

ANDREIA SANCHES GARCIA

ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
Dispositivo Intercissor como operador da produção de
conhecimento na Saúde Coletiva

ASSIS

2013

ANDREIA SANCHES GARCIA

ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
Dispositivo Intercessor como operador da produção de conhecimento
na Saúde Coletiva

Tese apresentada à Faculdade de Ciências e
Letras de Assis – UNESP – Universidade
Estadual Paulista para a obtenção do título
de Doutor em Psicologia (Área de
Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientador: Abílio da Costa Rosa

ASSIS

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

G216a	<p>Garcia, Andréia Sanches</p> <p>Atenção primária e atenção psicossocial: dispositivo intercessor como operador da produção de conhecimento na saúde coletiva / Andréia Sanches Garcia. Assis, 2013 133 f.</p> <p>Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista. Orientador: Dr Abílio da Costa Rosa</p> <p>1. Cuidados primários de saúde. 2. Saúde pública. 3. Saúde mental. 4. Programa Saúde da Família (Brasil). I. Título.</p> <p>CDD 362.2</p>
-------	---

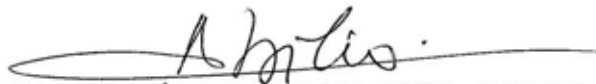
ANDREIA SANCHES GARCIA

ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: Dispositivo
Intercessor como operador da produção de conhecimento na Saúde
Coletiva

Tese apresentada à Faculdade de
Ciências e Letras – UNESP/Assis para
obtenção do título de Doutora em
PSICOLOGIA. (Área de Conhecimento:
PSICOLOGIA E SOCIEDADE)

Data da Aprovação: 26/02/2013

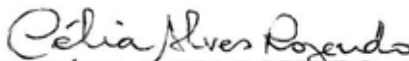
COMISSÃO EXAMINADORA



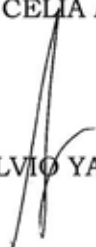
Presidente: PROF. DR. ABÍLIO DA COSTA ROSA - UNESP/Assis



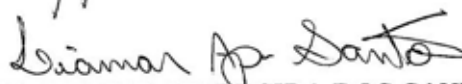
Membros: PROFA. DRA. SUELI TEREZINHA FERREIRA MARTINS -
UNESP/Botucatu



PROFA. DRA. CÉLIA ALVES ROZENDO - UFAL/Maceió



PROF. DR. SILVIO YASUI - UNESP/Assis



PROFA. DRA. LIAMAR APARECIDA DOS SANTOS - UNESP/Assis

Dedico este trabalho e minha vida aos meus queridos pais Dolores e André, que tudo fizeram e fazem pelos filhos, netos e bisnetos, mostrando que a vida está aí para quem quer viver e eles querem!

Dedico ao meu filho Heitor que deu outro sentido à minha vida depois de sua vinda a este mundo, nos ensinando que o que sabemos não é só desta vida, não é só para esta vida! Te amo!

AGRADECIMENTOS

Ao meu Orientador Intercessor Abílio da Costa-Rosa que neste convívio me possibilitou aprender que os problemas da vida não se sobrepõem a tudo o que podemos nela realizar. Com sua generosidade compartilhou seus conhecimentos com imensa tolerância à ignorância de uma principiante.

Aos meus companheiros do LATIPSS - Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e Subjetividade da Saúde, UNESP/ Assis.

Aos integrantes de minha Banca de Qualificação, Prof. Dr. Silvio Yasui, Profa. Dra. Lianmar A. Santos e Profa. Dra. Maria Elisabeth S. H. Corrêa, pela gentileza com que apontaram caminhos para que eu continuasse firme nesta caminhada.

A todos os trabalhadores da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências e Letras da UNESP.

Aos companheiros do dia a dia do SUS e as equipes da Estratégia Saúde da Família, com quem compartilhei muitos momentos de conquistas nos diversos projetos e ações que realizamos.

Aos Compadres José Roberto e Conceição e aos Amigos Carla e Nilton que proporcionaram momentos de descontração para que as obrigações ficassem mais leves.

A toda minha família – irmã, irmãos, cunhadas e sobrinhos, por compreenderem minhas ausências, por me apoiarem e entenderem que este era um projeto importante para minha vida.

Aos meus “filhos do coração”, André, Pedro e Mariana que dividiram comigo a convivência cotidiana com as dores e os amores de uma família.

Ao meu querido marido Roberto, companheiro para as alegrias, ombro para os momentos difíceis e impulso para as superações.

Em especial ao meu filho querido Heitor que cresceu aprendendo a dividir a atenção da mãe com os estudos. Por ser uma criança muito sensível, me ensinou que tudo fica mais fácil quando fazemos as coisas com carinho e temos o amor de quem está ao nosso lado. Seu amor incondicional me ajudou a ser uma pessoa melhor!

Cantares

*Caminante, son tus huellas
el camino, y nada más;
caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.
Al andar se hace camino,
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.
Caminante, no hay camino,
sino estelas en la mar.*

*Caminhante, são teus rastros
o caminho, e nada mais;
caminhante, não há caminho,
faz-se caminho ao andar.
Ao andar faz-se o caminho,
e ao olhar-se para trás
vê-se a senda que jamais
se há de voltar a pisar.
Caminhante, não há caminho,
somente sulcos no mar*

António Machado (poeta Sevilhano)

GARCIA, A. S. *Atenção primária e atenção psicossocial: Dispositivo Intercessor como operador da produção de conhecimento na Saúde Coletiva*. 2013. 133 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2013.

RESUMO

A Saúde é um campo de produção de conhecimento reconhecido como espaço de desenvolvimento de novos saberes a partir da práxis. Desenvolvemos a intercessão-pesquisa na Atenção Primária, tendo por objetivo compreender e analisar os processos de produção de conhecimento presentes na produção da Atenção à Saúde Mental, na ética da Atenção Psicossocial. Operamos com o Dispositivo Intercessor para integrar a produção de conhecimento em duas dimensões essenciais: a primeira consiste no Dispositivo Intercessor que opera na produção de conhecimento na práxis e a segunda dimensão é o Dispositivo Intercessor como Modo de Produção de Conhecimento que opera sobre os processos de produção do conhecimento na práxis, onde realizamos o mapeamento do campo de intercessão e trabalhamos os aspectos epistemológicos correspondentes a essa dimensão do conhecimento. Ocorreu neste processo a apropriação pela equipe participante, do conhecimento sobre os modos de fazer propostos para a Atenção Primária à Saúde e a importância de espaços de construção coletiva que precisam ser priorizados no cotidiano das equipes no Campo da Saúde como forma de mudança do modelo de Atenção à Saúde. Identificamos que a utilização do Dispositivo Intercessor se deu como um importante dispositivo de reorganização dos processos de trabalho das equipes e de sua apropriação sobre o processo de construção e reorganização do modelo de Atenção à Saúde Mental.

Palavras-chave: Atenção Primária; Atenção Psicossocial; Dispositivo Intercessor

GARCIA, A.S. *Primary care and psychosocial care: Intercessor Device as operator of production of knowledge in Public Health*. 2013. 133 p. Doctoral Thesis in Psychology. – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2013.

ABSTRACT

Health is a field of knowledge production recognized as an area of development of new knowledge from practice. We develop a search-intercession in Primary Care, aiming to understand and analyze the processes of knowledge production present in the production of Care for Mental Health, Psychosocial Care of ethics. We operate with the Device Intercessor to integrate the production of knowledge in two key dimensions: the first is the Intercessor device that operates in the production of knowledge in practice and second dimension is the Device Mode as Intercessor Production of Knowledge that operates on production processes knowledge in practice, where we perform the mapping of the field work of intercession and epistemological aspects related to this dimension of knowledge. Occurred in this case ownership team participant knowledge about modes of making proposed for Primary Health Care and the importance of collective construction of spaces that need to be prioritized in the daily lives of the teams in the field of Health as a way to change the model of care Health. We identified that the use of the device Intercessor occurred as an important device for reorganizing work processes of teams and their ownership of the process of construction and reorganization of Mental Health Care.

Keywords: Primary Care; Psychosocial Care; Intercessor Device

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CGR	Colegiado de Gestão Regional
COAPS	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DH	Discurso da Histeria
DI	Dispositivo Intercessor
DIMPC	Dispositivo Intercessor como Modo de Produção do Conhecimento
DRS	Departamento Regional de Saúde
DU	Discurso Universitário
ESF	Estratégia Saúde da Família
GIPA	Grupo Integrado de Prevenção à AIDS
LATIPPSS	Laboratório Transdisciplinar de Interação-Pesquisa em Processos de Subjetivação e Subjetividade da Saúde
MC	Medicina Comunitária
MCP	Modo Capitalista de Produção
MP	Modo de Produção
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NPSF	Núcleos de Programa de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PAC	Programa de Agente Comunitário
PAREPS	Plano Regional de Educação Permanente em Saúde
PPHM	Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador
PPI	Programação Pactuada Integrada
PPS	Paradigma Psicossocial
PSF	Programa Saúde da Família

RAS	Redes de Atenção à Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 O Dispositivo Intercessor como Modo de Produção de Conhecimento no Campo da Saúde.....	18
1.1 Dispositivo intercessor e suas bases conceituais	18
1.1.1 A Prática do Dispositivo Intercessor	31
1.2 Dispositivo intercessor como modo de produção de conhecimento.....	33
2 Saúde como Campo de Produção de Subjetividade	45
2.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil	51
2.1.1 Estratégia Saúde da Família – Um Modelo Alternativo?	53
2.1.2 Estratégia Saúde da Família na Experiência Local	57
2.2 Implicações do decreto 7508/2011 e a nova Política da Atenção Básica.....	66
3 Demanda e Oferta para a Intercessão-Pesquisa	74
4 Estratégias da Atenção Psicossocial: Interfaces com a Atenção Primária.....	88
4.1 Complexidade da Atenção à Saúde Mental e interface com a Atenção Primária	89
4.2 Atenção Psicossocial - O Paradigma em Construção	95
5 Intercessão-Pesquisa.....	104
5.1 O Território.....	104
5.2 Cenas	108
5.2.1 Cena: Desconstrução do Lugar do Mestre.....	108
5.2.2 Cena: Compartilhando Conhecimento.....	110
5.2.3 Cena: Gestantes “resistentes”	110
5.2.4 Cena: E Chega o Novo Médico	112
5.2.5 Cena: Cadê a Intersetorialidade	113
5.2.6 Cena: O que pode a Atenção Primária	114
5.2.7 Cena: Acolhimento à Crise Território – O Caso Marcos	116
5.2.8 Cena: Como fazer Saúde Mental no Território	118

5.2.9 Cena: Jesus quer cuidar do dentes	120
5.2.10 Cena: PET ou “as ondas para surfar”	121
5.2.11 Cena: Avaliação Externa: Como Estamos?	123
CONCLUSÃO – Conhecimento a partir da Intercessão-Pesquisa	128

ANEXOS

INTRODUÇÃO

O caminho se faz ao caminhar...

A Saúde é um campo de produção de conhecimento reconhecido como espaço de desenvolvimento de novos saberes a partir da práxis. Assim, entendida como campo de saber-fazer, no contexto da Saúde Pública, a produção de conhecimento visa à implementação de práticas que atendam às demandas de saúde provenientes dos sujeitos do sofrimento.

O presente trabalho é parte da intercessão-pesquisa desenvolvida junto a equipes da Estratégia Saúde da Família, e tem por objetivo principal delinear a prática da Intercessão na Saúde Coletiva, bem como desenvolver o Dispositivo Intercessor como Modo de Produção do Conhecimento (DIMPC), contribuindo para a formação de Intercessores no campo da Saúde.

Por objetivos específicos pretende compreender e analisar os processos de subjetivação presentes nas relações da equipe de Saúde da Família, tendo em vista a Atenção à Saúde Mental na Saúde Coletiva. A partir disso propõe: criar espaços nos quais a equipe se aproprie do lugar de sujeito do processo de produção do cuidado; reconhecer quais os fatores de tensão-contradição existentes entre os fins declarados pela instituição e os desejos das pessoas que compõem a equipe; delinear a prática do Intercessor em Equipe de Saúde da Família, buscando a ampliação do uso do conhecimento desenvolvido.

O recurso metodológico destacado para a realização deste processo, o Dispositivo Intercessor (DI), bem como o Dispositivo Intercessor como Modo de Produção de Conhecimento (DIMPC) vêm sendo desenvolvidos por um grupo de pesquisadores da área da saúde mental, vinculados ao Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e Subjetividade da saúde – LATIPPSS¹, que integra o Grupo de Pesquisa Saúde Mental e Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Sociedade da Faculdade de Ciências e Letras/ UNESP/ Assis.

Operamos com este dispositivo que procura integrar a produção de conhecimento em duas dimensões essenciais: a primeira é o Dispositivo Intercessor (DI), que opera na produção de conhecimento na práxis, pelos sujeitos da própria práxis – neste momento, o futuro pesquisador está presente como intercessor encarnado nos processos de produção do saber-

¹ Este grupo de trabalho é liderado pelo Prof. Livre Docente Abílio da Costa-Rosa e conta com integrantes com diversas publicações de artigos, dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado defendidas e em andamento.

fazer que visem responder às referidas demandas por Atenção² à Saúde, problematizando sua práxis e a práxis institucional – e a segunda é o Dispositivo Intercessor como Modo de Produção de Conhecimento (DIMPC), que opera sobre o conhecimento necessário ao Intercessor para implementar os processos de produção do conhecimento na práxis e sobre o mapeamento do campo de intercessão com seus múltiplos aspectos e processos. Assim, dirige-se à Universidade para elaborar teoricamente uma reflexão sobre ela no que diz respeito aos seus processos de produção, em particular seu modo dominante de produção de conhecimento e de produtores de conhecimento. Desse modo, se pretende superar o processo de produção do conhecimento como ato de um agente especializado na produção.

A meta ético-política do DI/DIMPC tem como eixo principal a superação da divisão do trabalho nas práticas em saúde e nas práticas na Universidade, pois esta reproduz a divisão social do trabalho entre fazer-pensar, o que se expressa na produção de técnicos para o mercado de trabalho e intelectuais para a produção e reprodução de conhecimento, em duas linhas de produção distintas que servem ao Modo Capitalista de Produção (MCP) (COSTA-ROSA, 2011; PEREIRA, 2011).

O Dispositivo Intercessor nesses dois âmbitos de ação tem suas fundamentações teórico-metodológicas na Psicanálise de Freud e Lacan, na Análise Institucional de Lourau e Lapassade, na Filosofia da Diferença com Deleuze e no Materialismo Histórico de Marx. Pretende ainda a construção de um campo de interação e de atribuição de sentidos às práticas engendradas nas instituições de Saúde. Ao aliar o saber essencial às práticas cotidianas, o DI possibilita que o pesquisador esteja presente, antes de tudo, como um dos atores da realidade a que se propõe transformar/conhecer, superando, desse modo, também a dicotomia entre sujeito e objeto presentes nas metodologias de pesquisa mais comuns na Universidade.

Embora o processo ora descrito esteja ainda em curso porque o DI não se pretende acabado, no presente trabalho podemos delinear que sua utilização percorre um caminho de produção com um olhar sobre o processo de subjetivação, tendo em mente a possibilidade de autonomia dos sujeitos e dos coletivos. Dessa forma, o intercessor-pesquisador deve favorecer

² Costa-Rosa em seu Ensaio *Ética e Clínica da Atenção Psicossocial* propõe a utilização do termo Atenção, com inicial maiúscula: “para referir o conjunto de ações realizadas no campo da Saúde Mental, geralmente denominadas tratamento, cuidado, promoção e mesmo atenção” (COSTA-ROSA, 2011, p. 114). Optamos pela utilização do referido termo por entendê-lo pertinente também no campo da Saúde Coletiva e sua interface com a Saúde Mental.

a transição das responsabilidades de maneira que o sujeito, ou coletivo, construa seu funcionamento autônomo, deslocando-se (o intercessor) do papel de detentor do suposto saber em relação às questões trabalhadas pelo sujeito ou coletivo, potencializando as capacidades de produção e protagonização dos sujeitos do campo, levando em conta as especificidades e sua inserção no campo da Saúde Coletiva.

Para contextualizar melhor estes dois momentos da intercessão-pesquisa, discorreremos sobre o DI como dispositivo de interação na práxis e, em seguida, sobre o DIMPC, que rompe com o modo vigente de produção de conhecimento dominante na ciência contemporânea.

Em seguida, apresento o Campo da intercessão realizando uma análise dos movimentos mais recentes na Saúde Coletiva no Brasil através da Política Nacional da Atenção Básica e de legislação para a reorganização da Atenção Primária à Saúde. Para tanto, realizo um percurso histórico retomando aspectos preconizados para a Atenção Primária desde a Declaração de Alma Ata (1978), sendo estes aspectos apontados em diferentes documentos e eventos ao longo dos anos, ressaltando aqueles que tornam a surgir como pontos estratégicos para a retomada do processo de mudança do modelo assistencial, passando pela organização de Redes de Atenção à Saúde como ferramenta prioritária que retoma o papel da Atenção Primária à Saúde como ordenadora da Atenção em todo o sistema de Saúde.

Neste contexto, situo a experiência brasileira de criação da Estratégia Saúde da Família como alternativa ao modelo hegemônico vigente, como estão atualmente organizadas as equipes e mais especificamente a singular constituição da Atenção Primária à Saúde no município de médio porte do interior do Estado de São Paulo, onde desenvolvo a Intercessão em seus dois momentos, na práxis na saúde coletiva e na Universidade através do Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Ao descrever o modo de organização dos serviços de Saúde no referido município, apresento uma análise acerca da oferta e da demanda para a intercessão que originou o presente estudo com bases conceituais na Análise Institucional, na qual verificamos a interface deste trabalho com os processos relacionados à Saúde Mental em curso nas instituições.

A Atenção Psicossocial é apresentada a partir do processo de aproximação da Saúde Mental com a Atenção Primária e, em seguida, analisamos como Paradigma emergente (PPS), fazendo um contraponto com as características do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) e apontando as diretrizes da Atenção Primária, similares às propostas do Paradigma Psicossocial (PPS).

Em seguida, apresento as cenas da intercessão a partir do diário de campo, conforme definido como instrumento que contém as observações, anotações e reflexões do intercessor, tendo como finalidade apresentar o contexto da intercessão e sobre o qual desenvolvemos a análise e produção de conhecimento que sirva à formação de outros intercessores, bem como ao desenvolvimento de uma metodologia de produção do conhecimento em uma lógica alternativa ao modelo vigente na Universidade.

Ao descrever as relações construídas na equipe da ESF no contexto da intercessão, identificamos a relação direta desta produção de conhecimento com os processos de produção da Atenção à Saúde Mental na lógica da Atenção Psicossocial por se tratar de Estratégia que se aproxima aos processos de produção da Atenção possíveis para a Atenção Primária em Saúde, conforme apresentado neste trabalho.

CAPÍTULO 1
O DISPOSITIVO INTERCESSOR COMO MODO
DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO
NO CAMPO DA SAÚDE

1 O DISPOSITIVO INTERCESSOR COMO MODO DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO NO CAMPO DA SAÚDE.

*Que as palavras que eu falo
Não sejam ouvidas como prece e nem repetidas com fervor
Apenas respeitadas
Como a única coisa que resta a um homem inundado de sentimentos
Porque metade de mim é o que ouço
Mas a outra metade é o que calo
Oswaldo Montenegro – Metade*

1.1 Dispositivo intercessor e suas bases conceituais

O Dispositivo Intercessor propõe a superação da dicotomia entre saber-fazer/fazer-decidir/pensar-executar, presentes no campo da Saúde Mental e Saúde Coletiva como produtos das Formações Sociais do Modo Capitalista de produção (MCP) que regem as relações na sociedade contemporânea.

É denominado “dispositivo” por comportar um movimento das pulsações instituintes e instituídas que movem mecanismos constitutivos das instituições, fazendo referência ainda a algum acontecimento ou ferramenta que enuncia ou cria o novo a partir da inserção do “intercessor” na instituição (PEREIRA, 2011).

Um dispositivo, segundo Martins (2010, p. 56) é “produzido na relação entre as pessoas, coisas, instituições, saberes, poderes, práticas e demais elementos”. Assim, visa mudar os modos instituídos do fazer nos processos de trabalho, disparando acontecimentos e criando possibilidades de enfrentamento de formas verticais do fazer em Saúde a partir de encontros possíveis no cotidiano, num processo de “sobredeterminação funcional” (FOUCAULT, 2007), onde cada efeito estabelece uma relação de ressonância ou contradição que exigem uma rearticulação dos elementos heterogêneos presentes em dado contexto.

O “Intercessor” é um conceito que encontramos na Filosofia da Diferença, embora sua implementação ocorra na psicanálise, que propõe que a inércia da filosofia permite que os conceitos ora utilizados alavanquem movimentos que são criadores, não buscam a “Verdade

Absoluta”, mas possibilitam experimentar a criação dos sujeitos do campo. Os intercessores se opõem ao discurso dominante, movimentando o que está “bloqueado” e possibilitando o discurso da minoria (DELEUZE, 1992).

Deleuze (1992) faz uma análise da mudança de paradigma para o entendimento dos movimentos físicos que antes eram vistos a partir de um ponto e uma força específica (os novos esportes, como o surf ou o próprio skate) e hoje se dão a partir de um movimento já em existência, uma onda, “inserção numa onda pré-existente” (Ibid., p.151). Assim se dá a inserção do Intercessor em campo, se utilizando de ondas pré-existentes nos movimentos institucionais e nas relações.

O referido autor faz ainda uma relação entre filosofia, arte e ciência, dizendo que entram em ressonância mútua e em relações de troca, sendo necessário considerá-las como espécies de linhas melódicas que não cessam de interferirem entre si. Coloca ainda que “a filosofia não tem aí nenhum pseudoprímado de reflexão e, por conseguinte, nenhuma inferioridade de criação. Criar conceitos não é menos difícil que criar novas combinações visuais, sonoras, ou criar funções científicas.” (Ibid., p.156).

Considera assim que o intercessor integra este conjunto que é de criação e cria suas “próprias impossibilidades e ao mesmo tempo um possível” (Id., 1992). Ao adentrar no campo da Saúde e mobilizar através do DI os movimentos de criação junto aos sujeitos, o intercessor encarnado integra o campo ao mesmo tempo em que os sujeitos do campo movimentam-se conjuntamente, sendo intercessores de seu próprio processo de subjetivação e abrindo espaços ou “brechas” para a intercessão.

O intercessor encarnado (COSTA-ROSA, 2011) cria suas próprias impossibilidades à medida que cria questionamentos para a realidade dada, ou seja, a partir de suas posturas precedentes ele pode levantar dúvidas, questionamentos e apontamentos que farão o campo se movimentar a partir de suas reflexões. Ao mesmo tempo em que questiona algo que está no nível da impossibilidade, cria também, junto aos sujeitos da práxis, suas possibilidades de intercessão. Ao mesmo tempo em que compartilha com os sujeitos suas experiências e relatos, quebra formas pré-concebidas de olhar para a mesma realidade. Cria assim um estilo próprio daquele Intercessor Encarnado, porque constituído das posturas precedentes que o compõem; próprio daquele território e naquela relação que ali se estabelece.

Como coloca Deleuze (1992):

O estilo, então, tem necessidade de muito silêncio e trabalho para produzir um turbilhão no mesmo lugar, depois lança-se como um fósforo que as crianças vão seguindo na água da sarjeta. Pois certamente não é comendo palavras, combinando frases, utilizando idéias que se faz um estilo. É preciso abrir as palavras, rachar as coisas, para que se liberem vetores que são os da terra (Ibid., p.167).

Para este movimento, ocorre um encadeamento de rupturas com base no modo de funcionamento precedente e com a criação do novo, novo modo, novo estilo, nova configuração das relações que se restabelecem, sem a pretensão da busca pelo verdadeiro, pois a verdade para o intercessor não é algo preexistente, mas sim construído para determinado campo.

Assim, não há verdade pré-estabelecida sobre o que acontece naquela situação, naquele território e com aqueles sujeitos. A verdade deste espaço somente se constitui nele mesmo. Entretanto, como coloca Deleuze (1992), “as potências do falso é que vão produzir o verdadeiro”, e o intercessor encarnado funciona então como o provocador de falsos, o que opera com as dúvidas, o que traz a dimensão do real para que os sujeitos reflitam e recriem naquele dado momento seu movimento; ou seja, a narrativa alia reflexões do que é a realidade para o sujeito da práxis a partir de um intercessor que é composto pela composição de falas, interações e relações estabelecidas no campo – no território – no coletivo.

Consideramos que o intercessor encarnado estabelece um “estilo” ao estar em contato com o campo, levando em consideração as posturas desencadeantes de sua constituição e as premissas de posturas precedentes de sua formação, ao mesmo tempo em que posiciona-se em ruptura a elas, por empreender uma produção em ato. Queremos dizer que ele se serve das premissas das quais tomou conhecimento em sua formação, acadêmica ou de experiências na práxis, para então superar este processo através da produção de novos estilos que somente são possíveis naqueles contextos, não sendo “aplicáveis” a outros campos, senão produzidos na própria criação em ato.

Os intercessores qualitativos ou próprios de posturas precedentes são fundamentais para que o intercessor encarnado empreenda a produção de uma nova postura, porque sem que houvesse situações, práticas e ações que acumulassem conhecimento e experiências exitosas ou malfadadas, não seria possível que o campo se movimentasse em direção a novas práticas.

Tomando, pois, como exemplo, foi preciso que se observassem os enormes números de internações e as condições precárias de seres humanos internos em hospitais psiquiátricos para que, de alguma forma, isso funcionasse como intercessor, provocando uma mudança que nos leva a toda a história da Reforma Psiquiátrica e, mais recentemente, da transposição do Modelo Psicossocial focado na instituição CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) para um olhar ao território.

Quando se refere à necessidade dos intercessores na política, Deleuze (1992) coloca as diferenças entre intercessores da direita e como eles operam e os intercessores da esquerda na experiência e história de sua época; entretanto, não sejamos inocentes ou ignorantes ao pensar que os intercessores só servem a movimentos produtivos e de mudanças que consideramos satisfatórias.

Devemos levar em conta qual a lógica colocada pelos intercessores, porque eles podem servir à manutenção de modos hegemônicos no contexto em que se constituem, podem servir a um movimento de manutenção de práticas asilares, como por exemplo, as grandes produções científicas e discussões no campo da atenção à álcool e drogas que priorizam os conhecimentos de ordem biologicista e modos hegemônicos de tratamento através da internação e exclusão e, no entanto, empreendem movimentos de cunho científico e de produção de práticas importantes em nossa sociedade.

Ao contrário, identificamos intercessores que produzem práticas voltadas à inclusão, à Atenção Psicossocial enquanto lógica de Atenção a esta mesma “demanda” (aqui entre aspas, por se tratar hoje muito mais de uma demanda social do que de Atenção à Saúde). Sendo assim, os intercessores podem produzir movimentos em diversas lógicas e para diversos sentidos. Cabe, em nossa opinião, ao intercessor encarnado, a partir de sua formação e de sua lógica de reflexão, empreender junto ao território os movimentos necessários para a produção de conhecimento na práxis que seja eticamente condizente com o Paradigma Psicossocial (PPS) (COSTA-ROSA, 2011).

Ao colocar o sujeito em condição de expressar-se, a dificuldade imposta hoje pela sociedade não é não ter o que dizer. Muito se diz e os sujeitos podem muito dizer sobre suas práticas e sobre os embasamentos, inclusive científicos, que têm para isso. Entretanto, o intercessor encarnado desenvolve um movimento de colocar também o sujeito em silêncio, através da reflexão necessária para a composição de uma narrativa, para então entrar em contato com o que realmente tem a dizer. Ainda observamos que não há o errado nas falas dos

sujeitos da práxis, o que se coloca são as noções de importância, necessidade e interesse, pois ainda segundo Deleuze (1992), estas noções são mais determinantes do que a noção de verdade e devemos levá-las em conta para a intercessão em movimentos instituintes no território. Não há uma verdade que possa ser instituída através de normas ou de um saber específico proveniente do intercessor encarnado, o que há são importâncias diferentes atribuídas aos diferentes conteúdos e falas de acordo com a necessidade que cada sujeito tem e de acordo com o interesse que desenvolve naquela situação ou temática. Assim, um saber somente será construído em um movimento composto pelos sujeitos da práxis, levando-se em conta estas noções em operação de maneiras e em momentos diferentes para cada sujeito.

Trata-se de, ao proporcionar que a narrativa seja feita pelos sujeitos, falando sobre si próprios e suas ações no território, compõe-se outro discurso que não é o oficial, sobre o que devem fazer, mas o discurso de si próprios, o discurso do que fazem, como fazem e como sentem. Sendo assim, é um discurso da minoria que pode ser captado na produção de seus próprios movimentos, captados por si próprios à medida que o compõem e, por isso, falamos em produção na práxis.

O uso deste dispositivo propõe, a princípio, mobilizar o movimento na Atenção no Campo da Saúde, fomentando transformações a partir das diretrizes ético-políticas do Paradigma Psicossocial (PPS), este que é homólogo ao Paradigma da Produção Social da Saúde (COSTA-ROSA, 2011; MENDES, 1999).

As mobilizações provocadas pelo DI tomam para si os conceitos de Instituído e Instituinte provenientes da Análise Institucional, proferidos por Lourau (1975) e Lapassade (1983), mas traz para si principalmente a referência de que não é possível estudar as instituições sem que haja uma interferência. O intercessor causa interferências quando inserido na práxis do contexto institucional, sem que sua prática seja confundida com a intervenção, conforme proposta na Análise Institucional que, através do processo de análise das contradições, propõe a autoanálise e autogestão. Dessa maneira estaríamos retomando a divisão do trabalho entre os pensadores e os executores, o que não se constitui como finalidade do DI.

Uma questão importante relacionada à Análise Institucional e ao DI está na formação do intercessor para a função, pois este não tem uma formação específica enquanto *staff*, mas emerge entre os trabalhadores do campo da intercessão como efeito dos impasses da práxis, configurando-se como “intercessor encarnado”; sua instrumentação só virá *a posteriori* se for

de seu desejo tornar-se o intercessor-pesquisador para o caso do DIMPC, pois o mesmo pode somente desenvolver a intercessão no DI. Outra possibilidade de imersão do intercessor no campo poderá dar-se pela oferta da intercessão-pesquisa através do intercessor diretamente vinculado à Universidade que, neste caso, precisa ser aceita pela instituição como proposta de intercessão e a sua formação ocorre na prática. Aqui se trata do aspecto de táticas de “entrada” em processos de intercessão-pesquisa que serão definidos de acordo com as especificidades do Campo, do intercessor e outros desencadeantes deste processo.

Em ambos os casos e para a intercessão na Saúde Mental Coletiva supõe-se uma formação do intercessor que se dá na e a partir da prática (PEREIRA, 2011), entretanto, considera-se as colocações anteriores sobre os saberes precedentes que norteiam a ética do Paradigma Psicossocial (PPS), sem os quais a intercessão se daria em outra lógica que não a proposta pelo DI.

Lourau (1975) formulou os conceitos de “analisador natural” como aquele que já existe no campo e “analisador construído”, que surgiria a partir de uma demanda, sendo elaborado por um analista institucional. A Filosofia da Diferença com o conceito de intercessores vem em apoio à Análise Institucional e seu conceito de analisadores (naturais e construídos) apresenta uma reflexão homóloga e posterior à teoria psicanalítica dos discursos como laços sociais de J. Lacan (2003), a partir dos quais a função analista é conceituada como função analisadora e intercessora (COSTA-ROSA, 2012).

A partir destes conceitos, Costa-Rosa (2011) propõe a noção de “Intercessor Encarnado”, ou seja, aquele que ocupa o lugar do trabalhador, que dá visibilidade às forças conflitantes dentro de seu próprio processo de trabalho e, a partir disso, se posiciona de outro modo não somente em relação à intercessão, mas em relação ao seu trabalho. Há interfaces com as funções do analista institucional e psicanalista, embora o essencial do intercessor encarnado seja sua imanência à práxis em seus diferentes planos.

Considera-se ainda que “a figura do Intercessor Encarnado só poderá ser pertinente se houver no campo um ponto de alienação (impasses, entraves) que possibilite a abertura para um questionamento” (MIRANDA, 2011, p.27). Somente assim haverá espaço ou brecha para a inserção do intercessor encarnado como tal. Nem sempre estes impasses são identificados ou percebidos pelos sujeitos do campo e cabe ao intercessor desnudar estas questões, já caracterizando assim a ação do “intercessor encarnado”.

Para o caso do Analista Institucional, a análise se dará a partir da Demanda de instituições ou coletivos que atribuem ao analista um “suposto-saber”. Ao intercessor em determinadas situações também é atribuída esta posição, principalmente quando a oferta para a intercessão é feita pelo intercessor vinculado à Universidade, podendo também ocorrer com o intercessor trabalhador, mas cabe a ele, em ambos os casos, desconstruir esta expectativa durante o próprio processo.

No Dispositivo Intercessor ocorre a facilitação do processo, buscando dar visibilidade às forças contraditórias presentes na instituição e à transformação através da superação da realidade, sendo que a intercessão se contrapõe à intervenção e à tutela, por ser o intercessor um coadjuvante dos processos de que participa. A diferença entre a Análise Institucional e o Dispositivo Intercessor é muito sutil e complexa; trata-se, sobretudo, das relações entre duas diferentes dimensões do saber presentes no campo.

Reforçando ainda esta diferença, apontamos que L’abbate (2003) refere-se a diversos estudos com diferenças em aportes teóricos, mas que na perspectiva da Análise Institucional, abrem possibilidades para intervenções no interior das organizações de saúde que objetivam transformar seus espaços respeitando as questões do sujeito, da subjetividade e da autonomia. Contudo, ressalta que estas intervenções assumem em muitos momentos o caráter de processos pedagógicos ou ainda de avaliação ou assessoria, ficando clara mais uma vez a proposta diferenciada que traz em seu bojo o DI em relação ao lugar que ocupa na instituição saúde.

O intercessor ocupa o lugar de expectante que consiste numa posição de espera de um novo conhecimento, posição esta que requer tempo e resignação sem, no entanto, significar uma espera passiva (PEREIRA, 2011). A suposição de saber encarnada e posta em suspenso pelo intercessor denomina-se “ignorância douta”, que pode ser definida da seguinte maneira:

A posição do analista não é a de saber, nem tampouco a de compreender o paciente, pois se há algo que ele deve saber é que a comunicação é baseada no mal-entendido. Sua posição, muito mais do que a posição de saber, é uma posição de ignorância, não a simples ignorância ignara, mas a ignorância douta (QUINET, 2005, p. 26).

Assim, ocorreu na intercessão que origina a presente reflexão, a imersão do intercessor no campo da Saúde, possibilitando que a Demanda da própria instituição o

colocasse no lugar do “suposto saber” diante das necessidades que consideravam ter para a reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde. O intercessor tratou de, diante da proposta, ocupar o lugar da “ignorância douda”, ir a campo para construir o saber-conhecimento e transformar o modo de produção de conhecimento sem a expectativa de produzir o conhecimento sobre o campo ou para o campo. Essa “posição” possibilita que o intercessor dissocie o saber específico de seu lugar-intercessor e, nesse processo, todos os sujeitos do grupo passam a ser Sujeitos de seu processo subjetivo e de seu saber-fazer.

Ainda temos a ressaltar que a possível semelhança entre o interventor-pesquisador presente na pesquisa-ação e o analista institucional manifesta-se através do conceito de “pesquisador implicado” como ressalta Altoé (2004). Entretanto, a semelhança poderá dar-se no momento da intervenção ou análise somente, pois o analista institucional não desenvolve a pesquisa no momento da análise. Assim, também procede ao intercessor que no momento da intercessão não realiza pesquisa, se a fizer, será em momento seguinte, promovendo reflexões para a formação de outros intercessores ou ainda para, a partir da produção de seu conhecimento na pesquisa, realizar também a intercessão na Universidade, que constitui o DIMPC, ou seja, “o DI não necessariamente se constituirá em uma ‘pesquisa’, resultando numa produção de conhecimento de tipo acadêmica. Poderá ser simplesmente uma intercessão, uma imersão num campo de ação” (MIRANDA, 2011, p 16).

Sobre a Implicação tomamos ainda definições conceituais da Análise Institucional para apresentar como isso se passa com o “intercessor encarnado” e com os sujeitos da práxis, pois Miranda (2011) nos coloca que “o DI propõe que tanto o intercessor-pesquisador quanto os sujeitos da práxis em que ele se insere se recoloquem como **implicados** na realidade desse campo” (grifo nosso), sendo que os sujeitos para o nosso caso específico são os trabalhadores das equipes da Estratégia Saúde da Família a que procedemos a intercessão e necessitamos situar o que este conceito de implicação sinaliza para, posteriormente, realizarmos a análise deste campo de intercessão.

Implicação consiste em um dos conceitos de referência para a Análise Institucional, sendo diferenciado em duas modalidades: a *implicação institucional*, que designa o conjunto das relações existentes, conscientemente ou não, entre o ator e o sistema institucional e a *implicação prática*, que indica as relações reais que o ator mantém com a base material das instituições (LOURAU, 1975). Estas duas modalidades compreendem vários níveis, passando pela implicação imediata que são as relações interpessoais nos grupos, pela implicação mediatizada pelo saber e

pelo não-saber sobre o que é possível fazer e pensar, chegando à implicação simbólica, na qual todos os materiais exprimem sua função, sua sociabilidade e seu vínculo social.

Define-se ainda como a soma dos pertencimentos e referências nas quais se inscreve o indivíduo, contando também com os determinantes transversais que estão presentes na instituição, nem sempre passíveis de sofrer modificações, mas que compõem o coletivo em que o indivíduo se encontra.

No que diz respeito à implicação relacionada ao intercessor, esta vem desmistificar a ideia da pretensa neutralidade do sujeito em relação a seu campo de ação e pesquisa e, contrapondo-se a este suposto distanciamento, encontra-se a proposta de que interessa a este, tudo o que lhe é disponibilizado pelas relações sociais e relações da rede institucional. Toma o lugar do conceito de “contratransferência institucional”, onde tem sua origem, para esclarecer que o intercessor mesmo sem querer ou propor está imerso nas relações da instituição, sendo que para seu entendimento “requer a análise do saber conscientemente dissimulado e do não-saber inconsciente próprio de nossas relações com a instituição” (LOURAU, 2004, p.133).

Reservaremos a análise da implicação do sujeito do campo da intercessão para o momento em que analisaremos a intercessão ocorrida no campo da Saúde Coletiva, mais especificamente com equipes da Estratégia Saúde da Família, por entendermos que esta análise demanda um entendimento do modo de funcionamento da instituição, bem como dos modos de produção de subjetividade que discorreremos posteriormente³. Entretanto, temos que apontar que a concepção de sujeito que utilizamos no Dispositivo Intercessor decorre da Psicanálise de Jacques Lacan, que propõe a radical singularização da produção do conhecimento, esta antagônica ao modelo positivista de produção do conhecimento e de ciência.

A Psicanálise reintroduz o sujeito na cena discursiva, donde a ciência o havia situado e excluído ao mesmo tempo (ELIA, 2000), resultando em uma “subversão” deste campo pelo viés do sujeito, sendo que este só poderia ser incluído como sujeito do inconsciente.

Da Psicanálise tomamos ainda outra concepção que está presente na singularização da produção do conhecimento, o “método psicanalítico”; neste, o conhecimento é suspenso para que ocorra a apreensão dos aspectos produzidos. Não se opera com um saber prévio

³ Faremos esta análise no Cap. 2, no qual situamos o Campo da Intercessão e, parte final, apresentando a intercessão realizada e fazendo análise desse processo.

acumulado pelo analista ou pelo sujeito, pronto a preencher falhas e lacunas, mas recoloca-se inédito e singular apoiado no “não-saber” do analista e do sujeito

Referindo-se ao dispositivo grupal como modalidade para dar processamento às pulsações instituintes encarnadas pelos sujeitos nos sintomas e impasses durante o processo de sua constituição como um coletivo, COSTA-ROSA (2011) nos aponta que no método psicanalítico o analista assume características diferenciadas dos agrupamentos comuns e o grupo configura um “vazio central”, que ele denomina de “vazio de especialista” e coloca que:

No grupo como dispositivo de produção de “saúde subjetividade”, o psicoterapeuta não terá qualquer lugar central, exceto provisoriamente no imaginário de seus participantes, até que “esse lugar central” seja devolvido ao próprio grupo como conjunto. Isto terá importantes consequências para as transferências multilaterais; para a concepção do trabalho para o grupo como práxis, ou seja, como prática humana que inclui um saber imanente; para a diferenciação entre saber dos sujeitos e o saber que cabe ao psicoterapeuta (Ibid., p.142).

Este recurso metodológico é tomado pelo Dispositivo Intercessor que se apropria deste lugar de maneira singular, identificando as brechas institucionais, políticas e sociais, utilizando as ferramentas técnico-teóricas para facilitar a reapropriação dos sujeitos através da emergência de novos significantes, que provocarão a produção do conhecimento a partir do “não-saber”, sendo o intercessor apenas o catalisador deste conhecimento produzido pelos sujeitos da intercessão e do qual o intercessor também faz parte.

Partindo do pressuposto de que o sujeito da intercessão é o produtor do conhecimento, o DI mantém a hipótese de que o campo da intercessão já possui intercessores como os próprios movimentos do campo que surgem através de contradições que emergem, de trabalhadores que despertam para determinada questão ou ainda através de um não-sabido que se manifesta no estabelecimento da relação grupal. Consoante com esta hipótese, podemos apontar que, no presente trabalho de intercessão na Saúde Coletiva, a questão de como lidar com os impasses da subjetividade situados até então como campo especializado da Saúde Mental, foi uma emergência do não-sabido que mobilizou nos sujeitos trabalhadores um movimento de produção de conhecimento que servirá à produção de cuidado.

Para compreendermos ainda melhor o lugar do intercessor, nos valem da conceituação dos Discursos como laços sociais, de Lacan (2003), dos quais Costa-Rosa

(2011) faz uma releitura como modos de produção. Aponta que o intercessor tem o propósito de colocar os sujeitos no lugar de agentes do laço social através da produção de alterações na estrutura social dominante, o que em nosso caso inclui o questionamento e a reflexão sobre a divisão social do trabalho e o MCP.

Por Discurso entende-se um dispositivo de quatro lugares que podem ser preenchidos por elementos que se revezam, determinando as várias modalidades de laços sociais de produção que são: O Discurso da Histeria ou Discurso do Sujeito, Discurso do Analista, Discurso do Mestre e Discurso Universitário (COSTA-ROSA, 2011), podendo haver deslocamentos do discurso situando-se o sujeito no lugar de agente em um novo laço social.

Os questionamentos que podem surgir no campo da intercessão estão inscritos no lugar do discurso da Histeria que Lacan (2003) caracteriza pela contestação ao mestre e ao saber científico. Neste discurso, a causa do desejo é ser agente produtor de saber, é, segundo Miranda (2011, p. 24), “ocupar o lugar do significante mestre modificando as relações de produção preestabelecidas de saber, com o intuito de modificar a rede de significação”.

O meio de se produzir um saber singular no campo da intercessão seria pela superação do Discurso da Histeria através da introdução do Discurso do Analista, pois este pressupõe que os sujeitos se coloquem no lugar de agentes, não legitimando o saber do mestre.

Segundo Fiochi (2009),

Podemos nomear de intercessor essa figura em questão que não é um analista, mas que nem por isso está distante do laço social do Discurso do Analista, pois este se encontra no horizonte. Um recurso para se operar com os discursos na intenção sem que se trate de uma relação analista-analisante, outrossim, trata-se de uma relação (FIOCHI, 2009, p. 56).

Acrescenta ainda que o DI é um método que faz operar a transferência e os elementos que aproximam do Discurso do Analista o ‘sujeito-suposto-saber’ que, para Lacan (2003), é o eixo a partir do qual se articula tudo o que acontece com a transferência.

O Intercessor ao assumir o não-saber possibilita que a escuta e o espaço para a produção dos sujeitos se concretize e, assim, assume o Discurso do Analista, destituindo-se do Discurso do Mestre ou Discurso Universitário, onde se encontra o saber estruturado, podendo assumir perante o grupo o lugar daquele que sabe todas as respostas, uma vez que detém o conhecimento científico para tanto. Neste caso estaria se deslocando da proposta do DI, pois teria os sujeitos do campo como ‘objeto’ de estudos e levantamento de dados e talvez se situando nos métodos de pesquisa tradicionais.

Pode ainda, na relação com o grupo, possibilitar o surgimento do não-sabido, estando assim no Discurso do Analista; entretanto, este mesmo intercessor, quando no campo de produção de conhecimento sobre a intercessão, encontra-se no Discurso da Histeria, momento do qual falaremos mais adiante.

Seguindo com as bases conceituais do DI, temos o Materialismo Histórico que consiste num método a ser aplicado singularmente em cada realidade, pois parte da distinção entre realidade e as diferentes leituras que podem ser feitas dela. Este método tem as categorias como importante ferramenta, contudo estas devem ser construídas a cada contexto específico no processo de desenvolvimento do conhecimento e da prática social, alicerçados na concepção de realidade, de mundo e de vida que compõem a dialética (FODRA, 2007).

A autora ainda explana que na lógica dialética não existe separação entre sujeito e objeto, mas sim a meta de superação de tal dicotomia, sendo que “sujeito e objeto têm existência objetiva e real, formando uma unidade de contrários em constante movimento de transformação” (FODRA, 2007, p.83), e segue esclarecendo que esta indistinção sujeito-objeto é consequência da concepção de práxis, entendida como uma unidade indissolúvel da teoria e da ação, sendo que o conhecimento efetivo se dá na e pela práxis.

Para o DI, o conceito de práxis compõe um dos pilares, preconizando a construção do conhecimento na produção da ação no campo da intercessão e como produção dos sujeitos da práxis. Privilegia, para a reflexão dos contrários e o surgimento do novo para os sujeitos da práxis, a contradição e o conflito entre forças do campo, a transição e a mudança sobre a estabilidade e ainda o movimento histórico e a totalidade como “unidade de contrários” (FODRA, 2007).

O DI está estabelecido na relação indissociável entre a produção de saber e a práxis, buscando a superação da divisão social do trabalho, sendo a separação entre o fazer e pensar, considerado por Costa-Rosa (2009) como um efeito desta divisão, quando afirma que o DI é a recuperação da práxis, onde esta superação se dá na ação, “mas é superar a divisão entre teoria e prática com a consideração fundamental de que uma práxis é uma prática que tem seu saber, que incorpora seu saber”. (COSTA-ROSA, comunicação pessoal).

A divisão social do trabalho se expressa na práxis cotidiana e no cotidiano dos serviços de saúde através da divisão entre os que detêm o saber, portanto responsáveis pelo planejamento das ações, e os que executam – os trabalhadores e técnicos que realizam as atividades planejadas. Esta divisão se situa junto aos atores mantendo a divisão entre os

coordenadores e técnicos ou ainda entre os intelectuais da universidade e os técnicos do campo de ação, e configura-se como a principal característica do Modo Capitalista de Produção. A separação entre a força de trabalho e os outros meios de produção que alteram as condições objetivas da subjetividade, segundo Costa-Rosa (2011, p.22), “marca de forma drástica a natureza do modo de produção e dos processos de subjetivação, e vai alterar as próprias condições do trabalho”.

Temos que considerar que os modos de produção que incidem sobre os processos de subjetivação desencadeiam impasses que surgem no processo de produção no campo da Atenção em Saúde, podendo aparecer nas instituições de saúde de dois modos básicos, a saber: a *subjetivadaessaúde* serializada e a singularizada, conforme a ética que orienta a práxis de determinado contexto em que se insere a atenção.

No que diz respeito ao campo desta intercessão identificamos que o modo como se apresenta este processo para as equipes da Estratégia Saúde da Família se dá de forma serializada, o que se contrapõe à ética da Atenção Psicossocial e da Saúde Coletiva a que se vincula o DI. Este incorpora a proposta de realizar o “drible” do MCP, que precisa ser produzido no cotidiano das instituições e deve ser uma condição objetiva do posicionamento subjetivo do trabalhador. Na realidade, com drible ou sem, o modo de produção do processo de atenção é sempre uma das condições objetivas do posicionamento subjetivo do trabalhador, bem como de seu posicionamento nas relações sociais outras que não a do processo de produção propriamente dito:

[...] é necessário que se recrie a modalidade da relação com o trabalho que já foi perdida no MCP, e no PPHM [Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicamentoso] que lhes é correlato. Retorno ao modo cooperado no modo da organização intra-institucional, mas é necessário compreender que esse drible deve ser produzido coletivamente por cada trabalhador em cada coletivo de produção de saúde, e (re)produzido no cotidiano institucional[...] (COSTA-ROSA, 2011, p. 20).

Assim, compreendemos o DI como uma possibilidade de superação da divisão do trabalho, propondo aos trabalhadores da Atenção à Saúde que dissociem o modo de funcionamento da instituição de produção de Atenção à Saúde das demais instituições sociais (COSTA-ROSA, 2011), como um movimento micropolítico de transição paradigmática que não pretendemos ser rápido e nem radical no sentido de propor mudanças estratégicas em determinados atores sociais.

Ressaltamos também que este mesmo processo de superação do MCP pode dar-se através do DIMPC, que instaura o “drible” nos processos de produção de conhecimento que se dão ligados à Universidade.

A conceituação diferenciada entre DI e DIMPC não pretende indicar a divisão entre fazer e produção do saber, outrossim, ressalta a composição de dois momentos onde preconiza-se que no DI a produção do conhecimento se dá ao fazer, sendo necessário ao intercessor produzir seu próprio conhecimento na e para a intercessão. A elaboração do conhecimento produzido destinada à formação de novos intercessores e de novos analisadores disponíveis ao campo da intercessão, é que se dará no momento posterior, do DIMPC, se assim o intercessor o quiser. Desta forma, evidencia-se a complementaridade entre os dois momentos do DI que serve à produção de conhecimento em ambos, entretanto em modos e finalidades diferentes.

1.1.1 A Prática do Dispositivo Intercessor

No que diz respeito à operacionalização da ação, o intercessor encarnado tem inicialmente a função de ofertar as condições necessárias para a composição do grupo, sendo que a composição formal de um determinado grupo não garante a realização e o funcionamento do grupo intercessor. É necessário que os membros compartilhem dos objetivos propostos e progressivamente assumam os papéis ativos a serem desempenhados por todos no desenvolvimento do trabalho. Assim, nas equipes da ESF em que desenvolvemos este trabalho, embora elas tivessem um espaço de reuniões semanais, este momento não se constituía em espaço para a intercessão. Somente a partir da apropriação por parte dos integrantes da equipe, é que este momento se destinou à construção de reflexões sobre o processo de trabalho, quando então começaram a se comprometer, inicialmente com sua presença e posteriormente com sua participação.

Desta forma, o intercessor deve favorecer a transição das responsabilidades, de maneira que o grupo construa seu funcionamento autônomo, deslocando-se do papel de detentor do saber em relação às questões trabalhadas pelo grupo, potencializando as capacidades de produção e corresponsabilização dos membros. (SRINGUETA; COSTA-ROSA, 2007). A princípio, a equipe demanda respostas prontas do intercessor para refletir sobre seus problemas cotidianos e, à medida que o intercessor encarnado devolve-lhes esta

reflexão, questiona suas ações e a coloca para pensar sobre o fazer, a equipe aproxima-se da prática de refletir sobre seu próprio fazer e gradativamente deixa de solicitar do intercessor que ensine sobre os processos em discussão.

O intercessor trabalha com a noção de oferta de possibilidades transferenciais aos coletivos organizados, como as equipes da Estratégia Saúde da Família, que constituem elementos que auxiliam a analisar e operar sistemas de cogestão, segundo a necessidade advinda da própria construção grupal, ou esta oferta poderá ainda ocorrer por membros da equipe a partir de experiências e de seus saberes previamente constituídos.

Outro pressuposto importante do grupo intercessor, e que no nosso caso justifica sua escolha, é a noção de simultaneidade entre ação e produção do saber, conforme foi discorrido e referenciado anteriormente. Apropriamo-nos aqui dos conceitos de análise e interpretação como atribuição simultânea de sentido e significados às coisas e aos fatos, dessa forma, interagindo o que há de demandas objetivas da equipe com os interesses e desejos dos Sujeitos da práxis e destes com outros, com recursos que propiciem ao coletivo examinar o que está sendo ofertado. (CAMPOS, 2005).

O local e periodicidade dos encontros são definidos em cada grupo/equipe, sendo a proposta inicial de encontros regulares, porém com periodicidade definida pelo próprio grupo, em local que garanta condições para a realização da atividade e que haja espaço físico adequado.

O intercessor poderá desenvolver a princípio o papel de coordenador do grupo, viabilizando os encontros e sendo responsável por compor um diário de campo que deverá ser compartilhado periodicamente com o grupo, entretanto, faz parte da abordagem referida que o próprio grupo assuma os objetivos conjuntamente estabelecidos e construa seu próprio funcionamento, sendo este um dos instrumentos de conhecimento do funcionamento da equipe a ser explicitado e que inclui a participação do intercessor.

O diário de campo aqui citado configura-se em um importante instrumento do DI para concentrar as informações produzidas no campo da intercessão. Trata-se de uma anotação que não se pretende ser um documento oficial, nem tampouco uma ata dos encontros, mas contém acontecimentos, dados e reflexões que o grupo faz, e que o intercessor realiza para a prática, traduzindo o que vivenciaram à sua maneira, a partir de seu próprio processo de produção de conhecimento naquela intercessão.

Os dados descritos no diário de campo não podem ser utilizados por terceiros, mesmo porque de nada serviriam, já que se trata de uma construção muito particular do sujeito do campo da intercessão e também não pode ser considerado, a princípio, um instrumento de coleta de dados, já que a intercessão não se caracteriza *a priori*, como uma pesquisa, como foi esclarecido e situado anteriormente neste capítulo.

Este diário só serve a esta finalidade posteriormente se assim o intercessor o quiser, quando do momento de produção de conhecimento a partir da intercessão, o que é considerado um segundo passo possível deste método, sendo descrito como DIMPC. Servirá à produção de conhecimento principalmente para a formação de novos intercessores e não mais para a produção de conhecimento para o campo da intercessão, pois este já ocorreu na própria intercessão.

1.2 Dispositivo intercessor como modo de produção de conhecimento

O Dispositivo Intercessor procura integrar a produção de conhecimento em duas dimensões essenciais: a primeira é o Dispositivo Intercessor propriamente dito, ou DI, na práxis que opera na produção de conhecimento pelos sujeitos da própria práxis, através de processos de produção do saber-fazer em demandas por Atenção à saúde, sobre a qual discorreremos anteriormente; a segunda é o Dispositivo Intercessor como Meio de Produção de Conhecimento que opera uma reflexão sobre o conhecimento necessário ao Intercessor encarnado para implementar os processos de produção do conhecimento na práxis.

Desenvolve-se com base no Materialismo Histórico-dialético, na Análise Institucional, na Psicanálise e na Filosofia dos Intercessores, assim como seu corolário, o Dispositivo Intercessor (DI na práxis), que surge como proposta de COSTA-ROSA (2007) como método de produção do conhecimento que remete à práxis partindo da indissociabilidade entre visão de mundo e prática, entre fazer e saber, instaurando um diálogo com o saber compartilhado e fazendo uma releitura das teorias para contribuições para o campo da produção de conhecimento.

Inicialmente esclareceremos alguns conceitos que denominam e compõem o DIMPC como base conceitual e como ideia-força que balisa a ética deste dispositivo. Utilizamos o termo “dispositivo” como uma ferramenta que dispara acontecimentos e cria possibilidades de enfrentamento de relações verticais, sendo produzido nas relações sociais, instituições, coisas,

saberes e poderes, que move mecanismos instituídos e visa à mudança nas práticas de produção presentes nas instituições (MARTINS, 2010; PEREIRA, 2011).

Outro conceito que compõe este dispositivo é o Modo de Produção (MP) que agrega o conceito de modo como o conjunto das formas de produzir, mas também que abrange todos os níveis de Formação Social; e o conceito de produção como processo de transformação de um elemento determinado em produto específico mediante uma atividade humana própria e utilizando instrumentos específicos (COSTA-ROSA, 2011) que, no contexto da Saúde Coletiva, podem ser entendidos como os MP de conhecimento e de práticas para a Atenção à saúde, bem como modos de subjetivação estruturantes desta mesma Atenção.

Considerando que os MP presentes na Atenção à saúde estão inseridos num processo social complexo que inclui a “produção saúde-adoecimento-Atenção”, Costa-Rosa (2011) considera que convém entender a relação existente entre modos de produção (MP) e modos de subjetivação, sobre a qual afirma que há:

[...] uma relação direta entre os modos da produção social ampla e os modos de subjetivação, as formas da relação dos indivíduos com o trabalho, lastreadas pelos laços da comunidade, são o próprio corpo objetivo da subjetividade. Portanto, podemos considerar que a imanência do trabalho com os demais meios e condições de produção, o que define para Marx o trabalho vivo, está diretamente relacionada a um modo particular dos processos de subjetivação (Ibid., p.14-15).

Aponta para a sintonia entre os processos de produção da vida material e subjetiva, donde inferimos que os MP da Atenção à saúde estão diretamente relacionados aos MP de subjetividade dos sujeitos da práxis (ou seja, da Atenção). Se esta relação reflete o modo de produção para o sujeito-trabalhador-intercessor do campo da saúde, ou seja, intercessor encarnado, o que podemos dizer sobre o sujeito-trabalhador-intercessor que se coloca no lugar de produtor de conhecimento da Universidade, como é o caso do intercessor-pesquisador?

Ao fazer uso do DI no campo da saúde, e neste trabalho mais especificamente na Atenção Primária junto a equipes da Estratégia Saúde da Família, o intercessor deverá considerar esta relação de produção a que o sujeito da práxis, inclusive o intercessor, está assujeitado, para a produção do conhecimento na práxis. Para o DIMPC, o intercessor-pesquisador deverá então considerar esta relação entre o MP e os modos de subjetivação que se coloca como alternativa à lógica da pesquisa tradicional que ressalta a suposta neutralidade do pesquisador.

Para Miranda (2011), o problema da prática de produção do conhecimento da Universidade está em ser exclusiva de profissionais de saber, sobretudo quando seu referente são os indivíduos e sua subjetividade. Os pesquisadores vão então à prática do conhecimento e não à práxis. Este conhecimento é tido como “colonizador” e pode ser entendido como uma ingerência no retorno deste conhecimento ao campo, pois não seria possível haver um conhecimento sobre o outro envolvendo sua subjetividade que não fosse colonizador. Assim como não é possível haver um conhecimento sobre determinado contexto que não envolva a subjetividade do intercessor-pesquisador e sua própria ação como um todo. O DIMPC tem a diretriz ética da construção de um conhecimento que não seja “colonizador”, partindo da ideia de neutralização do saber colonizador para assim propiciar o surgimento do saber do colonizado.

Para agir nesta lógica, o DIMPC utiliza-se do conceito de “ignorância doutra” proveniente da teoria Lacaniana, como um saber de neutralização (do saber de mestre, referente ao Discurso do Mestre, onde o não-sabido do intercessor-pesquisador configura-se em um processo de produção do saber na práxis do campo da intercessão e da Universidade (COSTA-ROSA, 2009). É através da estratégia de neutralização do saber agente do Discurso Universitário (DU) que procura inserir-se nas brechas para afirmar sua produção a partir de um outro modo de produção situado no Discurso da Histeria (DH), que são modos de inserção do sujeito no laço social.

O DIMPC pretende empreender um dinamismo na práxis Universitária, fazendo uma crítica ao modo de produção do conhecimento “agora centrando sua ação na produção de um conhecimento sobre os processos de produção do saber na práxis; em geral, coloca-se como agente questionador do saber instituído, pretendendo fazer movimentar-se a rede de conceitos e significantes instituídos” (PEREIRA, 2011). Faz esse movimento ao apontar as contradições do modelo de saber que se pretende pronto e construído para superá-lo dialeticamente, apresentando como resultado um saber sempre transitório e dinâmico, gerador de mudança na realidade e nunca apresentado como verdade absoluta e acabada.

Na lógica do DIMPC não se pretende um saber pronto para ser transmitido ou “ensinado” a outrem, nem mesmo este trabalho se pretende normatizador de um método a ser incorporado em pesquisas universitárias em Saúde Coletiva. Pelo contrário, este trabalho pretende discorrer exatamente sobre as possibilidades de produção de efeitos diversos que são decorrentes dos elementos constituintes do DI/DIMPC e pretende servir a futuras

possibilidades de intercessão e de instrumentalização de novos intercessores que se formarão na prática da intercessão.

Nesta vertente, a produção de conhecimento não se dá diretamente para a práxis da intercessão, não se caracteriza um saber que será devolvido de alguma maneira para os sujeitos do campo da intercessão, pois este conhecimento que serve aos sujeitos da intercessão foram já produzidos no DI, no primeiro momento de ação do intercessor ainda intercessor encarnado. Neste momento segundo, porém não secundário em ordem de importância, a produção do conhecimento se dará na e para a práxis do campo da produção de conhecimento, a Universidade, podendo fomentar movimentos que superem o modo de produção de conhecimento instituído que opera na lógica do MCP, onde alguns planejam, pensam e desenvolvem tecnologias (sujeitos inseridos no DU) e outros são preparados para executar tecnicamente ou ainda preparados para aplicar as tecnologias para a produção do conhecimento serializado (pesquisadores).

Este processo não ocorre sem levar em conta as relações de saber e poder presentes na instituição Universidade e nas relações de produção do conhecimento estabelecidas pelos agentes do Discurso Universitário consigo mesmos e com os sujeitos da práxis. Conforme nos afirma Miranda (2011), “todo o saber-sobre é também um poder-sobre”, o saber que se proclama na Universidade como produto de seu processo de construção do conhecimento se instaura sobre os pilares do poder que o saber exerce sobre os sujeitos em suas diferentes modalidades de sujeição.

Esta seria uma das razões pelas quais o intercessor encarnado, na práxis da Universidade, quando desenvolve o DIMPC, modifica sua posição, assumindo o lugar de sujeito e coloca em discussão os saberes estabelecidos pelo DU, mas não apenas, uma vez que mesmo os conhecimentos produzidos no DIMPC devem ser questionados; que a partir da práxis da intercessão, poderão ser discutidos, questionados, redirecionados, mas agora servindo à produção de conhecimento sobre a prática da intercessão e não mais sobre os sujeitos do campo. “Não se trata, portanto, de um saber sobre, mas de um saber para”, esclarece Martini (2010, p. 51), colocando que a produção *para* não se dirige aos sujeitos que farão uso da maneira que compreenderem melhor, mas que é um saber que se dirige à instrumentalização de novos intercessores, ou *para* a produção de novos saberes, dirigindo-se a atores específicos situados na práxis universitária comum e suas congêneres.

Assim, em nosso caso específico da vivência da intercessão no campo da Saúde Coletiva, com sujeitos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, o desenvolvimento do DIMPC não serviria para levar até eles um saber construído a partir da intercessão já realizada, pois entendemos que o saber apropriado por eles a partir de sua própria construção no decorrer do DI é o que lhes faz sentido. O saber que podemos construir, produzindo reflexões, questionamentos e associações com saberes previamente constituídos sobre teorias, metodologias, constituição do sujeito e tecnologias em saúde servirão para criar novos sentidos para o sujeito intercessor-pesquisador, deslocá-lo do lugar do “suposto-saber”, agora na Universidade e, portanto, fazer o deslocamento do discurso para o Discurso da Histeria, que caracteriza-se pela impotência, pela situação do sujeito não conseguir “dar conta do gozo, o resto mais-de-gozar” (FIOCHI, 2009), abrindo novas possibilidades criativas a partir do não-sabido.

O DIMPC está em pleno processo criativo, pois está sendo construído pelos intercessores implicados no momento seguinte da produção de conhecimento sobre sua intercessão. Aqui surgem as experiências exitosas, as reflexões consistentes, os questionamentos que produziram movimento no campo, as ações do intercessor e do grupo que possibilitaram reorganização de práticas a partir de novos saberes, mas também estão os impasses do DI, o que ele tem de empecilhos, o que é considerado como brecha para a inserção criativa dos sujeitos e não passou de um momento equivocado de intervenção. O DIMPC traz em seu bojo o que pode ser considerado como algo que deu certo e também o que não seria considerado tão bom assim se trabalhássemos com normas aplicativas de uma metodologia que engessasse o intercessor e os sujeitos da práxis.

Apontamos novamente pela relação entre saber-poder que, no momento DI e no momento DIMPC, coloca o intercessor em lugar de destituir-se do poder de colonizador sobre os sujeitos e do poder de criador no âmbito da Universidade. A autoria deste processo é eminentemente coletiva, e está implicada no processo de crise do paradigma da ciência moderna, inclusive no sentido de que neste momento o DIMPC é um campo de práxis em desenvolvimento por um coletivo específico de trabalho, cujos textos representam o esforço de “uma comunidade de trabalho”⁴.

⁴ Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e Subjetividade da saúde – LATIPPSS. Ver nota 1 de rodapé, na Introdução deste trabalho.

Santos (1987) apresenta o paradigma emergente como algo de que não se pode falar a não ser de forma especulativa, porque ainda está em construção e que não pode ser uma proposta revolucionária somente para a ciência, mas também para a própria sociedade, pois contém a superação da dicotomia sujeito/objeto e também a superação dos especialismos:

É antes o retrato de uma família intelectual numerosa e instável, mas também criativa e fascinante, no momento de se despedir, com alguma dor, dos lugares conceituais, teóricos e epistemológicos, ancestrais e íntimos, mas não mais convincentes e securizantes, uma despedida em busca de uma vida melhor a caminho doutras paragens onde o otimismo seja mais fundado e a racionalidade mais plural e onde finalmente o conhecimento volte a ser uma aventura encantada. A caracterização da crise do paradigma dominante traz consigo o perfil do paradigma emergente (Ibid., p.35).

Do conhecimento disciplinar, onde se criam novas disciplinas para resolver problemas das antigas disciplinas, transpõe-se ao paradigma emergente, no qual o conhecimento é total (SANTOS, 1987), constitui-se em redor de temas e são adaptados a grupos sociais concretos como projetos de vida local. Sua fragmentação não é disciplinar, mas sim temática e o conhecimento avança à medida que seu objeto se amplia, se concretiza como transdisciplinar. Constitui-se em um conhecimento de possibilidades, onde a incerteza do conhecimento, antes vista como limitação técnica, agora se transforma na chave do entendimento do mundo incluindo a contemplação de sua dimensão estética.

Trazendo estas considerações sobre o paradigma dominante e o paradigma emergente nas ciências para o contexto de nosso trabalho em Saúde Mental e Saúde Coletiva, fazemos uma analogia com o trabalho de Costa-Rosa (2011), que especifica o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) como modo de produção da saúde que situamos com as características do paradigma dominante, apresentando um trabalho dividido segundo o MCP, pautado na divisão social do trabalho e na divisão do saber em especialismos que variam em sua forma de organização do trabalho, mas que estão instrumentalizados pela medicalização das relações sociais e da vida.

O PPHM reproduz as relações sociais de dominação-subordinação e as formas de subjetividade dominantes no modo capitalista de produção para o ato produtivo da Atenção e para as relações intersubjetivas entre trabalhadores e “sujeitos do sofrimento”⁵, mantendo

⁵ Costa-Rosa (2011) denomina como “sujeitos do sofrimento” o indivíduo para o qual se destinam as ações realizadas no campo da Saúde Mental, geralmente denominadas tratamento, cuidado, promoção, que também denomina Atenção. Nesse caso assumiremos o conceito de “sujeito do sofrimento”, inclusive para o sujeito da

relação direta com o exercício do poder através do conhecimento pertencente às categorias especialistas (trabalhadores com formações específicas e pesquisadores) e através do saber atribuído a estes especialistas.

No que diz respeito ao paradigma emergente, fazemos também analogia com o conceito de Paradigma Psicossocial (PPS) que aspira à superação da dialética do MCP em termos teóricos, técnicos e éticos (COSTA-ROSA, 2011); propõe-se que o “trabalhador opere como intercessor visando permitir ao sujeito posicionar-se como protagonista do processo de produção de ‘saúde’” (Ibid., p.35). Substitui os dispositivos institucionais do PPHM por diferentes táticas territoriais do setor saúde, destacando-se o matriciamento como dispositivo operante na Estratégia Saúde da Família.

O modo de produção em ação no PPS se contrapõe às definições de resultado do processo de produção instaurado nos serviços de saúde centrados na divisão do trabalho e no trabalho serializado. Assim, os modos de organização do processo de trabalho baseados em números de procedimentos, indicadores de patologias e ainda o número de indivíduos aptos a serem reinseridos na produção e no consumo terão que ser reorganizados para que se encontrem novos indicadores para as práticas do PPS, que assume a indissociabilidade entre saúde psíquica e subjetividade, donde “propomos falar em *subjetividade da saúde* serializada” (COSTA-ROSA, 2011).

Baseado nesta ética, o PPS como paradigma emergente considera que o saber tem limites e que não se pode saber pelo outro, que o saber não pode abarcar tudo sobre a práxis e que depende da maneira como o sujeito tratará a experiência vivida para empreender um processo de produção. O saber produzido sobre um sujeito ou sobre a realidade que habita só se legitima se produzido por ele mesmo em suas interações e seus impasses. Desta forma, as relações de poder estabelecidas pelo paradigma dominante não se estabelecem neste paradigma e o saber não pode ser utilizado como forma de dominação, sujeição ou ainda de produção de subjetividade.

O DIMPC se utiliza desta ética para constituir-se como um agenciador de movimentos nas brechas do instituído, através de proposições que reposicionem os sujeitos da práxis que se situam no lugar de produtores do conhecimento, ou seja, para os pesquisadores, cientistas, sujeitos ligados à Universidade, que operam no Discurso Universitário, fazendo

Atenção no campo da Saúde Mental na Saúde Coletiva, ou seja, os sujeitos que estabelecem interlocuções com os trabalhadores da Atenção Básica.

movimentar os conceitos e significantes instituídos. Favorece a produção do novo, lidando propriamente com os limites do saber, tendo para si que o saber deverá, portanto, ser construído preferencialmente a partir da experiência vivenciada no DI experiência, aliás, intransferível para efeito da possível reflexão que será feita, mas que a práxis na qual ele opera é a da produção do conhecimento a partir de um novo paradigma da ciência.

O intercessor se reposiciona agora enquanto sujeito da práxis e neste momento do DIMPC utiliza como principal ferramenta o Diário de Campo que versa sobre o momento do DI, com anotações que dizem respeito às reflexões do intercessor a partir das vivências no campo da intercessão, questionamentos sobre os modos de produção operantes, sobre as relações estabelecidas entre os integrantes da equipe, sobre as ações desencadeadas frente a determinados impasses, sobre o modo de organização dos serviços e, principalmente, sobre suas próprias ações em determinados momentos dos encontros com os trabalhadores. Ou seja, o diário de campo constitui-se em uma espécie de conversa do intercessor consigo mesmo no decorrer da intercessão. Conversa esta que se transforma em produção de conhecimento no momento da intercessão para que empreenda os agenciamentos necessários ao campo e que, posteriormente, no momento do DIMPC traga ao intercessor a memória das situações e reflexões para que sejam utilizadas de maneira analítica servindo à produção de um conhecimento sobre o processo da intercessão.

Não se considera o diário de campo um relato dos fatos ou das falas dos sujeitos do campo, pois estas só serviriam aos próprios sujeitos. Também se diferencia, neste aspecto, dos instrumentos tradicionais de coleta de dados e observações sobre um determinado campo de pesquisa, porque não serve a somente descrever como este campo está estruturado, mas como o intercessor apreende este campo naquele determinado processo de intercessão, levando em conta a ética acima proposta.

A relação entre as reflexões produzidas no momento do DI, que serão agora revisitadas pelo intercessor-pesquisador, produzirá o movimento de ressignificação de conceitos e conhecimentos prévios, pois empreenderá um trabalho de relacionar, confrontar, analisar, recriar conceitos e saberes sobre o que vivenciou, sobre o campo da intercessão que o incluem e aos sujeitos da práxis de intercessão. Primeiramente para ele próprio, provocando assim um reposicionamento em relação ao saber instituído e, em seguida, servindo a outros intercessores, sejam eles ligados à Universidade ou trabalhadores como o mesmo. Aqui me refiro à minha própria experiência, como alguém que veio à Universidade após ser um

trabalhador da práxis da Saúde e, portanto, tendo realizado o exercício de passar de trabalhador (um a mais) a intercessor encarnado (mais um), conceitos de Jacques Lacan que Costa-Rosa (2011) desloca para definir o lugar e as ações do intercessor encarnado, portanto, no momento DI. É a situação desejada, pois não é incomum que sujeitos venham à Universidade em busca do ofício de trabalhador intelectual. No caso da “comunidade de trabalho” a que me referi antes, a condição necessária é fazer-se “trabalhador”, para num “só depois”, ainda que seja lógico, passarem à possibilidade de trabalhador-intercessor, ou nomeado apenas como “intercessor encarnado”.

Ressaltamos mais uma vez que o saber produzido no campo da intercessão neste momento do DIMPC, somente servirá para que novos intercessores compreendam como estes processos se desenvolvem e como deverá se posicionar sempre no lugar do não-sabido, pois este será um saber específico “desta” intercessão e a cada processo as condições, estruturas e campos deverão ser reeditados.

Apontamos que neste trabalho, onde o DI operou com trabalhadores da Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica, o DIMPC pretende analisar os processos de subjetivação presentes nas relações junto à equipe, tendo em vista a atenção à Saúde Mental na Saúde Coletiva e como o intercessor se posiciona a partir do uso do DI, bem como reconhecer quais os fatores de tensão-contradição existentes entre os fins declarados pela instituição e os desejos das pessoas que compõem a equipe. Para tanto, utilizaremos as partes do diário de campo que nos subsidiem nesta análise, pois como se trata de uma ferramenta utilizada em momento do DI, sem que estas propostas estivessem formuladas, as anotações e reflexões ali contidas dizem respeito a uma diversidade de situações e produções de que um único estudo não daria conta.

A produção contida no diário de campo diz respeito aos encontros com as equipes da Estratégia Saúde da Família que elas têm por rotina na organização de seu trabalho, onde discutem situações cotidianas de produção da Atenção em saúde, reorganizam suas ações, conversam sobre sujeitos do sofrimento aos quais eles têm situações inusitadas ou situações comuns, resolvem seus conflitos interpessoais e manifestam seus afetos.

Utilizaremos para selecionar as reflexões os analisadores que fizerem sentido dentro da proposta deste estudo em curso e este processo do DIMPC servirá, em nosso caso específico, para a produção de material acadêmico inserido na pós-graduação, em forma de tese; situação esta que não se configura em regra para a produção do DIMPC, pois este não se serve

exclusivamente à produção reconhecida pela Universidade e, portanto, configura-se em uma opção deste intercessor.

REFERÊNCIAS

ALTOÉ, S. *René Lourau: Analista em Tempo Integral*. São Paulo: Ed Hucitec, 2004.

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

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A. *Metodologia dialética em saúde mental*. Assis, 2007. Mimeografado.

COSTA-ROSA, A. *Intercorrências e análises sobre o processo de produção saúde-doença-atenção no campo psíquico, num território municipal: produção de novas tecnologias para o implemento da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde*. UNESP - Assis, 2007. Mimeografado.

_____. *Comunicação Pessoal*. Assis, 2009, 2010, 2011 e 2012.

_____. *Operadores Fundamentais da Atenção Psicossocial: Contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. Assis, 2011. Tese (Livre Docência) – UNESP, Assis, 2011.

DELEUZE, G. *Conversações*. Tradução: Peter Pal Pelbart. São Paulo: Editora 34, 1992.

ELIA, L. Psicanálise: clínica e pesquisa. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (Orgs.). *Clínica e Pesquisa em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. p. 19-35.

FIOCHI, P. I. C. Q. *De posição em posição: os giros de discurso e a questão do saber na Educação em Saúde a partir de uma experiência junto a equipes da Estratégia Saúde da Família*. Dissertação de Mestrado – UNESP/Assis, 2009. Assis : [s.n.], 2009.

FODRA, R. E. P. et al. Metodologia de pesquisa qualitativa em Saúde mental: a abordagem dialética. In: CONSTANTINO, E. P. (Org.). *Percursos da pesquisa qualitativa em psicologia*. São Paulo: Arte & Ciência, 2007.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 2007.

L'ABBATE, S. A Análise Institucional e a Saúde Coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.1, 2003.

LACAN, J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

LAPASSADE, G. *Grupos, Organizações e Instituições*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

LOURAU, R. *A Análise Institucional*. Petrópolis: Vozes, 1975.

_____. Uma Apresentação da Análise Institucional. In: ALTOÉ, S. (Org.). *René Lourau: Analista em Tempo Intergral*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2004.

MARTINS, C. P. *Possibilidades, limites e desafios da humanização do SUS*. Dissertação de Mestrado. FCL/UNESP. Assis, 2010.

MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1999.

MIRANDA, C. M. *Saúde mental infanto-juvenil: uma reflexão sobre políticas públicas a partir do dispositivo intercessor como meio de produção de conhecimento na práxis*. Dissertação de Mestrado – UNESP/Assis, 2011.

OMS, Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma-Ata. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde*. URSS, 1978.

PEREIRA, E. C. *Ensaio de intercessão institucional em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial*. Dissertação de Mestrado – UNESP/Assis, 2011.

QUINET, Antônio. *As 4+1 condições da análise*. 10. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

SANTOS, B. S. *Um Discurso sobre as Ciências*. Porto: Edições Afrontamento, 1987.

STRINGUETA, L. V. H. O. ; COSTA-ROSA, A. O Grupo Intercessor: saber e conhecimento da práxis “psi” na atenção básica de saúde. In: CONSTANTINO, E. P. (Org.). *Percursos da Pesquisa Qualitativa em Psicologia*. São Paulo: Arte & Ciência, 2007.

CAPÍTULO 2
SAÚDE COMO CAMPO DE
PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE

2 SAÚDE COMO CAMPO DE PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE

DAS UTOPIAS

Se as coisas são inatingíveis...ora!

Não é motivo para não querê-las...

Que tristes os caminhos, se não fora

A presença distante das estrelas!

Mário Quintana – Espelho Mágico

Apresentar e refletir sobre a Saúde Pública como campo de produção de conhecimento-subjetividades é o que apresentaremos, fazendo um paralelo entre as formas de organização do sistema e os modos de produção de *subjetividades da saúde* possíveis, bem como pretende-se compreender quais as possibilidades de mudança no paradigma dominante, principalmente através da proposta metodológica do DI que se consolida como objetivo principal deste trabalho, verificando nesta forma de organização vigente quais as possibilidades de criação de espaços nos quais as equipes se apropriem do lugar de sujeitos do processo de produção do cuidado na Atenção Básica, com ênfase na Saúde Mental.

Daremos enfoque às mais recentes propostas de reorganização do Sistema de Saúde no Brasil por entendermos que eles empreendem importantes modificações no modo hegemônico da Atenção à saúde no país e provocam um movimento de mudanças que condiz com as propostas éticas e metodológicas de nosso trabalho.

Na atualidade, as equipes de saúde estão convivendo com modos de fazer assentados em modelos de atenção à saúde que foram se constituindo ao longo dos anos de construção do SUS e, ao mesmo tempo, tendo que lidar com novas propostas de arranjos organizacionais, surgindo a partir da recente publicação de Decreto Presidencial (no. 7508 de 28 de junho de 2011) que regulamenta a Lei 8080/90 e através da Política Nacional de Atenção Básica publicada em Portaria Ministerial (PT no. 2488 de outubro de 2011). Não pretendemos fazer aqui uma análise das questões legais encontradas nestes documentos, mas interessa-nos a análise dos fatores que contribuem para o desenvolvimento de aspectos do SUS que dizem respeito aos seus princípios e apresentam consonância com os postulados por nós apresentados e refletidos.

A Lei nº 8.080/90 conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, que criou o Sistema Único de Saúde - SUS estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Contudo, estava desde sua criação sem uma regulamentação que esclarecesse seus princípios e seu modo organizativo, ao quais foram se configurando ao longo dos anos sem um respaldo legal da magnitude da lei, fazendo uso somente de Portarias e outras formas de instituição de regulamentos, conforme nos afirma SANTOS (2011):

Contudo, o SUS tem sido uma fortaleza *formal*, mas dotado de muita fragilidade *real* pelo fato de a Lei não ter sido cumprida na sua integralidade, principalmente por nunca ter sido a lei regulamentada com explicitação de seus conceitos, diretrizes e princípios para que o agir administrativo possa se guiar por idéias-forças mantendo, assim, a unicidade conceitual do SUS (SANTOS, 2011).

O Decreto nº. 7508/2011 foi construído a partir do diálogo com os estados, através do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), municípios, através do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), em uma proposta que atravessou mandatos, sendo considerado como uma aliança do Governo Federal com o SUS e ainda como um ponto de partida para as implementações que ainda precisamos (SADDI, 2011; CARVALHO, 2011).

O Ministério as Saúde (2011) afirma que o Decreto tem o papel de regular a estrutura organizativa do SUS, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, além de propor um melhor esclarecimento ao Ministério Público e Poder Judiciário sobre as responsabilidades de cada ente federativo, minimizando o ajuizamento de entes que não são responsáveis por determinado serviço, bem como melhor esclarecer os usuários sobre os serviços inseridos em sua região de saúde. Ressalta ainda a importância do conhecimento das responsabilidades dos entes federativos, levando-se em conta a diversidade demográfica e socioeconômica do país.

Em seu texto, o Decreto 7508/2011 organiza o SUS a partir de Regiões de Saúde que devem conter no mínimo ações e serviços na atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e ainda vigilância em saúde e serão instituídas pelo Estado em consonância com os municípios, contendo Redes de Atenção à Saúde (já conhecidas como Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde - RRAS)

que consistem em “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, MS, 2011). Estas RRAS podem pertencer a mais de uma região de Saúde conforme as pactuações realizadas na CIT (Comissão Intergestores Tripartite), que é uma instância de pactuação consensual entre os entes federados das três esferas de governo.

Para a garantia do acesso “universal, igualitário e ordenado”, as ações e serviços de saúde propõem Portas de Entrada do SUS, que são serviços que prestarão o atendimento inicial à saúde do usuário, sendo complementados por outros serviços da RRAS e aqui definidos nos serviços da atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e serviços especiais de acesso aberto, ficando os serviços de atendimento ambulatorial especializado e hospitalares referenciados a partir das Portas de Entrada.

Aponta especial atribuição à atenção primária, quando no art. 11º afirma:

O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente (Idem, p. 07).

Esta valorização da atenção primária imprime novo modo de funcionamento ao modelo existente, pois, até o momento, a atenção primária através de seus equipamentos, como Estratégia de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde etc., era considerada como um dos serviços da rede, sem que pudesse exercer com autonomia o papel de ordenador ou reorganizador no âmbito geral da Saúde.

O modo de funcionamento vigente até o momento, que chamamos de modo ou Modelo Hegemônico, teve origem na Medicina Comunitária que se desenvolveu a partir de demandas econômicas e sociais do início do século passado. Nele, os indivíduos eram vistos como corpos de trabalhadores que têm valor como insumo na produção de mercadorias e serviços (FRANCO, 2007) e o cuidado em saúde necessário para a manutenção do sistema produtivo, sendo até hoje “objeto” da organização de serviços inseridos no Modo Capitalista de Produção, como veremos adiante⁶.

⁶ Este modo de organização dos serviços e das relações através do Modo Capitalista de Produção (MCP) já foi mencionado no Cap. 1 sobre o Dispositivo Intercessor como Modo de Produção de Conhecimento e, ainda, faremos a sua relação com o modelo atualmente vigente em saúde.

Costa-Rosa (2011, p.25) analisa as características do MCP (Modo Capitalista de Produção) na produção da Atenção à saúde e considera necessário destacar “a exclusão do trabalhador da determinação do quê, do como e para quem produzir depois que o trabalho assumiu seu modo assalariado. Aspecto ainda mais acirrado na época definida como globalização neoliberal e do consumo”.

A Medicina Comunitária (MC) utiliza-se de campos de conhecimento da epidemiologia e da vigilância em saúde, valoriza regras voltadas para a doença e para o ambiente, agindo sobre o contexto e intervindo sobre situações de risco, mas não sobre os sujeitos envolvidos no processo, propondo ações coletivas de promoção e proteção com referência a um determinado território; entretanto, organiza o fluxo da atenção à saúde de forma hierarquizada, considerando no nível primário as ações de menor complexidade a serem realizadas próximas à comunidade (SILVA JR., 1998). Acrescenta-se a esta proposta a inclusão de práticas alternativas de medicina à assistência à saúde, inserindo outros profissionais não médicos na função assistencial.

Estes campos de que se serve a MC para organizar seus modos de assistência à saúde ficaram marcados pelo caráter reducionista no que diz respeito aos fatores determinantes do processo saúde-doença, deixando, portanto, de compreender a amplitude do papel da clínica na produção da saúde. Dessa forma, coloca-se em questionamento o paradigma saúde-doença, pois o modo como os serviços de saúde se estruturam e articulam constituem meios de interferir no processo saúde-doença e conseqüentemente na constituição da subjetividade do Sujeito.

Ao longo dos anos verificou-se que, apesar de incorporar novas práticas preventivas à assistência à saúde, voltadas para a comunidade e realizadas através de práticas multidisciplinares, a MC demonstra incapacidade para alterar os modos de se produzir saúde, por continuar empreendendo um processo de trabalho “procedimento-médico-centrado”, colocando em questão sua potência para alterar a lógica da assistência à saúde. (DONNANGELO, 1976; FRANCO, 2007).

Na década de 1970, quando a MC encontra-se em estagnação, havia discussões de representantes de vários países na Organização Mundial de Saúde, que geram o movimento da Atenção Primária à Saúde, culminando com a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma Ata em 1978, com suas propostas sistematizadas na

Declaração de Alma Ata que, segundo Franco (2007), revive as propostas da MC e propõe um novo paradigma para a assistência à saúde.

Designa cuidados primários à saúde como: “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade” (OMS, 1978), fazendo a aposta da resolução dos problemas do setor através da aproximação dos conhecimentos técnicos, até o momento, centrados no Modelo Médico Hegemônico, aos conhecimentos da comunidade, bem como a ampliação do acesso aos cuidados em saúde, através de práticas na comunidade.

A Declaração (1978) refere que a Atenção Primária deve ser o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde e que devem ser de base comunitária, ou seja, os cuidados deverão ser levados o mais próximo possível dos locais onde trabalham e vivem, constituindo o primeiro elemento do processo de assistência à saúde. Incluem para os cuidados primários ações de educação, para prevenção e controle das doenças, controle sobre distribuição de água e saneamento básico, cuidados materno-infantis, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e tratamento adequado às doenças com fornecimento de medicamentos básicos, deixando claro que a proposta de levar cuidados em saúde às comunidades extrapola os cuidados técnicos específicos e especializados do saber médico, que eram preponderantes na MC e trazem em seu bojo o desenvolvimento do conceito de integralidade para as práticas em saúde quando afirma que “integram um sistema de saúde componentes deste e de outros setores, cuja interação contribui para a saúde” (OMS, 1978).

Estas ações fariam parte de uma organização linear dos serviços dentro de um sistema ou planejamento nacional que estaria estruturado em níveis de atenção, onde os cuidados primários estariam no primeiro nível, sendo os outros níveis responsáveis por serviços mais especializados com complexidade elevada e mais centralizados.

De acordo com Franco (2007), a partir destes parâmetros se organiza um modelo de serviços de saúde baseado em uma correspondência linear e sequencial entre as ações de saúde e a História Natural das Doenças, indo das ações mais simples às mais complexas, deixando claro “na proposta, a inscrição do ideário preventivista como forma de assistir a população com procedimentos coletivos, de baixo custo” e ainda que “se mostra insuficiente para responder à complexidade dos problemas de saúde, tal como estes se colocam no espaço

social e no espaço singular do corpo, não consegue, portanto, contrariar no fundamental os interesses das grandes corporações econômicas da área de equipamentos biomédicos” (Ibid., p.82).

Nas Américas, a Atenção Primária à Saúde ganha novo impulso com o Documento da Organização Pan-americana da Saúde (2005), o qual afirma que seria necessário dar mais atenção às necessidades estruturais e operacionais, como acesso, financiamento apropriado, adequação e sustentabilidade de recursos, compromisso político e o desenvolvimento de sistemas que assegurem cuidados de alta qualidade, dando ênfase ao papel dos recursos humanos para a plena implementação da Atenção Primária à Saúde e ainda ao desenvolvimento de estratégias gerenciais para a mudança e o alinhamento da cooperação internacional.

Posteriormente, o Relatório Anual da Organização Mundial de Saúde (2008) que reforça os ideais da Conferência de Alma Ata, trinta anos mais tarde, afirma que:

A oferta dos serviços deve incluir a prevenção, promoção assim como esforços para abordar localmente os determinantes de saúde” e propõe ainda que: “uma relação direta e duradoura entre o prestador e as pessoas da comunidade que servem, é essencial para que seja considerado o contexto pessoal e social dos doentes e suas famílias, assegurando a continuidade dos cuidados ao longo do tempo, assim como entre serviços (OMS, 2008, p.56).

As propostas da Declaração de Alma Ata (OMS, 1978) e dos relatórios posteriores (OPAS, 2005; OMS, 2008) não puderam ser implementadas em sua totalidade e em todos os países porque dependiam de mudanças nas estruturas organizacionais dos sistemas de saúde que estavam submetidos a um modelo de saúde onde as tecnologias especializadas servem ao consumo imposto pela organização econômica da sociedade. Reorganizar serviços com foco na Atenção Primária à Saúde não aumentaria o consumo de equipamentos e não reforçaria o modelo hospitalocêntrico-médico-centrado que determina a produção de ações em saúde dentro do Modo Capitalista de Produção (MCP). Assim, ainda permanecem sistemas de saúde onde a oferta de cuidados curativos especializados é preponderante, onde a prestação de serviços é fragmentada, com abordagens no controle de doenças e ocorre a transformação da saúde em forma de comercialização de produtos e serviços determinando o modelo de saúde.

Em um documento técnico organizado a partir de estudos sobre a Atenção Primária na América Latina e União Européia, Connil e Fausto (2007) constatam que não existe uma

compreensão uniforme sobre a Atenção Primária à Saúde e sua implementação acompanha a diversidade de sistemas de proteção social e dos sistemas de serviços de saúde.

Desde a Conferência de Alma Ata persiste uma tensão entre duas formas diferentes de conceber a APS: uma mais inclusiva como parte de um sistema integrado de cuidados e de desenvolvimento econômico-social, e outra como um tipo de cuidado dirigido para pobres sem acesso aos recursos. Neste documento se assume uma noção inclusiva de APS considerando-a como uma política de reorganização do modelo assistencial e uma estratégia para o fortalecimento do sistema de saúde como um todo (Ibid., p.07).

2.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil

A Saúde Pública no Brasil no início do século passado caracterizava-se por um modelo fundamentado na Epidemiologia e ficou marcado por Campanhas e pela Polícia Sanitária que atuavam nos modos de transmissão das doenças infecciosas, desvinculando a produção de saúde das questões sociais; assim manteve-se até o início da década de 1920, quando a crescente urbanização e industrialização alteraram as relações entre classes sociais e as condições de vida da população, inviabilizando o modelo autoritário de controle das doenças e dando início ao período de utilização da Educação Sanitária como modelo de atuação. Há uma mudança na concepção do processo saúde-doença e as ações fundamentam-se na prevenção de doenças e promoção da Saúde (GARCIA, 2002).

Sofrendo influência de experiências norte-americanas com enfermeiras visitadoras, o Brasil inicia a rede de atenção básica, no final da década de 1920, com a abertura de centros de saúde para atuar em territórios com ações sistemáticas no domicílio e na comunidade. Esta proposta desenvolve-se até a década de 1960, sempre operando no Modelo Médico-Centrado, onde o conhecimento sobre os processos de saúde estava concentrado no especialista.

Em um estudo anterior (GARCIA, 2002), analisamos as mudanças ocorridas na Saúde Pública brasileira em função das contingências políticas, sociais e econômicas que o país atravessou, principalmente nas décadas de 1970 e 1980, quando percebemos o incremento de ações e serviços seguindo a lógica de mercado, em uma política neoliberal com posterior necessidade de contenção e controle de gastos que geraram importantes influências no modelo de atenção à saúde que apresentava um discurso condizente com as propostas dos organismos internacionais (OMS, OPAS) com ênfase para a Atenção Primária à Saúde, mas com práticas que reforçaram o Modelo Médico-hospitalocêntrico privativista.

Ocorre uma política descentralizadora que evidencia os desmandos da política governamental de saúde em relação ao modelo privado e benefícios feitos com o dinheiro público. A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), os serviços de saúde são organizados em níveis hierárquicos que atribuem às unidades básicas de saúde o primeiro nível de atenção de acordo com a complexidade das doenças, que fica sob a responsabilidade dos municípios; os atendimentos ambulatoriais especializados e a rede hospitalar servem de referência para a rede básica e em sua maioria são gerenciados pelo Estado ou Federação.

As propostas de reforma buscavam uma racionalidade administrativa e epidemiológica aos serviços da atenção básica e ambulatorial e, na prática, houve a tentativa de implantar na rede básica “linhas de montagem que visavam vincular o médico ao trabalho das equipes e aos programas de saúde” (GARCIA, 2002). Contudo, o trabalho continuou fragmentado, burocrático e salientando os conflitos já existentes nas práticas das equipes de saúde em função da ineficiência do modelo hegemônico de atenção à saúde.

Segundo Campos (1997), este modelo neoliberal de organização dos serviços não conseguiu o aumento da produtividade e envolvimento dos profissionais como pretendia, ao contrário, desestimulou ainda mais a iniciativa e criatividade dos trabalhadores, já que dispunham de normas que estabeleciam os limites de atuação de cada um, com descrições pormenorizadas das tarefas, seus encadeamentos com metas e avaliações com base em parâmetros quantitativos, de maneira que as ações individualizadas levam ao predomínio da prática clínica especializada, sendo as demais atividades consideradas como complementares.

Até a Constituição de 1988 havia dois modelos: um hospitalar, voltado exclusivamente “para recuperar a saúde de indivíduos doentes” e o modelo sanitarista conhecido como “um conjunto de estratégias de controle de doenças e fatores de risco organizados em programas verticais e centralizados” (GRABOIS, 2010), ponderando que estes dois modelos estão vigentes até hoje, sendo que o modelo hospitalar serve ao cuidado de doenças agudas e os modelos verticais não dão conta das diversidades apresentadas pelos territórios.

A partir da criação do SUS através da Lei 8080/90, que é produto de intenso Movimento pela Reforma Sanitária no país, surgem iniciativas com foco na atenção primária, embasadas em novas formas de financiamento, como o estabelecimento do Piso da Atenção Básica (PAB), garantindo repasse específico aos municípios. Isto possibilita a implantação de estruturas alternativas, como o Programa de Agentes Comunitários (PACs), em 1991, e o

Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, que surge como “uma estratégia concreta para a reordenação do Sistema de Saúde, fortalecendo a capacidade resolutive da Atenção Básica como nível de atenção e seu papel integrador e organizador do SUS” (GRABOIS, 2010, p.105).

2.1.1 Estratégia Saúde da Família – Um Modelo Alternativo?

O Programa de Saúde da Família surge em um momento histórico em que mundialmente ainda está vigente o modelo da Medicina Comunitária que, como vimos anteriormente, apresentava sinais de estagnação em relação às possibilidades de mudança do modelo de atenção à saúde, pois se organizava a partir do Modelo Médico Centrado e com bases na vigilância à saúde.

Surge num momento em que se fazia necessário enfrentar elevados índices de mortalidade infantil e epidemias em determinadas regiões do país, sendo o modelo de vigilância à saúde bastante interessante para exercer o controle sobre as famílias e indivíduos que apresentavam condições vulneráveis diante de determinados indicadores de saúde com baixos custos, devido às tecnologias propostas para sua ação serem basicamente relacionais e apresentarem grande potencial de aceitação entre a população, já que significava, de alguma maneira, acesso aos serviços de saúde para uma população em sua maioria ainda desassistida.

O Brasil cria o PSF como uma aposta para a mudança no modelo médico hospitalocêntrico de saúde, com base na experiência canadense de medicina da família, onde foi criada uma Secretaria da Família com grande investimento na figura do médico, que deveria passar por um programa de residência em medicina familiar e promover encontros e oficinas nos quais pudessem discutir as experiências da medicina familiar (MENDES, 2012).

Propõe a mudança também com base no modelo cubano, sendo que este reformula a Atenção Primária à Saúde com a criação do Programa do Médico da Família que garantia a promoção e prevenção da saúde com foco na formação do profissional médico constantemente submetido a capacitações para atenderem às novas demandas de saúde (MENDES, 2012). Esta ênfase, entretanto, não foi dada ao médico no modelo brasileiro, visto que não fez investimentos no preparo do profissional médico e delegou a toda a equipe a responsabilidade pelos cuidados, o que de certa forma desresponsabilizou o médico das ações voltadas para as comunidades e manteve-o no *status* de detentor do conhecimento da clínica.

Inicialmente foi proposto para sua implantação que se constituísse uma equipe mínima composta por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS); para um trabalho em equipe multidisciplinar que teria uma população adscrita com o objetivo de estabelecerem um vínculo com esta população, para que pudessem conhecer os problemas de saúde daquele determinado território e realizar ações de prevenção, promoção e reabilitação em níveis de complexidade que lhes fosse possível com a tecnologia disponível neste equipamento da Atenção Básica. Equipes de Saúde Bucal com dentista e auxiliar de saúde bucal (ASB) foram incluídas a partir do ano de 2000.

Em estudo sobre os indicadores da Saúde da Família entre os anos de 1998 e 2004, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção à Saúde, afirma que a análise de dados referentes ao número de equipes e estimativa média de cobertura da população, só puderam ser considerados após o ano de 1998, quando foi implantado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no qual são inseridos todos os dados sobre composição de equipes, dados populacionais, bem como todas as ações realizadas pelas equipes da Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

O cuidado à saúde preconizado para esta equipe consistia em visitas domiciliárias realizadas pelos agentes comunitários para cadastramento e mapeamento da situação de saúde daquele território, e visitas de outros integrantes da equipe quando se fizessem necessárias. Atendimentos médicos em consultas individualizadas e de enfermagem sempre que necessário ou dentro dos programas estabelecidos a nível central, de acordo com áreas temáticas ainda vigentes desde a década de 1980, quando as unidades de saúde desenvolviam trabalhos educativos em questões específicas de saúde. Daí as ações focais em tuberculose, hanseníase, HIV e doenças sexualmente transmissíveis, saúde da criança, saúde da mulher, hipertensos e diabéticos etc.; e ainda, programas de imunização, controles de exames de rotina e dispensação de medicamentos básicos.

As ações propostas para as equipes do PSF ainda tinham inserções nas atividades da comunidade, participando de movimentos já existentes e empreendendo eventos e espaços para a participação da comunidade como forma de promoção da saúde. O incentivo à participação popular ocorre através da criação de Conselhos Gestores Locais, onde representantes da comunidade, juntamente com representantes da equipe e representantes do gestor, poderiam discutir as questões relativas àquela área de abrangência e seus serviços.

As equipes deveriam constituir um processo de trabalho multidisciplinar, onde os projetos terapêuticos seriam construídos a partir do compartilhamento entre os integrantes sobre os conhecimentos adquiridos sobre determinada situação ou indivíduo, tendo em vista os diferentes núcleos de saber técnicos que cada integrante possuía. Entretanto, o que se observa com o passar do tempo é que a equipe reverencia o núcleo de saber do profissional médico, subordinando a ele todas as decisões sobre os cuidados aos usuários, que na maioria das vezes concentram-se em práticas clínicas medicamentosas.

Fica para segundo plano a decisão compartilhada e a criação de estratégias alternativas para o cuidado em saúde, mantendo a lógica do Modelo Médico Centrado e empreendendo um processo de trabalho em que os conhecimentos produzidos através das tecnologias relacionais são colocados em segundo plano, subjugados ao saber médico dominante.

A princípio, as atividades contemplavam consultas médicas individuais programadas e de acordo com avaliação da equipe sobre sua real necessidade, mas este modelo não deu conta de cuidar das intercorrências que aconteciam nos territórios e o usuário não acolhido em sua necessidade mais urgente, recorre a serviços de emergência como Pronto-Socorros e Pronto-Atendimentos.

Entretanto, o que se pode notar também com o passar dos anos é que, na prática, as equipes passaram a realizar cada vez menos atendimentos agendados ou eletivos e realizam atendimentos das chamadas intercorrências diárias em muito maior número do que os programados das áreas específicas, empreendendo assim uma mudança significativa na proposta inicial de funcionamento das equipes do PSF e, ainda, provocando em seu processo de trabalho a organização a partir de um conhecimento específico, o saber médico, e um ritmo de trabalho baseado em ações curativas e de fundo imediatista.

Tal modo de funcionamento ocasiona na equipe diversos conflitos da ordem de núcleos de saber – quem tem mais conhecimento para resolver determinada situação – ao mesmo tempo em que provoca uma desresponsabilização por parte de alguns integrantes da equipe que sentem não poder resolver determinadas situações porque só quem pode decidir sobre o cuidado é o médico. Outros conflitos surgem por razões administrativas, pois a equipe que originalmente deveria gerir-se acaba por demandar, neste modo de organização do processo de trabalho, um coordenador que em geral é um papel exercido por enfermeiros. Esta atividade, ao mesmo tempo em que atribui determinado poder diante das decisões na

equipe, também condiciona este ator a uma sobrecarga de responsabilidades e atribuições, principalmente nas relações diretas com a gestão.

A partir destes preceitos iniciais, as equipes se constituem e atuam principalmente em territórios marcadamente vulneráveis, com condições socioeconômicas muito degradadas, com altos índices de desemprego e indicadores de saúde alarmantes. Para o estado, esta implantação atende às demandas de acesso aos serviços de saúde, dando maior credibilidade às políticas de governo com custos bem menores do que os anteriormente demandados e ainda com incentivos repassados pelo Governo Federal aos municípios para a implantação do serviço.

Em 2006, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional da Atenção Básica, através da Portaria 648/2006, colocando nesta ocasião a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica de acordo com os preceitos do SUS. Caracteriza a Atenção Básica por um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, que abrangem a “promoção, proteção à saúde, a prevenção a agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”, sendo desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

Ao definir que a Atenção Básica “utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade”, a Política *deita por terra* a ilusória percepção de que as ações e procedimentos mais simples é que são realizados neste âmbito. Ao contrário, esclarece que as ações a serem realizadas no território são de alta complexidade porque está contemplada toda a diversidade de fatores determinantes do processo saúde-doença a que estarão sujeitas as ações em saúde em determinado território, bem como deixa claro que as tecnologias utilizadas para tanto são de baixa densidade, pois não contam com aparelhos e procedimentos sofisticados, mas basicamente e prioritariamente com tecnologias relacionais ou, como chamou Merhy (1998), tecnologias leves e tecnologias leve-duras.

Esta terminologia é usada para diferenciar as tecnologias utilizadas no trabalho em saúde, referindo-se às que fazem uso especificamente da relação e do vínculo entre os indivíduos de tecnologias leves. As tecnologias que além da relação, se utilizam de um conhecimento construído a partir de determinado núcleo de saber são as tecnologias leve-duras. A tecnologia que consiste basicamente em procedimentos com uso de máquinas e equipamentos ou ainda exames chama-se tecnologia dura (MERHY, 1998).

A Política da Atenção Básica (2006b) orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural. Apresenta ainda como fundamentos acesso universal e contínuo a serviços de saúde, caracterizados como a porta de entrada do sistema de saúde; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, inclusive na coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita; valorizar os profissionais de saúde através de sua formação e capacitação; avaliar os resultados como forma de planejamento e programação e estimular a participação popular e o controle social.

Estes preceitos da Política de Atenção Básica atribuem à ESF um papel central na mudança do modelo de atenção, construindo um modelo de organização do cuidado que contempla tomar como objeto os problemas de saúde e seus determinantes, tomando também para si as proposições dos organismos internacionais (OMS; OPAS) sobre o redirecionamento da Atenção Primária à Saúde e propondo uma alternativa ao Modelo Médico-Hospitalocêntrico que regia até então os sistemas de saúde internacionais e no Brasil.

2.1.2 Estratégia Saúde da Família na Experiência Local

As propostas de reorganização do modelo e atenção, tendo a Atenção Primária à Saúde como principal articulador, ocorrem em várias regiões do país e o município de Assis, região oeste do Estado de São Paulo, desponta na região e no estado como um dos municípios pioneiros a aderir e implantar novas propostas na área da saúde, visando melhorias na qualidade de vida de sua população. Esta região em especial nos interessa por ser o local específico de desenvolvimento de nosso trabalho como trabalhadora da saúde, intercessora encarnada e intercessora-pesquisadora.

No início da década de 1990, após a criação do SUS, o município, com cerca de 76 mil habitantes à época, com economia basicamente voltada para a agricultura e com destaque para o cultivo da cana-de-açúcar, passa por um processo de municipalização da saúde. Até este período, os serviços de saúde eram concentrados em dois Centros de Saúde responsáveis por todos os atendimentos, e tinham como referência para encaminhamentos a serviços especializados um Ambulatório Estadual.

Com a municipalização da gestão à saúde, iniciou-se a estruturação de unidades básicas de saúde distribuídas por sete bairros, com a denominação de Centros de Apoio à Saúde – CAPS, que realizavam a Atenção Primária à Saúde e contavam ainda com outros serviços como Ambulatório de Saúde Mental, atendimentos de Odontologia, unidade de referência para consultas especializadas e exames laboratoriais.

Nesta ocasião, os técnicos da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde visitaram algumas experiências sobre propostas alternativas ao modelo de saúde vigente e encontraram em Niterói, Quixadá e Cuba o modelo do Programa de Saúde da Família que serviu de inspiração para que ocorressem negociações políticas para a implantação de um novo serviço.

O Município partiu de um diagnóstico interno que indicava cinco bairros de periferia como mais carentes e com menos acesso às unidades de saúde existentes e implantou equipes do PSF para cada grupo de 800 a 1000 famílias (CUNHA, 1996), sendo que os bairros selecionados tinham em comum as menores faixas de renda do município, mantinham suas características específicas e, ainda, um deles era habitado em sua maioria por cortadores de cana que passavam grande parte do ano desempregados.

A fase de implantação ocorreu com uma pactuação política importante no município, pois a contratação das equipes passou por negociações da Secretaria da Saúde com o gestor municipal e com a Câmara dos Vereadores para a criação dos cargos, mas enquanto este processo tramitava foram feitas contratações temporárias.

A população dos bairros a serem contemplados participava com a indicação de moradores que tivessem perfil para ser Agente Comunitário de Saúde, para participarem do processo seletivo realizado pela Secretaria da Saúde, implicando a população em ampla discussão sobre a nova proposta e também nos requisitos necessários para seu funcionamento, o que incluía o integrante da equipe ser residente da área de abrangência daquela determinada equipe a que prestaria seus serviços.

A maioria dos profissionais médicos e enfermeiras veio de outras regiões do país, atraídos pela nova proposta e pelos salários mais elevados em relação às outras atividades. Iniciou-se um processo de cadastramento das famílias com visitas realizadas por toda a equipe, o que na ocasião foi apontado como um avanço técnico importante trazido pelo PSF, que não poderia ser considerado um “programa”, mas uma estratégia política de governo e, segundo Cunha (1996), “mais do que multidisciplinar, o trabalho do grupo do PSF tem se configurado como algo transdisciplinar”, pois se tratava de um trabalho em que todos

precisavam conhecer e desenvolver o maior número de funções necessárias ao atendimento da comunidade.

Para contribuir com a implantação do novo modelo, foram trazidos médicos e enfermeiras de Cuba para dar apoio técnico às equipes por um período de três meses, ficando aqui explícita a análise que realizamos anteriormente sobre as influências do modelo cubano nas práticas de saúde e nas tentativas de mudança do modo de funcionamento da Atenção Primária em nosso país.

Na primeira publicação do periódico *Cadernos Saúde da Família* (BRASIL, 1996), Assis figura como um dos municípios citados para ilustrar o processo de implantação do PSF no país. Nesta publicação são relatadas experiências das equipes dando enfoque às práticas alternativas ao modelo médico tradicional, como por exemplo, a atribuição do carinhoso apelido de “andarilho” a um médico que realizava visitas domiciliárias diariamente e conhecia toda a população cadastrada em sua unidade; ou ainda, o médico que se envolveu em apresentações teatrais realizadas pela equipe com a participação dos usuários, onde eles contracenavam e conversavam sobre as situações de saúde.

Estes relatos traziam na ocasião da publicação (1996) grande euforia em relação ao novo modelo proposto e muita expectativa de que a população aderisse imensamente através da participação nos conselhos locais propostos, bem como uma alternativa para os profissionais que se vincularam ao PSF⁷ de experimentarem uma nova forma para exercer seus conhecimentos, por ser uma proposta profissional inovadora.

Foram realizadas pesquisas de opinião com usuários dos serviços dos Núcleos do Programa de Saúde da Família (NPSF), como eram chamadas as unidades do PSF, e como resultados obtiveram dados da aceitação unânime da população atendida pelo PSF, assim como outros dados que auxiliaram muito à coordenação para avaliar a qualidade dos serviços, considerados bem estruturados, apesar de seu pouco tempo de implantação, e um avanço, se comparado a outras iniciativas relacionadas à Saúde Pública.

Entre os dados coletados havia a identificação da equipe como um todo com a aceitação individual do médico: “onde o médico é bem visto pela população, esta também é a percepção do trabalho dos demais integrantes da equipe, o que mostra que ainda se

⁷ Programa de Saúde da Família era a denominação na ocasião e, posteriormente, a partir de 2006, através do lançamento da Política da Atenção Básica, é que se adotou a denominação de Estratégia Saúde da Família, como veremos com mais detalhes adiante.

concentram as expectativas do trabalho da saúde na atuação do médico” (CUNHA, 1996, p. 39).

Podemos então apontar que nesta experiência no município de Assis, a proposta alternativa ao modelo Médico-Centrado, vem com uma reorganização da estrutura dos serviços, promovendo a descentralização, a aproximação dos serviços à comunidade, a aproximação da gestão aos reais problemas de saúde enfrentados pela comunidade, mas por outro lado, a organização de seu processo de trabalho ainda traz resquícios do modelo hegemônico.

Com o passar dos anos, a implementação da PSF se consolidou no município e foram implantadas mais seis equipes distribuídas por regiões distintas, contemplando critérios dos indicadores de saúde, mas também demandas da população que passa a solicitar o serviço em outros bairros diante da boa aceitação que teve nos bairros em funcionamento. Uma das equipes em funcionamento até hoje é rural e atende aos bairros rurais.

A relação do PSF com as UBSs no início da implantação foi de colaboração, pois os profissionais da UBS viam com “bons olhos” o fato de parte da população de sua área de abrangência passar a ser atendido por outra equipe, aliviando assim a carga de trabalho em áreas de cobertura muito grandes. Posteriormente surgiram conflitos em razão da organização dos serviços com referências entre as unidades.

Nos bairros em que não havia PSF, a UBS ficou responsável por todas as ações da atenção primária à saúde, dando ênfase para processos curativos e ações desenvolvidas dentro da própria unidade de saúde, contando ainda com os “especialistas” em ginecologia e pediatria que não estavam previstos para compor equipes do PSF. Em bairros onde haviam sido implantadas equipes do PSF, o território foi separado geograficamente e os usuários de um serviço não poderiam ser atendidos por profissionais de outra equipe. Tal fato levou a muitos conflitos, pois em determinadas áreas, a população já vinculada a determinado profissional médico não queria ser atendida pela equipe do PSF e por outro lado, locais onde não havia equipe de PSF não contavam com serviços em domicílio.

A Secretaria da Saúde, na tentativa de minimizar os conflitos entre as equipes e com usuários, realizava reuniões conjuntas entre os coordenadores de equipes para organizarem um fluxo de encaminhamentos e serviços que poderiam ser compartilhados visando melhorias na qualidade dos atendimentos.

No que diz respeito à organização dos serviços em relação à rede de saúde como um todo, os PSFs e as UBSs tinham atribuições semelhantes, pois tinham como referência para atendimentos especializados o Ambulatório de Especialidades Municipal, os Serviços de Saúde Mental Ambulatorial e CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) posteriormente implantado, sendo que estes dois serviços foram denominados CIAPS (Centro Integrado de Atenção Psicossocial) para não causar dúvidas quanto à nomenclatura inicial dada às UBSs e por ser integrado ainda por um Centro de Reabilitação com serviços de fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional. Mantinham ainda relações de referência com o serviço especializado de Atendimento a HIV/DST atualmente designado GIPA (Grupo Integrado de Prevenção à AIDS).

No ano de 2005, com mudanças na gestão municipal, houve uma tentativa de reorganização dos serviços da atenção básica com uma lógica territorial; foram criadas cinco grandes regiões administrativas, onde cada região ficava sob uma coordenação com abrangência de UBSs e PSFs que pertenciam a um mesmo território. A mudança implicou em um processo de reorganização dos serviços e das referências para encaminhamentos que tinham entre si as unidades e aproximou as equipes que tinham que conversar com mais frequência sobre as situações daquele território, sem ainda proporcionar uma reorganização do processo de trabalho, principalmente no caso das UBSs que continuavam a realizar suas atividades na lógica do modelo hegemônico, vinculados principalmente num processo curativo e médico-centrado.

Esta experiência foi produtiva no sentido de promover a corresponsabilização das equipes por determinado território, demonstrando que era possível fazer um trabalho compartilhado visando à produção do cuidado em saúde que tivesse como foco as necessidades de saúde daquele território. Entretanto, novas mudanças no cenário político fizeram com que esta proposta fosse desarticulada pela priorização de projetos voltados a processos curativos e emergenciais, como a implantação de equipamentos de Pronto-Atendimento em conjunto com UBSs e PSFs, em alguns casos retirando equipes dos territórios de sua população adscrita e desarticulando as propostas de ações voltadas à comunidade.

Por um lado estas propostas de equipamentos de atendimento emergencial respondiam às demandas da população que tinham um serviço de emergência de baixa qualidade no que diz respeito às condições físicas do serviço (Pronto-socorro instalado em

estrutura física precária) e também às condições de acolhimento dos indivíduos que faziam uso deste serviço. Atendiam também a uma questão anteriormente colocada sobre o processo de trabalho que se organizou no PSF, o qual não dava conta de atender a estas demandas de emergências e ficava explícito que a população precisava de serviços também de base territorial para estas questões.

Houve tentativas de conciliar estas questões através da discussão do acesso aos serviços de emergência referenciados pelas unidades da atenção básica, mas este fluxo não chegou a se concretizar, pois geraria indisposições entre os usuários, trabalhadores e gestão que atravessavam momentos de fragilidade no vínculo estabelecido, principalmente entre equipe e usuário, em função das mudanças ocorridas sem a participação dos atores nas decisões.

Em paralelo a estas questões, as equipes do ESF continuavam a desenvolver trabalhos voltados à comunidade, dos quais temos que destacar o “Programa Agita Assis”, que surge a partir da relação do PSF com propostas das vigilâncias no que diz respeito às doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, diabetes, obesidade, tabagismo e também o sedentarismo. Com a implantação deste programa, as equipes do PSF se organizam para proporcionar aos usuários de seu território atividades físicas coordenadas por educadores físicos, mas também atividades de recreação e lazer que envolvem toda a equipe em diversas atividades que ocasionalmente agregam usuários de todas as unidades como festas de fim de ano, passeios e excursões. O público desta atividade é, em sua maioria, de idosos, mas o programa cresce a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde que favorece o financiamento de equipamentos e projetos educativos voltados a esta prática.

Com a criação da Política da Atenção Básica (2006), o que era denominado Programa de Saúde da Família passa a ser considerado pelo Ministério da Saúde como a principal estratégia para a Atenção Primária à Saúde, conforme vimos anteriormente, e passa então a ser denominado Estratégia Saúde da Família, com propostas de reorganização de suas ações, pois não se trata de um programa com objetivos e ações estanques, mas de fato configura-se em uma estratégia implantada por uma política pública.

No município de Assis, a Estratégia Saúde da Família (ESF) desenvolve a partir daí uma série de experiências importantes no cenário das mudanças de práticas relacionadas ao modelo hegemônico, entretanto estas práticas não são uniformes, elas variam conforme o modo de organização das equipes e conforme os territórios em que estão. Assim, cada equipe

acaba por desenvolver ações voltadas para prioridades específicas, o que por um lado é bastante interessante se levarmos em conta a singularidade de cada território, mas por outro lado demonstra a dificuldade de estabelecer uma política da atenção básica municipal que pudesse ser apropriada pelo gestor municipal e pelas equipes como uma estratégia para o campo da saúde.

Podemos citar algumas destas experiências como, por exemplo, o grupo de teatro composto por trabalhadores de diferentes equipes que ensaiam peças criadas por eles, com a temática de prevenção à DST/AIDS e percorrem espaços diversos na comunidade como escolas, unidades de saúde e eventos para os quais são convidados. Mencionamos ainda a unidade de ESF que desenvolveu uma parceria com a Universidade através de estágios e criaram um cinema na comunidade, fazendo sessões abertas ao público como forma de lazer e interação em uma comunidade extremamente carente de recursos culturais. Vale ainda citar uma equipe que desenvolve também ações de prevenção à DST/AIDS em forma de oficinas nas escolas de sua área de abrangência, mas também são convidados por outras equipes para desenvolver trabalhos conjuntos.

Estas iniciativas proporcionam às equipes a reconstrução de práticas que movimentam seu potencial criador e implicam os sujeitos em modos de fazer a partir da criação de seu próprio saber sobre aquela comunidade e seu jeito de se apropriar das questões relacionadas ao seu cuidado em saúde.

Refletimos ainda sobre a relação da ESF com outros serviços que compõem a rede de saúde no município e identificamos que ao mesmo tempo em que existem ações voltadas para novas práticas, o modo de se relacionar com os serviços especializados mantém a lógica de encaminhamentos baseados em um cuidado fragmentado, pois os encaminhamentos são feitos sem que haja o acompanhamento do seguimento dado ao usuário, sem que a equipe de referência receba nenhum retorno por parte dos profissionais especialistas, sendo que estes mantêm o usuário sobre seus cuidados por muito tempo com retornos sucessivos, mas muito espaçados, sem uma sequência ou continuidade no tratamento. Não ocorrem contatos entre as equipes para que compartilhem o projeto terapêutico proposto ao usuário que em nada participa das decisões sobre seu tratamento.

Este modo de funcionamento da Atenção decorre em problemas imensuráveis na organização dos serviços, pois as filas de espera para agendamento em consultas especializadas se tornam cada vez maiores, com o desencadeamento de pedidos de exames

para diagnóstico, em sua maioria de alto custo, que permitem uma resolutividade para os casos que são encaminhados e ao mesmo tempo desresponsabilizam as equipes de referência que atribuem ao saber especializado a conduta a ser tomada para o cuidado ao usuário que lhe foi encaminhado. Este por sua vez não se responsabiliza pelo cuidado porque “depende” dos exames que sempre demoram ou não são realizados, implicando na falta de qualidade da Atenção.

Com os serviços hospitalares, em especial o hospital estadual situado no município, iniciou-se o estabelecimento de uma relação de trocas, na qual os técnicos do hospital e os integrantes das equipes da ESF participam de rodas conjuntas para discutirem casos de usuários que estão internados e precisarão de cuidados após sua alta. Estas rodas iniciaram-se a partir de casos mais graves que necessitavam de internação domiciliar após a alta hospitalar e a equipe da ESF é que se responsabilizaria por este cuidado e aos poucos foi ampliando-se para cuidados à saúde da mulher, no que diz respeito aos cuidados hospitalares necessários aos casos de alto risco. Estabeleceram assim uma relação de corresponsabilização e de criação de projetos terapêuticos compartilhados como alternativa ao modo de produção do cuidado, que não permitia a troca de saberes entre os equipamentos de saúde.

No que diz respeito à relação da ESF e os equipamentos de Saúde Mental existem alguns nós críticos que ocorrem no cotidiano de ambas as equipes, produzindo inúmeros conflitos entre e interequipes. A Saúde Mental é composta por um serviço ambulatorial, por um CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial) destinado a psicóticos e por ações de saúde mental realizadas por psicólogos nas UBSs. Para estes serviços de Saúde Mental os usuários são encaminhados pelas equipes da ESF, seguindo um fluxo que indica como primeira referência o encaminhamento ao psicólogo da UBS que deverá avaliar a gravidade do caso para, posteriormente, encaminhá-lo ao serviço especializado (ambulatório para consultas de triagem para psiquiatria). Os psicólogos das UBS não acolhem crises, que são encaminhadas diretamente ao serviço especializado. Este recebe os casos encaminhados para avaliação e inserção no CAPS ou para encaminhar à internação psiquiátrica conforme as avaliações realizadas.

Os serviços de Saúde Mental por sua vez solicitam às equipes da ESF que administrem medicamentos a usuários crônicos que já fazem acompanhamento e que por qualquer motivo não frequentam diariamente o CAPS. Ocorre que em ambos os casos os

processos de encaminhamento e recebimento dos usuários é moroso e, principalmente, quando ocorrem as crises é que surgem os conflitos entre as equipes, pois não há clareza sobre a forma de conter as crises ou qual equipamento deveria fazê-lo.

Na Atenção a usuários de álcool e outras drogas, a ESF não se sente detentora do saber especializado para empreender ações com este usuário sem se dar conta de que atuam cotidianamente com estes usuários através dos vínculos satisfatórios que estabelecem. Atuam na expectativa de um tratamento através da internação e desconsideram a redução de danos e outras abordagens como alternativas ao modelo hegemônico que têm se mostrado ineficaz, na maioria dos casos.

Ao que se percebe, este modo de funcionamento baseado em encaminhamentos e principalmente centrado na medicalização e na hospitalização como forma de Atenção ao sofrimento psíquico está atrelado ao PPHM (Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador) que, segundo Costa-Rosa (2011), consiste no modo asilar de cuidado em Saúde Mental e faz uso dos “suprimentos medicamentosos” capazes de reproduzir as funções do velho asilo, em contraposição ao PPS (Paradigma Psicossocial) que aspiramos como mais adequado para a Atenção à Saúde Mental, mas que, sem dúvida, introduz “exigências teóricas, de maneio técnico e, sobretudo de compromisso ético” (COSTA-ROSA, 2011, p. 36).

Neste sentido, as equipes da ESF, bem como dos equipamentos de Saúde Mental, não se apropriaram ainda da possibilidade da Atenção ao sofrimento psíquico não necessitar de um espaço específico, mas de um espaço de encontros e de criação conjunta de outras possibilidades de cuidado que extrapolam as regras de encaminhamentos para compor uma lógica de compartilhamento entre as equipes na direção do PPS.

Para finalizar esta breve apresentação do modo de funcionamento da ESF no município, faz-se necessário mencionar que o movimento para envolvimento da participação popular, por ocasião de sua implantação, passou por um momento inicial de muita participação de usuários em conselhos gestores locais nas unidades de saúde, Conselho Municipal de Saúde (CMS) e nas Conferências Municipais de Saúde realizadas bianualmente. Com o passar dos anos, os espaços de conselhos gestores locais estiveram esvaziados, mas mantiveram-se as representações no CMS e a participação nas conferências conforme indicação de delegados, a partir das pré-conferências realizadas nos bairros com ampla divulgação para a população. Estes espaços de controle popular tornaram-se tradicionalmente

locus de reivindicações e discussões importantes para a consolidação da atenção básica neste município.

2.2 Implicações do decreto 7508/2011 e a nova Política da Atenção Básica

Retomaremos a discussão sobre o Decreto 7508/2011, esclarecendo que foi necessário realizar esta incursão pela história da saúde pública com ênfase à Atenção Primária à Saúde (APS) para compreendermos que as colocações desta como porta de entrada e ordenadora do sistema de saúde no Brasil não configuram exatamente uma novidade diante do que preconizam as recomendações de organismos internacionais para o mundo, em especial para as Américas (OMS, OPAS) e do que determinam a legislação nacional através da Lei Orgânica do SUS (Lei 8080/90) e os documentos norteadores posteriores (Portaria 648/2006; Política da Atenção Básica, 2006, entre outros).

A ordenação e continuidade das ações estão também preconizadas para a APS, o que configura uma nova proposta com mais autonomia e autoridade para gerir a organização das Redes de Atenção à Saúde, implicando em participação de seus integrantes para a organização dos serviços e em identificação das necessidades em saúde para a oferta dos serviços nas próprias regiões.

A integralidade das ações está prevista dentro da RAS e, para tanto, poderão ser utilizados os serviços particulares de Saúde, de maneira complementar ou não ao SUS (art. 16), podendo ser favorável ao usuário contar com todos os serviços de que necessita no território de sua RAS, mas certamente podemos considerar esta colocação como um retrocesso à medida que abre portas para os serviços particulares, reforçando o ideal neoliberal de serviços privados que imperou nos momentos anteriores à criação do SUS e que se reapresenta aos gestores como um caminho mais fácil a seguir para a garantia de acesso da população aos serviços, desresponsabilizando os mesmos para a análise mais apurada das reais necessidades de saúde de sua população.

O processo de planejamento previsto será “ascendente e integrado, do nível local até o federal” (art.15), sendo obrigatório a todos os entes federados, que realizem seus planejamentos com base nos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos pressupostos organizativos explicitados neste Decreto e legitimados por seus respectivos Conselhos de Saúde. As ações e serviços pactuados serão consolidados através do Contrato Organizativo da

Ação Pública da Saúde (COAPS), que constará dos planos de saúde dos entes envolvidos e tem como diretrizes básicas para a garantia do processo participativo a avaliação dos usuários sobre os serviços, a apuração de interesses e necessidades do usuário e a publicidade dos direitos e deveres dos usuários em todas as unidades de saúde, inclusive as particulares com serviços contratados.

A reorganização em RAS através da elaboração do Mapa de Saúde de determinada região desencadeia um processo de avaliação dos serviços existentes por parte dos gestores locais para a elaboração do mesmo e para preparar-se para a pactuação sobre as quais os serviços que cada integrante da RAS irá disponibilizar e qual serviço necessitará, substituindo assim a antiga PPI (Programação Pactuada Integrada), porque esta propunha uma troca entre os municípios. Agora, a proposta é de compartilhamento entre os serviços, configurando-se um avanço no processo participativo e de corresponsabilização entre todos os entes federados na gestão da saúde.

A RAS atribui também um papel mais atuante do estado nos serviços, já que após a intensa municipalização dos serviços, os DRS (Departamentos Regionais de Saúde), assumiram as atribuições de assessoria aos municípios, participando pouco ativamente da organização e prestação dos serviços, ficando esta função delegada aos setores específicos, ambulatoriais ou hospitalares, onde existiam estes equipamentos e atribuindo ao município a responsabilidade pela pactuação dos serviços de referência que eram necessários a seus usuários. Espera-se agora uma postura mais atuante no que diz respeito à colaboração com serviços dentro da necessidade de cada RAS.

Percebemos que a partir da promulgação do Decreto 7508/2011 houve uma movimentação nas regiões de saúde, a princípio para determinarem quais microrregiões ficariam ligadas ao DRS, pois havia uma proposta da gestão estadual para unificação de regiões. Por exemplo, no caso do DRS de Marília (a qual pertence o município de Assis, em que desenvolvemos nossa intercessão-pesquisa) e sua região ficarem vinculados em uma única RAS com o DRS de Bauru, mas diante da mobilização dos municípios chegou-se à negociação para a manutenção desta RAS com a configuração que se apresentava antes do decreto, mantendo somente o DRS de Marília.

Outra questão a se destacar é que, embora estas movimentações já tenham começado, ainda não houve uma mobilização intramunicipal para que os serviços de saúde e seus trabalhadores se apropriem das propostas e participem da elaboração dos Mapas de Saúde e

da identificação de suas necessidades, o que é bem contraditório, haja vista que estão previstos o planejamento ascendente, e principalmente como discutimos anteriormente, a APS como porta de entrada e organizadora da RAS.

Estas considerações, além da abertura que o Decreto preconiza para a entrada de serviços particulares, faz com que apreciemos este momento com algumas ressalvas, ressaltando ainda que não esclarece a maneira como implantar estas modificações, o que nos leva a crer que podemos incorrer nas mesmas situações apontadas sobre a implementação da APS no Brasil e no mundo, ou seja, se não houver propostas que estejam articuladas com as micropolíticas, fazendo com que haja a mobilização dos trabalhadores e demais atores que estão no campo da Saúde Coletiva, quaisquer processos de reorganização da rede poderão não implicar em modificações na Atenção à saúde.

Para atender a estas questões, o Ministério da Saúde, ainda em 2011, publica a Política da Atenção Básica (BRASIL, 2011b) que considera vigentes as colocações da Política da Atenção Básica publicada em 2006 (BRASIL, 2006). Nos aspectos que não forem conflitantes com a atual publicação, reafirma a ESF como estratégia prioritária para a APS no país e considera “os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes”, dirimindo assim possíveis dúvidas conceituais e explicitando que o termo Atenção Básica é uma denominação assumida pelo Governo brasileiro.

A nova Política da Atenção Básica (2011) define a organização da RAS como estratégia para o cuidado integral e estabelece funções que a Atenção Básica deverá cumprir para contribuir com o funcionamento da RAS, das quais destacamos a coordenação do cuidado, onde atuará “como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção (...) articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais” (Idem, 2011). Propõe para tanto a incorporação de ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, priorizando entre eles os mecanismos regulatórios e acrescenta uma regulação sobre as condições físicas das Unidades de Saúde, regulando também o tamanho da população a ser atendida para UBS com ESF e UBS sem ESF, o que se trata de um avanço, pois os equipamentos convivem conjuntamente no país e até o momento as UBSs ficavam com o que restava da população que não estava adscrita a uma equipe da ESF, passando agora a regular também esta situação.

Considera que o redirecionamento do modelo de atenção somente ocorrerá mediante mudança dos processos de trabalho das equipes, exigindo maior capacidade de análise dos trabalhadores sobre suas práticas, a elaboração de práticas transformadoras e o “estritamento dos elos entre concepção e execução dos trabalhos”, indicando que este processo somente será possível com a implantação da Educação Permanente em Saúde como um processo capaz de provocar mudanças no cotidiano dos serviços envolvendo práticas de múltiplos fatores como conhecimentos, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho. Propõe que a estratégia de apoio institucional pode potencializar o desenvolvimento destes processos aumentando as alternativas de enfrentamento das dificuldades vivenciadas no cotidiano das equipes.

A Política estabelece as características do processo de trabalho das equipes e descreve as atribuições dos integrantes das mesmas, além de instaurar modulações para equipes para populações específicas e regulamentar as atribuições do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Institui também alguns programas para a requalificação das UBSs, Programa Saúde nas Escolas e Consultórios de Rua para dar maior abrangência à resolução de alguns nós críticos que se apresentam no cenário da Atenção Básica.

Destacamos entre eles a infraestrutura das UBSs na APS, com instalações físicas e ambiência precárias; o processo de trabalho organizado de modo precário dificultando a integração da equipe; a gestão do cuidado não se pauta pela resolutividade e qualidade da Atenção e a gestão do trabalho com relações de trabalho e modos de operar na produção de saúde precários.

A partir da análise destas proposições consideramos que a mudança do modelo hegemônico de Atenção à saúde demanda uma reorganização dos serviços e dos processos de trabalho como propõem os documentos oficiais, mas este processo precisa também ser organizado levando em consideração os espaços para que os atores se manifestem e participem deste processo, bem como a garantia de espaços de apoio para que o binômio saber-fazer seja desconstruído e que os processos participativos sejam de fato ascendentes. Desta forma, acreditamos que o instrumento que utilizamos nesta proposta de intercessão-pesquisa seja uma das ferramentas disponíveis para empreender neste processo um modo de produzir *subjetividadessaúde* singular.

REFERÊNCIAS

- ALTOÉ, Sonia. *René Lourau: Analista em Tempo Integral*. São Paulo: Ed Hucitec, 2004.
- AMARANTE, P. (Org.). *Arquivos de Saúde Mental e Atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei no. 8.080*. Brasília: 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Construindo um Novo Modelo: os municípios já têm história para contar*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001: regulamentação da Lei nº 8.080/90 /Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CAMPOS, G. W. S. *Clínica e Saúde Coletiva Ampliada e Compartilhada*. Arquivo Eletrônico, 2006. Tratado de Saúde Coletiva.
- _____. *Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2005.
- _____. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.
- _____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.4, n.2, 1999.
- COSTA-ROSA, A. A essência das práticas em Saúde Mental alternativas ao Modelo Asilar: o Modelo Psicossocial. *Anais do II Congresso de Psicologia, Sexta Região*. São Paulo Oboré e CRP, 1992.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

_____. *Operadores Fundamentais da Atenção Psicossocial: Contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. Assis, 2011. Tese (Livre Docência) – UNESP, Assis, 2011.

CARVALHO, G. C. M. *Regulamentação da Lei 8080: Um Decreto com 20 Anos de Atraso*. Atualizado em 30 jun. 2011. Disponível em: <<http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2011/06/30/regulamentacao-da-lei-8080-um-decreto-com-20-anos-de-atraso/>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

_____. *Atenção Primária e Vigilância em Saúde no Decreto 7.508*. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_5564_0_2011---27---575---domingueira---atencao-basica-&-vigilancia.html>. Acesso em: 30 nov. 2011.

CUNHA, J. P. P. Assis - Somando Experiências em Saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. *Construindo um Novo Modelo: os municípios já têm história para contar*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

GARCIA, A. S. *Encontro da saúde mental e da saúde pública: estudo analítico descritivo sobre como pacientes com queixas físicas estabelecem a relação inicial em psicoterapia de orientação psicanalítica*. Dissertação de Mestrado. UNESP/Assis. [s.n.], 2002

GONDIM, R. (Org.). *Qualificação de Gestores do SUS*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011.

MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1999.

_____. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E. A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde: Uma Discussão do Modelo Assistencial e da Intervenção no seu Modo de Trabalhar a Assistência. In: MERHY, E. E. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público*. São Paulo: Ed. Xamã, 1998.

OMS, Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma-Ata. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde*. URSS, 1978.

SADDI, R. *A Ousadia do Decreto nº. 7.708*. Atualizado em: 6 jul. 2011. Disponível em: <<http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2011/07/05/a-ousadia-do-decreto-n-7-508/>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

SANTOS, L. *O Decreto 7.508 de 2011: 21 anos depois, a Lei 8.080/90 regulamentada*. Atualizado em: 1 jul. 2011. Disponível em:

<<http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2011/07/01/o-decreto-7-508-de-2011-21-anos-depois-a-lei-8-08090-regulamentada/>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

CAPÍTULO 3
DEMANDA E OFERTA PARA
A INTERCESSÃO PESQUISA

3 DEMANDA E OFERTA PARA A INTERCESSÃO-PESQUISA

Os profissionais de saúde estão sujeitos aos afetos presentes nas relações estabelecidas com as pessoas, nos modos de ser dos usuários e também dos membros da equipe e das equipes de outros equipamentos. Portanto, a subjetividade presente nas relações que se estabelecem na assistência à saúde permeia a produção dos processos de saúde nestes indivíduos e coletivos, sendo “importante discutir as dificuldades em responsabilizar-se pela saúde dos outros. Bem como a de encarregar-se da construção de projetos terapêuticos e do acompanhamento sistemático de casos singulares” (CAMPOS, 2003).

Entretanto, para que os sujeitos se responsabilizem pelo que é produzido em seus próprios processos de trabalho, há que se levar em conta que:

[...] não se trata de um processo de produção sobre os sujeitos do sofrimento, mas um processo no qual eles são participantes diretos e protagonistas. A partir disso não teremos tanta dificuldade em compreender que produção de subjetividade singularizada envolve um processo, certamente difícil e complexo, de estar implicado subjetivamente e socialmente nos conflitos e contradições que se atravessa, e pelos quais se é atravessado (COSTA-ROSA, 2011, p. 63).

Ser trabalhador da saúde sendo também sujeito do sofrimento e ao mesmo tempo acreditar no valor positivo do próprio trabalho pode constituir funções estruturantes da subjetividade (CAMPOS, 2005), portanto, a constituição de espaços coletivos internos às equipes de saúde pode facilitar a ampliação da clínica, possibilitando a avaliação de risco e da vulnerabilidade dos casos e a elaboração de um projeto terapêutico singular, a partir da formação do vínculo adequado a cada caso.

Segundo Campos (2005), são poucos os trabalhos que procuram analisar a subjetividade dos trabalhadores de saúde independentemente da qualificação ou formação técnica que os ampara, embora ressalte que os meios técnicos utilizados pelo sujeito serão fundamentais por interferirem na sua tolerância para lidar com o contato presente, com a dor e o sofrimento.

Podemos ainda ressaltar que as diferenças na realidade cotidiana que podem decorrer em modos de constituição das subjetividades de sujeitos do sofrimento, tanto usuário quanto trabalhador e equipe, implicam em algumas dificuldades no fazer em Saúde Coletiva e, portanto, o modelo que propõe a criação coletiva de projetos alternativos que ampliem a

prática clínica vivenciada pelos profissionais de saúde e usuários decorre em processos de constituição da subjetividade de ambos.

Neste sentido, é necessário ampliar a concepção de relação entre os membros da equipe, pois as relações estabelecidas através da determinação de papéis oriunda da hierarquia organizacional determina que, nas relações, alguém ganha e alguém perde, alguém manda e alguém obedece. Entretanto, diante das necessidades impostas pelas mudanças ocorridas em saúde coletiva e pela Reforma Psiquiátrica, os municípios tendem a reorganizar suas estruturas, seja por uma demanda da gestão por melhorias na qualidade de seus serviços, seja por uma demanda dos profissionais de saúde implicados na busca por uma atuação técnica que os aproxime de melhorias nas condições de trabalho com compromisso ético.

Assim ocorre neste município de médio porte do Estado de São Paulo, no qual a pesquisadora atua como membro da equipe de saúde mental. O referido município iniciou um processo de reorganização de seus serviços em saúde mental a partir de uma demanda dos profissionais, que culminou em análise institucional, financiada pelo Ministério da Saúde, inicialmente restrita ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e que se estendeu aos demais profissionais de saúde mental da rede municipal, a partir do momento em que houve o entendimento de que as questões relacionadas à saúde mental do município não se restringiam às ações do CAPS.

Este processo caminhou por várias discussões a respeito dos diversos atores que poderiam e deveriam ser incluídos neste processo, passando pelo momento em que os membros da Estratégia Saúde da Família (ESF) foram incluídos, pois o grupo compreendeu que as ações em saúde coletiva, já realizadas por este equipamento, contemplavam as demandas da saúde mental e atenção psicossocial.

Entretanto, as dificuldades encontradas por todo o grupo para trabalhar hegemonicamente foram inúmeras, e optou-se por manter somente o grupo de profissionais da saúde mental até que pudéssemos amadurecer propostas de atuação. Tal fato levou ao aprimoramento da proposta de uma atuação em saúde mental que pudesse justamente lidar com estas dificuldades e diferenças e culminou com estudos e discussões sobre o apoio matricial.

A equipe de saúde mental teve seu trabalho interrompido pouco depois do fim da Análise Institucional realizada no CAPS, pois os movimentos instituintes junto aos trabalhadores, que tiveram origem com este trabalho, trouxeram alguns incômodos na gestão,

que na ocasião priorizava um modelo hegemônico, médico centrado, com ampla medicalização da população, poucos investimentos financeiros e organizacionais na Atenção Primária.

Pudemos perceber que “o modelo Institucional tanto fala através de seus limites e necessárias articulações com outros campos quanto através da pertinência de seu próprio campo” (ALTOÉ, 2004, p.59), pois ao manter a fragmentação das equipes através do movimento de priorizar as discussões primeiramente entre os trabalhadores da saúde mental, sem integrar os trabalhadores da equipe da atenção primária, pelo contrário, segregando-os sem compartilhar esta decisão, clarifica o modo de funcionamento deste grupo que reproduziu a forma como o cuidado estava organizado. Explicitou seu limite em estabelecer relações entre trabalhadores da saúde mental e equipes da atenção básica para instaurar novos modelos de produção do cuidado e manifestou o entendimento de que o saber para esta produção em saúde mental era pertinente somente aos trabalhadores deste campo, reproduzindo relações de poder que discutimos com mais profundidade em outro momento deste trabalho⁸.

Entendemos que a relação da Saúde Mental, neste movimento de retraimento em relação à participação da Estratégia Saúde da Família (ESF), reflete o limite da articulação existente entre os campos dentro da própria saúde, pois ao se manter o afastamento com o discurso do “melhor entendimento das situações vivenciadas pela saúde mental”, o grupo volta-se para si mesmo, denotando que as necessárias articulações para a construção de novos projetos coletivos não está estabelecida.

Assim, os trabalhadores tiveram poucas possibilidades de manter a reflexão que vinham fazendo sobre a instituição de novas práticas que os deslocariam de seus locais de trabalho para interação com equipes da ESF, sem o apoio de um profissional analista que anteriormente era financiado pela gestão.

A continuidade destas ações demandava também dos trabalhadores da saúde mental uma reorganização em seu próprio processo de trabalho antes mesmo de estar junto às equipes da atenção básica, o que necessariamente passou pelo processo de implicação destes profissionais com sua práxis em saúde. Segundo Costa-Rosa:

⁸ As relações entre poder e saber foram discutidas ao analisarmos a produção do conhecimento e suas relações com a instituição – Cap. 1.2 DIMPC.

Essa implicação resulta necessariamente que se deixe de ser apenas objeto de um assujeitamento que gera sofrimento em excesso, para tornar-se um sujeito capaz de produzir deslocamentos nesses impasses e no posicionamento ocupado na relação com eles (COSTA-ROSA, 2011, p. 63-64).

Sair de seus espaços instituídos para a prática em saúde mental e deslocar-se para espaços até então desconhecidos e para formas de funcionamento de equipes totalmente diferentes do funcionamento da equipe de saúde mental, causou, sem dúvida nenhuma, desconfortos que denotam claramente como os processos subjetivos que constituem a práxis em saúde estiveram presentes nestes movimentos instituintes⁹ e na submissão aos modelos hegemônicos neste momento histórico da equipe.

Para a gestão, o desconforto denotado pelos trabalhadores foi importante palco de manutenção de seus interesses para que os coletivos não se organizassem em torno de reflexões de questões relativas à organização dos serviços, que geram melhorias no cuidado em saúde, mas também geram inúmeros questionamentos à gestão sobre investimentos e redirecionamentos de lógicas que intermediam as relações entre gestores e trabalhadores, usuários e trabalhadores, usuários e gestores. O que era uma ação da gestão de oferta de capacitação através do financiamento do apoio que, a princípio, tinha a finalidade de melhorias na produção quantitativa dos trabalhadores da saúde mental, passou a ser compreendida como desnecessária, já que a implicação dos trabalhadores não se deu como esperado pela própria gestão, não atingiu os objetivos de imediatamente aumentar o número de procedimentos realizados e, portanto, entendida como desnecessária.

Sendo assim, as práticas instituídas davam conta, minimamente, do cuidado em saúde pautado no modelo hegemônico de fazer saúde em vigência na maioria dos serviços de saúde do país e, assim, manteve-se pela desarticulação dos trabalhadores, constituída a partir de suas produções subjetivas denotadas neste espaço coletivo ou na ausência dele.

Podemos analisar criticamente este processo através de conceitos dialéticos como a *Implicação institucional* e a *Distância institucional* (LOURAU, 1975; ALTOÉ, 2004). O primeiro consiste na soma de pertencimentos e referências na qual se inscreve o indivíduo,

⁹ Conceito com origem na Análise Institucional que denota “a contestação, a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como significante da prática social”, sendo seu opositor o conceito de *Instituído*, onde se situa “não só a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão (econômica, social e política)” (ALTOÉ, 2004, p. 47). Entretanto, o jogo de relações que ocorre entre estes dois momentos evidencia o modo de funcionamento das instituições.

sendo para o caso descrito, o conjunto de características que fazem com que os trabalhadores da saúde mental estejam vinculados a este modelo de fazer que proporcione um pertencimento. São trabalhadores que pertencem a um grupo no qual o conhecimento específico lhes proporciona o *status* de conhecedores dos problemas desta área e mantenedores das respostas necessárias para a resolução dos mesmos, assim os fluxos de encaminhamentos, tratamentos e protocolos para esta área “somente poderiam ser discutidos e estabelecidos por eles”. Esta implicação gera ao mesmo tempo pertencimento e sofrimento, à medida que não compartilham a responsabilidade pelo cuidado e assumem para si a resolução de situações que, na maioria das vezes, não podem resolver senão através do modelo hegemônico de cuidado em saúde, que se mostra ineficaz em muitas situações que demandariam uma clínica ampliada.

O segundo conceito que se apresenta para analisarmos, a *Distância Institucional* (LOURAU, 1975; ALTOÉ, 2004), será como a soma dos não-pertencimentos e das não-referências nas quais o indivíduo se inscreve. Podemos observar que os trabalhadores de saúde mental se inscrevem por um não pertencimento ao sistema de saúde ao qual estão inseridos, pois mesmo passando por um processo de Análise Institucional não conseguiram identificar a potencialidade do momento de compartilhamento de saberes com as equipes da Atenção Primária.

Por desconsiderarem os conhecimentos inerentes aos processos de trabalho destas equipes e por não se utilizarem das referências para o cuidado integral em saúde propostos pelo Ministério da Saúde em documentos norteadores das Políticas de Saúde¹⁰, priorizaram os saberes técnicos especializados em saúde mental para a produção de seus processos de trabalho, gerando uma compreensão fragmentada e que não proporciona a identificação do trabalhador de saúde mental com práticas comuns às outras equipes.

Estes dois conceitos, embora dialéticos, denotam a constituição de um modo de fazer em saúde mental presente nesta equipe que proporciona um tipo específico de relação com o trabalho, que produz sujeitos alienados ao sistema de saúde vigente por emanarem os conhecimentos técnicos específicos de sua área do saber, o que não passa necessariamente por

¹⁰ Política da Atenção Básica (Portaria GM/MS no. 648/2006) que preconiza o cuidado integral e compartilhado, Política de Saúde Mental explicitada através dos documentos norteadores de CAPS (Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial, 2004 e Saúde Mental e Atenção Básica, 2003), Política Nacional de Humanização (Documento Base da política Nacional de Humanização para Gestores e Trabalhadores – Brasil, 2004-2008 e Cartilhas) e Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria GM/MS no. 1996/2007).

um processo de simples desmotivação para a realização de seu próprio trabalho, mas pela formação social desta instituição, pela formação técnica proporcionada à maioria dos profissionais e também pelos processos subjetivos de constituição dos sujeitos que se fazem representar nesta forma de produção do trabalho e conseqüentemente do cuidado em saúde.

Desta forma, a implicação dos profissionais inseridos nesta instituição é multifatorial e a constituição do sujeito singular é mais ampla do que os determinantes propostos de maneira isolada por modelos hegemônicos presentes na práxis em saúde, sendo que mesmo nestes modelos existem movimentos contra-hegemônicos que, em determinados momentos, proporcionam possibilidades de recriação de espaços produtivos.

Assim, concomitante a este movimento, surgiu no cenário regional a necessidade de iniciar o trabalho relacionado à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e Política Nacional de Humanização¹¹ a partir de uma organização da Secretaria Estadual de Saúde, tendo como proposta a criação de espaços coletivos com os trabalhadores para reflexões e modificações no processo de trabalho, visando à qualidade da gestão e do cuidado, sendo que fui designada para a organização das ações necessárias neste município já que a proposta era regional.

Neste momento surge mais um movimento instituinte abrindo brechas no modelo hegemônico de organização dos serviços para potencializar a reflexão dos trabalhadores sobre seu assujeitamento ao processo de trabalho ora instituído, pois como nos coloca Altoé (2004, p.59): “Na qualidade de agente de transformação, e mesmo que se leve em conta o papel desempenhado por personalidades determinantes, é sempre como coletivo que o particular se manifesta”.

A particularidade dos indivíduos deste serviço acaba por se manifestar na singularidade de uma situação comum, a produção coletiva de desdobramentos da Política de Educação Permanente, que discutia questões que os indivíduos não teriam condições de fazer. Por outro lado, a instituição já não podia manter o *status* de organizadora de ações de saúde em um sistema que se apresenta desqualificado em suas próprias propostas. Desta maneira, o movimento instituinte parte da própria instituição quando precisa dar conta de demandas que o modelo instituído não contempla.

¹¹ Idem, nota 10 de rodapé.

Como nos diz Altoé (2004) sobre o deslocamento de papéis na dialética entre os movimentos instituídos e instituintes, podemos perceber que, nesse caso, os movimentos instituintes não necessariamente tiveram lugar na figura dos trabalhadores:

Seria “bom demais” se o instituído se confundisse sempre com o aparelho de coação, com o poder estabelecido das classes dominantes. Seria bom demais se o instituinte se confundisse com a capacidade de análise e de contestação potencial atribuída a cada indivíduo ou a uma categoria social de contornos precisos, carismaticamente encarregada de fazer história (ALTOÉ, 2004, p. 64).

Desencadeou-se um processo regional de planejamento para Educação Permanente que deu origem a um documento norteador chamado Plano Regional de Educação Permanente em Saúde – PAREPS¹², que contou com representantes de todos os municípios do Colegiado de Gestão Regional de Assis – CGR, sendo indicados deste município o representante da área de Educação Permanente e um representante do Gestor que na ocasião foi a Coordenação da ESF.

Tal fato fez com que a referida coordenação, a partir deste encontro, fizesse a proposta para que construíssemos, conjuntamente com ela e uma enfermeira, uma oficina para trabalhar com uma das equipes da ESF. Segundo a coordenação, aquela equipe estava apresentando algumas dificuldades para organizar seu trabalho e ela havia optado por uma intervenção por parte da gestão para levar a esta equipe uma enfermeira que colaboraria com a reorganização.

A proposta da oficina foi construída coletivamente, tendo como tema o processo de trabalho da equipe e propondo o uso de ferramentas que favorecessem a fala dos integrantes da equipe como forma de aproximação do conceito de processo de trabalho, refletindo como este conceito contribui para a atenção em saúde, como isso ocorria nesta equipe, e quais as implicações dos trabalhadores neste processo.

A oficina teve duração de um dia de trabalho, com um momento de retomada da proposta de trabalho da ESF facilitado pela coordenadora; um momento de levantamento daquilo que relacionavam com seu processo de trabalho, facilitado pela enfermeira de outra

¹² A elaboração do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde – PAREPS 2008, foi um processo desencadeado pelo DRS IX – Departamento Regional de Saúde, que reuniu representantes dos 13 municípios que compõem o Colegiado de Gestão Regional de Assis - CGR. Tal documento fez um levantamento de demandas para posterior realização de processos educativos direcionados a trabalhadores, gestores e usuários do SUS.

equipe e o alinhamento conceitual com as práticas realizadas, bem como levantamento de propostas de continuidade do trabalho, facilitadas por mim.

Ao final deste encontro identificamos que este foi um momento disparador das reflexões e de abertura de um espaço coletivo entre os integrantes, diferente das reuniões de equipe que estavam acostumados a realizar, pois possibilitou a democrática participação de todos os integrantes que se colocaram a refletir sobre questões que anteriormente somente executavam.

Identifica-se aqui a oferta de um espaço que rompe com a lógica de produção do Modo de Produção Capitalista, no qual ocorre a divisão do trabalho entre os que planejam e os que executam, pois segundo Passos e Benevides (2000): “o aspecto de produção do sujeito e o que historicamente vem se dando como efeito das modulações do capitalismo, [são]a saber, a separação entre produção e produto, portanto, entre processo de subjetivação e sujeito”.

Assim, os gestores é que planejam as atividades a serem realizadas e os trabalhadores executam as atividades sem haver uma interlocução ou uma construção coletiva. Esta lógica instituída impedia que os trabalhadores percebessem a instituição como articulação de saberes e práticas através do discurso. O entendimento dessa hipótese pelos trabalhadores, segundo Costa-Rosa (2011), passa pela necessidade da análise das contradições que atravessam a instituição e o manejo de um referencial de análise do discurso como ferramentas.

Ainda segundo Passos e Benevides (2000), a realidade dos processos que estão em curso é tida como natural, como consequência de uma dada forma de captura desta realidade que deve ser entendida como forma-sintoma e colocada em análise, sendo que as intervenções clínicas desestabilizam estas formas e permitem o aparecimento do plano de forças de produção a partir do qual tal realidade se constituiu, devolvendo o sujeito ao plano da subjetivação.

Essa demanda fez com que surgisse então a oferta de encontros sistemáticos para que pudéssemos construir junto com esta equipe um espaço onde ela pudesse refletir sobre seu modo de produção do cuidado e as relações estabelecidas entre os trabalhadores e sua implicação com a produção do cuidado em saúde. Como diz Costa-Rosa (2011, p.51): “parafrazeando a dialética, que os trabalhadores são a parte da instituição através da qual ela pode tomar consciência de si mesma e para si”.

Foi levado em conta o percurso histórico vivenciado pelo próprio município, assim como o contexto histórico e as diretrizes propostas pelo SUS para a formulação desta proposta, que respeita os serviços como estão organizados, para inserir o profissional em equipes da Estratégia Saúde da Família, funcionando como apoiador e visando à alteração do sentido das demandas. Embora não sejam equipes completas de apoio, temos aqui uma relação direta com o início do movimento na saúde mental descrito neste trabalho, pois anteriormente pretendia-se o CAPS como organizador deste arranjo, bem como assumindo seu papel de porta de entrada em saúde mental como preconizava o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Entretanto, o que verificamos nesta experiência é que, a partir de demandas outras, como, por exemplo, a reorganização do processo de trabalho em equipes da ESF, podemos articular saberes e práticas que estão diretamente vinculadas com o cuidado em saúde mental, conforme proposto para a lógica da ESF (BRASIL, 2006) e recentes documentos¹³ que reorientam as práticas dos serviços de saúde, colocando a Atenção Básica como principal organizador do sistema de saúde.

Partimos deste recorte na experiência relatada para compreendermos os conceitos de Oferta e Demanda provenientes da Análise Institucional (LOURAU, 1975) e qual a relação destes conceitos com práticas do cotidiano, que potencialmente apresentam possibilidade da utilização do Dispositivo Intercessor como metodologia de produção em coletivos.

Este recurso metodológico, o Dispositivo Intercessor, vem sendo utilizado por pesquisadores da área da saúde mental (MARTINI, 2010; MIRANDA, 2011; PEREIRA, 2011; STRINGUETA, 2007). Construído a partir da Psicanálise e da Análise Institucional, pretende a construção de um campo de interação e de atribuição de sentidos às práticas engendradas nos serviços, possibilitando que se alie o desenvolvimento do saber ao desenvolvimento da práxis, sendo o pesquisador um dos atores desta práxis a que propõe interagir/investigar (STRINGHETA; COSTA-ROSA, 2007).

O intercessor trabalha com a noção de Oferta, relacionada aos conceitos de Demanda Social e Encomenda Social (LOURAU, 1975), onde pode ofertar aos Coletivos Organizados, elementos que auxiliem a analisar e operar sistemas de cogestão, segundo a necessidade advinda da própria construção grupal. Neste caso, o intercessor seria um sujeito que pretende

¹³ Decreto no. 7.508, de 28 de Junho de 2011.

fazer uma produção de conhecimento sem ter ainda uma práxis prévia. Portanto, são sujeitos demandados pela Universidade a fazer produção de conhecimento, assim o primeiro drible do Discurso Universitário consiste em reenviá-lo à práxis de que pretensamente tratará sua questão de conhecimento, então a oferta de que trata é simplesmente “oferta de possibilidades transferenciais”.

De outra forma, esta oferta poderá ainda ocorrer por membros da equipe a partir de experiências e de seus saberes previamente constituídos, sendo o caso do intercessor que faz parte das equipes de saúde. Neste caso, não há necessidade de oferta propriamente dita, dado que a relação com a equipe exige apenas que o trabalhador em questão vá se deslocando para a posição de intercessor – homólogo ao “+1” da teoria lacaniana dos Cartéis, sendo esta a forma adotada para a intercessão que originou o presente trabalho de produção de conhecimento sobre a intercessão.

Ressaltamos que o reconhecimento de intercessores propriamente ditos provavelmente só poderia referir-se à universidade, pois fora disso o que temos são: analistas institucionais diversos, como os supervisores clínico-institucionais em ação na Saúde Mental e Saúde Coletiva no final da década de 1980 e durante a de 1990, depois adotados pelo Ministério para “supervisão” dos CAPS; os apoiadores institucionais relacionados à Política Nacional de Humanização; apoiadores matriciais contratados por gestores preocupados em reorganizar seus processos de trabalho, como tem ocorrido recentemente em alguns municípios e ainda os facilitadores de processos relacionados à Política de Educação Permanente em Saúde. Em todos esses casos há *staff*, sendo que se diferencia do Dispositivo Intercessor à medida que neste, o processo depende “do reconhecimento dessas ofertas à disposição no espaço sociocultural do Território, por parte de quem as solicita” (COSTA-ROSA, 2011, p.85), para que a produção ocorra a partir do sujeito da práxis.

Assim, a Intercessão só foi possível de acordo com o entendimento da gestão de que a oferta do profissional psicólogo/intercessor para a realização da intercessão era um recurso disponível para os processos em curso naquele contexto e momento, ou seja, representava uma possibilidade de “resposta” à Demanda, considerando os modos de representação do que foi entendido naquele momento como “aquilo que falta” e, portanto, traduziu-se em Encomenda para que o processo se constituísse junto às equipes. Esta é uma questão importante por localizar as circunstâncias do trabalho de intercessão em seu início e em seu contexto.

Verificamos que “os conceitos de análise da encomenda e da demanda de análise manifestadas, ou não, pelo conjunto de grupo-cliente (e não somente, à diferença da encomenda, pelo *staff* dos responsáveis ou de outras pessoas portadoras de tal solicitação) são igualmente, e primordialmente, políticos” (ALTOÉ, 2004, p. 131) e nos vimos impelidos a analisar como se deu este processo, partindo do pressuposto de que a mediação imaginária e ideológica que possibilitou a Demanda traduzir-se em Encomenda constitui-se nos pressupostos ligados às políticas de saúde correntes na Saúde Coletiva que fazem parte do momento histórico evolutivo do SUS¹⁴ e da realidade local onde estamos desenvolvendo a intercessão.

A encomenda para a realização da primeira oficina partiu dos responsáveis pela gestão da Estratégia Saúde da Família, mobilizada pela necessidade de colocar em prática políticas de saúde preconizadas para a prática e para o processo de atenção à saúde, para as quais a equipe não conseguia reorganizar seu processo de trabalho.

Ocorre também em um momento histórico em que o município atravessa uma gestão que prioriza os procedimentos individuais e há uma forma de gestão através do controle de custos X número de pessoas atendidas em consultas individualizadas realizadas no modelo ambulatorial de cuidado à saúde. Não há priorização da Atenção Básica como principal equipamento para a produção de saúde, pelo contrário, há um forte investimento em ações especializadas.

Ao mesmo tempo, a gestão da saúde presta contas ao Ministério da Saúde através de Sistemas de Informação de dados, como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)¹⁵ que se baseiam na realização de ações coletivas e de promoção de saúde no território e também manifesta a credibilidade em modelos de saúde voltados para a promoção da saúde.

Apresentada esta contradição, a coordenação da ESF vislumbra como forma de colocar o conflito em uma discussão mais sistematizada do que as formas até então utilizadas (reuniões somente com representantes de equipes sem espaço de escuta de todos os

¹⁴ No Cap. 2 – Saúde como Campo de Produção de Subjetividade, que contextualiza as políticas vigentes no SUS e os movimentos locais que compõem o cenário para esta Interação-Pesquisa.

¹⁵ SIAB é o Sistema de Informações da Atenção Básica que possibilita análises acerca da situação de saúde e de organização da atenção básica e também viabiliza a manutenção dos repasses financeiros federais de incentivo da ESF.

integrantes das equipes, ameaças de greve, não realização de atividades propostas ou realização em menor escala).

Assim contextualiza-se a Encomenda para a Intercessão, tomando uma Equipe da Estratégia Saúde da Família do município por referência para uma análise mais global de todo o contexto implicado neste processo que, segundo Altoé (2004), relaciona-se com todo o antes, o exterior e o depois da intercessão; esta que se constitui num campo imensuravelmente mais vasto do que o campo da intercessão limitado a uma unidade ou estabelecimento de saúde.

Para finalizar, devemos considerar que esta análise só é possível devido às forças presentes nas políticas públicas de saúde e na necessidade dos atores da gestão prescindir de ações que deem conta de sua própria gestão, ou seja, as forças para nos apropriarmos das brechas nos modelos de gestão e cuidado em saúde provêm das próprias forças para que novas práticas sejam instituídas, a princípio para a manutenção do poder que vagarosamente se dissipa na criação de novos espaços de criação, que neste momento se concretiza em produção de conhecimento através desta escrita.

REFERÊNCIAS

ALTOÉ, S. *René Lourau: Analista em Tempo Integral*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2004.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.

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

COSTA-ROSA, A. *Operadores Fundamentais da Atenção Psicossocial: Contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. Assis, 2011. Tese (Livre Docência) – UNESP, Assis, 2011.

LOURAU, R. A. *Análise Institucional*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1975.

MARTINI, R. B. *O Dispositivo Intercessor como meio de superação dialética da medicalização da saúde mental*. Dissertação de Mestrado. UNESP/Assis, 2010.

MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1999.

MIRANDA, C. M. *Saúde mental infanto-juvenil: uma reflexão sobre políticas públicas a partir do dispositivo intercessor como meio de produção de conhecimento na práxis*. Dissertação de Mestrado – UNESP/Assis, 2011.

ONOCKO CAMPOS, R. O Encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 573-583, 2005.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. B. B. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. *Psicologia: Teorias e Pesquisa*, v. 16, n.1, p. 071-079, jan./abr. 2000.

PEREIRA, E. C. *Ensaio de intercessão institucional em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial*. Dissertação de Mestrado – UNESP/Assis, 2011.

STRINGUETA, L. *Método Intercessor e Saúde Mental – construindo saberes a partir da práxis*. Dissertação (Mestrado), UNESP, Assis, 2007.

STRINGUETA, L. V. H. O.; COSTA-ROSA, A. O Grupo Intercessor: saber e conhecimento da práxis “psi” na atenção básica de saúde. In: CONSTANTINO, E. P. (Org.). *Percursos da Pesquisa Qualitativa em Psicologia*. São Paulo: Arte & Ciência, 2007.

CAPÍTULO 4
ESTRATÉGIA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
INTERFACES COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA

4 ESTRATÉGIA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: INTERFACES COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Neste capítulo pretendemos apresentar o conceito de Atenção Psicossocial formulado como estratégia de produção de *subjetividadessaúde* e sua interface com a Saúde Coletiva, através da Estratégia Saúde da Família como principal dispositivo preconizado por Políticas Públicas de Saúde pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011a). Esta congruência de produção se dá a partir das lógicas mediadas por um modelo de redes de cuidado de base territorial e atuação transversal com outras políticas, buscando o estabelecimento de vínculos e respeitando a complexidade das ações propostas (BRASIL 2003).

O termo *subjetividadessaúde* é proposto por Costa-Rosa (2011) como significante que condensa saúde e subjetividade e pluraliza as possibilidades de saúde e diversidades subjetivas ao redobrar o “s”, propondo que subjetivação, subjetividade e saúde estão sempre em movimento. Indica ainda que: “no âmbito da saúde psíquica, subjetividade e saúde são absolutamente homólogas” (COSTA-ROSA, 2011, p. 124).

Na interface com a Estratégia Saúde da Família, os princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde encontram ressonâncias nas propostas de desinstitucionalização (VECCHIA, 2006), o que favorece o entendimento de que esta estratégia se apresenta como um instrumento eficaz para a Atenção em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Em Saúde Mental, no contexto da Estratégia Saúde da Família, observa-se uma inversão da complexidade onde, segundo Lancetti (2006), na Atenção Básica as ações devem ser mais complexas, à medida que demandam ações com a família, com as pessoas em crise, com os atores sociais no território em que vivem, contrariando a lógica hegemônica de encaminhamentos a níveis especializados de atendimento segundo sua complexidade.

Partimos do entendimento de que estas ações complexas podem se utilizar da lógica da Atenção Psicossocial para a Atenção em Saúde Mental e Saúde Coletiva. A Atenção Psicossocial, inicialmente definida a partir da análise paradigmática dos Modos de Atenção em Saúde Mental Asilar e Modo Psicossocial, sendo analisada como um modo de produção em Saúde Mental e Saúde Coletiva e como um dispositivo de produção de *subjetividadessaúde* a partir de práticas de análise institucional, conforme rememorado por Costa-Rosa (2011).

4.1 Complexidade da Atenção à Saúde Mental e interface com a Atenção Primária

A Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária apresenta consonância com as propostas preconizadas para a Atenção Básica¹⁶ através da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2011a).

A Saúde Mental inicia novas formas de relação com a Atenção Básica a partir da instituição dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) (BRASIL, 2002), indicados como dispositivos estratégicos para a organização das redes de cuidados, que deveriam ser territorializados, ou seja, estarem circunscritos ao território de convívio dos usuários que o frequentassem. Como a instituição deste serviço substitutivo estava preconizada para um determinado contingente populacional, foi necessário que os municípios começassem a organizar a Atenção à Saúde Mental nos serviços e equipamentos de que dispunha, sendo que os municípios menores só dispunham dos equipamentos da Atenção Básica.

Em 2003, o Ministério da Saúde lança documento resultante de diversos encontros que discutiram a Saúde Mental na Atenção Básica. Intitulado: *Saúde Mental e atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários* (BRASIL, 2003), este documento trouxe algumas diretrizes para a inclusão de ações de Saúde Mental, propondo o Apoio Matricial como um arranjo organizacional que instituiria uma aproximação entre as equipes e colocava a formação como estratégia prioritária para estas ações, alinhando ações do Programa Permanente de Formação para a Reforma Psiquiátrica da CSM (Coordenação de Saúde Mental) e formações dos Pólos Regionais de Educação Permanente em Saúde, ligados à SGTES (Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde). Propôs ainda a inclusão da Saúde Mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), como forma de realizar o mapeamento, controle e remuneração de ações.

O arranjo organizacional denominado Apoio Matricial, inicialmente formulado por Campos (1999), foi reforçado como ação estratégica do vínculo entre Saúde Mental e Atenção

¹⁶ Os termos Atenção Básica e Atenção Primária são considerados equivalentes pela Política Nacional de Atenção Básica (2011), associando os princípios e diretrizes a ambos os termos. Outros autores (MELLO, G. A; FONTANELLA, B. J. B; DEMARZO, M. M. P., 2009) apresentam estudos sobre as origens e diferenças dos termos.

Básica em 2004, através do documento *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* (BRASIL, 2004a) que dizia:

Apoio matricial é completamente diferente da lógica do encaminhamento ou da referência e contra-referência no sentido estrito, porque significa responsabilidade compartilhada dos casos. (...) Essas atividades não devem assumir características de uma “especialização”, devem estar integradas completamente ao funcionamento geral do CAPS (Ibid., p. 25).

Abrem-se assim novas possibilidades de interação com uma proposta que deixa claro ser “diferente” do modelo hegemônico de encaminhamentos ao serviço especializado para a Atenção em Saúde Mental, propondo ações com responsabilização compartilhada entre as equipes. Outros documentos como a cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004b) e autores como Campos & Domitti (2007); Barban & Oliveira (2007); Ribeiro; Poço & Pinto (2007); Figueiredo & Campos (2009); Chiaverini (2011), entre outros, realizaram pesquisas e desenvolveram trabalhos em diversos municípios pelo país fazendo uso desta tecnologia, que se consolidou como uma ferramenta estratégica para o redirecionamento da prática em Saúde Mental.

As equipes começam a reorganizar suas práticas e promoveram a construção de projetos terapêuticos singulares (CUNHA, 2005) compartilhados entre equipes de CAPS e equipes de referência, como foram denominadas as equipes da Atenção Básica. Inúmeros avanços foram identificados em muitos municípios que desenvolveram reorganizações de seus serviços, ofertando novas formas de acolhimento à demanda em Saúde Mental. Em outros municípios não foram possíveis reorganizações de toda a rede, mas algumas ações e serviços mais pontuais mantêm-se como modelos de uma estrutura contra-hegemônica.

Por outro lado, dificuldades e problemas decorreram destas mudanças e ainda perduram até hoje, como por exemplo, a organização e funcionamento das redes necessárias para colocar-se em prática o que era definido nessa forma de Atenção à Saúde Mental.

Devemos ressaltar que, a princípio, o CAPS foi designado como organizador e ordenador desta rede, fazendo a “ponte” entre os nós ou entre os diversos atores que deveriam ser envolvidos nessa grande “trama”. Para isso levava-se em conta a noção de território de maneira ampla e assim estava sujeito às diversas influências políticas e culturais em um âmbito mais amplo. À medida que as experiências foram acontecendo, identificaram-se os movimentos micropolíticos necessários à Atenção em Saúde e começaram a ser levados em

conta os territórios adscritos às equipes de referência que detinham melhor conhecimento sobre as potencialidades ali colocadas. Tal constatação da práxis levou a algumas modificações que culminaram com a indicação das equipes da Atenção Básica como ordenadora do cuidado, como veremos na proposta da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL 2011a) para a organização das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010a) e principalmente da Rede de Atenção Psicossocial (2011b).

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade reinserção sociocultural, busca produzir a atenção integral (BRASIL, 2011a) que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A Política Nacional da Atenção Básica (idem, 2011a) propõe que suas diretrizes sejam desenvolvidas por meio de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida.

É desenvolvida como mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral nos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Estas diretrizes da Atenção Básica apontam para um trabalho organizado com base na responsabilização dos profissionais pelo cuidado integral ao usuário, valorizando o conhecimento que eles possuem sobre sua história e sobre seus vínculos institucionais e sociais no território. Pressupõe ainda uma mudança no tipo de vínculo estabelecido com o usuário valorizando seu conhecimento sobre si próprio, sua autonomia e capacidade de fazer escolhas e desenvolver ações e vínculos de responsabilização por si mesmo, assim como valorização de sua inserção sociocultural como meio de Atenção à Saúde.

A coordenação da Atenção por toda a Rede de Saúde inclui as equipes da Atenção Básica na gestão com participação efetiva para a reorganização dos dispositivos disponíveis, visando a que os princípios do SUS sejam atendidos mediante trocas e vinculação com outros equipamentos da Rede.

Estas colocações sobre as diretrizes da Atenção Básica, em sua grande maioria, já faziam parte do documento anterior sobre a Política da Atenção Básica (BRASIL, 2006), entretanto, as ações não correspondiam integralmente com as propostas, pois as estruturas institucionais não estavam organizadas de maneira a efetivar estas propostas. Segundo Mendes (2012), existiram problemas estruturais importantes, como a carência de infraestrutura adequada, baixa densidade tecnológica, a fragilidade dos sistemas de informação clínica, a fragilidade do controle social, fragilidades nos modelos de atenção; problemas estes que indicavam o enfraquecimento da proposta.

Contudo, o discurso oficial e as práticas isoladas de diversas equipes espalhadas pelo país indicam a dimensão política das equipes da Estratégia Saúde da Família que se mostrou muito superior ao modelo hegemônico tradicional na Atenção Básica, conforme nos aponta Mendes (2012):

Ainda que não se possa, rigorosamente, comparar o PSF com os modelos tradicionais de APS porque são opções de políticas de cuidados primários totalmente distintas, ao contrário do que algumas vezes se propala, os trabalhos revisados demonstram, inequivocamente, a superioridade do PSF em relação aos modelos tradicionais, especialmente no cumprimento dos atributos da APS. Interessante notar que não se encontrou nenhum trabalho avaliativo que indicasse a superioridade dos modelos tradicionais sobre o PSF. (MENDES, 2012, p. 77).

Ressaltamos que a retomada das diretrizes propostas para a Atenção Básica denota a aposta em uma mudança do modelo de Atenção que recoloca a Atenção Básica em lugar político mais destacado para a organização das Redes de Atenção à Saúde (2010a).

Esta aposta se coloca também através de outros dispositivos que foram propostos para que haja o fortalecimento das equipes no que diz respeito ao desenvolvimento tecnológico. Uma delas foi a criação dos NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) (BRASIL, 2010b) que se constitui como:

uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (Nasf), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde. (BRASIL, 2010b, p.10-11).

As equipes dos NASF foram estruturadas com profissionais de diversas categorias e, embora não fosse exclusivamente para a Atenção à Saúde Mental, em muitos casos a composição das equipes com profissionais da área como psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, bem como o uso da tecnologia de apoio matricial, fez com que se facilitasse o apoio às equipes da Atenção Básica, mais especificamente na Atenção à Saúde Mental, inclusive transversalmente às diversas ações de Atenção à Saúde Coletiva.

Ferrer (2012) afirma que estes profissionais presentes na Atenção Básica auxiliam na articulação com outros equipamentos como o CAPS, organizando o atendimento e favorecendo relações mais horizontais entre as equipes. Considera ainda que a diversidade de ações voltadas para situações de risco psicossocial que exigem intervenção urgente, bem como o cuidado das doenças crônicas não transmissíveis, reforça a importância da articulação entre equipes da Atenção Básica com profissionais da Saúde Mental. Complementa dizendo que “a criação do NASF de saúde mental permite ampliar o acesso aos cuidados de saúde mental na atenção básica dentro dos princípios da reforma psiquiátrica” (FERRER, 2012, p.78).

Estes movimentos de apoio a equipes da Atenção Básica e as colocações sobre suas vantagens após a criação dos NASF evidenciam que o papel anteriormente atribuído aos CAPS para apoio e acompanhamento das equipes não pôde ser desenvolvido por dificuldades apontadas em alguns estudos como: desconhecimento dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, falta de entrosamento entre as equipes (NUNES et al., 2007), além das equipes de CAPS serem vistas como “especialistas” pelos trabalhadores da Atenção Básica e ao mesmo tempo não se aprofundarem no conhecimento do território como dispositivo facilitador da Atenção em Saúde Mental.

Entendemos como fundamental para a Atenção à Saúde Mental na Atenção Básica o conceito de território, pois a organização das ações priorizando esta lógica parte do entendimento deste como espaço relacional, que segundo Yasui (2010, p. 127), “diz respeito à construção e à transformação que se dão entre os cenários naturais e a história social que os homens inscrevem e produzem”.

Traz ainda o entendimento do território sendo olhado a partir de modos de construção e produção de sentidos por meio das práticas cotidianas no lugar em que se habita e propõe que a organização de um serviço que opere segundo esta lógica deverá “olhar e ouvir a vida que pulsa nesse lugar” (Ibid., p.127).

Olhar para os modos como a vida se organiza em determinado território passa pelo entendimento e vivência das questões culturais, sociais e econômicas, dos modos de produção e formas de exploração existentes. Passam também pelo mapeamento de recursos públicos e privados que esta comunidade dispõe e como se relacionam com eles, bem como as consequências decorrentes desta relação dos indivíduos, famílias e grupos com o uso que fazem deste espaço.

Yasui (2010) analisa ainda o Território como locus de produção e também de controle das subjetividades, ressaltando a potencialidade de criação de novos espaços de singularidade autônomas, propondo ativar recursos de singularização locais existentes “a fim de construir uma outra lógica assistencial em saúde mental, que se contraponha a uma racionalidade hegemônica e à lógica do capitalismo globalizado, para criar um novo lugar social para a loucura” (Ibid., p. 129).

Esta apropriação do modo como o Território está constituído, se dá em maior proporção de acordo com a práxis vivenciada pelos sujeitos neste mesmo Território, em consonância com a maneira como os sujeitos percebem e vivenciam as relações de poder e de saber vigentes que possibilitam formas de expressão diversas, através de modos que podemos chamar de “positivos” em relação ao modo capitalista de produção, onde o sujeito promove sua inserção social através das formas hegemônicas de trabalho, ou ainda através de engajamento em movimentos religiosos e formas de organização familiar tradicionais. Por outro lado, o Território também apresenta os modos alternativos de entrada no modo capitalista de produção, através de formas alternativas de obtenção de renda para manter o poder de compra, ou formas de associação ao trabalho cooperativo, formas de organização

familiar baseadas nas demandas dos integrantes das famílias e seus agregados, formação de grupos baseados em interesses locais, etc.

Estar em contato com a micropolítica de um determinado território possibilita o entendimento dos modos singulares de constituição subjetiva daqueles sujeitos, sendo possível a interlocução com os modos de expressão e produção subjetivas através de tecnologias relacionais que superam as tecnologias propostas para a Atenção em Saúde e em Saúde Mental propostas pelo saber especializado, colocando-se em evidência também a produção de subjetividade relacionada ao trabalho em saúde.

A criação de ferramentas para produção da Atenção em ato (MERHY, 2002) se configura como possível a partir da aproximação dos trabalhadores e comunidade da lógica da Atenção Psicossocial, que pode contribuir para desalienação em relação aos modos de Atenção à Saúde Mental em contraposição ou superação da lógica produzida ao longo da história da sociedade contemporânea e sua relação com a loucura.

Os princípios preconizados para a Atenção Básica que foram aqui discutidos possibilitam, em nosso entendimento, que ocorra esta aproximação, por serem congruentes com a lógica da Atenção Psicossocial e estarem em consonância no modo de entender as demandas de *subjetividadesaúde* presentes na Atenção em Saúde.

4.2 Atenção Psicossocial - O Paradigma em Construção

Em meados da década de 1980, através de movimentos proporcionados pela Reforma Psiquiátrica, surgem ações nos ambulatórios de Saúde Mental que apresentam cunho alternativo ao modelo de Atenção à Saúde Mental. Associadas ao termo “psicossocial” que denota uma lógica de implementação da Reforma Psiquiátrica e uma característica de ruptura, surgem os equipamentos alternativos denominados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).

Costa-Rosa (2000) discorre sobre a configuração das práticas em Saúde Mental na ocasião como dois modos antagônicos, a saber: o Modo Asilar e o Modo Psicossocial, dos quais destaca que o Modo Psicossocial apresenta como parâmetros fundamentais a definição do objeto e dos meios de intervenção que incluem as formas de trabalho interprofissionais; as

formas de organização dos dispositivos institucionais; as modalidades de relacionamento e vínculo com usuários e as implicações éticas dos efeitos das práticas. Estas decorrem no reposicionamento subjetivo; na compreensão da dimensão subjetiva e sociocultural; no entendimento do sintoma como dispositivo de mudança sem que haja a necessidade de tamponamento ou remoção do mesmo; a implicação subjetiva e sociocultural bem como a singularização dos sujeitos.

O Modo Asilar (COSTA-ROSA, 2000) apresenta características do modelo hegemônico hospitalocêntrico que dá ênfase ao biológico e à medicalização, realiza o trabalho centrado na doença e no cuidado individual; com formas de organização institucional de maneira verticalizada, com disputas corporativas e relações verticais entre os atores envolvidos na produção em saúde; produzindo interdição do diálogo, imobilidade e estratificação da atenção por níveis que decorrem em cronificação institucional, medicalização da vida, tentativas de remoção dos sintomas e adaptação dos sujeitos ao modo de produção capitalista.

A Atenção Psicossocial vai tomando contornos e sendo definida como um novo campo de instituições e práticas que pretende superar o da psiquiatria reformada, a fim de introduzir a ética da Atenção Psicossocial (AMARANTE, 1995/2007; COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; YASUI, 1998), com princípios oriundos da Reforma Psiquiátrica na Itália e no Brasil. Opera seu projeto de intervenção e configura-se como um novo modo de lidar com o sofrimento mental, através do acolhimento e da construção de um lugar social para a diversidade e o sofrimento mental.

Segundo Amarante (2007), é preciso pensar um campo de Saúde Mental e Atenção Psicossocial como um processo social e complexo e não como um modelo fechado.

Quando falamos em processo pensamos em movimento, em algo que caminha e se transforma permanentemente. Neste caminhar vão surgindo novos elementos, novas situações a serem enfrentadas. Novos elementos, novas situações, pressupõem que existam atores sociais, com novos – e certamente conflitantes – interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, religiosas, éticas, étnicas, de pertencimento de classe social. Enfim, um processo social complexo se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes, que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões. (AMARANTE, 2007, p. 63).

Quando se refere ao processo social, Amarante (2007) ressalta que a dimensão sociocultural da Atenção Psicossocial é uma das dimensões mais reconhecidas internacionalmente no que se refere à Reforma Psiquiátrica Brasileira, principalmente no aspecto da participação social e política dos atores envolvidos através da visibilidade dos encontros organizados e protagonizados por esses atores, pela cidadania e defesa da vida.

Para Yasui (2010, p. 111), a Atenção Psicossocial rompe com o paradigma psiquiátrico e com a racionalidade médica, “trata-se de tomar a existência humana em sua complexidade. E, nela, o sofrimento psíquico”. Assim, é necessário que se estabeleçam vínculos afetivos entre os diversos atores, de maneira que as pessoas se sintam ouvidas e que se responsabilizem pelo outro e por seu sofrimento, tomando aquele conflito como singular e voltando-se efetivamente para aquele sofrimento, rompendo com o distanciamento e culpabilização próprios do outro paradigma.

O Paradigma Psicossocial (PPS) vai se definindo a partir do Modo Psicossocial como paradigma alternativo ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), e como “tentativa de designar as formas de produção das instituições de Saúde Mental capazes de se contraporem dialeticamente à lógica do PPHM” (COSTA-ROSA, 2011, p.34).

Como características principais do PPHM, Costa-Rosa (2011) nos aponta o uso do que denomina “dispositivos modernos” ao referi-se aos suprimentos medicamentosos que são capazes de “redesenhar as funções do velho asilo, traduzindo-se numa configuração química”, que tem como lógica a estrutura do Discurso Médico. Apresenta também o paradigma das relações sociais e intersubjetivas equivalentes à subjetividade serializada, sinônimo de subjetividade alienada e ainda, uma organização complexa da força de trabalho, que é dividido segundo as características do MCP. “Não há dúvidas que esta forma de trabalho tem suas raízes na ampla divisão social do trabalho e na divisão do saber em especialismos” (COSTA-ROSA, 2011, p.29).

Quando falamos do PPS nos referimos à superação das características apontadas para o PPHM e consideramos a indissociabilidade entre saúde psíquica e subjetividade, daí o uso do termo *subjetividadesaúde* que aponta;

Porém a mudança mais radical no PPS decorre da própria concepção de saúde psíquica a ser produzida pela via da Atenção: primeiro, saudessubjetividade; segundo, consequência disso, a inclusão necessária do sujeito do sofrimento como um agente – o principal – do processo de produção, além de ser o seu “consumidor” final. Conforme se pode notar, a

complexidade do processo de produção das instituições no PPS introduz outras exigências teóricas, de manejo técnico e, sobretudo, de compromisso ético (COSTA-ROSA, 2011, p. 36).

Justamente por sua lógica institucional, suas técnicas e sua ética, é que dos dispositivos institucionais do PPS excluem-se os manicômios, os hospitais psiquiátricos e todas as instituições que mantenham a lógica de funcionamento asilar, correlata ao PPHM, e priorizam-se para a Atenção em Saúde Mental os substitutivos como CAPS, pequenas enfermarias em hospitais gerais e principalmente as estratégias territorializadas desenvolvidas por equipamentos da Atenção Básica.

Na técnica do PPS, Costa-Rosa (2011) nos aponta que o trabalho, ao ser desenvolvido, contém uma “mestria artesanal, um saber-fazer” que depende do entendimento desse trabalho fora dos princípios que caracterizam as disciplinas e se inclua na transdisciplinaridade. Para Menezes et al. (2012), a noção do saber associada à noção de limite determina a percepção do objeto como recorte do real e dificulta a relação entre diferentes disciplinas, porque cada disciplina acredita que seu saber é o limite do conhecimento sobre o objeto, ao passo que o não-saber facilita a abertura do diálogo e cooperação entre disciplinas diversas.

Entender a transdisciplinaridade a partir da lógica de expansão das fronteiras das disciplinas faz com que se persista dentro da lógica disciplinar. Segundo Garcia et al. (2012), enquanto pensamos limites disciplinares como fronteiras teremos a tendência da expansão e da defesa desses limites. Propõe que o limite disciplinar não deveria ser visto como fronteira, mas poderia ser visto como “limite-limitação, no sentido de insuficiência e impossibilidade. É a partir daí que se pode pensar em uma atitude transdisciplinar e em uma busca pelo diálogo” (GARCIA et al., 2012, p.40).

As consequências do modo da organização do trabalho, levando-se em conta a transdisciplinaridade ou não e ação dos trabalhadores das instituições de Atenção à Saúde, são provenientes dos modos e estados de subjetivação desses trabalhadores (COSTA-ROSA, 2011), que sobremaneira interferem nas escolhas do paradigma que faz sentido para sua prática profissional. Este seria um dos determinantes das práticas presentes em equipamentos substitutivos ao PPHM, que deveriam, pela lógica, empreender ações condizentes com o PPS, estarem ainda atuando de maneira serializada, sem a inclusão dos sujeitos e com relações verticalizadas.

Os serviços que atuam na lógica e na ética do PPS devem desenvolver sua capacidade de escuta e de envolver os sujeitos nas decisões sobre a solução de seus problemas; para tanto, devem procurar desenvolver suas habilidades em atuar no território que, como diz Amarante (2007, p. 84), “o serviço pode ser considerado tanto mais de base territorial, quanto mais seja capaz de desenvolver relações com vários recursos existentes no âmbito da comunidade”.

Baseados nessas considerações sobre o PPS, apontamos como relevante a possibilidade da própria equipe da Atenção Básica atuar no território, na lógica da Atenção Psicossocial, deixando a lógica do especialismo e do saber concentrado em determinados profissionais que detêm o saber sobre a Atenção em Saúde Mental, deixando a idéia de que somente os profissionais “especializados em saúde mental que trabalham no CAPS”, é que podem desenvolver ações de Atenção em Saúde mental.

Colocamos aqui a possibilidade de profissionais que já atuam no território se apropriarem de um modo de saber-fazer que lhes proporcione a responsabilização pelo usuário e a autonomia deste para realizar suas escolhas. Dessa maneira poderá ser revertida a nada recente característica que tomaram alguns serviços substitutivos de Saúde Mental, de tornarem-se manicomialis ao praticarem a manutenção de usuários nos serviços sem priorizar a autonomia, promovendo a reprodução de práticas medicalizantes próprias do modo hegemônico, o PPHM.

Assim, apontando para que a estratégia de equipes da Atenção Básica se apropriem de recursos técnicos e éticos para a Atenção à Saúde Mental na lógica da PPS, consideramos que ocorrerá importante avanço no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Org.) *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: SDN/ENSP, 1995.

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BARBAN, E.G.; OLIVEIRA, A. A. *O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e*

educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica) Arq Ciênc Saúde 2007 jan-mar;14(1):52-63.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Legislação em saúde mental*. 2a. ed. revista e atualizada, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica*. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 1 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Redes de Atenção à Saúde*. Portaria N. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010 Brasília: 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede de Atenção Psicossocial*. Portaria N. 3.088, de Dezembro de 2011. Brasília: 2011b.

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

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

CHIAVERINI, D. H. (Org.). *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental*. Ministério da Saúde: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000

_____. LUZIO, C. A. ; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma em Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

_____. *Operadores Fundamentais da Atenção Psicossocial: Contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. Assis, 2011. Tese (Livre Docência) – UNESP, Assis, 2011.

CUNHA, G. T. *A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.

FERRER, A. L. *A saúde mental na atenção básica sob a perspectiva de trabalhadores e usuários dos serviços: um estudo hermenêutico-narrativo sobre os processos de acolhimento, vínculo e responsabilização*. Tese (Doutorado) Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP Campinas, 2012.

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

GARCIA, A.S; ANDRADE, M.C; MENEZES, M. P. Um Ensaio de Transdisciplinaridade entre a loucura, o trabalho e a saúde. *Revista de Psicologia da UNESP*, Assis, v. 12, n. 2, 2012.

LANCETTI, A; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006.

MELLO, G. A; FONTANELLA, B. J. B; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção primária à Saúde – Origens e Diferenças Conceituais. *Rev. APS*, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun., 2009.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2012.

MENEZES, M; YASUI, S. *A interdisciplinaridade e a psiquiatria: é tempo de não saber?* Revista Ciência e Saúde Coletiva. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=10181&var>. Acesso em: dez. 2012.

MERHY, E. E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

NUNES M, JUCÁ VJ, VALENTIM, CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátricas e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 2007, out., v. 23, n. 10, p. 2375-2384.

RIBEIRO, M. S.; POÇO, J. L. C.; PINTO, A. R. A inserção da saúde mental na atenção básica à saúde. In: RIBEIRO, M. S. *Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental*. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2007. p. 15-26.

VECCHIA, M. D. *A Saúde Mental no Programa de Saúde da Família: estudo sobre práticas e significações de uma equipe*. 2006. 106p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2006.

YASUI, S. *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

CAPÍTULO 5
A INTERCESSÃO - PESQUISA

5 A INTERCESSÃO-PESQUISA

Ao produzir conhecimento para a Atenção à Saúde através da ação do Dispositivo Intercessor junto a equipes, estamos considerando a produção de *subjetividade da saúde* dos sujeitos da práxis em suas diferentes modalidades e, a partir delas, compondo uma teia de representações possíveis para o cotidiano do trabalho. Parte dessa teia se constitui nos modos de funcionamento das instituições que estão organizadas, como foi descrito anteriormente nesse mesmo trabalho¹⁷, podendo agora prosseguir a partir daqui explicitando como se deu o processo de intercessão, fazendo também uma incursão na forma de organização das equipes a que nos vinculamos.

A partir das Oficinas para reorganização do processo de trabalho, realizadas com as equipes da Estratégia Saúde da Família, no município em que desenvolvemos a intercessão¹⁸, criou-se um espaço para a entrada do intercessor em campo, ou seja, a presença do intercessor foi pactuada para que houvesse a criação de espaços de reflexão sobre o cotidiano das equipes, que passamos a apresentar.

5.1 O Território

A equipe atua em um território bastante populoso de periferia do município, onde recentemente foram construídas casas populares com acréscimo do número de famílias na área adscrita para os serviços realizados pela equipe, sem que o crescimento fosse acompanhado, até aquele momento, de aumento de trabalhadores na equipe ou de melhorias nas condições materiais para a realização das atividades.

O território tem uma Escola Municipal de ensino infantil, que conta com quadra de esportes coberta, mas restrita aos alunos em horário de atividades escolares. Possui uma praça sem infraestrutura para lazer e com iluminação degradada. A maior parte das ruas é asfaltada e tem água e esgoto, mas ainda há uma parte das residências sem esta infraestrutura. Contam

¹⁷ O Campo da Saúde como produção, com seu modo de organização foi descrito no Cap. 2 – Saúde como Campo de Produção de Subjetividade.

¹⁸ Essas Oficinas e a análise de sua Demanda foram apresentadas no Cap. 3 – Demanda e Oferta para a Intercessão-Pesquisa, no qual explicitamos a importância de sua realização como disparador ou ‘brecha’ para o processo de intercessão que viria em seguida.

com igrejas evangélicas sem ações coletivas na comunidade além de suas atividades religiosas. Não contam com nenhuma oferta de lazer ou cultural no próprio território. Algumas crianças são deslocadas através de transporte coletivo para projetos socioeducacionais em outras regiões do município.

Segundo informações da própria equipe, o perfil epidemiológico do território concentra-se em grande parte em agravos relacionados às condições sociais e de infraestrutura relacionadas com o baixo poder aquisitivo da maioria das famílias do território. Trabalham com agravos de doenças não transmissíveis como hipertensão arterial e diabetes, doenças cardíacas e vasculares, acidentes vasculares cerebrais, principalmente na população idosa. Na infância abordam principalmente os casos de doenças respiratórias, também focando a busca ativa por imunizações. Com os adolescentes é crescente o número de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV, que também é comum com os adultos, assim como os agravos decorrentes do uso de álcool e outras drogas crescentes no território. Este sofre ação efetiva do comércio de entorpecentes, que utiliza principalmente os adolescentes para essa atividade.

Os agravos relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas, juntamente com outros transtornos mentais, constituem uma das demandas elencadas pela equipe como a que produz mais angústia e sentimentos de impotência, como veremos adiante no contexto da experiência relatada.

O início do processo se deu junto à Equipe da Estratégia de Saúde da Família que chamaremos de Horizonte Dourado. A equipe foi composta conforme proposição do Ministério da Saúde (2006) por enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitárias de saúde (ACS), dentista, auxiliar de saúde bucal (ASB) e estagiário para atividades administrativas. Nesse momento a equipe não contava com o médico que deveria ingressar em breve, pois haviam já realizado o concurso público para a função.

A partir da identificação de algumas dificuldades para a equipe organizar suas atividades, a Coordenação da Estratégia Saúde da Família propôs que tivessem apoio temporário de uma enfermeira de outra equipe para reorganizarem os fluxos de trabalho, proposta que foi aceita e estava em prática por ocasião da oficina realizada para refletir sobre o processo de trabalho, descrita no capítulo anterior. Estavam desenvolvendo atividades como reorganização de fichários, busca ativa de pacientes com imunizações e exames preventivos atrasados, reorganização de grupos de hipertensos e diabéticos para agilizar a dispensação de

medicamentos, entretanto, não colocavam em questão o ‘para quê’ ou ‘por que’ dessa reorganização. Tal modo de desenvolver as atividades é próprio do modo hegemônico de organização do trabalho, no qual a divisão entre os sujeitos que planejam e os sujeitos que executam as atividades fica evidenciada, sendo que os sujeitos que executam não problematizam e não refletem sobre o que está sendo desenvolvido, ou se o fazem não existem espaços para manifestação de suas opiniões.

Sobre esta questão Franco e Merhy (2007) nos colocam que a forma de trabalho da equipe, embora direcionada para práticas multiprofissionais, não garante uma ruptura com o modelo hegemônico, “não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres cotidianos de cada profissional, que em última instância é o que define o perfil da assistência” (FRANCO; MERHY, 2007, p. 105). Mesmo que as equipes se mobilizem para mudanças, estas têm na maioria das vezes, um caráter reformista que não empreende reorganização das estruturas fundantes dos modelos que são praticados. Assim, quando a equipe realiza colaborativamente as mudanças em suas atividades, ainda há que se refletir sobre a lógica dessas mudanças. Este pode ser um movimento do campo (DELEUZE, 1992) que o intercessor encarnado poderia refletir conjuntamente com a equipe, no momento que for possível e que vir à tona aos sujeitos da práxis.

Iniciamos os encontros com a equipe no horário das reuniões semanais, que aquela realizava para passar informes, organizar atividades e discutir problemas que surgissem. Fomos prontamente recebidos, a princípio com olhares desconfiados e receios de falar ‘o que sempre foi dito’, sem entender muito bem se a intercessora (no caso, ainda trabalhadora) seria uma enviada da coordenação ou da Secretaria para ‘investigar’ o que estavam fazendo.

Segundo Costa-Rosa (2012) provavelmente essa atitude da equipe em relação ao intercessor tem grande relação com o modo como foi feita a “oferta de intercessão”, pois, conforme descrevemos anteriormente, a Oficina que deu origem à intercessão foi organizada e o convite para as equipes partiu da gestão, embora durante as atividades, é que tenha se constituído de fato a proposta para que o processo de intercessão ocorresse, partindo de uma oferta do intercessor, ou seja, ocorreu uma opção tática de elaborar a proposta de intercessão em ato. Tal opção só foi possível devido ao momento de construção de conhecimento sobre os processos de *subjetividade da saúde* em que se encontrava o intercessor para perceber os movimentos do Campo e vislumbrar a possibilidade da intercessão.

Por outro lado, a partir da realização da Oficina, criaram também a expectativa de alguém que viesse com um saber específico e pudesse resolver seus problemas, dando informações ou ensinado como poderiam fazer suas atividades. Ressaltamos aqui que o Dispositivo Intercessor propõe que a posição do intercessor neste momento deixe fluir o imaginário dos sujeitos para que se estabeleça o processo da intercessão, mas que aos poucos coloque em suspenso o lugar do “sujeito-suposto-saber”, a fim de que os sujeitos e também o intercessor encarnado assumam o lugar de produtores de um saber próprio.

Durante os primeiros encontros, os trabalhadores descreviam situações de seu cotidiano que imaginavam não saber enfrentar e questionavam a mim como deveriam resolvê-la, entretanto, como intercessor, realizava a inversão desse lugar através da "ignorância doutra", conforme definido por Quinet (2005), quando expõe que a posição do analista não é a de saber, muito mais do que isso, é a posição da ignorância, mas não a simples ignorância. Trata-se de um saber que conhece seus limites, entre os quais o mais fundamental é não poder saber pelos outros, é ocupar o lugar do não-saber. Assim, produzia questionamentos para os próprios sujeitos, instigando-os a produzir reflexões a partir de seu conhecimento.

A enfermeira iniciava o encontro dando informes sobre reuniões de que tinha participado, sobre ações e campanhas que deveriam desenvolver naquela semana. Tomavam certo tempo da reunião discutindo como se organizariam para fazer tais atividades, ocasião em que eu podia observar as participações e conhecer um pouco mais os trabalhadores através de suas falas. Alguns mais participativos davam opiniões sobre o assunto em questão, outros se mantinham calados. Se o assunto fosse sobre vacinação, os auxiliares de enfermagem tinham mais sugestões, se fosse sobre controle da dengue, os Agentes Comunitários (ACS) se posicionavam mais; sobre acompanhamento de saúde bucal, a discussão era exclusiva com o Dentista e sua Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), e assim por diante, organizando sua rotina de trabalho.

Ao terminarem a pauta, olhavam para mim e calavam-se como se a partir deste momento eu tivesse um assunto específico para discutir ou “ensinar” a eles. Nesses momentos eu retomava alguma fala sobre o assunto que estava em pauta anteriormente e questionava o grupo sobre a maneira como estavam organizando aquela ação. Colocava-me como alguém que não sabia por que estavam organizando daquela maneira e, em muitos momentos, não sabia mesmo. A equipe começava a justificar porque as ações eram realizadas daquela maneira ou naquela sequência e quem as fazia, sempre baseados no modo hegemônico de

organização dos serviços, com a divisão do trabalho entre as categorias profissionais de acordo com as diversas atividades que cada um tinha, sem um compartilhamento sobre o que deveriam realizar, o que os levava a não refletir sobre outras possibilidades de organizar aquelas atividades que não fosse da maneira como faziam sempre.

Passo a relatar algumas cenas que elegemos para demonstrar como se estabeleceu o Dispositivo Intercessor, apresentando o modo como o trabalho está organizado e os movimentos do campo.

5.2 Cenas

5.2.1 Cena: Desconstrução do Lugar do Mestre

As reuniões se repetiram da mesma maneira e eu fui aos poucos integrando as discussões da equipe baseada nas situações que eles mesmos já haviam trazido em reuniões anteriores e baseada no conhecimento que eu tinha como trabalhadora de Saúde Mental e que acumulava como pesquisadora em Saúde Coletiva. Entretanto, esse conhecimento não prevalecia sobre as opiniões e colocações dos outros trabalhadores, mesmo quando era questionada sobre situações específicas da Atenção em Saúde Mental. Nesse momento colocava-me como alguém que desejava compreender melhor como eles entendiam as atividades cotidianas, questionando quando não compreendia, mas principalmente refletindo com o grupo como eles se organizavam para as ações do dia-a-dia.

Percebi que aos poucos eles foram desconstruindo a ideia de que eu estava lá a pedido da gestão, principalmente porque no momento em que me solicitavam uma opinião ou informação, eu colocava que não tinha aquela informação e imediatamente questionava qual seria a melhor forma deles obterem aquele esclarecimento, através de sua coordenação ou até mesmo nos setores envolvidos. Passaram a discutir nas reuniões as necessidades que tinham e como iriam se organizar para reivindicar para a coordenação, mas passaram também a identificar quais ações dependiam deles próprios para serem modificadas. A equipe começa a perceber como pode fazer a gestão de seu próprio trabalho como um indício de superação da divisão social do trabalho, própria do MCP, explanada por Costa-Rosa (2011) no que diz respeito ao trabalho em Saúde com base no Materialismo Histórico (MARX, 1975).

Essa Cena evidencia a necessidade do intercessor encarnado de permanecer em silêncio em muitos momentos para só então apreender o movimento do Campo e identificar as ondas ou brechas (DELEUZE, 1992) disponíveis para colocar o grupo em um movimento diferente do que fazia. Destituir-se do lugar de quem tudo sabe, mesmo que tenha algum conhecimento já estruturado sobre o assunto que está sendo discutido, significa mais do que ficar calado, significa compreender que um saber não dá conta sozinho da complexidade das situações, e que não há verdade que sirva como resposta para todos os momentos. Cada momento aspira à construção de sua própria resposta e que nunca poderá ser construída por um só ator do processo.

Construir esse processo com os demais trabalhadores da equipe me reposicionou, para mim mesma e para eles, num outro lugar que não aquele do especialista que veio “salvar a pátria” em Saúde Mental; antes, deslocou-me do lugar do Discurso do Mestre para posicionar-me no Discurso do Analista (LACAN, 2003).

Eventualmente traziam casos para serem discutidos, principalmente as situações que naquela semana haviam causado alguma alteração na rotina da unidade, seja por sua gravidade ou pelo tumulto que provocara. Nestas ocasiões eu utilizava a narrativa que estavam fazendo para problematizar as relações estabelecidas com o usuário, os processos de acolhimento e a responsabilização acerca daquela situação.

Fizemos uso em alguns momentos da ferramenta de construção de narrativas como forma de expressão dos sujeitos da práxis, pois os mesmos construía baseados no que tinham vivenciado. Ao organizar seu relato em conjunto com o grupo, os sujeitos podiam se reposicionar diante de seus pré-conceitos, juízos de valor e moral que acrescentavam às suas narrativas, valorizando outros aspectos vistos e vivenciados por outros integrantes do grupo e assim potencializando o olhar dos sujeitos sobre a maneira como traziam seus relatos ao grupo. Essa experiência possibilitou também que os sujeitos refletissem sobre as influências que tinham sobre a maneira como organizavam seu trabalho, podendo perceber quais fatores estavam presentes, identificando-os e reordenando sua prática.

Para o intercessor encarnado mediar a reflexão através das narrativas dos sujeitos da práxis possibilitou a interação com a construção do grupo nos momentos de discussão das narrativas e que, gradativamente, o grupo também refletisse sobre o lugar do intercessor que não trazia ‘casos’ prontos, mas articulava-se com a experiência do grupo.

5.2.2 Cena: Compartilhando Conhecimento

A partir dos recados sobre normatizações e reuniões de atualização técnica de que participavam fui propondo que a equipe discutisse como faziam aquele procedimento. Por exemplo, numa ocasião em que uma agente comunitária trouxe informações do que estava “aprendendo” no curso introdutório para Agentes Comunitários de Saúde. Este foi proporcionado aos ACS de várias unidades que tinham ingressado recentemente no quadro de trabalhadores.

O que antes era quase um monólogo de informações dadas pela enfermeira, começa a abrir espaço para outros trabalhadores da equipe que aos poucos acreditam que podem ser ouvidos.

Merhy (2007) aponta que o trabalho muito prescritivo a nível central e também centrado nas especificidades descritivas do que seja a função de cada integrante da equipe, impede que sejam desenvolvidos os atos criativos necessários à multiplicidade de aspectos que surgem no cotidiano das equipes, impede a solidariedade interna, a sinergia das diversas competências, o compartilhamento de saberes, estes pré-requisitos para os desafios que a equipe precisa enfrentar.

Cada profissional precisa vivenciar o limite do seu conhecimento ao mesmo tempo em que seu trabalho cresce com o conhecimento do outro. Desconstruir a ideia de saber como fronteira que protege, mas, ao contrário, entender seu limite como possibilidade de haver outros conhecimentos que não os seus (GARCIA et al., 2012). Saber que não se sabe tudo liberta o profissional de seu núcleo de saberes e práticas e possibilita que o profissional utilize seu potencial criativo e criador em sua produção da Atenção (MERHY, 2007).

5.2.3 Cena: Gestantes “resistentes”

Seguindo a lógica inicial das reuniões, a enfermeira atualiza uma informação sobre o Teste Rápido de Gravidez e a equipe discute a dificuldade de realizar o cadastro da gestante no mesmo momento em que faz o exame, com o objetivo de não perder as informações sobre essa nova gestante, pois alguns trabalhadores relatam que algumas gestantes realizam o teste e não retornam para o acompanhamento pré-natal.

Problematizo o que está envolvido afetivamente e socialmente a essa questão, o que levaria a gestante, na maioria das vezes adolescente, a não querer retornar à unidade para seu acompanhamento. A equipe refere-se à gestante como resistente ao acompanhamento, com falas indignadas sobre as atitudes de uma mãe que não quer cuidar de seu bebê desde a gestação. Aos poucos outras opiniões vão surgindo, os ACS começam a dar exemplos sobre outros casos a que eles fizeram visitas e, aos poucos, a gestante aderiu ao pré-natal.

A enfermeira traz exemplo de ações realizadas na unidade em que atuava anteriormente. Trazem relatos das situações sociais implicadas naquele território, sobre o uso de drogas por muitas adolescentes que engravidam em relações sexuais para pagamentos de dívidas junto aos traficantes e também das adolescentes que relatam engravidar em relações com chefes do tráfico para obterem uma promoção social e melhores condições financeiras. Caso este totalmente abominado pelos integrantes da equipe que trazem falas bastante carregadas de ‘juízo de valor’ e julgamentos morais sobre as atitudes da população naquele território, embora vários deles sejam moradores desse mesmo território.

Ao colocarem suas opiniões, os trabalhadores foram percebendo que podiam se manifestar de uma maneira diferente, não somente com seu saber específico de sua área de atuação, como antes faziam, mas podiam opinar sobre como percebiam as questões da vida dos usuários que não associavam com a Atenção em Saúde. Até o momento pareciam coisas estanques e que aos poucos foram desconstruindo.

Nesta Cena percebemos como a equipe transita por práticas baseadas no modelo hegemônico e como, diante das limitações dessas práticas, desenvolve seu potencial criativo para lidar com situações, nem tão adversas assim, quando percebem que as ferramentas que estão utilizando não dão conta da diversidade de situações que existem no território e na existência humana. Procuram dentro de si mesmos, com seus recursos subjetivos e aqui então amparados no que pode ser construído coletivamente e “finalmente a equipe pode ignorar parcialmente as prescrições e dedicar-se criativamente a intervir na vida da comunidade em direção à melhoria de suas condições de vida” (Ibid., p.118).

No caso das gestantes “resistentes”, ao final da conversa, os trabalhadores já produziam outras falas relacionadas às dificuldades que estas enfrentavam e quais outras possibilidades da Atenção que poderiam ofertar além do teste rápido, cadastro e procedimentos do pré-natal. Começaram a refletir sobre como poderiam fazer contatos com as gestantes nas visitas domiciliares, quais outras informações teriam sobre a família e outros

relacionamentos da gestante, quais outras ofertas de cuidado poderiam fazer. Para essa construção traziam relatos também de outras situações e usuários que já tiveram contato. Assim, suas próprias experiências ajudavam na construção de uma nova estratégia para lidar com uma situação na qual aparentemente sentiam-se impotentes.

5.2.4 E Chega o Novo Médico!

Ao longo das primeiras reuniões ocorreram algumas mudanças na composição da equipe. O médico que havia feito o concurso finalmente assumiu sua função, a enfermeira que compunha anteriormente a equipe volta das férias que estava desde a Oficina que deu início a nossas atividades conjuntas. Na semana seguinte, a Coordenação de Atenção Básica toma a decisão de fazer uma troca definitiva entre a enfermeira que fazia parte da equipe e a que iniciou a reestruturação das rotinas de trabalho. A enfermeira que estava substituindo passa a compor definitivamente a equipe.

Tais mudanças causaram certo desconforto em ambas as equipes que, a princípio, concordaram com os remanejamentos em caráter temporário e sentiram-se traídas em função da tomada de decisões da Gestão. A equipe Horizonte Dourado usou o espaço da reunião para conversar sobre essa mudança logo após terem a informação. A maioria de seus integrantes referiu que aceitava bem a mudança, pois estavam incomodados com algumas atitudes que consideravam autoritárias e centralizadoras da enfermeira anterior, mas apontavam certo receio sobre mudanças que a nova enfermeira poderia implantar. Essas falas denotam a centralização da coordenação das atividades das equipes na figura do enfermeiro, sem que a equipe compartilhe e se responsabilize pela discussão e tomada de decisões sobre suas próprias ações em Saúde.

Em princípio percebemos que a entrada do médico na equipe não alterou muito a forma como produziam os procedimentos, pois a lógica do modelo médico hegemônico continuou a ser desenvolvida pela equipe mesmo na ausência deste e mesmo com o discurso contra-hegemônico assumido pelas equipes da ESF (SILVA JUNIOR, 2006). As condutas que referenciavam os usuários às consultas médicas continuaram sendo prescritas pela equipe mesmo que isso tenha significado desassistência, já que encaminhavam o usuário às outras unidades para consultas médicas, em geral Pronto Atendimento, que não resolviam os problemas de saúde. Os serviços dos outros profissionais eram ofertados a partir dos

procedimentos médicos ou em função deles e dessa maneira a equipe manteve sua prática, mesmo enquanto não havia o médico na equipe.

Outra adequação que a equipe desenvolveu no sentido hegemônico de suas práticas foi o empoderamento da enfermeira enquanto profissional de nível superior, portanto detentor do saber, que deveria assumir a responsabilidade pelas condutas enquanto o médico não estava. O profissional enfermeiro mantém o modelo médico hegemônico como instrumentador das práticas da equipe, demonstrando que não é a presença do médico, mas sim o modelo de organização da Atenção que determinam as práticas em Saúde.

Somam-se a isso ainda as práticas verticalizadas de gestão também próprias do modelo hegemônico e de cunho histórico que levaram, neste caso, à leitura da equipe sobre o modo como o profissional que assume a responsabilidade central no modelo médico hegemônico, seja ele o médico, enfermeira ou outro profissional da equipe, de lidar com a organização dos serviços de maneira autocrática, sem levar em conta os saberes dos diversos atores envolvidos.

5.2.5 Cena: Cadê a Intersetorialidade?

Durante as conversas sobre as rotinas da unidade surgiram discussões sobre a pouca governabilidade da equipe para resolver algumas situações que causariam impacto na qualidade da Atenção e que dependiam de outros setores como, por exemplo, as situações em que o usuário passa mal na unidade, e precisam encaminhá-lo ao Pronto Atendimento, mas não conseguem ambulância para fazê-lo, ou ainda casos de encaminhamentos para especialistas para os quais o usuário tem que aguardar, pois as filas são imensas.

Diante dessas discussões, em geral trabalhei com problematizações em lógicas diferentes, favorecendo discussões sobre o acolhimento resolutivo realizado, ou não, na unidade que gera a necessidade de encaminhamento para outros serviços, principalmente nos casos de emergência, onde a principal “justificativa” da equipe para ter tal conduta seria a ausência do profissional médico na Unidade, ou ainda que o número de consultas já tivesse sido superado. Percebi que a lógica de escuta e atendimento estava centrada na capacidade de atendimento médico, impedindo outros profissionais da equipe de perceberem as potencialidades de outros atendimentos.

Outra lógica utilizada para a mobilização das discussões foi a questão de formação de Redes para a Atenção em Saúde (BRASIL, 2010a), em que a equipe relata as dificuldades encontradas na comunicação com outros setores da própria Secretaria da Saúde, a maneira como se sentem desrespeitados em momentos onde necessitam de algum apoio e este só é considerado se demandado pela gestão, havendo uma desautorização da capacidade da equipe da Atenção Primária de ser a ordenadora da Atenção aos usuários, como, aliás, preconizam as políticas públicas (BRASIL, 2006; 2010; 2011).

Relatam ainda a desarticulação com outros serviços públicos e da sociedade civil, como Secretarias da Assistência Social e Educação, Conselho Tutelar e do Idoso e ainda igrejas e associações ligadas ao território. As falas da equipe são, a princípio, repletas de sentimentos de impotência e desmotivação frente a contatos já realizados, sem que houvesse o retorno esperado. Entretanto, deixam claro também que as relações sempre foram estabelecidas de maneira a esperar que o outro setor aceitasse o usuário em forma de encaminhamento, sem que houvesse o compartilhamento da Atenção. Do mesmo modo outros serviços realizam seus encaminhamentos a esta equipe.

Durante essas colocações e questionamentos da equipe, o intercessor encarnado propõe reflexões sobre estas práticas e principalmente sobre quais questões estariam na governabilidade desta equipe. A princípio ainda, a expectativa da equipe era de que o intercessor imediatamente desencadeasse contatos e trabalhasse na retomada da formação da rede. Contudo, me posicionei de maneira a refletir sobre a prática da equipe para participação na rede e, em seguida, quais ações a equipe poderia desenvolver que potencializariam o acionamento. Passamos pela discussão sobre os modos hegemônicos de “receber” o usuário e, para tal reflexão, lançamos mão de conceitos e dispositivos propostos pela Política Nacional de Humanização (PNH) (2010b). Tal reflexão vai desencadeando outras demandas, pois o que era “naturalizado” nos modos de fazer hegemônicos que a equipe desenvolvia até o momento começam a causar certo estranhamento ou a percepção de que “não é tão natural assim”.

5.2.6 Cena: O que pode a Atenção Primária?

Junto à reflexão sobre a intersetorialidade surgem questionamentos dos trabalhadores sobre a resolutividade dos casos na Atenção Primária, que os leva a um número de encaminhamentos a especialistas que supera a capacidade de atendimentos ofertados pelo

município e para, além disso, nessa discussão situa-se a retomada da potencialidade da equipe para resolutividade de casos com alta complexidade, como preconizado pela Política da Atenção Básica (2011).

A reflexão passa pelos questionamentos sobre: “o que pode a Atenção Primária?”, onde os trabalhadores se deparam com relatos de casos em que o encaminhamento do usuário para serviços especializados, conforme protocolos estabelecidos no modelo médico hegemônico, não foram resolvidos, desencadeando complicações na situação de saúde do usuário, bem como um processo de desacreditação por parte deste em relação ao que a equipe poderia desenvolver, culminando em fragilização do vínculo e desarticulação de ações no território.

Retomamos as diversas práticas que contemplam ‘baixa densidade e alta complexidade’ que podem ser desenvolvidas pela equipe, decorrendo em melhor acolhimento às demandas dos usuários no próprio território, com facilitação do acesso da equipe às informações sobre a Atenção ao usuário, fortalecimento do vínculo e melhora na credibilidade dos trabalhadores sobre sua produção e diminuição da frustração com as situações não resolvidas. Passaram a acreditar que “podiam muito”!

Ao longo dessas discussões, minha posição sempre foi de problematizar o modo como as relações foram estabelecidas, refletindo sobre o modelo que norteia as ações, os contatos e a Atenção produzida pela equipe, levando-os a partir de suas próprias falas e colocarem em questão suas ações no território e fora dele, desnaturalizando as situações que pareciam bastar para o cuidado que poderiam oferecer, até ‘um certo limite’.

A equipe começa a fazer um movimento de funcionamento de reuniões diferente e propõe que durante as reuniões quinzenais em que eu participava não havia o interesse de ficar discutindo recados e compromissos administrativos da equipe, mas que gostariam de “aproveitar” o momento para discutir casos e repensar a maneira como atender aos usuários. Naquele momento considerei que a equipe estabelecia uma relação de confiança e que havia compreendido a possibilidade de reconstrução de seus processos de produção do cuidado. Estava estabelecido o vínculo necessário à produção de saber-fazer na práxis conforme proposta pelo Dispositivo Intercessor.

5.2.7Cena: Acolhimento à Crise no Território – O Caso Marcos

Trouxeram em seguida o relato de um caso que mobilizou muito a equipe e evidenciou suas relações com outros serviços, principalmente a Saúde Mental, como relatamos a seguir.

No território da ESF havia um usuário que já era acompanhado pela equipe de Saúde Mental e medicado. Trata-se de um usuário jovem que doravante chamarei de Marcos, que reside com a avó e que há vários dias o ACS tem visitado a pedido de vizinhos que relatam que ele está agressivo e com comportamentos “estranhos”. Segundo relatos, teria enterrado um cachorro e que depois teria desenterrado e comido partes do mesmo. A Equipe fez contato com a equipe de Saúde Mental que recomendou que o paciente deveria ser levado até o serviço para que providenciassem sua internação.

Dessa maneira procedeu a ACS que o acompanhou até o Pronto Socorro Municipal por ser a única pessoa que ele aceitava companhia. Ao aguardarem liberação de vaga para internação, Marcos resolve sair e andar pela cidade em direção ao seu bairro e a ACS o acompanha à distância, pois neste momento não a quer também por perto. Preocupada com a segurança de Marcos, a ACS mantém contato telefônico com o profissional da equipe de saúde mental e vão traçando estratégias para a aproximação e acompanhamento até chegarem novamente ao território da ESF, onde usaram apoio da polícia para encaminhar Marcos novamente ao Pronto Socorro e brevemente ao Hospital para internação. No momento em que a polícia o abordou já contavam também com a presença do profissional da Saúde Mental que tentou o convencimento para a internação, em vão. No mesmo dia Marcos fugiu do hospital pulando o muro e dirigiu-se novamente a sua residência.

Na reunião em que me relataram esse caso, toda a equipe estava mobilizada e fragilizada. Tentaram, no primeiro momento, identificar os ‘culpados’ para que a internação de Marcos não tivesse dado certo, colocaram toda a preocupação com a integridade do usuário e atribuíam responsabilidades pela demora ao atendimento para os outros serviços, assim como colocavam que o acompanhamento todo deveria ter sido feito pela Saúde Mental que “sabe lidar com estes casos”.

A princípio me solidarizei com a equipe por estarem lidando com uma situação de crise inusitada para eles, pois em geral as crises no território são atendidas por serviços de emergência e pelos familiares. Em seguida, iniciei a discussão com a equipe perguntando por

que eles achavam que esse usuário precisava ser internado; por que achavam que os profissionais da saúde mental sabiam lidar com a situação, e depois refletimos sobre os momentos em que o usuário, mesmo com todo o comprometimento de sua crise, valorizou o vínculo que possui com a ACS em detrimento de qualquer outro profissional que dele se aproximasse.

Nesse momento não conseguimos refletir sobre outras possibilidades de cuidado que poderiam ser acionadas em casos como este, mas em outros momentos, outras reuniões, retomamos o exemplo para compor a reorganização das ações em Saúde Mental no Território, agora fazendo uma aproximação com a lógica da Atenção Psicossocial.

A crise que a equipe vivenciou não foi somente a crise psíquica do usuário, mas contemplou a crise de seus valores morais e culturais, afinal em outras culturas nem seria um absurdo alguém comer um cachorro. Isto evidenciou aos trabalhadores como estamos arraigados aos valores culturais e morais que nos compõem enquanto sujeitos e que ditam as ‘normas’ que devemos seguir enquanto cidadãos em sociedade e enquanto trabalhadores da Saúde.

Colocou em crise também o modo de produção de *subjetividade da saúde* vigente na equipe, por perceberem que as práticas em Saúde Mental, embora prescindam de uma organização, prescindem também do uso de uma imensa gama de tecnologias, principalmente as relacionais, que está à disposição dos profissionais de Saúde e que devem ser utilizadas de maneira criativa, de acordo com a singularidade do momento, de acordo com a construção possível naquele contexto, com aqueles sujeitos e naquele território vivo.

Logo em seguida, as equipes da ESF do município foram acionadas pela equipe de Saúde Mental para discutirem os casos em comum que fizessem uso de psicotrópicos, visando à reorganização dos serviços e à diminuição de prescrições, principalmente as realizadas em duplicidade. Então, a questão da relação da equipe com a Saúde Mental novamente surgiu em outra reunião.

A equipe deveria fazer um levantamento dos usuários que faziam uso de psicotrópicos, então questionam o uso desta lista e para que servirá se eles já sabem em cada microárea os usuários que fazem uso de psicotrópicos e outras tantas drogas que estão no território. Colocam a dificuldade de “dar conta” desses casos sem um apoio. Trago para a equipe informações sobre o que é preconizado para as equipes de CAPS no que diz respeito a apoio matricial (BRASIL, 2004) e como acontece em outras regiões do país, mas que é

necessário que haja uma construção conjunta, uma roda onde cada equipe conheça um pouco das potencialidades e dificuldades da outra.

Refletem sobre a importância de fazer o levantamento para se apropriarem melhor das informações e que poderiam encontrar pessoas que fazem uso de psicotrópicos que poderiam estar inseridos em outras atividades que dariam conta de seus conflitos e angústias. Começam a refletir sobre as possibilidades da Atenção à Saúde Mental no território na lógica da Atenção Psicossocial. A equipe refere que “quantos de nós não fazemos uso quando poderia ser diferente”. Uma ACS relata um caso de uma usuária de psicotrópicos que não conseguiu sua receita e medicamento e teve uma crise de abstinência, referindo-se à angústia de presenciar o sofrimento desses sujeitos. Fazem um importante questionamento como se fosse um eco que ressoou para todos, dizendo que “só o que dão é remédio”.

Começam a se aproximar da ideia de que Saúde Mental está presente na clínica ampliada, no cuidado integral e a identificar que os psicotrópicos podem não ser o maior problema em Saúde Mental naquele território, sentem-se à vontade para começarem a relatar casos de usuários de drogas que até então não tinham trazido.

5.2.8 Cena: Como fazer Saúde Mental no Território?

Uma ACS relata uma visita que fez a um adolescente usuário de drogas e que em seguida viabilizaram uma internação, mas no momento em que chegou à residência com o carro que iria conduzi-lo à internação a mãe não autorizou. Esse relato evidenciou à própria equipe que a Atenção em Saúde Mental a usuários de drogas é complexa, pois envolve diversas relações estabelecidas por este usuário, inclusive com o próprio traficante que é um ator no território que os trabalhadores da equipe também se relacionam enquanto integrantes da comunidade.

Neste encontro a equipe resolve que gostaria da presença de um representante da Saúde Mental na próxima reunião para conversarem sobre essas questões e eu sugiro que eles mesmos devem fazer o convite, como forma de iniciarem o exercício do estabelecimento de outras relações com a rede. Verbalizaram a expectativa de que o intercessor pudesse fazê-lo, ainda acreditando que pudessem precisar de intermediários para falar com especialistas. Considero que a equipe deu um importante passo ao perceber que as questões de Saúde Mental estão muito mais próximas de seu cotidiano do que pensavam até então. Quando

falamos no “CIAPS devolver os pacientes para Atenção Básica”, frase utilizada pelos trabalhadores para se referir a decisões tomadas pela equipe de Saúde Mental para que os usuários crônicos tivessem acompanhamento pela equipe da Atenção Primária, estamos falando de algo que já faz parte da Atenção que praticam e ninguém será devolvido para o lugar de onde nunca saiu, seu próprio território.

Assim procederam e a reunião com o representante da equipe de Saúde Mental aconteceu. A equipe coloca suas dificuldades para que os usuários sejam encaminhados e atendidos principalmente nos casos mais graves e o profissional da Saúde Mental faz um resgate dos fluxos de encaminhamentos e uma tentativa de esclarecer que a equipe da Atenção Primária é responsável pelo cuidado dos usuários, ofertando à equipe o apoio de uma aprimorada¹⁹ que desenvolvia trabalhos junto ao CAPS e que poderia estar presente às reuniões para discutir os casos que fossem necessários. Era o início de uma oferta de apoio!

Tal oferta causou tamanha estranheza à equipe que esta declarou aceitar a presença da aprimorada, mas que consideravam pouco diante do que precisavam, já que a mesma deixou claro que seu trabalho ali seria por um tempo limitado, pois seu aprimoramento estava no fim. Acabo por escutar todas as considerações da equipe sobre uma tentativa de aproximação com a Saúde Mental que consideraram estéril, pois não atendeu minimamente às suas expectativas de uma aproximação entre os serviços. Estar junto à equipe e vivenciar as frustrações como ‘mais um’ da equipe também foi experimentado pelo intercessor encarnado.

Por outro lado, aceitando a presença da aprimorada para discutir alguns casos, fizeram uso do espaço das reuniões quinzenalmente para esta finalidade, durante aproximadamente dois meses; fizeram também visitas conjuntas, o que deu mais segurança aos integrantes da equipe porque conseguiram viabilizar o agendamento de alguns usuários para consultas com psiquiatra para rever as medicações em uso. Considerei que, embora as ações tranquilizassem a equipe, elas desmobilizaram a reflexão sobre o modelo de Atenção em Saúde Mental que no momento anterior eles haviam colocado em questão, podendo agilizar os casos que consideravam mais graves no que diz respeito ao uso de medicação ou internação, mas não tiveram ainda a oportunidade de reorganizar o modelo de Atenção.

¹⁹ O Programa de Aprimoramento Profissional é desenvolvido em parceria do Município, DRS IX e UNESP, através da FUNDAÇÃO para a formação de profissionais para o SUS realizando a integração ensino-serviço. Conta anualmente com profissionais graduados, mas ainda em formação que desenvolvem diversas ações em Saúde Mental.

5.2.9 Cena: Jesus quer Cuidar dos Dentes!

As atividades junto à aprimoranda ocorreram concomitantes aos encontros de intercessão. Então, a equipe continuou a trazer também alguns casos para serem discutidos nos encontros comigo, mesmo havendo o entendimento que a lógica das discussões tinha outra ordem: a da reflexão sobre o processo de trabalho. Assim, em determinada reunião, o dentista que tem poucas participações nas reuniões, mais em função de sua exagerada timidez do que por não ter o que dizer, relata o caso de um usuário de aproximadamente 30 anos, apelidado de Jesus, que é usuário de drogas e apresenta relatos de desejo de se matar. A equipe se refere a ele como “surtado” e o dentista é quem relata que ele está tendo um bom contato, conversa e conta que está indo à igreja e quer se tratar. Relatou que faz uso somente de maconha e como usava para dormir o médico passou “calmante” e está usando a droga ilícita só quando fica nervoso.

O dentista demonstra interesse em discutir o caso enfatizando a necessidade de encaminhá-lo ao psicólogo e posteriormente ao psiquiatra, opinião esta compartilhada por outros membros da equipe que se manifestam. Ressalto a importância de um membro da equipe fazer vínculo, sendo mais importante do que pensar em encaminhar para psicólogo ou psiquiatra que talvez não faça o mesmo vínculo e que é interessante pensar em Redução de Danos e não em abstinência. A equipe concorda e com algumas brincadeiras coloca como é interessante o modo como este usuário comparece aos atendimentos agendados para o dentista pontualmente. Sugiro que a equipe faça contato com a aprimoranda para ela discutir o caso com o psicólogo de referência para atendimento a usuários de drogas na equipe de Saúde Mental, para que ele oriente o dentista sobre possíveis condutas, já que o usuário já está medicado. Potencializei a disponibilidade que o dentista e equipe estavam apresentando para o acolhimento deste usuário e retomamos a discussão sobre os encaminhamentos a serviços especializados.

Ao término de um período letivo, as atividades com a aprimoranda foram interrompidas e a equipe traz a preocupação de não ter efetivado o contato com integrantes da equipe de Saúde Mental e terem novamente o cuidado fragmentado. Minhas colocações para a equipe ocorrem no sentido de favorecer a iniciativa de que procurem restabelecer este contato e que precisam colocar a discussão na Roda.

5.2.10 Cena: PET ou “as ondas para surfar”!

Neste mesmo período identifiquei a possibilidade de parceria com a Universidade através de um edital do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, que propõe ações voltadas para a Atenção a usuários de crack, álcool e outras drogas. Foi elaborado um projeto inserido no Programa de Educação pelo Trabalho – PET Saúde/Saúde Mental - Crack, Álcool e Drogas, que tem por objetivo a aproximação entre a formação e os serviços de saúde, que em nosso caso específico atendia às necessidades provenientes desta equipe que trazia a falta de capacitação para lidar com as questões relacionadas a usuários de drogas.

A intercessão passa para um momento diferente do anterior, em que os encontros são pautados em instrumentos que facilitam a discussão dos casos através de narrativas e dos processos de trabalho, através da oferta de uma técnica para os trabalhadores da equipe se apropriarem de formas diferentes de abordar o usuário.

O Projeto PET consistia na parceria com a Universidade para a Tutoria que era feita por um docente, aos preceptores que eram três trabalhadores, que tinham alguma aproximação com Saúde Mental, para desenvolverem ações com equipes. Incluía também a participação de estagiários do Curso de Psicologia com o objetivo de fazer um mapeamento das potencialidades do território para a Atenção a usuários de drogas. Eu fazia parte desse projeto como preceptora e, diante da intercessão que estava em curso e das questões relacionadas a Atenção que a equipe trazia, ofertamos o espaço da intercessão para o desenvolvimento do projeto.

A intercessão nesse contexto consistia em conciliar as demandas que a equipe trazia relacionadas à Atenção a usuários de drogas com a discussão de seu processo de trabalho, colocando à disposição da equipe os recursos teóricos disponíveis através da proposta do PET. Consideramos que este foi um momento em que o movimento do Campo atuou como intercessor para as necessidades que os sujeitos da práxis traziam em relação à sua apropriação das questões relacionadas a álcool e drogas, e, portanto, Saúde Mental, e as propostas do cenário político nacional para acolhimento a usuários de drogas. Assim, fazendo referência a Deleuze (1992), consideramos que esta foi a ‘onda que surfamos’ através do Dispositivo Intercessor.

Desse modo, esse espaço consistia em momentos de problematização dos casos que os trabalhadores traziam e de momentos de educação em serviço, onde tinham contato com textos e material produzidos academicamente para discutirem e repensarem suas ações conjuntamente. A intercessão consistia em fazer a relação entre as narrativas, as questões levantadas e as discussões sobre o material de maneira que este fizesse sentido para a produção de novas formas de Atenção ao usuário de drogas construídas a partir do cotidiano de trabalho da equipe e por ela mesma. Assim, desenvolvemos a produção de saber-fazer na práxis, pelos sujeitos da práxis, para a práxis.

Surgiram questões sobre a dificuldade que os usuários tinham para cessar o uso das drogas. O intercessor encarnado questionava porque eles pensavam que o usuário tinha que cessar o uso da droga. Fizemos um processo de reflexão sobre a origem desta ‘prescrição’ e questionei a equipe sobre quais outras possibilidades eles conheciam para essa abordagem. A partir das discussões, alguns integrantes da equipe mencionam que já ouviram falar em redução de danos, mas não sabiam ao certo o que era e questionam se poderíamos nos aprofundar nessa discussão com a ajuda do intercessor encarnado. Isto sugeriu que poderíamos trabalhar com a apropriação do conceito de Redução de Danos e para tanto buscamos – o intercessor encarnado e a equipe – material que falasse sobre essa lógica de tratamento.

A equipe percebe que a lógica já era utilizada por eles e que poderia ser utilizada também para a Atenção a outros usuários acometidos de outras problemáticas em Saúde Coletiva como, por exemplo, o hipertenso. Desconstruímos a ideia de que o único tratamento possível para o uso de drogas era a abstinência definitiva e perceberam que poderiam fazer várias abordagens voltadas para a Atenção à Saúde e qualidade de vida dos usuários de drogas que não passavam exclusivamente pelo tratamento e abstinência ao uso das drogas.

Esta concepção os fez questionar as internações como forma de tratamento para o usuário de drogas e quiseram discutir sobre isso. Utilizei, como intercessor encarnado, o mesmo dispositivo, onde os trabalhadores trouxeram relatos de pessoas que foram internadas, conseguiram ficar abstinentes e reconstruir aspectos de sua vida que haviam sido degradados pelo uso das drogas, mas também trouxeram inúmeros relatos de usuários que fugiram das internações, alguns que saíram e recaíram, outros que nunca aceitaram a internação, outros ainda que foram internados compulsoriamente e que ao retornarem encontraram as mesmas condições familiares e sociais.

Em seguida utilizamos textos, também buscados conjuntamente, que ofertavam outras possibilidades de tratamento, fazendo a relação entre seus relatos e outras possibilidades que teriam para os sujeitos, desmistificando o prévio conhecimento sobre a internação como única forma possível e disponível para a Atenção ao usuário de drogas e colocando-se disponível para refletirem sobre outras ações para a Atenção.

Uma das Agentes Comunitárias relata o caso de um adolescente que fazia uso abusivo de drogas e que a mãe solicitava constantemente a internação. Relata que efetuou várias visitas à residência dessa família e nestas ocasiões encontrava o adolescente deitado no fundo do quintal. Utilizamos como dispositivo a proposição de reflexões sobre o conhecimento próprio dos trabalhadores até que eles mesmos questionem sua prática atual, tentem fundamentá-la para compreender o processo hegemônico de determinação da produção de seu processo de trabalho e, posteriormente, sintam-se impelido a construir novo conhecimento sobre aquela prática.

Ressaltamos a busca conjunta de produções sobre esta prática para potencializar o envolvimento do sujeito na construção de seu conhecimento que deverá ocorrer para cada um em seu tempo, baseado nos conhecimentos previamente constituídos e na sua possibilidade subjetiva de abrir brechas para produção do novo. Assim, cada sujeito da práxis constitui um momento específico de conhecimento sobre sua prática e sobre a prática de seu grupo.

Foi de fundamental importância a lógica da Atenção Psicossocial na formação precedente do intercessor encarnado para que pudesse estar nessas discussões sem fomentar as opiniões que preconizavam tratamentos hegemônicos e sem, no entanto, direcionar ou ensinar como deviam agir.

Os encontros aqui relatados percorreram o ano de 2011 e, ao final, a equipe e em especial os ACS referiram que se sentiam menos impotentes diante das ações necessárias ao acolhimento a usuários em Saúde Mental. Também conseguiram fazer diversos contatos com a equipe de Saúde Mental para solicitar os atendimentos que considerassem necessários aos usuários de seu território.

5.2.11 Cena: Avaliação Externa – Como Estamos?

Reiniciamos as reuniões no ano de 2012 e a equipe vivencia com o intercessor encarnado uma nova situação, além das discussões já realizadas anteriormente. Agora a

equipe terá que realizar uma reavaliação de seu processo de trabalho com vistas às exigências de um programa do Ministério da Saúde chamado PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica.

O programa consiste em um processo de desenvolvimento, avaliação e monitoramento dos aspectos que garantam e facilitem o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

A equipe tem como atribuição revisitar um instrumento de avaliação que foi utilizado em 2012, chamado QualiAB, identificar suas fragilidades e realizar um planejamento para saná-las. A intercessora é incluída pela equipe nesse processo, o que considera parte importante do processo de intercessão já que desta forma irá refletir com a equipe sobre seu processo de produção da Atenção em Saúde.

A própria equipe identificou três fragilidades em que foram mal pontuados na referida avaliação e em seguida fizemos uma discussão sobre as estratégias e ações que poderiam desenvolver para saná-los. A primeira fragilidade foi o baixo índice de coletas de exames preventivos de câncer de colo uterino que a equipe ampliou para ações relacionadas à Saúde da Mulher; a segunda foi relacionada aos processos educativos em saúde e a terceira relacionou-se ao reordenamento no agendamento de consultas que resulta diretamente na forma de acolhimento da equipe às demandas cotidianas.

Com a participação de todos os integrantes, a equipe elencou as ações que considerava importantes, quem as realizaria, o que precisavam para realizá-las e como iriam medir os resultados. Considero que este processo, assim como os anteriores, foi facilitado pela presença do intercessor, porque as discussões puderam ser problematizadas no sentido de que as ações não dessem conta somente de um indicador, mas que o processo de produção da Atenção se desse na lógica da escuta qualificada e da resolutividade das ações.

Ao mesmo tempo a intercessão ocorre em relação à gestão que, em contato permanente com o intercessor, demanda posicionamento para reorganizar suas relações com as equipes a partir das experiências de intercessão realizadas. Nessas ocasiões também me coloco no sentido de questionar e problematizar o favorecimento da construção de espaços coletivos de decisão, favorecendo a interlocução entre gestor e equipes.

Este processo culminou com a vinda de avaliadores externos conveniados com o Ministério da Saúde que tinham um instrumento específico de avaliação. Realizaram visitas às equipes cadastradas, inclusive à equipe de que tratamos aqui e o resultado específico de cada

equipe ainda não foi divulgado. O município já obteve informação de que foi contemplado com uma porcentagem da avaliação maior do que o índice inicial, o que significa que serão transferidos recursos relacionados ao PMAQ em valor superior do que o recebido até o momento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Redes de Atenção à Saúde*. Portaria N. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010 Brasília: 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

COSTA-ROSA, A. *Operadores Fundamentais da Atenção Psicossocial: Contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. Assis, 2011. Tese (Livre Docência) – UNESP, Assis, 2011.

_____. Comunicação pessoal, 2012

DELEUZE, G. *Conversações*. Tradução: Peter Pal Pelbart. São Paulo: Editora 34, 1992.

FRANCO, T. MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2007.

GARCIA, A. S; ANDRADE, M. C; MENEZES, M. P. Um Ensaio de Transdisciplinaridade entre a loucura, o trabalho e a saúde. *Revista de Psicologia da UNESP*, 2012, Assis, v. 12, n. 2.

LACAN, J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

MARX, K. *Formações Econômicas Pré-capitalistas*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos Tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.

QUINET, Antônio. *As 4+1 condições da análise*. 10 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

CONCLUSÃO
CONHECIMENTO A PARTIR
DA INTERCESSÃO PESQUISA

CONCLUSÃO

Realizar a intercessão enquanto trabalhador de saúde constitui-se em desafio especial, porque como dizemos em outros contextos “estamos trocando a roda com o carro andando” e assim se deu este processo à medida que minha inserção na Universidade proporciona que eu resignifique meus conhecimentos enquanto que a intercessão ocorre.

Busquei conhecimentos para contextualizar o que chamamos de DIMPC (Dispositivo Intercessor como Modo de Produção de Conhecimento), mas essencialmente para que pudesse realizar a intercessão fazendo o reposicionamento necessário do lugar em que me encontrava anteriormente como trabalhador.

Neste texto procurei compor esses conhecimentos em grupos que denominamos Capítulos, mas pela preciosa indicação de meu orientador eles se constituem em textos independentes e interdependentes – artigos – que se complementam no todo do trabalho, porém foram também compostos em momentos diferentes e não necessariamente na ordem em que se apresentam.

Indico ainda que a intercessão proporcionou-me que desvelasse os temas sobre os quais deveria me debruçar para analisar e compor os textos, porque era assim que fazia sentido, só preciso utilizar o que faz sentido à intercessão.

Desse modo, perceberão que surge durante o relato da intercessão com bastante ênfase a Atenção em Saúde Mental, daí a relação, inclusive no título deste trabalho, com a Estratégia da Atenção Psicossocial que cito em diversos momentos, por se tratar da ética que permeia minha formação como trabalhador do Campo da Saúde e como intercessor, sendo assim o principal norteador, fio condutor e lógica para todo esse processo, assim como um dos analisadores de minha produção.

Utilizei para a composição deste trabalho que serve à lógica da produção do momento DIMPC, três principais eixos que estão presentes na análise realizada nas cenas da intercessão-pesquisa, a saber:

- Modos de produção da Atenção pelos sujeitos da práxis, onde contextualizamos o modo de produção capitalista, os aspectos históricos da Atenção Primária e da Saúde Mental; os modelos tecnoassistenciais em curso nas práticas no Campo da Saúde, fazendo uma relação de como as práticas presentes no cotidiano da equipe estão relacionadas, em um processo de atravessamento por estes diversos fatores de composição deste Campo.

- Relação de produção estabelecida entre a Saúde Coletiva através da Atenção Primária e a Saúde Mental, onde procuramos encontrar nas políticas públicas e nas práticas deste Campo, os aspectos que são próximos e até mesmo os que se sobrepõem, visando apontar a potencialização da apropriação da Saúde Mental no território na lógica da Atenção Psicossocial pelas equipes da Atenção Primária.

- Modos de produção do intercessor. Este eixo está presente em todo o trabalho como forma de delineamento das bases conceituais do DI, bem como sua prática através da análise das Cenas vivenciadas pelo intercessor encarnado, onde procuramos apontar os momentos de reposicionamento, de apoio, de escuta, e principalmente de cumplicidade por vivenciar em ato as situações junto à equipe e por estar vinculado como trabalhador do Campo com as peculiaridades do DI. Ao mesmo tempo, o desafio da produção no DIMPC acompanhou todo este processo e está aqui em parte. Outra parte está presente na formação e constituição do intercessor.

O modo como opera o intercessor, tendo em vista a peculiaridade do processo de intercessão em que estou inserida a partir do lugar de trabalhadora da Saúde e não somente como um intercessor enviado pela Universidade que faria uma proposta de intercessão a um coletivo, faz com que esta produção do momento DIMPC seja vivenciada com uma afetação diferente, como um processo de produção subjetiva do intercessor.

É preciso ainda apontar que tal processo abre possibilidades para a discussão sobre propostas de compartilhamento de responsabilidades entre equipe e gestão e também espaço pra realizar a crítica a este processo, que ainda ocorreu sem a presença do usuário. Entretanto, essas discussões só poderão avançar à medida que a intercessão continue enquanto processo dialógico entre os atores envolvidos, sendo que estas situações deverão ser avaliadas também no contexto político em que se encontra o Campo.

Apontar a apropriação do conhecimento sobre os modos de fazer propostos para a Atenção Primária à Saúde que a equipe ainda não havia tido contato, é papel fundamental deste trabalho, pois a partir de sua composição pudemos perceber que espaços de construção coletiva precisam ser priorizados no cotidiano das equipes no Campo da Saúde como forma de mudança do modelo de Atenção à Saúde, proporcionando avanço, tendo em vista que a utilização do DI pode ser um importante dispositivo de reorganização dos processos de trabalho das equipes, de seu empoderamento no processo de construção das RAS e na reorganização de nosso modelo de Atenção à Saúde Mental.

Fazemos uma aposta na Estratégia da Atenção Psicossocial como principal tecnologia a ser efetivada no território pela Atenção Primária, como política pública de Saúde, tendo em vista a constante necessidade de superação de práticas que surgiram como substitutivas e se efetivaram como tal, como é o caso do CAPS, mas que durante sua consolidação estiveram sujeitas às influências dos modelos hegemônicos de produção em Saúde, sendo necessária uma reorganização das práticas e das estruturas.

Esta reorganização encontra neste momento solo fecundo através dos movimentos de constituição das Redes de Atenção Psicossocial que estão na agenda governamental, e dessa forma, convidam a sociedade como um todo a participar deste processo que poderá trazer grande avanço aos movimentos instituintes em Saúde Mental em nosso país.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (Capítulo IV, itens 1 a 3 da Resolução 196/96 – Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: Dispositivo Intercessor como operador da produção de conhecimento na Saúde Coletiva**”, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Andreia Sanches Garcia**, RG nº 19.629.360-1.

Este termo deverá ser elaborado em duas vias. Depois de lido, rubricado e assinado, uma via ficará em seu poder e a outra via em poder do pesquisador responsável.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Campus de Assis. Qualquer dúvida quanto aos aspectos éticos poderão ser esclarecidas no telefone (18) 3302-5607 ou pelo e-mail cep@assis.unesp.br, ou diretamente com o pesquisador no telefone (18) 9706-8134 ou e-mail andrea.sanches2@yahoo.com.br.

I. A Pesquisa:

Esta pesquisa tem por objetivo principal delinear a prática da Intercessão na Saúde Coletiva, bem como desenvolver o Dispositivo Intercessor como Modo de Produção do Conhecimento (DIMPC), contribuindo para a formação de Intercessores no campo da saúde.

Por objetivos específicos pretende:

- compreender e analisar os processos de subjetivação presentes nas relações da equipe de Saúde da Família, tendo em vista a atenção à Saúde Mental na Saúde Coletiva.
- analisar como equipe se apropria do lugar de sujeito do processo de produção do cuidado a partir da criação de espaços mediados pelo Intercessor;
- delinear a prática do Intercessor em Equipe de Saúde da Família, buscando a ampliação do uso do conhecimento desenvolvido por esta área do saber.

II. Procedimentos

Os Procedimentos desta pesquisa envolvem a análise do diário de campo que foi elaborado a partir de minhas observações e reflexões realizadas nas reuniões de equipe da qual você faz parte e que eu participei enquanto trabalhadora da saúde no período de 2010 e 2011.

O diário de campo é um instrumento de uso cotidiano de profissionais que contém anotações que dizem respeito a reflexões do intercessor a partir das vivências no campo da intercessão, questionamentos sobre os modos de produção operantes, sobre as relações estabelecidas entre os integrantes da equipe, sobre as ações desencadeadas frente a determinados impasses, sobre o modo de organização dos serviços e principalmente sobre suas próprias ações em determinados momentos dos encontros com os trabalhadores.

As citações não são de falas literais, mas de fatos e situações vivenciadas por toda a equipe inclusive a pesquisadora, que na ocasião desenvolvia apenas o trabalho junto à equipe sem ainda estar realizando pesquisa.

A análise se dará pela pesquisadora a partir dos conhecimentos acumulados em sua trajetória profissional como trabalhadora da saúde e seus estudos na Pós-Graduação.

III. Riscos/Desconfortos e Benefícios

Poderão ocorrer desconfortos de sua parte após tomar conhecimento dos resultados da pesquisa por se tratar de análise de fatos e situações que fazem parte do cotidiano de seu trabalho e seu envolvimento com o mesmo, entretanto a pesquisadora está se comprometendo a realizar as discussões, esclarecimentos e continência às situações que você considerar desagradáveis através de encontros com sua equipe que já fazem parte do seu trabalho e individuais se você considerar necessário, na própria unidade de saúde em que trabalha.

Os Benefícios desta pesquisa serão revertidos para a Saúde Coletiva através de subsídios para a formação de outros Intercessores e para seu trabalho através das análises sobre como sua equipe se relaciona com o trabalho conforme colocado nos objetivos.

IV. Liberdade/Garantias

Você possui total liberdade para recusar-se a participar desta pesquisa ou de retirar o seu consentimento, a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo para seu trabalho ou relações futuras estabelecidas com o pesquisador que faz parte de seu meio de trabalho.

V. Sigilo/Anonimato

Garantimos o sigilo das informações que surgiram durante a realização das atividades do intercessor-trabalhador junto à sua equipe e o seu anonimato. Respeitamos a sua privacidade, mantendo em segredo as suas informações pessoais no decorrer da pesquisa e após a conclusão da mesma, bem como os dados que possam identificar sua equipe ou local de trabalho.

VI. Despesas/Indenização

Esta pesquisa não resultará em despesas ou ônus para você. No caso de eventual despesas ou dano, a pesquisadora assumirá a responsabilidade e/ou indenização.

VII. Publicação

Informamos que o resultado final da pesquisa poderá ser publicado em revistas da área, colaborando assim, na construção do conhecimento teórico-científico para a formação de outros intercessores e para o entendimento deste processo na Saúde Coletiva.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, RG: _____, abaixo assinado, concordo em participar, como sujeito, da pesquisa “ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: Dispositivo Intercessor como operador da produção de conhecimento na Saúde Coletiva”. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Andréia Sanches Garcia sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido, ainda, que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Declaro, ainda, que:

() concordo

() não concordo

com a publicação dos resultados desta pesquisa, ciente da garantia quanto ao sigilo das minhas informações pessoais e ao meu anonimato.

Local e data _____, ____ de _____ de _____.

Assinatura

Eu, Andreia Sanches Garcia, pesquisadora responsável pelo estudo, obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito para a participação na pesquisa.

Andreia Sanches Garcia
RG. 19.629.360-1