instituições* cartografadas.

Quando retratamos a *instituição* “apropriação privada do espaço público”, foi destacada a fragmentação dos serviços fortalecida também pela ação desta instituição que sustenta um universo individual e privado nos

espaços públicos. Sob a égide desta *instituição*, a abertura à crítica não se coloca como discussão de políticas de saúde, ou das relações de poder instituídas, mas como o questionamento de condutas de indivíduos, que acabam por se sentir pessoalmente atingidos pelas situações que surgem no dia-a-dia do trabalho. Sendo assim, como seria possível existir um movimento de onda, ou seja, um movimento de troca, transformação e autoavaliação, num espaço onde não pode haver crítica? Onde a crítica não se direciona à serviços e relações, mas às pessoas em sua existência individual?

A *instituição* “apropriação privada do espaço público” personaliza territórios, que passam a “pertencer” a determinados gestores impedindo a crítica e, conseqüentemente, o exercício ético. Desta maneira, em grande parte das vezes, a troca não acontece. Os gestores são provocados pelo apoio matricial, mas respondem de forma padronizada e endurecida. Funcionamento dique.

A *instituição* “uso privado da coisa pública” que reflete práticas patrimonialistas e clientelistas, também interfere nos posicionamentos dos gestores e interfere na atuação do próprio NASF que em alguns momentos também foi utilizado como instrumento para sustentar tais práticas.

No entanto, o “entre” das máscaras permitiu entrever movimentos criativos importantes, principalmente contribuindo para a aproximação da saúde mental com a atenção básica. As máscaras surfista e pegador de jacaré se afirmaram em alguns momentos produzindo espaços criativos de trocas e transformações. A potência do apoio matricial se fez presente nos momentos em que os gestores se colocaram abertos a repensarem e transformarem a própria prática. Estes momentos existiram e, de certa forma, podiam ser sentidos como potência quando se conversava com cada gestor em seu território de ação. O que leva a crer que o apoio matricial quando exercido apenas no espaço do NASF possui uma determinada possibilidade de afetação que é potencializada quando este dispositivo é também assumido pelos gestores como ferramenta.

O desafio de sustentar a integralidade como valor, portanto, é uma tarefa que perpassa todos os profissionais do SUS, nos seus diversos campos de atuação. O papel dos gestores da gestão do cuidado implica na abertura desses para as demandas que surgem do dia-a-dia dos serviços. A superação

de uma gestão centrada em programas e descolada da realidade dos serviços exige a criação e sustentação de espaços coletivos de co-produção do cuidado, que podem ser construídos a partir de dispositivos como o apoio matricial.

No cenário da pesquisa, o dispositivo apoio matricial se mostrou uma ferramenta estratégica para se repensar o modelo de atenção à saúde, porém com pouco alcance de afetação quando utilizado apenas como uma ferramenta dos profissionais do NASF, sendo de fundamental importância que seja adotado também pelos gestores.

O recorte do trabalho, que colocou em destaque o apoio matricial voltado para o campo da saúde mental, nos trouxe as dificuldades de aproximação e integração deste campo com a rede de saúde como um todo. As dificuldades que ainda persistem em se compreender as pessoas em sofrimento mental em toda sua integralidade. Mas trabalhar neste cenário também nos proporcionou lançar mão dos avanços conquistados pelas lutas travadas contra a segregação na construção de uma rede de cuidados mais integral e acolhedora. Basaglia (2010), no percurso de sua luta pela superação dos manicômios, nos alertou que a transformação nas relações de cuidado precisam ser construídas sob terrenos que permitam aos profissionais e aos serviços se repensarem constantemente sustentando valores democráticos. E a superação do manicômio não se esgota com a destruição do estabelecimento manicomial, mas com os “manicômios” sustentados nas práticas e olhares da sociedade. Sendo assim, as transformações de aspectos técnicos e tecnológicos não dão conta da transformação de corações e mentes, de modulações subjetivas necessárias para se superar determinadas práticas sociais.

Os desafios do SUS como um todo, são da mesma ordem daqueles empreendidos pelo movimento de Reforma Psiquiátrica. Neste sentido, é importante que os profissionais do NASF, da ESF e os gestores não percam de vista a potencialidade da introdução de um dispositivo como o apoio matricial neste contexto, mas também suas limitações. Sendo assim, todas as técnicas, tecnologias, arranjos ou dispositivos criados, não abrem mão de práticas humanas que funcionem sobre bases relacionais éticas e que qualquer mudança desta natureza implica em processos sociais complexos.

Bibliografia

Amarante, Paulo Duarte de Carvalho (org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

Amarante, Paulo Duarte de Carvalho. "Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado." In: *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*, por Ligia Giovanella (org), 735-760. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

Amarante, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
Ana Luiza D'Ávila Viana, Mario Roberto Dal Poz. "A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família." *Revista de Saúde Coletiva*, 2005: 225-264.

Angela Maria Gonçalves, Arnaldo Manhães de Oliveira. "A trajetória do projeto Papucaia no município de Cachoeiras de Macacu." *Saúde em Debate*, set 1994: 39-43.

Azevedo, Creuza da Silva. "A dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde: implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional." *Ciência e Saúde Coletiva*, 2010: 977-985.

Baptista, Tatiana Wargas Faria. "História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde." In: *Política de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*, por Gustavo Correa Matta, Ana Lucia de Moura Pontes e (org), 29-60. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

Baremlitt, Gregório F. *Compendio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1998.

Barros, Regina Benevides de. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulinas/ Editora da UFRGS, 2007.

Basaglia, Franca. "Saúde/Doença." In: *Saúde mental, formação e crítica*, por Paulo Amarante e Leandra Brasil da Cruz, 17-36. Rio de Janeiro: Laps, 2008.

Basaglia, Franco. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Edição: Paulo Amarante. Tradução: Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

Bauman, Zygmunt. *Em busca da política*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

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

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de*

educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005b.

— . *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - trabalho e relações na produção do cuidado em saúde.* Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei.* Brasília: Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde, 1993.

— . “Saúde dentro de Casa.” *Programa Saúde da Família.* Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.

— . “Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários.” Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Saúde Mental, Coodenação da Atenção Básica, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.* Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica Participativa. “A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo.” Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica Participativa, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família.* 1999. www.saude.gov.br/programas/psf (acesso em jan de 2011).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio ao Saúde da Família.* Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Camila Furlanetti Borges, Tatiana Wargas de Faria Baptista. “A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE: REFLETINDO SOBRE A DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.” *Trabalho, educação e Saúde* 8 (mar/jun 2010): 27-53.

Campos, Florianita Coelho Braga. “O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos.” Campinas: (Tese de doutorado – Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP), 2000.

Campos, Gastão Wagner de Sousa. “Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.” *Ciência & Saúde Coletiva*, 1999: 393-403. Campos, Gastão Wagner de Sousa. “Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas.” *Ciência e Saúde Coletiva*, 2000: 219-230.

—. *Um método para a 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*. São Paulo: Hucitec, 2000.

Campos, Gastão Wagner de Souza. "A Clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada." In: *Saúde Paidéia*, por Gastão Wagner de Souza Campos, 52-67. São Paulo: Hucitec, 2003.

Campos, Gastão Wagner de Souza, e Ana Carla Domitti. "Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde." *Caderno de Saúde Pública*, fev 2007: 399-407.

Campos, Rosana Onocko. "A Gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas." In: *Saúde Paidéia*, por Gastão Wagner de Souza Campos, 122-149. São Paulo: Hucitec, 2007.

Cecílio, Luiz Carlos de Oliveira. "A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado." *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* V.13 n.1 (2009): 545-555.

Cecílio, Luiz Carlos de Oliveira, e Emerson Elias Merhy. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. 2003. <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf> (acesso em 6 de 2011).

Deleuze, Gilles. *Conversações (1972 -1990)*. Tradução: Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

—. *Espinosa: filosofia prática*. São Paulo: Escuta, 2002.

—. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1988.

Deleuze, Gilles. "O que é um dispositivo?" In: *O mistério de Ariana*, por Gilles Deleuze, 83-96. Lisboa: Vega, 1996.

E. M. Leal, P G G Delgado. "Clínica e Cotidiano: O CAPS como dispositivo de desinstitucionalização ." In: *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*, por Roseni Pinheiro et al (org), 137-154. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007.

Eduardo Passos, Virgínia Kastrup, Liliana da Escóssia (orgs). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2010.

Scorel, Sarah. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

Scorel, Sarah, D.R. Nascimento, e Flavio Coelho Edler. "As origens da Reforma Sanitária e do SUS." In: *Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS*, por Nísia Trindade Lima (org). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

Feuerwerker, Laura. "Modelos Tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS." *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 9 (set/dez 2005): 489-506.

Figueiredo, Mariana Dorsa. "Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP)." Campinas: (Dissertação de Mestrado - Departamento de Medicina Preventiva Social - Universidade Estadual de Campinas), 2006.

Fleury, Sonia. "Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído." *Ciênc. saúde coletiva*. Vols. v. 14, n. 3, June 2009.

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300010&lng=en&nrm=iso>. access on 23 June 2012.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>. Rio de Janeiro, 20 de janeiro de 2011.

Foucault, Michel. "(1982) O sujeito e o Poder." In: *Michel Foucault uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*, por Hubert Dreyfus e Paul Rabinow, 231-249. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

Foucault, Michel. (1984b) - *A ética do cuidado de si como prática da liberdade*. Vol. V, em *Ditos e Escritos - Ética, sexualidade, política*, por Manoel Barros da Motta (organizador), tradução: Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa, 264-287. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

Foucault, Michel. "(1984e) O retorno da Moral." In: *Ditos e Escritos - Ética, sexualidade, política*, por Manoel Barros Motta (organização e seleção de textos), 240-263. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

—. *Segurança, Território e População - Curso dado no Collège de France (1977 - 1978)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

Franco Rotelli, Ota de Leonardis, Diana Mauri. "Desinstitucionalização, uma outra via." In: *Desinstitucionalização*, por Fernanda Nicácio, 17-60. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

Freitas, Cristiano Rodrigues de. "Por uma perspectiva ética das práticas de cuidado e governo no contemporâneo." Niterói - RJ: (Dissertação de mestrado - Mestrado em psicologia - Universidade Federal Fluminense), 2008.

Freitas, Cristiano Rodrigues de, e Silvia Tedesco. "Por uma perspectiva ética das práticas de cuidado e governo no contemporâneo." In: *Ética e Subjetividade: novos impasses no contemporâneo*, por Silvia Tedesco e Maria Livia do Nascimento (organizadoras), 75-96. Porto Alegre: Sulina, 2009.

Giovanella, Lígia, e Maria Helena Magalhães de Mendonça. "Atenção Primária à Saúde." In: *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*, por Lígia Giovanella (org), 575-625. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

Guattari, Félix, e Sueli Rolnik. *Micropolítica: Cartografia do Desejo*. Petrópolis: Vozes, 2000.
Guattari, Gilles Deleuze e Felix. *Mil platôs. Capitalismo e esquizofrenia (V.5)*. São Paulo: 34, 1997.

Guizardi, Francini Lube, e Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti. "Considerações ético-políticas sobre a produção do cuidado como bem-comum." In: *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*, por Roseni Pinheiro e Tatiana Coelho Lopes (organizadoras), 33-44. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010.

Johnny Alvarez, Eduardo Passos. "Cartografar é habitar um território Existencial." In: *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*, por Virgínia Kastrup, Lílina da Escócia Eduardo Passos, 131-149. Porto Alegre: Sulina, 2010.

Lancetti, Antônio. "Saúde mental nas entranhas da metrópole." In: *Saúde Mental e Saúde da Família*, por Antônio Lancetti (org.), 11-52. São Paulo: Hucitec, 2002.

Lígia Giovanella, Paulo Duarte de Carvalho Amarante. "O enfoque estratégico do planejamento em Saúde mental." In: *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*, por Paulo Duarte de Carvalho Amarante (org), 113-148. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

Lins, Auristela Maciel, e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio. "Campos de intervenção organizacional: a contribuição das propostas de gestão das organizações de saúde." *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, set/dez de 2007: 503-514.

Lourau, René. "René Lourau: Analista Institucional em tempo Integral." In: *René Lourau: Analista Institucional em tempo Integral*, por Sonia Altoé (ORG). São Paulo: Hucitec, 2004.

Machado, Roberto. "Por uma genealogia do Poder." In: *Microfísica do Poder*, por Michel Foucault, VII - XXIII. Rio de Janeiro : Edições Graal, 1979.

Matos, Carlos. "O plano como aposta." *Perspectiva*, out/dez 1991: 28-42.

Mattos, Ruben Araújo de. <http://www.lappis.org.br>. 2006.
http://www.lappis.org.br/media/artigo_ruben1.pdf (acesso em 06 de 2011).

Merhy, Emerson Elias. *Engravidando Palavras: o caso da integralidade*. 2005.
<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-06.pdf> (acesso em jun de 2011).

— . “Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgão: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde.” 2007.

www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf (acesso em 01 de 2012).

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

Merhy, Emerson Elias, Deborah Carvalho Malta, e Fausto Pereira dos Santos. *Desafios pas os gestores do sus, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão*. 2004.

<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/> (acesso em 10 de 01 de 2011).

Merhy, Emerson Elias, e Túlio Batista Franco. “PSF:Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial.” In: *O trabalho em saúde:olhando e experienciando o sus no cotidiano*, por Emerson Elias Merhy, Helvécio Miranda Magalhães Jr, Josely Rimoli, Túlio Batista Franco e Wanderley Silva Bueno. São Paulo: Hucitec, 2003.

Merhy, Emerson. <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/>. 2005.

<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-06.pdf> (acesso em 06 de 2011).

— . <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/>. 1998.

<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-10.pdf> (acesso em 06 de 2011).

Michele de Freitas Farias de Vasconcelos, Aline Morschel. “O apoio institucional e a produção de redes:do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva.” *Interface: Comunicação, saúde e educação* V.13 (2009): 729-738.

Minayo, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.

Monnerat, Giselle Lavinias, e Mônica de Castro Maia Senna. “A Seguridade Social Brasileira: dilemas e desafios .” In: *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, por Marcia Valéria G.C. Morosini e José Roberto Franco Reis (org), 103-153. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

Neto, Otávio Cruz. “O trabalho de campo como descoberta e criação.” In: *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*, por Maria Cecília de Souza Minayo (org), 51-66. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

Noronha, José Carvalho de, Luciana Dias de Lima, e Cristiani Vieira Machado. “O Sistema Único de Saúde - SUS.” In: *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*, por Lígia Giovanella (org.), 435-472. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

Oliveira, Gustavo Nunes de. “Devir apoiador: uma cartografia da função apoio.” Campinas, São Paulo: Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade , 2011.

Oliveira, Roberto Cardoso de. *Os diários e suas Margens. Viagem aos Teritórios Terêna e Tukuna*. Brasília: UNB, 2000.

Paim, Jairnilson Silva. "Uma Análise sobre o processo da Reforma Sanitária Brasileira." *Saúde em Debate* 33 (jan/abr 2009): 27-37.

Passos, Eduardo, e Regina Benevides de Barros. "A Cartografia como método de pesquisa-Intervenção." In: *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*, por Virgínia Kastrup e Liliana da Escócia Eduardo Passos, 17-31. Porto Alegre: Sulina, 2010.

Pinheiro, Roseni, e Fancini Lube Guizardi. "Cuidado e Integralidade: Por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano." In: *Cuidado: as fronteiras da integralidade*, por Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos (organizadores), 23-38. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2008.

Pinheiro, Roseni, e Ruben Araujo de Mattos. "Implicações da integralidade na gestão da saúde." In: *Gestão em redes: Práticas de avaliação, formação e participação na saúde*, por Roseni Pinheiro e Ruben Araujo (organizadores) Mattos, 11-26. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

Rolnik, Suely. *Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

Souza, Gastão Wagner de. "Suficiências e insuficiências da política para a Atenção Básica no Brasil." *Cadernos de Saúde Pública* V. 24 (2008): S 17-19.

Tenório, Gustavo. *Rede Humaniza SUS*. 07 de 20 de 2009. <http://redehumanizausus.net/7077-o-apoio-matricular-obstaculos-e-potencialidades-nas-praticas-em-construcao> (acesso em 15 de 02 de 2011).

Vasconcellos, Jorge. "A filosofia e seus intercessores: Deleuze e a não-filosofia." *Educação e Sociedade* V.26 n. 93 (2005): 1217-1227.

Yasui, Silvio. "CAPS: estratégia de produção de cuidado e de bons encontros." In: *Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuição para estudos avaliativos*, por Roseni Pinheiro et al (org), 155-168. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007.

Anexos

Anexo 1 – Roteiro de entrevista- superintendente estadual

Dados pessoais

Entrevistada:

Cargo:

Data de ocupação do Cargo:

Data da entrevista:

Estrutura Organizacional da Sesdec no que se refere à atenção básica.

- 1) Como a superintendência de atenção básica está organizada (estrutura organizacional - organograma)?
- 2) Levando em consideração a divisão do Estado em dez regiões de saúde, **como está estruturado o trabalho da superintendência de atenção básica com um determinado município?** (tanto em relação ao **saúde da família** quanto ao **NASF**)
 - Quais são os envolvidos direta e indiretamente no projeto do NASF (organograma como referência)?
- 3) Qual é a função do trabalho da superintendência de atenção básica junto aos municípios? (geral e específica com o NASF)
- 4) Quais são as diretrizes para a atenção básica?
- 5) Quais são as estratégias utilizadas para realizar o trabalho junto aos municípios? (reuniões, grupos de discussão, etc..)

Saúde mental e atenção básica

2003 o Ministério da Saúde lança diretrizes para a organização das ações de saúde mental na atenção básica. Uma dessas diretrizes é o apoio matricial dos CAPS às equipes de saúde da família.

2004 - o Ministério da Saúde lança o documento “SAÚDE MENTAL NO SUS: OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL”, onde o apoio matricial é uma das atribuições do CAPS junto as equipes de Saúde da Família.

2008 – com a portaria do NASF, novamente a temática da saúde mental volta a ser introduzida na política de atenção básica.

- 6) Como a Sesdec tem trabalhado a temática da saúde mental na atenção básica?

A incorporação do projeto do NASF no processo de trabalho da superintendência de Atenção Básica.

- 7) Quando a portaria nº 154 do NASF foi lançada em janeiro de 2008, o que foi feito para a apropriação dessa proposta?
- 8) A SESDEC ainda em 2008 elaborou uma nota técnica de orientação da construção do Nasf, como foi construída essa nota técnica?
 - E como foi sua divulgação?

Compreender o processo de solicitação de verba para a criação do NASF

- 9) Como a SESDEC se organizou para receber os projetos encaminhados pelos municípios?
- 10) Quais são os procedimentos adotados para orientar os municípios na adesão/implementação do NASF? Existe alguma pessoa específica para prestar os esclarecimentos necessários aos municípios?
- 11) Quando um município necessita de reformulações em seu projeto, qual é o procedimento adotado pela Sesdec?

Apuração dos Municípios que poderiam participar da pesquisa

- 12) Quantos municípios implementaram ou estão em processo de implementação do NASF? (*é possível fornecer documentos com os dados?*)
- 13) Quais são os municípios que possuem um ano ou mais de implementação?
- 14) De que forma a Sesdec acompanha o processo de implementação do NASF no município?
- 15) Quais são as principais dificuldades encontradas pelos municípios para implementar o NASF?
- 16) Seria possível ressaltar experiências de municípios que se destacaram positivamente/negativamente neste processo e implementação do NASF?

Anexo 2 - Roteiro- apoiadores estaduais

Dados pessoais

Entrevistada:

Cargo:

Data de ocupação do Cargo:

Data da entrevista:

Informações sobre o processo de trabalho dos apoiadores estaduais:

- 1) Qual é o trabalho do apoiador?
- 2) Como surgiu esse formato de organização a partir de “apoiadores” para os municípios?
- 3) Quais são as regiões de saúde que você acompanha?
- 4) Quantos apoiadores são responsáveis por essas regiões?
- 5) Quais são as estratégias utilizadas para realizar o trabalho junto aos municípios? (reuniões, grupos de discussão, etc..)

Atenção básica e áreas técnicas

- 6) O que são as áreas técnicas temáticas? E quais são elas?
- 7) Qual é o trabalho dos profissionais das áreas técnicas? As áreas técnicas fazem um trabalho articulado entre si?
- 8) Os profissionais das áreas técnicas trabalham diretamente com os municípios?
- 9) Existe articulação entre os profissionais das áreas técnicas e os apoiadores estaduais?

Saúde mental e atenção básica

2003 o Ministério da Saúde lança diretrizes para a organização das ações de saúde mental na atenção básica. Uma dessas diretrizes é o apoio matricial dos CAPS às equipes de saúde da família.

2004 - o Ministério da Saúde lança o documento “SAÚDE MENTAL NO SUS: OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL”, onde o apoio matricial é uma das atribuições do CAPS junto as equipes de Saúde da Família.

2008 – com a portaria do NASF, novamente a temática da saúde mental volta a ser introduzida na política de atenção básica.

- 10) Tem sido trabalhado a temática da saúde mental na atenção básica com os municípios? Como?

A incorporação do projeto do NASF no processo de trabalho da superintendência de Atenção Básica.

- 11) A SESDEC ainda em 2008 elaborou uma nota técnica de orientação da construção do Nasf, como foi construída essa nota técnica?
- E como foi sua divulgação?

Compreender o processo de solicitação de verba para a criação do NASF

- 12) Como os apoiadores se organizam para receber os projetos para implantação de NASF encaminhados pelos municípios?
- 13) Quais são os procedimentos adotados para orientar os municípios na adesão/implantação do NASF? Existe alguma pessoa específica para prestar os esclarecimentos necessários aos municípios?
- 14) Quando um município necessita de reformulações em seu projeto, qual é o procedimento adotado?

Apuração dos Municípios que poderiam participar da pesquisa

- 15) De que forma é acompanhado o processo de implementação do NASF no município?
- 16) Quais são as principais dificuldades encontradas pelos municípios para implementar o NASF?
- 17) Seria possível ressaltar experiências de municípios que se destacaram positivamente/negativamente neste processo e implementação do NASF?
- 18) Quantos municípios implementaram ou estão em processo de implementação do NASF? (*é possível fornecer documentos com os dados?*)
- 19) Quais são os municípios que possuem um ano ou mais de implementação?

Anexo 3 - Roteiro de entrevista - etapa de investigação
Município

Dados pessoais

Entrevistada:

Cargo:

Data de ocupação do Cargo:

Formação:

Data da entrevista:

Organização da atenção primária e a rede de saúde mental no município;

- 1) Como a atenção primária está organizada no município?
 - 1.1) Todas as AP seguem o mesmo padrão de organização?
 - 1.2) Quantos NASF estão em funcionamento? A quanto tempo? E quais APs?
 - 1.3) Quais são as OS que gerenciam esses equipamentos?
 - 1.4) O NASF está sob a gerência de uma OS? Qual?

- 2) Como a rede de saúde mental está organizada no município?
 - 2.1) Todas as AP seguem o mesmo padrão de organização?
 - 2.2) O CAPs está sob a gerência de uma OS? Qual?

- 3) Qual é o profissional ligado a gestão que possui uma inserção mais próxima dos profissionais da assistência? (atenção primária e saúde mental)
 - 3.1) Qual é a principal função deste profissional?

Sobre estratégias que a gestão municipal adota para aproximar o campo da saúde mental com a atenção primária

- 4) Como se espera que os profissionais da atenção primária conduzam os casos do campo da saúde mental que surgem neste nível de atenção?

- 5) Caso necessitem, quais são as alternativas de apoio que os profissionais da atenção primária possuem para lidar com casos do campo da saúde mental?

- 6) Quando um caso grave do campo da saúde mental chega a atenção primária quais são as alternativas que os profissionais da atenção primária possuem para responder a essa demanda?

- 7) Existem diretrizes municipais que definam a organização das ações de saúde mental na atenção básica? Quais são elas?

- 8) Na sua opinião, quais são as principais dificuldades que surgem da relação da atenção primária com o campo da saúde mental?

- 9) Na sua opinião, quais seriam os benefícios ou vantagens da relação atenção primária com o campo da saúde mental?

Estratégias da gestão municipal para se aproximar das questões que permeiam o cotidiano da assistência.

- 10) Como a gestão tem acesso às demandas dos profissionais da atenção primária?
- 11) Através de que canais os profissionais da atenção primária e da rede de saúde mental podem debater suas demandas com a gestão municipal?
- 12) Como a gestão municipal faz as diretrizes da política de saúde mental chegarem aos profissionais da atenção primária e da rede de saúde mental?
- 13) Existe uma política de educação permanente em saúde mental para os profissionais da atenção primária? Caso, haja, como a gestão municipal identifica as necessidades de educação permanente em saúde mental dos profissionais da atenção primária?
- 14) De um ano para cá ocorreu algum tipo de evento (fórum, encontro, reunião, etc) onde questões relacionadas ao tema Saúde mental e atenção primária puderam ser debatidas entre a gestão e os profissionais da assistência? Quais?
- 15) Quais são os principais problemas trazidos pelos profissionais da atenção primária em relação ao campo da saúde mental?
- 16) Em sua opinião, quais são os principais obstáculos que a gestão enfrenta para implementar as políticas de saúde mental na atenção primária?

