

**PAULA CARVALHO LAUER**

**Apoio no SUS: potências e desafios na  
efetivação das Redes de Atenção à Saúde**

**ASSIS**

**2018**

**PAULA CARVALHO LAUER**

**Apoio no SUS: potências e desafios na  
efetivação das Redes de Atenção à Saúde**

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

Orientador: Silvio Yasui

**ASSIS**

**2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

L372a Lauer, Paula Carvalho  
Apoio no SUS: potências e desafios na efetivação das Redes de Atenção à Saúde / Paula Carvalho Lauer. Assis, 2018  
86 p.

Dissertação de Mestrado – Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis.  
Orientador: Dr. Silvio Yasui

1. Atenção primária à saúde. 2. Promoção da saúde. 3. Apoio matricial. 4. Apoio institucional. I. Título.

CDD 614.0981

**CERTIFICADO DE APROVAÇÃO**

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: Apoio no SUS: potências e desafios na efetivação das Redes de Atenção à Saúde

**AUTORA: PAULA CARVALHO LAUER**

**ORIENTADOR: SILVIO YASUI**

Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em PSICOLOGIA, área: PSICOLOGIA E SOCIEDADE pela Comissão Examinadora:

Prof. Dr. SILVIO YASUI  
Depto. de Psicologia Social e Educacional / UNESP/Assis

  
Prof. Dra. LIAMAR APARECIDA DOS SANTOS  
Depto. de Psicologia Clínica / UNESP/Assis

  
Prof. Dr. RICARDO SPARAPAN PENA  
UFF / Volta Redonda - RJ

Assis, 03 de agosto de 2018

## **Dedicatória**

*Às trabalhadoras e aos  
trabalhadores do SUS que  
fazem de seu cotidiano de  
trabalho, um espaço de luta  
por uma sociedade mais justa  
e igualitária.*

## **Agradecimentos**

Ao Silvio Yasui, meu orientador, pela parceria de longa data, pela paciência com meus processos lentos e pela aposta nesse trabalho.

À banca, Cristina Amélia Luzio, Ricardo Sparapan Pena e Liamar dos Santos, pela generosidade em compartilhar seus conhecimentos de forma tão generosa e afetiva.

À minha família, sempre próxima, disponível e acolhedora, avós/ôs, mãe, pai, Regina Célia, irmãs/os, cunhada, sobrinho, tias/os, primas/os e suas/seus filhas/os.

À equipe do Programa de Pós Graduação em Psicologia da UNESP-Assis, por ter criado as condições necessárias para a produção deste trabalho, em especial, ao Silvio Yasui, Beth Lima, Abílio Costa-Rosa, Laura Basoli, Ruth Piveta, Márcia Tozzi, Mayara Freire, Carol Heguedush, Marcos D'Andrea, Auro Sakuraba e Vânia Favato.

Às equipes da SMS, dos NASF I e II, dos CAPS II e i, das seis UBS, das treze ESF e do Polo Academia da Saúde de Assis, incluindo aprimorandas/os e estagiárias/os, com quem compartilho esse processo cotidiano de aprendizagem e de construção do SUS.

Às minhas parceiras de gestão, Tânia Tanus e Luciana Gomes, pela amizade e pelo apoio indispensáveis para que este trabalho pudesse ser realizado.

Às/aos minhas/meus companheiras/os de apoio, Silvio Yasui, Denise Pacheco, Pedro Ivo, Sônia Romeiro, Paula Fiochi, Vinícius Miranda e Andreia Sanches.

Às/aos minhas/meus queridas/os amigas/os, sem as/os quais a vida é nada, Elisa Carvalho, Pedro, Carla e Luana Yahn, Fernando Zanetti e Luna, Zezé e Mônica Silva e suas famílias, Tiago Melo e família, Ruy, Priscila Miraz e Igor, Amarilda e Sinthia Silvestre, Joana Paula, Vinícius de Melo, Juliana Cavalcante, Iara Morena, Cristina Vendramel, Fabiana Fabosi, Ricardo Abussafy, Marcelo Naputano, João Renato, Dos Anjos, Camila Delchiaro, Gabriela Andrade, Adriana Batistella e família, Soninha e Vinícius. Especialmente, às/aos da minha equipe de apoio, sem as/os quais este trabalho não teria chegado ao fim, Ana Maria Carvalho, Keicy Reis, Bianca Bianchi, Mariana Carvalho, Guilherme Carvalho, Laura, Maria Rita e sua querida família Barcelos.

Aos coletivos por onde andei e com quem compartilho sonhos e construo realidades mais afetivas e democráticas, Escolinha da Concha Acústica, Escola Estadual João Mendes Jr, equipe de natação da Ferroviária, UNESP-Assis, Círculo do Amor, CIRCUS, turmas do Aprimoramento e da Especialização, PIRASSIS, Galpão Cultural, Zimbauê, Bloco Saci Tá Manco, Escola de Samba Unidos da Vila Operária, equipes da UBS de Salto Grande, CAPS de Cândido Mota (2015 e atual), UBS e Setor Social de Platina, NEPER-H Assis, Núcleo de Assistência Social do CRP-SP e Casa de Acolhida, CREAS e CRAS de Assis.

*[...] quando tomei posse da vontade de escrever, vi-me de repente num vácuo. E nesse vácuo não havia quem pudesse me ajudar. Eu tinha que eu mesma me erguer de um nada, tinha eu mesma que me entender, eu mesma inventar por assim dizer a minha verdade. Comecei, e nem sequer era pelo começo. Os papéis se juntavam um ao outro - o sentido se contradizia, o desespero de não poder era um obstáculo a mais para realmente não poder [...]. Uma coisa eu já adivinhava: era preciso tentar escrever sempre, não esperar um momento melhor porque este simplesmente não vinha. Escrever sempre me foi difícil [...]*

(Clarice Lispector, A Descoberta do Mundo)

**LAUER, P. C. Apoio no SUS: potências e desafios na efetivação das Redes de Atenção à Saúde.** 2018. 80 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2018.

## RESUMO

A seguinte dissertação apresenta um trabalho cartográfico, elaborado a partir de minhas experiências de trabalho como apoiadora no SUS. Em 2015, iniciei um trabalho como psicóloga no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo esse o cenário que me convidou a retornar à academia e a sistematizar parte do conhecimento produzido nesse cotidiano de trabalho. Objetiva-se aqui tecer uma reflexão acerca do papel do apoio para a efetivação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), bem como para o fortalecimento do SUS, considerando a Atenção Primária (AP) como centro ordenador dessas redes. Através do relato das experiências vivenciadas neste contexto, o texto visa produzir análises desse cenário, exemplificado em casos-guia construídos a partir de situações do cotidiano de trabalho no NASF, embasando-as na legislação do SUS, em materiais didáticos produzidos pelo Ministério da Saúde e em textos balizadores das discussões teóricas acerca da função apoio e suas implicações no cenário da saúde pública. Nesse sentido, o texto discute o apoio matricial como metodologia de trabalho do NASF e sua interface com o apoio institucional enquanto possibilidade de transformação do modelo de gestão e de cuidado. Essas reflexões apontam como uma das potências da função apoio, a troca dos saberes entre as equipes, possibilitando a construção compartilhada de novos modos de produzir saúde. Observa-se ainda, que a aproximação de novas/os trabalhadoras/es, lançando novos olhares sobre os processos de trabalho, motiva e fortalece as equipes para o desenvolvimento de ações menos verticalizadas, mais compartilhadas, integrais e humanizadas. Outra potência verificada relaciona-se ao fato do apoio possibilitar à equipe o reconhecimento de que a mesma já desenvolve ações assertivas permitindo que essas/es trabalhadoras/es se apropriem dos saberes/fazeres contidos em suas próprias práticas. Muitos desafios estão postos no trabalho de apoio junto à AP, como a necessidade de ampliação das equipes de NASF, bem como da cobertura de AP local. No sentido de concretizar um apoio que favoreça a democratização das relações de gestão e de cuidado, se faz necessário também o incremento da formação de trabalhadoras/es do NASF de forma permanente e sistematizada.

Palavras Chaves: redes de atenção à saúde; atenção primária; promoção de saúde, apoio matricial; apoio institucional



**LAUER, P. C. Support in SUS: powers and challenges in the implementation of Health Care Networks.** 2018. 80 f. Dissertation (Master). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2018.

#### ABSTRACT

The following dissertation presents a cartographic work, elaborated from my work experiences as a supporter in SUS (Unique Health System – the Brazilian public health care). In 2015, I have started working as a psychologist at the Family Health Support Center (NASF), being this the scenario that invited me to return to the academy and systematize some of the knowledge produced in this daily work. The objective here is to reflect about the role of support for the implementation of Health Care Networks (RAS), as well as for the strengthening of the SUS, considering Primary Health Care (AP) as the coordinating center of these networks. Through the report of the experiences lived in this context, the text aims to produce analyzes of this scenario, exemplified in guide cases constructed from situations of daily work in the NASF, based on SUS's legislation, in didactic materials produced by the Ministry of Health and in texts that support the theoretical discussions about the support function and its implications in the public health scenario. In this sense, the text discusses the matrix support as NASF's work methodology and its interface with the institutional support as a transformation possibility of the management and care model. These reflections point out the exchange of knowledge between teams as one of the strengths of the support function, enabling the shared construction on new ways to produce health. It is also observed that the approach of new workers, bringing new views on the working processes, motivates and strengthens the teams for the development of less verticalized, more shared, integrals and humanized actions. Another verified strength relates to the fact that the support allows the team to recognize that they already develop assertive actions, allowing these workers to appropriate the knowledges / actions contained in their own practices. Many challenges lie in AP support work, such as the need to expand NASF's teams as well as local AP coverage. In order to concretize a support that favors the democratization of management and care relations, it is also necessary to increase the training of NASF's workers in a permanent and systematized basis.

**Key words:** health care networks; primary attention; health promotion, matrix support; institutional support

## SUMÁRIO

<b>PRÓLOGO</b>	11
“O rio não quer chegar, mas ficar largo e profundo.” (Guimarães Rosa)	
<b>INTRODUÇÃO</b>	12
“Em cada escada / a caminhada / a pé, de caminhão” (Marisa Monte)	
<b>CAPITULO 1</b>	
<b>Modos de produção de saúde e transição paradigmática</b>	28
<b>CAPITULO 2</b>	
<b>Promoção de Saúde, Humanização e Apoio: estratégias de fortalecimento do SUS a partir da Atenção Básica</b>	32
Promoção de Saúde e a nova Política Nacional de Atenção Básica	32
Política Nacional de Humanização e suas ferramentas	34
O apoio como estratégia para a mudança do modelo de cuidado	37
<b>CAPITULO 3</b>	
<b>A construção de casos guia e o exercício de reflexão acerca dos processos de trabalho</b>	45
Caso I	46
O cuidado médico-centrado, a lógica do especialismo e o reducionismo da complexidade da vida	48
Caso II	53
Humanização na Atenção Básica, a Clínica Ampliada como possibilidade de produção de cuidado integral e territorializado	55
Caso III	60
A indissociabilidade entre clínica e gestão, a cogestão e o fortalecimento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos	62
Caso IV	66
A discussão de casos e o compartilhamento de práticas exitosas como estratégias de apoio para a reorganização do processo de trabalho e para a ampliação do cuidado na Atenção Básica	67
<b>(IN) CONCLUSÕES</b>	
<b>Apoio como estratégia de mudança do modelo de cuidado: algumas potências e desafios</b>	73
Apoio como estratégia de resistência em tempos de desmanche do SUS	79
<b>REFERÊNCIAS</b>	82

**PRÓLOGO – “O rio não quer chegar, mas ficar largo e profundo.” (Guimarães Rosa)**

Exatamente como o rio de Guimarães Rosa, essa dissertação não pretende chegar a lugar algum, não pretende alcançar metas, antes o contrário, trata-se, sobretudo, do reconhecimento de um estado permanente de construção/desconstrução de mim mesma, do meu trabalho, do mundo.

Aqui, pesquisadora e apoiadora no SUS misturam-se, fundem-se, e já não são duas, mas apenas uma que se reinventa a cada encontro nessa caminhada de construção das políticas públicas sociais. Há assim, uma indiferenciação, uma equivalência entre os objetivos do meu trabalho no cotidiano do SUS e os objetivos dessa pesquisa.

Nesse sentido, enquanto uma pesquisa-intervenção, trata-se aqui de uma “(...) investigação participativa que busca a interferência coletiva na produção de micropolíticas de transformação social.” (AGUIAR; ROCHA, 2007, p. 650).

Outra questão que gostaria de pontuar nesse breve prólogo é que, por ser a expressão de meu trabalho cotidiano e das reflexões que fui, coletivamente, tecendo a partir dele, essa dissertação está escrita praticamente toda em primeira pessoa. Entretanto, no Capítulo 3, no qual apresento casos guia e reflexões acerca do cotidiano de apoio junto à equipe NASF, optei por utilizar a terceira pessoa. Isso porque, imagino que esse capítulo possa ser destacado da dissertação, a fim de ser utilizado por outros atores do SUS interessados em compartilhar experiências.

Espero, com isso, que esse texto (assim como o rio) possa proporcionar encontros potentes, capazes de estreitar laços afetivos, de aprofundar reflexões e, sobretudo, capazes de nos fortalecer enquanto movimento de resistência frente ao cenário atual de desmanche das políticas públicas sociais.

## INTRODUÇÃO – “Em cada escada/ a caminhada/ a pé, de caminhão” (Marisa Monte)

Em fevereiro de 1997, aos 17 anos, matriculei-me no curso de graduação em Letras na Universidade de São Paulo. A ideia fixa de estudar algo que me ajudasse a compreender melhor as relações sociais e a construir estratégias de enfrentamento da opressão do capital sobre o ser humano e de combate à desigualdade social impediu-me de concluir o curso. À época, os caminhos das Letras me pareciam demasiadamente longos para chegar às almeçadas transformações sociais. Na Páscoa, voltei pra casa, pro interior, com um misto de alívio e frustração.

Em maio, um amigo, estudante de Psicologia, convidou-me para um evento na praça da igreja matriz: era Ruy de Souza Dias, apresentando-me à Luta Antimanicomial. Passei o resto daquele ano entre os estudos pré-vestibulares, as angústias que geralmente envolvem as escolhas profissionais e as imagens dos ‘parangolés’<sup>1</sup> do Ruyzão agitando e colorindo a cidade. No ano seguinte, iniciava minha graduação em Psicologia na Universidade Estadual Paulista, em Assis, perpetuando a escolha profissional de meu pai, minha mãe e minha madrinha (mesmo que isso, naqueles tempos, me gerasse imenso desconforto).

Durante minha formação descobri que carregava uma ‘caixa de ferramentas’<sup>2</sup> na qual armazenamos os saberes que vamos construindo ao longo da vida e que, arranjados em infinitas combinações, colaboram para a produção de saúde de um modo singular e integral, como por exemplo, o acolhimento, a escuta qualificada, o investimento nos vínculos afetivos, a valorização dos diversos saberes, o reconhecimento da igualdade e da diferença que compõe cada ser humano. Entendi que essa caixa de ferramentas me acompanhava em minha caminhada desde sempre e não era composta apenas pelos conhecimentos científicos que adquiri formalmente e, desde então, venho conhecendo,

---

<sup>1</sup> Parangolé: obra de arte concebida por Hélio Oiticica em 1964 e definida por ele como “estruturas que propõem um não-teatro, um não-ritual, um não-objeto-arte, um não-mito: o seu tempo é o das ações desregradas, ora previsíveis, ora improvisadas, da invenção e da surpresa. São dispositivos que desencadeiam experiências exemplares com o objetivo de violar o estar dos participantes como indivíduos no mundo, transformando-lhes os comportamentos em coletivos”. (AGL, p. 71 APUD FAVARETTO, C. **A invenção de Hélio Oiticica**. 2. ed. rev. São Paulo: Edusp FAPESP, 2000. p. 107) Segundo o crítico Favaretto, “o inconformismo social compôs-se como inconformismo estético, na experiência da marginalidade. A partir dessa marginalidade, Oiticica formula uma ‘posição crítica universal permanente’.(Ibid p. 116). Djeine Dalla Corte a considera [...] indissociável da experimentação, com que interfere na vanguarda brasileira, enquanto nela encontra condições para desenvolver os projetos coletivos, implícitos na proposta Parangolé”. (Disponível em: <<http://baudasartes-art.blogspot.com/2008/03/>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

<sup>2</sup> A ideia de “caixa de ferramentas” é inspirada em reflexões de Emerson Merhy. (BRASIL, 2005, p. 35)

construindo e agregando ferramentas que me possibilitem tecer uma prática profissional implicada com a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Esse foi o norte que guiou minha caminhada em direção ao trabalho junto às políticas públicas sociais. Iniciei como estagiária em um Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CAPS + Ambulatório de Saúde Mental), época em que me foi apresentada uma tal “transição paradigmática”, sobre a qual falaremos mais a frente, no Capítulo 1. Os incômodos pautados nas supervisões de estágio e nas reuniões de equipe deixavam claro que havia uma tensão institucional causada pelo embate entre dois processos distintos de produção na atenção ao sofrimento psíquico: o “Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador” (PPHM) e o “Paradigma Psicossocial” (PPS).

No PPHM, o objeto definido é a doença, o sintoma, o conflito; [...]. Os meios são os medicamentos, utilizados, via de regra, como resposta a priori. [...]. A relação dos “meios” com o “objeto” é de objetivação, objetificação. [...]. Alguns dos efeitos produtivos do PPHM visíveis são: exclusão, clausura, medicalização, tamponamento, alienação, normalização, adaptação [...]

No Paradigma Psicossocial o objeto pode ser definido como “o sujeito em sua ‘existência-sofrimento’” (ROTELLI et al., 1990); mas é também [...] um sujeito do significante, um indivíduo com inconsciente, encarado nas mais diversas figuras “sintomáticas”. [...] o sujeito é, portanto, também a emergência de sentido novo [...]. Os meios de ação no PPS são múltiplos e variáveis conforme a situação, e conjugam-se em articulações interprofissionais integradas [...]. A relação dos “meios” com o “objeto” é subjetivante e singularizante. (Costa-Rosa, 2000). (COSTA-ROSA, 2013, p. 80-81)

Em seguida, em 2003/2004, como aprimoranda do *Programa de Aprimoramento Profissional da Secretaria de Estado da Saúde em Saúde Mental e Saúde Pública*, atuando em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), minha estreia na Atenção Básica (AB), outros saberes e modos de produzir saúde me atravessaram. A experiência de estar em um serviço que está inserido no mesmo território onde habitavam as diversas pessoas que buscam respostas aos seus distintos sofrimentos, diferentemente da experiência de estar em um serviço especializado, encantou-me e ampliou imensamente minha capacidade de ouvir, respeitar, admirar e aprender com a diversidade. Como bem disse Emerson Mehry: “[...] quando a gente gosta da diferença do outro, ao invés da gente produzir sofrimento, a gente produz mais vida [...], todo mundo tem uma vida que vale a pena!”<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Depoimento de Emersom Mehry, no Círculo de Cultura, no Hotel da Loucura, sede da Universidade Popular de Arte, no Instituto Nise da Silveira. Publicado em setembro de 2012. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=M0u4bCHZZAc>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

Neste ponto de atenção (AB), as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. [...] As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida. [...] Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. (BRASIL, 2013a, p.19)

Encerrado o aprimoramento profissional, voltei a trabalhar, em 2005, como psicóloga, em outro CAPS, em um município de cerca de 30 mil habitantes e, com alguns conhecimentos acumulados e com uma equipe bem articulada, fizemos daquele serviço, um espaço de construção de novos saberes/fazeres em saúde mental, um potente ponto de encontro e, de lá, circulávamos pela cidade, jogávamos bola com uns moleques na quadra da vila, cantávamos num coral num salão de uma igreja, frequentávamos uma sala de aula de uma escola vizinha, transformávamos nossa garagem em salão de beleza. E assim, íamos produzindo cuidado em saúde, ao mesmo tempo em que vivíamos a vida.

Nessa mesma época, em abril de 2005, iniciei o *Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde*, pela Escola Nacional de Saúde Pública “Sérgio Arouca” – ENSP/FIOCRUZ. Esse curso, composto por unidades de aprendizagem a serem trabalhadas por facilitadoras/es<sup>4</sup> em seus locais de trabalho, propunha a identificação de problemas relacionados aos processos de trabalho, bem como, a elaboração de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS).

Escolhi como instituição para desenvolver esse trabalho em EPS, a Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental - PIRASSIS, fundada em 2002, pelo grupo de usuárias/os, estagiárias/os e trabalhadoras/es do CAPS, do qual eu faço parte. Desenvolvi esse trabalho de apoio à associação junto com demais parceiras/os da CIRCUS – Circuito de Interação de Redes Sociais, uma organização social de interesse público (OSCIPI), constituída por ex-estudantes da Psicologia da UNESP-Assis.

Nesse momento, a EPS apresentou-se para mim como uma importante ferramenta para a problematização das práticas cotidianas, para a potencialização da transição paradigmática, do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) para o “Paradigma Psicossocial” (PPS), uma vez que a EPS propõe a

---

<sup>4</sup> Visando contribuir para o uso de uma linguagem que reconheça e promova a igualdade de direitos entre homens e mulheres, neste texto serão adotadas as orientações contidas no "Manual para uso não sexista da linguagem". Rio Grande do Sul, Governo do Estado, Secretaria de Comunicação e Inclusão Digital, 2014. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3034366/mod\\_resource/content/1/Manual%20para%20uso%20n%C3%A3o%20sexista%20da%20linguagem.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3034366/mod_resource/content/1/Manual%20para%20uso%20n%C3%A3o%20sexista%20da%20linguagem.pdf)>. Acesso em: 02 mar. 2018.

articulação de espaços de formação em serviço, a partir da aprendizagem significativa, ou seja, partindo da reflexão acerca do que já se faz, possibilitando a construção/sistematização de novos saberes/fazer para produção de cuidado em saúde pelas diversas personagens envolvidas nesses processos.

O mundo do trabalho é uma escola e nós somos aprendizes e produtores dessa escola, isso é chave na ideia de Educação Permanente. [...] A Educação Permanente é essa prática sistemática no mundo do trabalho, em que a mobilidade, que é gerada pelo nosso próprio ato de trabalhar, é uma escola para nós, é o nosso campo de formação. [...] A Educação Permanente é a prática sistemática de aprendizagem, nossa e dos coletivos a que a gente pertence, com nosso próprio fazer no cotidiano do trabalho, com nossa capacidade criativa que a gente tem de ir inventando o cotidiano, de enfrentar a imobilidade como um incômodo, com essa potência que a gente tira da imobilidade que aparentemente era morte. [...] Quando a gente percebe como a gente é móvel no mundo do trabalho, a gente começa a ver como os outros também são móveis, a gente começa a ver que onde a gente achava que havia morte, tem muita vida. [...] E aí, parece que a gente muda o olho da gente, a gente passa a ter um outro regime de visibilidade. (MEHRY, 2014)

Entre 2007 e 2013, voltei a trabalhar na Atenção Básica de Saúde, em uma unidade mista, composta por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), em um município de três mil habitantes. Além de articular ações de saúde mental no território, a partir de rodas de conversa com trabalhadoras/es, foi possível desenvolver um trabalho de construção de espaço coletivo para reflexão acerca do cotidiano do serviço e de empoderamento da equipe acerca das ações de saúde mental que já desenvolviam, embora o discurso fosse de que, na ausência de profissional de psicologia, não havia oferta de ações dessa natureza.

Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica. (BRASIL, 2003, p. 3)

No início, acostumada a reuniões de equipe semanais, discussões de casos, construções coletivas de projetos terapêuticos singulares e com o compartilhamento das responsabilidades por toda a equipe no CAPS, angustiei-me ao me deparar com duas equipes de Atenção Básica, uma da UBS e outra da ESF, trabalhando no mesmo espaço físico, praticamente sem conversar sobre o trabalho comum que desenvolviam diariamente, com exceção das fervorosas conversas de corredor.

Na tentativa de compreender a organização daquele processo de trabalho, fui questionando a equipe sobre quais ações de Saúde Mental eram desenvolvidas no serviço e, tanto as/os trabalhadoras/es, como a gestão, foram unânimes em dizer que não

desenvolviam nenhuma ação dessa natureza, embora, posteriormente, a própria equipe tenha podido reconhecer que já ‘faziam’ Saúde Mental na Atenção Básica, mesmo sem saber exatamente do que se tratava.

Assim, desenvolvemos inicialmente um trabalho de matriciamento em Saúde Mental, junto à equipe da ESF (porque essa equipe estava mais disposta a reunir-se, em especial, porque sabia que discutir o processo de trabalho era uma ação prevista na ESF), a partir da discussão de casos do cotidiano do serviço, do estudo coletivo de materiais diversos sobre Saúde Mental, Atenção Básica e afins e do compartilhamento dos múltiplos saberes que cada pessoa da equipe trazia consigo.

A instituição desse espaço de conversa, mesmo que ainda informal, possibilitou à gestão a compreensão acerca da importância da existência de espaços coletivos de discussão no espaço de trabalho. Antes disso, a gestão municipal era radicalmente contra a realização de reuniões de equipe, por temerem as críticas vindas de trabalhadoras/es e por imaginarem que, reunidos, os conflitos tenderiam a aumentar. Como não foi exatamente isso que se deu, a gestão concordou em ampliar essa roda de conversa com a ESF, instituindo assim uma reunião de equipe semanal com a participação das duas equipes, ESF e UBS.

[...] é importante lembrar que reunião de equipe não é um espaço apenas para que uma pessoa da equipe distribua tarefas às outras. Reunião é um espaço de diálogo e é preciso que haja um clima em que todos tenham direito à voz e à opinião. Como vivemos numa sociedade em que os espaços do cotidiano são muito autoritários, é comum que uns estejam acostumados a mandar e outros a calar e obedecer. Criar um clima fraterno de troca de opiniões (inclusive críticas), associado à objetividade nas reuniões, exige um aprendizado de todas as partes e é a primeira tarefa de qualquer equipe. (BRASIL, 2009, p.55)

Paulatinamente, a equipe foi compreendendo a dimensão dos cuidados abarcados pela Atenção Básica de Saúde e pôde ir responsabilizando-se também por ações de saúde mental no território, antes limitadas basicamente à medicalização e/ou aos encaminhamentos às especialidades, mas compostas também por inúmeros acolhimentos que eram feitos cotidianamente, em especial, pelas agentes comunitárias de saúde, durante as visitas domiciliares em suas áreas de abrangência.

As ações de saúde mental foram sendo reorganizadas e integradas às ações cotidianas do serviço, de modo que, além dos tradicionais atendimentos e orientações psicológicas, desenvolvíamos ações grupais e territorializadas, como uma oficina de artesanato no Centro de Convivência do Idoso e as rodas de conversa com adolescentes



na escola; ações interdisciplinares, como um grupo de gestantes e um grupo de acolhimento e orientação a hipertensos e diabéticos no sindicato local.

Estabelecemos parceria com o *Núcleo de Estágio em Atenção Psicossocial na Saúde Coletiva* do Curso de Psicologia da UNESP Assis, através da qual conseguimos desenvolver ações de cuidado das pessoas com sofrimento psíquico intenso, antes só atendidas pelo CAPS de referência, há 40 km da cidade, que geralmente solicitava internações psiquiátricas para todas as crises.

Na tentativa de compreender a amplitude do conceito de integralidade proposto como um dos princípios fundamentais do SUS e de concretizá-lo em nossa prática, em seus diversos contextos, fomos articulando as ações do serviço de saúde, tanto com a rede de serviços locais, quanto com outros coletivos.

O termo 'integral' e 'integralidade' aparecem em diferentes contextos, com variações em seu sentido e operacionalização: a) a integralidade como princípio ético-político [...]; b) a integralidade como [...] princípio que requer práticas interdisciplinares; c) a integralidade como princípio de reconhecimento das necessidades específicas dos diferentes grupos [...]; d) a integralidade como princípio integrador de práticas preventivas e assistenciais de diferentes níveis de complexidade [...]; e) a integralidade como princípio orientador da organização e do processo de trabalho; f) a integralidade como princípio integrador de políticas, [...] intimamente associada à intersetorialidade. (VASCONCELOS, 2009, p. 2-3)

Nesse sentido, além das articulações locais, como a participação na reunião mensal da rede intersetorial e dos conselhos municipais, compúnhamos espaços regionais, como o Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial, o Núcleo Regional de Educação Permanente e Humanização (NEPER-H), o Centro Integrado de Educação Permanente e Humanização Microrregional (CIEP-H) e o Fórum Regional de Saúde Mental.

Após seis anos e meio de trabalho e, razoavelmente, satisfeita com o trabalho desenvolvido junto ao Departamento de Saúde de Platina, resolvi aceitar o cargo de psicóloga junto à prefeitura de Assis, município de médio porte, onde talvez pudesse ampliar meu trabalho. Iniciei na Secretaria Municipal de Assistência Social, mas em meados de 2015, cerca de um ano e meio depois de ser chamada para compor a equipe técnica do serviço de acolhimento institucional para crianças e adolescentes, fui colocada à disposição, após participar ativamente da Conferência Municipal de Assistência Social, contrariando as práticas autoritárias e centralizadoras da gestão local.

Nesse momento, fui acolhida pela Secretaria Municipal de Saúde que me ofereceu para compor a equipe do CAPS II, e foi assim que, treze anos após concluir minha formação, voltei a trabalhar no mesmo CAPS, onde estagiei e fiz aprimoramento profissional, mas compor a equipe desse CAPS, agora como trabalhadora, não seria tarefa simples.

Àquela época, o núcleo de estágio que compúnhamos era extremamente ativo, militante e crítico e tínhamos muita dificuldade de compor com a equipe, entre outras razões, porque não compartilhávamos dos desafios de não institucionalizar as práticas de cuidado ao longo do tempo. Para nós, que frequentávamos a instituição uma ou duas vezes por semana, era fácil manter a potência e a capacidade de inventar novos fazeres a cada dia, para a equipe, que trabalhava de 30 a 40 horas semanais, esse processo instituinte era, por vezes, impossível. Desconstruir essa imagem de radicalidade, mantendo a capacidade de problematizar o processo de trabalho, construir modos de cuidado pautados nos princípios da Atenção Psicossocial e desenvolver ações que potencializassem a articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constituíram um importante desafio para minha prática profissional.

Reiniciei retomando a articulação junto à PIRASSIS, com sede no CAPS II, a fim de potencializar as ações de geração de trabalho e renda, de ampliação da circulação social e de fortalecimento de vínculos; ofereci-me para compor uma dupla com a psiquiatra que já realizava visitas domiciliares semanalmente a usuárias/os e familiares; iniciei uma oficina de culinária às sextas à tarde, período que me foi disponibilizado por ser um horário em que o serviço costuma estar esvaziado; retomamos as ações relacionadas ao apoio matricial junto às equipes de Atenção Básica.

Utilizando as reuniões de equipe semanais como espaço para reflexão e re/organização do processo de trabalho e também como espaço de formação, entre apontamentos, questionamentos, identificação de brechas institucionais, reconhecimento de parceiras/os e articulações paralelas a esse espaço coletivo, algumas ações de ampliação da capacidade de cuidado do CAPS e de coordenação da articulação da RAPS local, começaram a ser esboçadas pela equipe:

- Retomada das reuniões mensais entre as equipes do CAPS, Ambulatório de Saúde Mental e psicólogos das Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Desenvolvimento de oficinas sobre Saúde Mental na Atenção Básica, incluindo, além do coletivo do item acima, mais uma/um profissional de cada UBS e mais duas/dois de cada ESF;

- Articulação de reunião com o setor da Educação para discussão dos “casos de saúde mental” nas escolas e planejamento de ações territorializadas conjuntas;
- Participação de parte da equipe do Ambulatório de Saúde Mental na reunião semanal do CAPS, possibilitando a pactuação da corresponsabilização pelas ações de cuidado em álcool e outras drogas, culminando na organização de uma Oficina de Horta para atender essa demanda específica;
- Retomada da elaboração e reavaliação dos projetos terapêuticos singulares dos usuáries/os do CAPS nas reuniões de equipe;
- Ampliação da oferta de ações de matriciamento junto às equipes da Atenção Básica;
- Ampliação da equipe do NASF, com inclusão da psiquiatra do CAPS.

Como membro mais recente da equipe do CAPS, retornando cheia de energia renovada, me sentia convocada a apoiar a equipe que estava visivelmente estafada com o trabalho cotidiano, mas essa “convocação” me inquietava. Se a ideia do apoio matricial é ampliar a capacidade de cuidado das equipes, a partir do compartilhamento de um núcleo de saber, faria sentido apoiar uma equipe que teoricamente detém o mesmo saber especializado que eu? Ou então, se a ideia é apoiar a reflexão acerca dos processos de trabalho, característica do apoio institucional, como tomar distância para compreender as questões institucionais, estando dentro dela? Questões acerca das institucionalidades que foram se dissolvendo conforme fomos trabalhando em equipe, refletindo coletivamente acerca do nosso cotidiano de trabalho e podendo problematizar e desnaturalizar algumas práticas asilares que persistiam em nosso modo de produzir cuidado.

[...] entendemos que a operacionalização dessa função (apoio) permite o aparecimento de faces diversas no exercício do apoio em ato, com alternância dessas faces, em diferentes intensidades, mas de maneira não excludente. Ou seja, o que queremos dizer é que a operacionalização do apoio matricial não exclui a operacionalização do apoio institucional ou do apoio à gestão... Se um dispositivo opera no sentido da implementação da função apoio matricial, por exemplo, outras faces podem ser mobilizadas, em conjunto e simultaneamente, em diferentes intensidades ou ênfases, e vice-versa. (MOURA; LUZIO, 2014, p. 959)

Nesse momento, compreendi que fazer apoio independe do lugar institucional que ocupamos, é possível exercer a função apoio, trabalhando nas brechas institucionais, exercendo o papel que qualquer trabalhadora/or da saúde pública, comprometida/o com a efetivação do SUS, deveria exercer: problematizar as práticas

instituídas no cotidiano do serviço, a fim de criar sistematicamente novos modos de produzir saúde, pautados pelos princípios da Atenção Psicossocial.

No final de 2015, fui convidada pela gestão para compor também a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), junto com uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma médica psiquiatra e uma psicóloga aprimoranda. Sem equipe completa e com carga horária reduzida (fazíamos 90h das 200h necessárias para apoiar até nove equipes), organizamos nosso processo de trabalho contemplando uma reunião de equipe semanal e nos dividimos em duplas para iniciarmos os encontros mensais com as doze equipes de Saúde da Família.

Essa realidade é complexa e aponta que a AB precisa avançar na definição de formatos organizativos e de dinâmicas de funcionamento mais efetivos. Isso inclui o adensamento de tecnologias do cuidado, a ampliação das ações e a articulação de profissionais e especialidades que possam apoiar, matricialmente, as equipes de AB no cuidado à população nos territórios. [...] Na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população na atenção básica, o Ministério da Saúde, a partir de experiências municipais e de debates nacionais, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs), por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. (BRASIL, 2014, p. 15-16)

Com a inclusão da psiquiatra no NASF, a mesma com quem compunha uma dupla para desenvolver ações de matriciamento via CAPS, fomos tocando essas duas atividades de apoio que hora se divergiam, ora se misturavam. Misturavam-se por serem desenvolvidas pelos mesmos profissionais, por terem em comum a natureza de apoiar a AB para ampliar sua capacidade resolutiva. Divergiam-se porque o apoio matricial, via CAPS, era desenvolvido sempre a partir de uma encomenda específica e pontual da equipe que o solicitava, culminado quase sempre em uma discussão de caso e na elaboração conjunta de um projeto terapêutico singular, enquanto que no apoio, via NASF, o foco central das discussões acaba sendo sempre o processo de trabalho, o que ele produz e como ele impacta na qualidade de vida da população daquele determinado território, mesmo que a demanda inicial de apoio fosse também pontual.

A necessidade de compreender e discutir essas relações entre os diferentes modos de fazer apoio, o desejo de identificar suas potências e desafios e de contribuir para o aprimoramento da prática do apoio enquanto uma importante ferramenta para o fortalecimento do SUS, começavam a me inquietar. No Capítulo 2, abordaremos mais detalhadamente essas questões acerca do apoio, tentando compreender as correlações entre apoio matricial e apoio institucional.

Paralelo a esse trabalho, desde a conclusão da formação em EPS, venho experimentando diversas práticas profissionais enquanto facilitadora. Destaco aqui duas dessas experiências, uma concluída em 2015 e outra em meados de 2017. Na primeira, trabalhei como orientadora pedagógica no *Curso de Fortalecimento da Função Apoio no Núcleo Regional de Educação Permanente e Humanização* (NEPER-H) do Colegiado Intergestores Regional de Assis (CIR-Assis). Na segunda, como apoiadora do *Curso de Articulação da Rede de Atenção Psicossocial* do Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente (DRS XI).

A convite do Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente (DRS XI), junto com demais trabalhadoras/es da saúde com experiência em EPS, elaboramos e executamos uma proposta de capacitação para profissionais da Atenção Básica e da Saúde Mental, com o objetivo de potencializar a articulação da RAPS daquela região de saúde.

A proposta pactuada consistiu em cinco oficinas mensais, entre as quais, apenas a primeira foi previamente estruturada e as demais foram sendo construídas a partir do que o grupo identificou enquanto necessidade de formação. A primeira oficina propôs a construção de um mapa do território, identificando os serviços de saúde nos quais as/os participantes estavam inseridas e os demais pontos de articulação da rede de saúde e da rede intersetorial. A cada oficina foi proposta uma atividade de dispersão, tarefa a ser executada durante o mês no cotidiano dos serviços em conjunto com as/os demais trabalhadoras/es das equipes, sempre no sentido de constituir espaços coletivos de discussão no processo de trabalho. As demais oficinas giraram basicamente em torno dos temas de redes, co-gestão/co-responsabilização, educação permanente/educação continuada, clínica ampliada/projeto terapêutico singular.

Embora esse trabalho de apoio tenha sido encomendado/solicitado, supostamente a partir do levantamento participativo da demanda de formação de trabalhadoras/es daquela região, por meio dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), o primeiro desafio que apareceu foi o estranhamento delas/es com relação à metodologia participativa proposta para a execução desse trabalho de apoio à articulação da RAPS.

Essa região de saúde, composta por pequenos municípios de Atenção Básica, possui pouquíssimos equipamentos previstos na RAPS, além das UBS e ESF. Segundo as/os trabalhadoras/es, isso se dá porque as/os gestoras/es municipais não estariam sensibilizadas/os para a importância de articulação das ações de Atenção Psicossocial.

Historicamente, essa foi uma região que teve muitos hospitais psiquiátricos e que, recentemente, vêm sendo fechados graças aos avanços da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Esse cenário soa às/aos profissionais como desassistência, chegando a referirem que se sentiam traídos pelo Estado que “fechou os hospitais psiquiátricos e não colocou nada no lugar”. E agora vem a gente, “apoiadora/es da RAPS”, lhes dizer que essa rede não se limita aos seus pontos de atenção, mas que consiste numa lógica de articulação do trabalho e, assim sendo, trabalhadoras/es ganham bastante autonomia para re/organizarem seus processos de trabalho, independentemente da gestão estar mais ou menos sensibilizada para que essa articulação ocorra.

Diante da angústia de não saber como conduzir as intercorrências e as crises psiquiátricas, que antes eram todas internadas, da falta de vagas para internação psiquiátrica e da ausência de serviços substitutivos, essas/es profissionais esperavam que esse “curso” lhes ensinasse o que fazer nessas situações, chegando a dizer, “nós queremos uma receita de bolo para lidar com o usuário em crise”. Esse vem sendo um grande desafio para apoiar a articulação da RAPS, construir espaços de discussão que favoreçam a participação e que estimulem o desenvolvimento do pensamento crítico das/os trabalhadoras/es sobre seus processos de trabalho e sobre a realidade dos territórios que referenciam, que envolva a todas/os nos exercícios cotidianos de planejar e monitor as ações de saúde executadas, enfim, espaços que colaborem para a compreensão de que o modo de fazer gestão reflete no modo de produzir saúde.

As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sociofamiliar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros. (BRASIL, 2013, p. 6).

Após a conclusão das oficinas, cada município construiu um plano de ação para dar sustentabilidade ao processo de articulação de suas RAPS e, em seguida, esses planos foram apresentados e pactuados nas respectivas CIR. Em sua maioria, as ações previstas estavam relacionadas à manutenção e fortalecimento dos espaços coletivos de discussão dos processos de trabalho, como as reuniões de equipe e as reuniões entre os serviços das redes intersetoriais, alguns destes iniciados a partir das atividades de dispersão propostas nesse processo de formação. Mais do que garantir a ampliação de

componentes da RAPS, como acreditava ser sua principal demanda, o grupo apostou nas tecnologias relacionais, nas rodas de conversa, nos grupos de estudo, nas construções coletivas de projetos terapêuticos singulares, nas articulações intersetoriais, para ampliar sua capacidade de promover saúde mental em seus territórios.

Atualmente, permaneço na equipe do NASF, que está sendo ampliada e que vem apoiando também as seis UBS, além das 12 ESF e do Polo Academia da Saúde. Nesse momento, também estou iniciando uma experiência de gestão compartilhada na coordenação do Departamento Municipal de Saúde Mental.

Esse é o cenário que me convida a retornar à academia, a fim de refletir acerca de minha prática profissional, do papel do apoio para a efetivação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), compreendendo a Atenção Básica como centro ordenador dessas redes. Os desafios e as potências postas no desenvolvimento da função apoio constituem assim, o objeto dessa pesquisa.

Neste sentido, essa pesquisa visa sistematizar e socializar os conhecimentos construídos a partir das experiências de trabalho nela compartilhadas, contribuindo para o desenvolvimento da capacidade das/os trabalhadoras/es de apropriar-se de saberes/fazerem que cercam seus cotidianos de trabalho nos serviços públicos de saúde, favorecendo sua implicação nesse processo de construção e efetivação da política pública de saúde, por meio de uma prática permeada pela reflexão acerca dos processos de trabalho que consolidam cotidianamente nos serviços onde estão inseridas/os.

De forma mais específica, objetiva-se refletir acerca das experiências de “apoio”, aqui socializadas, a fim de identificar suas potencialidades e seus desafios enquanto uma estratégia que se propõe a ampliar a capacidade das equipes de AB de desenvolver ações mais resolutivas e de produzir um cuidado de saúde mais integral e territorializado, com foco na promoção de saúde.

Para tanto, escolher um caminho metodológico para a elaboração do presente estudo coloca-se como imenso desafio para quem deixou a academia há cerca de quinze anos. A enorme dificuldade em me concentrar no exercício de sistematizar o conhecimento produzido no dia a dia desses anos de trabalho, certamente tem a ver com a forma com que os processos de trabalho tendem a cindir o saber, do fazer.

Assim sendo, reapropriar-me do saber/fazer que produzimos coletivamente no trabalho, sistematizar esse saber/fazer de forma a poder compartilhá-lo mais amplamente, registrar experiências de práticas contra-hegemônicas produzidas dentro do SUS, evidenciando a capacidade de gestão das/os profissionais, tem se tornado cada

vez mais indispensável frente ao atual cenário político de estrangulamento, tanto das políticas públicas sociais, como das/os próprias/os trabalhadoras/es pela cooptação dos direitos trabalhistas.

Nesse sentido, Barros e Passos (2015, p. 18) apostam justamente nessa relação saber-fazer para a construção de um caminho metodológico, no qual “o ponto de apoio é a experiência entendida como um saber-fazer, isto é, um saber que vem, que emerge do fazer. Tal primado da experiência direciona o trabalho da pesquisa do saber-fazer ao fazer-saber, do saber na experiência à experiência do saber”.

Então, operar na ponta como apoio, com as ferramentas de EP, apostando no olhar para as pequenas revoluções cotidianas, transformando esse trabalho cotidiano em material para discussão de processos de trabalho, nos aponta para a autonomia das/os trabalhadoras/es para fazer a gestão do seu cotidiano de trabalho, como uma estratégia de resistência, através de intervenções micropolíticas.

Assim, o presente trabalho propõe um estudo caracterizado como uma pesquisa-intervenção, no qual, segundo as ideias de Lourau, a análise proposta pelo pesquisador se faz sem distanciamento, já que está mergulhada na experiência coletiva em que tudo e todos estão implicados. “O importante para o investigador não é, essencialmente, o objeto que "ele mesmo se dá" [...], mas sim tudo o que lhe é dado por sua posição nas relações sociais, na rede institucional” (LOURAU, 2004, p. 85).

A intervenção como método indica o trabalho da análise das implicações coletivas, sempre locais e concretas. A análise das implicações de todos que integram um campo de intervenção permite acessar, nas instituições, os processos de institucionalização. [...]. A análise é, então, o trabalho de quebra dessas formas instituídas para dar expressão ao processo de institucionalização. [...]. Intervir, então, é fazer esse mergulho no plano implicacional em que as posições de quem conhece e do que é conhecido, de quem analisa e do que é analisado se dissolvem na dinâmica de propagação das forças instituintes característica dos processos de institucionalização.[...]. O observador está sempre implicado no campo de observação, e a intervenção modifica o objeto (Princípio de Heisenberg). No campo, a intervenção não se dá em um único sentido. É essa ampliação dos sentidos da intervenção que vai aumentando quando se considera agora uma dinâmica transductiva a partir da qual as existências se atualizam, as instituições se organizam e as formas de resistência se impõem contra os regimes de assujeitamento e as paralisias sintomáticas. (BARROS E PASSOS, 2015, p. 19-21-26)

Tomar como objeto de estudo a própria prática de trabalho, impõe-me, enquanto pesquisadora, certa condição de sujeito que cotidianamente constrói e reconstrói minhas práticas e minha própria condição profissional e pessoal. Assim, construir uma cartografia acerca de minha experiência profissional, parece fazer algum sentido



metodológico, uma vez que pressupõe uma orientação do trabalho de pesquisadora que não se faz de modo prescritivo, por regras já prontas, nem com objetivos previamente estabelecidos.

Assim como na prática cotidiana de produzir saúde, parece pertinente atentar para a indissociabilidade entre os modos de fazer gestão e os modos de produzir cuidado, também para a escolha metodológica parece pertinente adotar um método que não dissocie a construção de conhecimento, da construção do fazer cotidiano. Nesse sentido, o método cartográfico parece atentar-se a isso:

O desafio é o de realizar uma reversão do sentido tradicional de método – não mais um caminhar para alcançar metas prefixadas (metá-hódos), mas o primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas. A reversão, então, afirma um hódos-metá. A diretriz cartográfica se faz por pistas que orientam o percurso da pesquisa sempre considerando os efeitos do processo de pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados. Das pistas do método cartográfico queremos, neste texto, discutir a inseparabilidade entre conhecer e fazer, entre pesquisar e intervir: toda pesquisa é intervenção. (BARROS E PASSOS, 2015, p. 17)

Outra questão que parece pertinente para a adoção dessa metodologia de pesquisa, é a compreensão do fazer saúde pública, como um fazer essencialmente político, comprometido com a transformação dos condicionantes sociais que constituem a produção do processo saúde-doença.

Defender que toda pesquisa é intervenção exige do cartógrafo um mergulho no plano da experiência, lá onde conhecer e fazer se tornam inseparáveis, impedindo qualquer pretensão à neutralidade ou mesmo suposição de um sujeito e de um objeto cognoscentes prévios à relação que os liga. Lançados num plano implicacional, os termos da relação de produção de conhecimento, mais do que articulados, aí se constituem. Conhecer é, portanto, fazer, criar uma realidade de si e do mundo, o que tem consequências políticas. Quando já não nos contentamos com a mera representação do objeto, quando apostamos que todo conhecimento é uma transformação da realidade, o processo de pesquisar ganha uma complexidade que nos obriga a forçar os limites de nossos procedimentos metodológicos. O método, assim, reverte seu sentido, dando primado ao caminho que vai sendo traçado sem determinações ou prescrições de antemão dadas. Restam sempre pistas metodológicas e a direção ético-política que avalia os efeitos da experiência (do conhecer, do pesquisar, do clinicar, etc.) para daí extrair os desvios necessários ao processo de criação. Tal processo se dá por uma dinâmica de propagação da força potencial que certos fragmentos da realidade trazem consigo. Propagar é ampliar a força desses germens potenciais numa desestabilização do padrão. Nesse sentido, conhecer a realidade é acompanhar seu processo de constituição, o que não pode se realizar sem uma imersão no plano da experiência. Conhecer o caminho de constituição de dado objeto equivale a caminhar com esse objeto, constituir esse próprio caminho, constituir-se no caminho. Esse é o caminho da pesquisa-intervenção. (BARROS E PASSOS, 2015, p. 31)

Assim, para elaboração desse trabalho cartográfico, pretende-se trilhar o seguinte caminho: sistematizar e compartilhar as experiências de trabalho vividas, refletir sobre a função apoio a partir da análise dessas experiências e do que as políticas públicas propõem para o desenvolvimento da função apoio, buscando identificar possíveis potências e desafios do apoio enquanto ferramenta para a qualificação do trabalho no SUS.

Nesta perspectiva, a cartografia é adotada enquanto um modo de mapear a realidade, de acompanhar processos de produção, de possibilitar o acompanhamento de movimentos e intensidades dos sujeitos que compõem a complexa produção de cuidados em saúde.

Para tanto, nessa Introdução, compartilho minhas inquietações e reflexões acerca das vivências enquanto “apoiadora do SUS”, sistematizando-as em breves relatos de experiências de apoio, como na UBS/EFS de Platina/SP; enquanto facilitadora no curso de articulação da RAPS, junto aos municípios do DRS-XI; enquanto membro do CAPS desenvolvendo apoio matricial junto às equipes de Atenção Básica de Assis; e enquanto membro do NASF, no trabalho direto com essas mesmas equipes de AB; também apresento os objetivos e discorro sobre o método adotado para a construção desse trabalho.

Em seguida, no Capítulo 1, apresento o Sistema Único de Saúde (SUS) em seu modo contra-hegemônico de produzir saúde, situando o jogo de forças paradigmático na produção do conhecimento científico e no campo da Saúde Pública, localizando a Atenção Psicossocial e a ampliação da clínica enquanto estratégias para a transição paradigmática na Atenção à Saúde.

No Capítulo 2, a ideia é refletir acerca das interfaces do apoio matricial e do apoio institucional, compreendendo o NASF como um fomentador do processo de mudança de modelo de cuidado junto à Atenção Básica de Saúde. Para tanto, iniciarei apontando algumas questões acerca da atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no que tange a Promoção de Saúde e a articulação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), bem como a Política Nacional de Humanização (PNH) e suas ferramentas para o fortalecimento do SUS.

No Capítulo 3, apresento mais detalhadamente minha experiência como membro da equipe NASF, a partir da elaboração de casos guia e sistematizo algumas ideias a partir da produção de textos reflexivos sobre eles. Os casos guia com sugestões de questões a serem refletidas, temas a serem discutidos e indicação de literatura a ser

estudada, pretendem constituir-se enquanto uma estratégia para a construção de ferramentas de trabalho que sirvam de apoio às equipes na discussão de seus processos de trabalho cotidianos.

E, finalmente, nas (In)Conclusões, discorro sobre o apoio como estratégia de mudança do modelo de cuidado, no atual cenário político, apontando algumas potências e desafios identificadas nesse meu processo.

## Capítulo 1 – Modos de produção de saúde e transição paradigmática

Com o avanço das políticas públicas, principalmente a partir da Constituição de 1988, novos serviços de saúde foram implantados e novas/os profissionais e arranjos organizativos foram incluídos no sistema público, a fim de efetivar a transição paradigmática proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A transição paradigmática na produção do conhecimento científico, do Paradigma da Racionalidade Científica Moderna, para o Paradigma da Complexidade, atravessa também conceitos fundamentais na construção das políticas públicas da contemporaneidade. A transição do olhar do mundo moderno, estático e imutável para o olhar do mundo pós-moderno, dinâmico e instável, sugere também a instauração de um novo olhar sobre o sujeito assistido, apontando para a construção de novos saberes e práticas sociais.

Sendo um modelo global, a nova racionalidade científica é também um modelo totalitário, na medida em que nega o caráter racional a todas as formas de conhecimento que se não pautarem pelos seus princípios epistemológicos e pelas suas regras metodológicas. É esta a sua característica fundamental e a que melhor simboliza a ruptura do novo paradigma científico com os que o precedem. (SANTOS, 2010, p. 21)

Como contraponto ao pensamento cientificista que desde o Iluminismo, século XVIII, determinou as práticas de atenção e cuidado e ainda configura-se enquanto paradigma hegemônico, Yasui (2006, p. 89) aponta:

O pensamento complexo é (...) essencialmente, o pensamento que lida com a incerteza e que é capaz de conceber a organização. Trata-se de um pensamento capaz de reunir, contextualizar, globalizar, mas ao mesmo tempo de reconhecer o singular, o individual, o concreto. O pensamento complexo não se reduz nem à ciência, nem à filosofia, mas permite uma comunicação mútua, fazendo o intercâmbio entre uma e outra.

Assim, na área da Saúde, a partir do movimento da Reforma Sanitária, na década de 70, a transição do conceito de saúde enquanto ‘ausência de doença’, proposto pelo saber cientificista da medicina e pelo modelo curativista, encontra seus limites na ampliação desse conceito proposta pelo ‘modelo de promoção de saúde’, compreendendo-a enquanto capacidade de enfrentar os adoecimentos, procurar ajuda, compreender o que está se passando e seguir os movimentos da vida, onde os sujeitos têm autonomia para pensar, sentir, tomar decisões e assumir as consequências que delas resultam.

No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde definiu saúde como direito de todos e dever do Estado, cuja responsabilidade é a provisão de um sistema de atenção à saúde universal e equânime, tendo como diretrizes a descentralização, a integralidade da atenção e a participação e o controle social. A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080), do ano de 1990, definiu:

Artigo 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços sociais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL, 1990).

Reafirmando esse novo modelo de produzir saúde, a Portaria GM/MS nº 648/2006 que atribui características ao processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família, destaca como pontos centrais do trabalho na Atenção Básica de Saúde:

- IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
- V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;
- VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
- VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações. (BRASIL, 2007a, p. 13)

Nesse mesmo sentido, a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, fortemente difundido no Brasil dos anos 70, a Saúde Mental também vive momentos de transição paradigmática, do “Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador” (PPHM) para o “Paradigma Psicossocial” (PPS). A congruência do PPMH com o modo capitalista de produção é fortemente questionada nessa época, encontrando como contraponto a congruência do PPS com os modos de produção cooperados (COSTA-ROSA, 2013).

O PPS assume ética e tecnicamente a indissociabilidade entre a saúde psíquica e a subjetividade; propomos falar de saudesubjetividade singularizada. Portanto, os efeitos produtivos devem partir de relações de produção cuja lógica seja, como mínimo, baseada nos modos institucionais cooperados. A situação é de fato complexa, pois as relações devem ser necessariamente cooperadas entre os trabalhadores da Instituição, para que algo da mesma ordem se processe entre eles e os sujeitos do sofrimento (e a população do território). Porém a mudança mais radical do PPS decorre da

própria concepção de saúde psíquica a ser produzida pela via da Atenção: primeiro, saudesubjetividade; 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, 2013: p. 49-50)

Nesse cenário, configura-se a Atenção Psicossocial enquanto uma proposta epistêmica dentro do paradigma emergente. Ainda para Costa-Rosa:

A ética da Atenção Psicossocial, tal como esta tem sido proposta pela Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária em alguns de seus desdobramentos atuais tem se encaminhado para uma modalidade do processo de produção de Atenção no qual o sujeito – simultaneamente considerado como *um indivíduo com inconsciente* e como *potencialidade efetiva de produção de sentido novo para as diferentes injunções sociais e subjetivas que emergem em seu cotidiano* – é considerado como potencialidade para chegar a situar-se no lugar do "trabalhador" principal do processo da produção dessa Atenção (LACAN, 1982). No plano de análise macroestrutural desse protagonismo há uma articulação direta com a diretriz da participação popular no planejamento, gestão e controle dos processos de produção da Atenção à saúde; e das decisões do quê deve ser produzido e como. O Paradigma Psicossocial toma a diretriz da participação popular como o cerne das proposições e das experiências da Reforma Sanitária, e como herança preciosa para a Atenção Psicossocial e sua ética. (2013, p. 299-300).

A mudança do modelo de atenção à Saúde Mental dentro do SUS é direcionada para a ampliação e qualificação do cuidado nos serviços comunitários, com base no território. Trata-se de uma mudança na concepção e na forma de como deve se dar o cuidado: o mais próximo da rede familiar, social e cultural do sujeito, para que seja possível a retomada de sua história de vida e de seu processo de adoecimento. Além disso, a autonomia do sujeito no cuidado de si e seu protagonismo no processo de construção da atenção tornam-se pontos centrais na reorganização das práticas a partir da ótica da Atenção Psicossocial. Nesse sentido, a ética da Atenção Psicossocial pode nortear não apenas a produção do cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, mas de toda a comunidade, pois parte do olhar ampliado sobre os sujeitos e não sobre a doença.

Por outro lado é preciso notar que, apesar de enunciarmos a ética essencial à Atenção Psicossocial tomando como referente básico *sujeito do sofrimento psíquico*, esse conjunto de proposições pode ser desdobrado para referenciar situações de outras demandas do campo social e institucional, e para outros intercessores e outros processos de intercessão, além das clínicas e das práticas “psi”, mais comumente situadas no campo da Saúde Mental Coletiva. (COSTA-ROSA, 2013, p. 321)

Se a proposta é ampliar a clínica, deixando de focar apenas na doença e sua sintomatologia, para olhar para a pessoa, a família, a comunidade, considerando os

determinantes sociais do processo saúde-doença e suas especificidades em cada território, então, um dos maiores desafios para a consolidação do SUS refere-se à articulação das Redes de Atenção à Saúde e destas com a rede intersetorial, para o desenvolvimento de ações de forma integrada e complementar, capazes de produzir um cuidado integral, no qual a/o usuária/o seja protagonista. Esse diálogo permanente entre trabalhadoras/es e gestoras/es dos diversos serviços públicos e comunidade em geral fortalece laços e parcerias e potencializa ações de forma permanente, o que é indispensável para o acompanhamento dos casos complexos em que o adoecimento é apenas um sinal de que muitos outros direitos possam estar sendo violados, muitas das vezes, pelo próprio Estado.

A incorporação da intersetorialidade nas políticas públicas trouxe a articulação de saberes técnicos, já que os especialistas em determinada área passaram a integrar agendas coletivas e compartilhar objetivos comuns. Nesta perspectiva, a intersetorialidade pode trazer ganhos para a população, para a organização logística das ações definidas, bem como para a organização das políticas públicas centradas em determinados territórios. Ao mesmo tempo, abrem-se novos problemas e desafios relacionados à superação da fragmentação e à articulação das políticas públicas, sobretudo se considerarmos a cultura clientelista e localista que ainda vigora na administração pública. (NASCIMENTO, 2010, p. 96)

Além disso, outro desafio que se coloca para a efetivação das políticas públicas sociais é a construção de uma participação popular e um controle social efetivos, capazes de construir e organizar práticas centradas nos territórios e nas famílias. No SUS, o controle social está garantido por lei e, mais do que isso, compõe seus princípios e diretrizes, mas na prática os espaços formais estabelecidos, como os Conselhos Municipais, entre outros, estão longe de cumprir com a missão de efetivar a participação popular.

Nesse sentido, além de fortalecer os espaços de controle social garantidos por lei, faz-se necessária a criação de estratégias micropolíticas, no cotidiano dos serviços, para fomentar a participação da população, pois em uma sociedade capitalista, onde a competitividade e o individualismo são estimulados, não se pode esperar que a população desejasse sair de suas casas para ajudar a construir coletivamente as políticas públicas. Sobre o modo capitalista de produção e suas implicações no modelo de cuidado e de produção de saúde, falaremos mais demoradamente no capítulo seguinte.

## **Capítulo 2 – Promoção de Saúde, Humanização e Apoio: estratégias de fortalecimento do SUS a partir da Atenção Básica**

### **Promoção de Saúde e a nova Política Nacional de Atenção Básica**

O SUS, historicamente, investe importantes esforços na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e dos coletivos. Nesse sentido, em 2005, o Ministério da Saúde (MS) definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega os três eixos: O Pacto em Defesa do SUS, O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. E, em 2006, o MS publicou a Portaria GM/MS 648, instituindo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Portaria GM/MS 687, instituindo a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS).

O Pacto pela Vida prioriza a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços SUS, com a ênfase no fortalecimento e qualificação estratégica da Saúde da Família, na promoção, informação e educação em saúde destacando a promoção de atividade física, de hábitos saudáveis de alimentação e vida, além do controle do tabagismo e do uso abusivo de bebida alcoólica. Por sua vez, a PNPS reitera o compromisso com a ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS, tendo como objetivo a promoção da qualidade de vida, a redução das vulnerabilidades e riscos relacionados aos determinantes sociais da saúde, como as condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, esporte, lazer, cultura, acesso a bens e serviços.

O fortalecimento da promoção de saúde, além de favorecer o protagonismo dos sujeitos, centrando o cuidado na pessoa e não na doença, impactando na qualidade de vida da população, é também estratégico para a articulação das redes de atenção, uma vez que implica na reorganização dos processos de trabalho das equipes em articulação permanente com o território.

Entende-se que a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida. Vê-se, portanto, que a promoção da saúde realiza-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, Estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem. (BRASIL, 2006a, p. 18)



Nesse sentido, é na AB que a população tem acesso às ações de promoção de saúde e é também ela que vai fazer a coordenação do cuidado em articulação com os demais pontos das redes intra e intersetoriais. Para a PNAB:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006b. p. 10)

A reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada na Portaria GM/MS 2.436 de 22 de setembro de 2017, evidencia o atual movimento político de estreitamento dos direitos sociais e, em especial, de desmanche do SUS. A falta de prioridade dada à Estratégia de Saúde da Família e a ausência de um compromisso, previsto na PNAB de 2007, com a cobertura de 100% da população são alguns exemplos desse movimento.

Embora o Ministério da Saúde (MS) afirme que a revisão da PNAB tenha sido amplamente discutida com a sociedade, a consulta pública não durou mais que duas semanas, tendo ficado aberta de 27 de julho a 10 de agosto de 2017. O tempo entre o término do recebimento das contribuições e a publicação da nova portaria foi de cerca de 40 dias, o que não parece suficiente para analisar as mais de seis mil contribuições recebidas e definir quais seriam incluídas ou não no texto final.

Uma das mudanças postas na nova PNAB é a retirada da determinação de quantidade de agente comunitária/o de saúde (ACS) por Equipe de Saúde da Família. A política anterior definia de 4 a 12 ACS por equipe e apontava para a necessidade de cobertura de 100% do território pela Estratégia de Saúde da Família. A nova portaria sugere que apenas as áreas consideradas de alta vulnerabilidade sejam totalmente cobertas por ACS. Embora a PNAB considere a Saúde da Família como estratégia

prioritária para a expansão e consolidação da Atenção Básica, em sua nova versão, ela financia outras estratégias de AB, que sequer incluem agentes comunitários/os de saúde na composição dessas equipes.

Se a ênfase do cuidado na AB é o sujeito e o território que ele habita, e se um dos papéis do ACS é circular no território, favorecendo a compreensão de suas especificidades, fortalecendo o vínculo entre usuárias/os e trabalhadoras/es indispensável para a produção de um cuidado efetivo, e servindo como ponte entre a comunidade e o serviço de saúde, não pode ser considerado estratégico usar recurso da AB para financiar equipes que não tem ACS em sua equipe mínima.

No que diz respeito aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, a nova PNAB retira o termo “apoio” de sua nomenclatura, passando a denominá-los Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB), propondo “[...] que essas equipes multiprofissionais passem a complementar não só equipes de Saúde da Família, mas também equipes de AB tradicionais”. (BRASIL, 2017a).

No texto da nova PNAB, a descrição das equipes NASF-AB sequer menciona o apoio como uma metodologia de trabalho.

Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB). (BRASIL, 2017b, p.68)

Além disso, inclui como tarefa do NASF-AB realizar atendimentos individuais à população, não mais como uma exceção à regra, conforme propunha a extinta PNAB. Nesse sentido, fica claro que essas mudanças não servem ao fortalecimento do SUS e da AB como campo para a promoção de saúde e a melhoria da qualidade de vida da população, ao contrário, favorecem a lógica de cuidado individualista e especialista.

Mudanças sutis que já impactam o cotidiano dos serviços em nosso município. Desde a publicação da nova PNAB, as equipes de ESF locais passaram a exigir que as/os profissionais do NASF tenham uma agenda fixa em cada serviço apoiado, a fim de atender as/os usuárias/os que, segundo elas, demandam atendimentos especializados.

### **Política Nacional de Humanização e suas ferramentas**

Em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada como uma estratégia para pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde,

produzindo mudanças nos modos de gerir e de cuidar. Para tanto, estabelece como princípios, a transversalidade; a indissociabilidade entre atenção e gestão; o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos.

Transversal porque pretende estar presente em todos os programas e políticas do SUS, na tentativa de favorecer a comunicação entre pessoas e entre serviços, de forma a horizontalizar as relações. Para tanto, concebe a gestão democrática e participativa indispensáveis para a produção de um cuidado centrado na pessoa, que inclua as singularidades, que favoreça o protagonismo e a autonomia dos sujeitos e dos coletivos na produção de saúde para si e para o território.

Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo. (BRASIL, 2013b, p. 8)

A ideia é que a cogestão, a partir da construção de espaços democráticos de discussão acerca dos processos de trabalho, da inclusão dos diferentes saberes dos diversos atores<sup>5</sup> que atuam para a produção de saúde, não só produza um cuidado mais integral e territorializado, como também favoreça a corresponsabilização desses distintos atores, trabalhadoras/es que constroem seus processos de trabalho coletivamente em parceria com usuárias/os e comunidade, pela promoção de saúde.

Nesse sentido, constituem as diretrizes da PNH, o acolhimento; a gestão participativa e cogestão; a ambiência; a clínica ampliada e compartilhada; a valorização da/o trabalhadora/or; e a defesa dos direitos das/os usuárias/os.

Para a PNH (BRASIL, 2013b, p. 7), “[...] acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações.” O acolhimento é construído coletivamente, uma aposta na construção de vínculos e de uma rede socioafetiva como elementos indispensáveis para a produção de saúde. Outro conceito importante vinculado a ideia de acolhimento, é o da ambiência, enquanto possibilidade de criação de espaços confortáveis, que acolham a diversidade e garantam privacidade, provocando mudanças no processo de trabalho, a partir da composição de lugares de encontro entre as pessoas.

---

<sup>5</sup> As expressões ator e atores, ainda que estejam no masculino, diferentemente das demais expressões, serão assim empregadas nesse texto, por serem carregadas de sentido de protagonismo social e político, o que poderia não ocorrer caso fossem empregadas no feminino.

A PNH apresenta a Clínica Ampliada como uma ferramenta teórica e prática, um saber/fazer saúde que considera a singularidade dos sujeitos em articulação com diversos determinantes do processo saúde/doença, buscando superar a lógica do cuidado fragmentado. Para isso, aponta para a importância de uma escuta qualificada que considere as relações que os sujeitos estabelecem entre seus modos de vida e suas condições de saúde.

Vínculos e afetos também são ferramentas importantes para a construção dessa clínica que é também compartilhada, porque busca promover a autonomia dos indivíduos e dos coletivos para a produção de saúde para si e para a comunidade. Essa construção conjunta do cuidado pode ser sistematizada pelo Projeto Terapêutico Singular (PTS), que reúne condutas terapêuticas negociadas pela equipe interdisciplinar e pela/o usuária/o e/ou familiares, articuladas no território, não só no âmbito da saúde, mas da rede intersetorial, de acordo com a singularidade de cada caso.

Como vemos, a construção da Clínica Ampliada se faz de modo compartilhado e, para tanto, demanda a existência de espaços coletivos e democráticos nos cotidianos dos serviços, entre eles, ganham especial importância as reuniões de equipe. A PNH aposta na capacidade de toda/o trabalhadora/or de refletir e construir seus processos de trabalho e, nesse sentido, considera importante dar visibilidade à experiência dessas/es trabalhadoras/es e garantir sua participação nos processos de gestão. O mesmo vale para as/os usuárias/os que devem ter seus direitos respeitados pelas equipes, devendo ser incluídos nas decisões não apenas sobre o que diz respeito à sua saúde, mas também à saúde coletiva.

Fomentar a participação e o controle social e construir coletivamente um cuidado que estimule a autonomia e o protagonismo das pessoas, por meio de práticas de gestão democráticas faz-se essencial para a efetivação das redes sociais, não apenas das RAS. Isso porque, a articulação das redes de políticas públicas com as redes tecidas nos territórios pelas pessoas que os habitam, pode estar a serviço de uma política de controle do Estado sobre a população. Segundo Saidón (2008), o termo redes:

Em muitos casos, vem a ser uma estratégia escolhida para gerir as políticas para as populações em risco e para os setores mais vulneráveis da sociedade, possibilitando outro instrumento para o arsenal das práticas de controle e de disciplinamento.

Também tentou-se estabelecer, como um meio alternativo para enfrentar esse riscos, uma política que mantivesse vigente os princípios de cidadania, liberdade e justiça. ( p.167)

Se concebermos as redes como vinculações afetivas entre pessoas e entre pessoas e serviços, podemos pensar o controle social e a participação popular como possibilidades de construção de políticas públicas emancipatórias.

Pensar “em rede” significa abandonar um paradigma de perceber a clientela como um alvo único da intervenção, e o profissional o único recurso possível. Significa repensar a relação que se estabelece entre as pessoas, as famílias, os adolescentes e os profissionais que com estas pessoas trabalham. Não mais uma relação desigual de reconhecimento de competências, mas um crédito na capacidade reflexiva e gerenciadora das pessoas de criarem e gerirem seus projetos de vida. Participar da construção de rede social é, antes de tudo, acreditar na rede de solidariedade entre pessoas e no potencial que elas possuem para compartilhar os problemas e as soluções em comum. (COSTA; BRANDÃO, 2015, 37)

Nesse sentido, a construção das redes pode ser encarada como um convite à construção democrática, ao combate à apatia, movimentos indispensável para o fortalecimento do SUS em tempos de desmanche das políticas públicas sociais pelo Estado. Uma das ferramentas proposta pela PNH para fomentar essa militância é justamente o apoio.

A função apoio, proposta à luz da PNH, é, sobretudo, um método/dispositivo de intervenção nos processos de produção de saúde. O apoio se faz possível na problematização e experimentação dos modos de enfrentar os complexos problemas existentes no SUS, onde ainda predominam relações verticalizadas que dificultam composições democráticas e de inclusão nas instituições. Apoiar, no sentido do termo, é colocar, lado a lado, os sujeitos, potencializando-os para o trabalho de análise e intervenção nos processos de produção de saúde, tarefa esta que se estrutura em um campo de forças em contínua tensão. Como afirmam Pasche e Passos, a PNH pretende contribuir para que usuários e trabalhadores, investidos da função de gestores, sejam capazes de experimentar novas possibilidades de manejar as tensões e alegrias do trabalho em saúde, produzindo novas formas de gerir e cuidar, transformando a si próprios neste contexto. (SALGADO; PENA; CALDEIRA, 2014, p. 911)

### **O apoio como estratégia para a mudança do modelo de cuidado**

A função apoio aparece no contexto do Sistema Único de Saúde, segundo Moura e Luzio,

[...] como um dos aparatos importantes para a construção de novos arranjos jurídico-legais, gerenciais e organizacionais, teóricos e técnico-assistenciais, visando contribuir com a expansão do SUS. Em alguns momentos de sua recente história, esta função aparece como fruto criativo do trabalho comprometido de atores do SUS, como no caso do Apoio Paidéia, sistematizado por Campos, e do apoio institucional, concebido pela Política Nacional de Humanização (PNH). Em outros momentos, ela aparece como função incorporada nas propostas oficiais do Ministério da Saúde (MS), tal como é o caso do apoio matricial e apoio à gestão, estabelecidos nas diretrizes do NASF e nas diretrizes orientadoras do Apoio Institucional Integrado. (MOURA; LUZIO, 2014, p. 958)

Desse modo, o apoio é apresentado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, já garantidos pela Lei Orgânica da Saúde, desde 1990, ou seja, o apoio surge justamente para tornar a equipe de Atenção Básica capaz de responder àquilo que a própria política de saúde já propõe.

[...] dentro do escopo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. (BRASIL, 2010. p. 7)

Por sua vez, a implantação do Sistema Único de Saúde, segue em processo de consolidação, pois ao propor a produção de saúde de modo cooperado, constituído a partir de relações democráticas entre os diversos atores (usuárias/os, trabalhadoras/es e gestoras/es) que o constroem cotidianamente, constitui-se também enquanto um sistema que supõe uma subversão do modo capitalista de produção, o que o torna mais complexo e sua implantação mais processual.

Observamos que, com o objetivo de funcionar como um sistema universal, integral e equânime, o SUS vem se desenvolvendo na contramão dos interesses privatistas no campo da saúde e, se por um lado, é defendido por muitos, por outro, também, é alvo de críticas e de descrédito, como se as dificuldades encontradas não pudessem ser enfrentadas de modo a tornar possível a sua efetiva implantação. Como reflexo do desencantamento para com o SUS, se reproduz, a cada dia, a naturalização de práticas distantes do que entendemos como defesa da vida. (SALGADO, PENA; CALDEIRA, 2014, p. 2)

Segundo Marx, no modo capitalista de produção, há uma separação entre a força de trabalho e os meios de produção, uma vez que a/o trabalhadora/or não tem mais a posse dos meios, apenas da força. Desse modo, entre trabalhadora/or e o trabalho temos proprietárias/os do capital que, além de possuírem os meios de produção, determinam seus modos e seus fins. Nesse sentido, essa separação não transforma apenas as relações de produção material, mas implica também numa alteração dos modos de produção subjetiva, uma vez que no processo de produção da vida material, o homem produz também a si mesmo. Para Marx e Engels (1984),

O modo pelo qual os homens produzem seus meios de vida depende, antes de tudo da natureza dos meios de vida já encontrados e que têm de reproduzir. Não se deve considerar tal modo de produção de um único ponto de vista, a saber: a reprodução da existência física dos indivíduos. Trata-se, muito mais, de uma determinada forma de atividade dos indivíduos, determinada forma de manifestar sua vida, determinado modo de vida dos mesmos. Tal como os indivíduos manifestam sua vida, assim são eles. O que eles são coincide,

portanto, com a sua produção, tanto com o que produzem, como o modo como produzem. O que os indivíduos são, portanto, depende das condições materiais de sua produção (p. 27-28).

Ora, se a/o trabalhadora/or foi expropriada/o dos meios de produção e de seus saberes, conseqüentemente, também excluída/o da participação na definição dos modos e fins dessa produção, ou seja, do como e do para que fazer, temos como produto, uma/um trabalhadora/or(a) alienada/o do seu processo de produção, que executa tarefas, das quais não compreende a razão de ser.

Além das divisões entre quem planeja e quem executa, entre quem trabalha e quem se apropria dos resultados do trabalho, temos uma produção que visa a troca e não o consumo.[...]. Sendo essa a meta da produção, seu objeto-causa, o que dita suas características e finalidades, está muito longe de ser o conjunto das necessidades e aspirações da coletividade. (COSTA-ROSA, 2013. p. 37)

Os impactos dessa alienação da/o trabalhadora/or na construção dos modos de produzir saúde e de efetivar o SUS são, no mínimo, contraproducentes. Se o SUS, enquanto sistema público de saúde, pressupõe a participação popular, o controle social, a cogestão e a corresponsabilização de todas/os, executar tarefas desarticuladas desse objetivo maior de consolidar o SUS enquanto direito, tende não só a produzir um cuidado fragmentado, centrado na doença e não na pessoa, mas também a desresponsabilizar usuárias/os, trabalhadoras/es e gestoras/es pela construção de práticas de promoção de saúde coletiva. Certamente que, como Costa-Rosa nos alerta, não só os modos de produção excluem os processos de subjetivação produzindo essa lógica fragmentária:

Só para que não se pense que incorremos em simplificações grosseiras, vale a pena lembrar que cada um desses diferentes aspectos da exclusão da subjetivação tem uma história própria que -além de suas transformações diretamente relacionadas ao Modo de Produção- começa de modo explícito com a separação cartesiana corpo-mente, [...]. (COSTA-ROSA, 2013. p. 37)

A Política Nacional de Humanização traz uma questão que pode contribuir com essa nossa reflexão, ou seja, o enfrentamento de relações de poder.

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. (BRASIL, 2013b, p.3)

A PNH aposta na construção de modos organizativos para as práticas do SUS, que disponham fundamentalmente em sua base a indissociabilidade entre clínica e

gestão, o que significa “[...] inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho” (BRASIL, 2013b, p. 4). O reconhecimento das dimensões que envolvem cada sujeito, de modo particular ou coletivo, em cada demanda, proposição, decisão, organização e exercício de papéis sociais, aponta para a ineficácia de se construírem práticas de cuidado e de gestão verticalizadas, não dialogais, que sufocam o saber de umas/uns em detrimento do saber de outras/os, para manutenção de relações de poder autoritárias, individualistas e alienadas.

Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si. (BRASIL, 2013b, p.5).

Temos visto que, cada vez mais, a tecnologia da Atenção Básica tem se tornado uma tecnologia de atenção muito complexa, porque justamente está proposta a organização dos serviços em rede, a articulação do cuidado a partir do modo como as pessoas se organizam e se relacionam com o lugar onde elas moram, onde elas existem, lugar que elas constroem e, ao mesmo tempo, também as constrói. Eis a complexidade da Atenção Básica, conhecer seu território e suas especificidades para, a partir daí, construir um cuidado de saúde ao mesmo tempo coletivo e singular.

Dar conta desta complexidade só com a formação acadêmica (ou não acadêmica), apenas com o que as/os trabalhadoras/es trazem da sua formação, enquanto conhecimento específico, é, no mínimo, insuficiente. A/O profissional de saúde precisa dar conta de compreender muitas questões que são construídas historicamente, muitas questões da relação do sujeito com a cultura, com a produção de saúde/doença naquele território. Então, o apoio vem no sentido de ampliar a capacidade da equipe de Atenção Básica contemplando as questões de saúde que têm se tornado cada vez mais complexas.

O apoio matricial inscreve-se, nesse sentido, nas estratégias de implementação de novos arranjos que produzam outra cultura e outras linhas de subjetivação, que não aquelas centradas principalmente no corporativismo e na alienação do trabalhador do resultado de seu trabalho. (OLIVEIRA, 2011, p.41)

Nesse sentido, um aspecto importante acerca do apoio, no contexto NASF, é o fato dele estar proposto como uma tecnologia de gestão, com a finalidade de reorganizar os processos de trabalho, a partir do trabalho compartilhado entre equipes de ESF/UBS



e equipes de apoio matricial. Um apoio capaz de possibilitar a construção de uma prática nova, a partir do repensar coletivo sobre uma prática já posta, instituída, programada e reproduzida no cotidiano dos serviços.

Com a composição de uma rede matricial de apoio às equipes de referência seria possível disparar uma série de mudanças na atenção em saúde, na direção da responsabilização, da ampliação da clínica e da interdisciplinaridade: - evitar a fragmentação da atenção, a medicalização e outros danos e iatrogenias provocados pelo “consumo” excessivo de tratamentos, procedimentos e exames; - proporcionar coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário, promovendo com isso maior equidade e ampliando o acesso às demandas de maior gravidade; - construir dispositivos de atenção em resposta às diferentes necessidades dos usuários e estimular a articulação entre os profissionais na elaboração de ofertas para cada situação singular; - romper com a produção de excessivos encaminhamentos às especialidades e produzir corresponsabilização, de modo que o encaminhamento preserve o vínculo e possa ser feito com outra lógica: a do diálogo entre os serviços e os profissionais. (CAMPOS; FIGUEIREDO; PEREIRA JR; CASTRO, 2014, p. 989).

Uma especificidade do trabalho de apoio realizado pelo NASF é o fato de toda ação de cuidado ter de ser também uma ação pedagógica para a equipe apoiada. Nesse caso, a/o apoiadora/or compõe com a equipe, enquanto técnica/o especialista em algum saber, a fim de compartilhar esse conhecimento específico, de forma a ampliar o saber da equipe e potencializar sua capacidade de ação. Nesse sentido, o apoio possibilita à equipe a construção de um modo de fazer saúde que seja singular, tanto para ela enquanto equipe, na sua capacidade de produzir o cuidado com aquilo que ela tem de recurso, como um cuidado de saúde que seja singular em relação à demanda específica do território e de cada usuária/o.

O apoio matricial tem uma dimensão de suporte técnico-pedagógico, ou seja, pressupõe apoio educativo para a equipe de referência e ações realizadas conjuntamente com ela. A partir de discussões clínicas conjuntas ou mesmo intervenções concretas junto com as equipes (consultas, visitas domiciliares, grupos), os apoiadores matriciais podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada que contemple a complexidade da vida dos sujeitos. (CAMPOS; FIGUEIREDO; PEREIRA JR; CASTRO, 2014, p. 989).

Conforme suas diretrizes, a metodologia de trabalho do NASF é o apoio matricial, aquele no qual uma equipe de especialistas compartilha seus núcleos específicos de saberes com as demais equipes de Atenção Básica, contribuindo para a ampliação da capacidade de cuidado destas.

Esse é o fundamento do arranjo apoio matricial: os profissionais das áreas especializadas, que não participam cotidianamente da equipe de referência, oferecem suporte técnico especializado a essas equipes. Seria uma oferta de um núcleo especializado ao campo interdisciplinar da equipe de referência. (CAMPOS; FIGUEIREDO; PEREIRA JR; CASTRO, 2014, p. 989).

Nessa direção, o NASF desenvolve um trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira produz ou incide sobre a ação clínica direta com as/os usuárias/os; e a segunda produz ação de apoio educativo com e para as equipes. De acordo com a dimensão clínico-assistencial, existe a possibilidade da equipe NASF fazer o atendimento direto à população, mas, necessariamente, esse suporte clínico-assistencial teria que se transformar, teria que se desdobrar, num suporte técnico-pedagógico.

A principal aposta no apoio matricial está na troca de saberes entre equipes e entre profissionais em torno da busca de ofertas de ações/serviços que tenham potência para modificar positivamente os problemas de saúde (no seu amplo sentido) de sujeitos, com o uso, o mais racional possível, de toda ordem de recursos disponíveis. (OLIVEIRA, 2011, p.40)

A partir dessa compreensão, indagamos: seria o apoio matricial uma metodologia de trabalho NASF, capaz de impulsionar as equipes de AB a assumirem seu papel de cogestores do SUS e inverterem, a partir de seus cotidianos de trabalho, essa lógica hegemônica de cuidado, baseada na doença e centrada no saber médico?

Se, por um lado, o apoio matricial tem se mostrado potente para aproximar as equipes de apoio das equipes apoiadas, para estreitar os vínculos entre as/os trabalhadoras/es, bem como ampliar as ofertas de cuidado da Atenção Básica, por outro, parece que não é suficiente para efetivar a mudança de modelo de cuidado. Nesse sentido, o apoio institucional é convidado a compor as metodologias de trabalho NASF, de forma indissociada do apoio matricial.

Podemos assim, destacar a importância da presença de compreensões e práticas de apoio institucional, entendido como “[...] uma função gerencial para a cogestão, usada nas relações entre serviços, e entre gestores e trabalhadores” (CAMPOS, FIGUEIREDO, PEREIRA JR & CASTRO, 2014, p. 984), articuladas às práticas de apoio matricial previstas para o trabalho do NASF, entendidas como “[...] um modo de funcionamento para o trabalho em rede, valorizando uma concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde” (Idem, 2014).

Do mesmo modo que a PNH chama a atenção para a indissociabilidade entre clínica e gestão, o exercício do apoio pelas equipes NASF precisa atentar para o seu processo de trabalho, articulando as ações de apoio matricial às de apoio institucional. Isso porque, as demandas de apoio que chegam da Atenção Básica são, quase sempre, pedidos de respostas rápidas e práticas, a partir de uma intervenção de um saber especializado. Portanto, se o NASF não incluir a dimensão institucional, utilizando as ações compartilhadas para ajudar as equipes a repensarem seus processos de trabalho, inevitavelmente, correrá o risco de se transformar em um ambulatório de especialidades ambulante.

Apoio institucional é pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Assume como objetivo a mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Opera o apoio disparando processos e propiciando suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança. Considera que o objeto de trabalho do apoiador é o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde. Desse modo, a função apoio é chave para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações. O apoio institucional adota como diretriz a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Por isso, o trabalho do apoiador envolve sempre a constituição/inserção do apoiador em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações. Opera em “uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão – lá onde estes domínios se interferem mutuamente” trabalhando no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações (Brasil, 2008). (OLIVEIRA, 2011, p. 34)

Nesse sentido, é possível notar a necessidade de investir na formação de trabalhadoras/es NASF, a fim de que sejam capazes de expandir o apoio especializado para um apoio generalista que tenha como horizonte o fortalecimento da Atenção Básica, a partir da ampliação da promoção de saúde.

O exercício do apoio sempre irá pressupor a instalação de algum grau de cogestão, de democracia institucional. Trata-se de articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários. O termo apoio indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo: sustentar e, ao mesmo tempo, empurrar o outro. (CAMPOS; FIGUEIREDO; PEREIRA JR; CASTRO, 2014, p. 991)

Então, operar na ponta como apoio, apostando no olhar para as pequenas revoluções cotidianas, transformando esse trabalho diário em material para discussão de processos de trabalho, nos aponta para a autonomia das/os trabalhadoras/es para fazer a gestão do seu cotidiano de trabalho, como uma estratégia de resistência, de

possibilidade de manutenção do SUS, por meio de intervenções micropolíticas, nesses tempos em que, no âmbito macropolítico, o cenário é de desmanche das políticas sociais.

### **Capítulo 3 – A construção de casos guia e o exercício de reflexão sobre os processos de trabalho**

Nesse capítulo pretendo, a partir da apresentação de quatro casos elaborados com base em situações do cotidiano da equipe do NASF, propor algumas questões reflexivas e apresentar textos de apoio que possam servir como disparadores para as discussões dos processos de trabalho de outras equipes, visando contribuir para o aprimoramento do trabalho de apoio no SUS.

Nesse sentido, a nomenclatura adotada, “casos guia”, se refere a ideia de que a leitura dos casos e das reflexões propostas nos textos de apoio possa guiar, nortear as equipes no exercício de pensarem sobre o trabalho que produzem cotidianamente nos serviços de saúde. Para tanto, apresento a seguir, o contexto em que essa equipe NASF está inserida e a partir do qual vem desenvolvendo ações de apoio junto às equipes de AB.

Desde o início de 2017, com a mudança da gestão municipal e, em função da intensificação do processo de articulação da RAPS local, vem ocorrendo no município uma reorganização dos serviços e ações de Saúde Mental, até então desenvolvidas por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), um Ambulatório de Saúde Mental (ASM), seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), todas com psicólogas/os, e doze Estratégias de Saúde da Família (ESF).

A partir desse reordenamento da RAPS, o ASM foi fechado e os usuárias/os, após terem sido acolhidas/os pela equipe e verificada sua estabilidade, foram remetidas/os para seguimento dos cuidados de saúde mental na Atenção Básica. Os casos mais complexos e avaliados como não estáveis foram encaminhados ao CAPS II que, naquele momento, organizou seu trabalho a partir da formação de três mini-equipes, uma responsável pelo cuidado das/os usuárias/os com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, uma para o atendimento de agravos infanto-juvenis e outra para o sofrimento psíquico da população adulta.

No final de 2017, foi inaugurado o serviço de Saúde Mental da Infância e Adolescência (SAMIA), atualmente em processo de cadastramento como um CAPS infanto-juvenil (CAPS i) junto ao Ministério da Saúde. Além disso, a previsão da gestão municipal é que ainda em 2018 o CAPS II seja novamente desmembrado, a partir da implantação de um serviço para o cuidado de pessoas em sofrimento intenso por uso abusivo de álcool e outras drogas, um CAPS ad.

Diante dessa realidade local e a fim de atender à demanda da Coordenação de Saúde Mental para o fortalecimento das ações de saúde mental na Atenção Básica, a equipe do NASF I organizou inicialmente três frentes de trabalho, a saber:

- I. Oficinas semanais com as equipes do CAPS, do NASF e as/os psicólogas/os da Atenção Básica para construção de novas estratégias e fluxos para o cuidado em Saúde Mental;
- II. Reuniões de equipe mensais nas UBS para criação de espaços coletivos de discussão do processo de trabalho em equipe e construção de estratégias de acolhimento e cuidado das/os usuárias/os de saúde mental na Atenção Básica;
- III. Oficinas mensais por território de saúde com cada UBS e suas ESF referenciadas para aproximar essas equipes e construir ações compartilhadas de Saúde Mental nos territórios.

Esses encontros entre a equipe NASF e as equipes das UBS e ESF são o cenário de inúmeras histórias, de sucessivas aproximações, de ensaios permanentes, de invenções cotidianas de modos de fazer apoio, de estar junto, de construir conjuntamente, a partir da singularidade de cada território, de cada equipe, modos de produzir conhecimento e de produzir cuidado.

Acerca desse processo, apresento a seguir, quatro casos construídos a partir da seleção e aglutinação de cenas que me atravessaram no cotidiano NASF e que me despertaram reflexões acerca de como produzir um apoio efetivo, capaz de tensionar o cotidiano dos serviços e alargar as brechas institucionais para, na contramão do modelo hegemônico, médico-centrado, medicalizador, provocar a ampliação da clínica, produzindo saúde na lógica da Atenção Psicossocial.

## **CASO I**

A ESF Ipê<sup>6</sup> fica em um bairro residencial, localizado entre o centro e a periferia de uma cidade de 100 mil habitantes e atende uma população de cerca de três mil pessoas. Há quase um ano, a ESF está funcionando sem enfermeira e três, dos cinco agentes comunitários de saúde (ACS), estão em processo de readaptação por problemas de saúde e, em função disso, algumas áreas de abrangência da unidade estão sem

---

<sup>6</sup> Os nomes das unidades de saúde são uma alusão ao Cerrado, vegetação nativa dessa região, assim damos conta de nos mantermos habitando esse mesmo território, sem expor nominalmente as equipes que inspiraram a construção desses casos guia.

cobertura de visita domiciliar. A equipe tem trabalhado duramente para dar conta dessa realidade, entretanto, sente-se sobrecarregada e desmotivada.

A ESF Ipê e a ESF Caliandra utilizam como referência de ginecologia, pediatria e psicologia, a UBS Quaresmeira. Em uma das oficinas propostas pelo NASF para discutir a reorganização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) local, aproximar as equipes da UBS e das ESF referenciadas e potencializar as ações de promoção de saúde naquele território, reuniram-se psicóloga e nutricionista do NASF, uma enfermeira e a psicóloga da UBS Quaresmeira, uma ACS e a médica da ESF Ipê e a equipe da ESF Caliandra, que sediou a reunião, exceto o médico e a dentista.

Na ocasião, conversávamos sobre as recentes mudanças na Saúde Mental do município, como o fechamento do Ambulatório de Saúde Mental (ASM) e o consequente aumento da demanda nas unidades de Atenção Básica (AB). Como parte desse processo de reordenamento, a psicóloga do território estava dizendo que não iria mais atender em psicoterapia individual na UBS, uma vez que seriam priorizadas ações em grupo, no território, e que íamos precisar construir coletivamente as possibilidades de cuidado para além da clínica tradicional, pautada em ações individuais e centradas no saber do especialista.

Vale ressaltar que durante décadas os serviços de Psicologia, nas UBS do município, ofertaram a psicoterapia individual como ação, quase que exclusiva, para o cuidado de saúde mental da população, o que contribuiu para a construção da ideia de que esse cuidado era específico dx psicólogo, reforçando a lógica do especialismo e desresponsabilizando as/os demais profissionais da equipe pela construção multidisciplinar do cuidado integral na AB.

Nesse momento, a médica da ESF Ipê questiona para quem ela deveria encaminhar as/os usuárias/os que ela avaliasse que precisariam de atendimento psicológico. Solicitamos que ela desse um exemplo de um caso dessa natureza para que pudessemos pensar juntxs sobre como proceder, uma vez que esse fluxo estava em construção em função da reorganização da Saúde Mental.

– Essa semana mesmo, atendi em consulta uma mulher, mãe de uma criança pequena, de uns 3 ou 4 anos, que referia que a criança não a obedecia, fazia muita birra, era indisciplinada na escola e que, por isso, achava que a criança tinha algum problema e que precisava ser avaliada por uma psicóloga. Então, fiz o encaminhamento para Psicologia e entreguei pra mãe, mas o encaminhamento ficou parado na recepção, porque não sabíamos pra onde solicitar agendamento, já que a psicóloga da UBS não vai mais atender. Nesse caso, como eu faria para encaminhar essa criança para atendimento psicológico? (Médica da ESF)

– Ao invés de responder diretamente essa questão, gostaria de sugerir algumas reflexões para podermos pensar juntos sobre esse novo fluxo. Por exemplo: É comum mães e/ou responsáveis buscarem a unidade com esse tipo de queixa de comportamento em relação às crianças? Esse comportamento da criança, que a mãe descreve, lhes parece incomum ou bizarro? Que outras informações seriam necessárias para avançarmos na compreensão do caso e pensarmos em uma proposta de cuidado para essa criança/família? Como poderíamos obter essas informações? Será que o psicólogo único profissional capaz de estabelecer um diálogo com a família e a criança para compreender melhor essa queixa? Será que encaminhar uma criança de 3 ou 4 anos para atendimento psicológico resolveria seu “problema” ou poderia lhe acarretar algum prejuízo? O que você disse à mãe quando ela lhe pediu o encaminhamento? (Psicóloga do NASF)

– Bom, quando eu encaminho pra Psicologia, a pessoa já sabe que é por conta de questões emocionais, a mãe mesma pediu atendimento especializado, eu não disse nada, eu fiz o encaminhamento, não vejo como isso poderia prejudicar a criança. Além disso, o usuário tem direito de acesso às especialidades, não tem? Eu não poderia negar isso a essa mãe... (Médica da ESF)

– Não se trata de negar acesso, mas de pensar um cuidado integral que considere o modo de viver dessa família e não apenas os sintomas e as queixas verbalizadas, um cuidado que considere, por exemplo, o saber que a mãe já tem para fazer o cuidado cotidiano dessa criança. O que vocês acham? (Psicóloga do NASF)

– Bem, eu não sei conversar sobre educação de filhos, eu não estudei pra isso. Isso não é para o psicólogo? Além disso, não há tempo suficiente para uma conversa dessas durante a consulta. Olha, vou te dizer uma coisa... Eu criei meus filhos e nem sei se fiz direito, porque hoje em dia eles reclamam demais disso. Eu não sei, acho que não sou a pessoa indicada para essa conversa. Acho que a Psicologia estudou para isso, mas não sei muito claramente qual é o fazer específico de vocês psicólogas. (Médica da ESF)

– Acho que você aponta para uma questão importante que são nossos limites pessoais, por isso, seria muito importante que essa consulta pudesse ser compartilhada com os demais membros da equipe e que pudesse ser feita uma discussão desse caso em reunião de equipe multidisciplinar, a fim de compartilharem os diversos saberes, ampliar os olhares, identificar vínculos entre a equipe e essa família, pois não é possível construir um cuidado integral a partir do saber médico apenas, por melhor que esse profissional possa ser. O que os demais acham? (Psicóloga do NASF)

Sem que a reunião terminasse, as/os profissionais da ESF Ipê pediram licença e se retiraram, visivelmente irritados e descontentes com os questionamentos postos, uma profissional chegou a comentar: “a gente fala, fala, mas não resolve nada, a gente entra querendo uma resposta e sai com um monte de pergunta... falar é fácil, difícil é ter que dar atenção pra uma pessoa, tendo outras dez esperando para serem atendidas...” (Profissional da ESF).

**TEXTO I – O cuidado médico-centrado, a lógica do especialismo e o reducionismo da complexidade da vida**



Viver essa experiência implicou em muitos questionamentos para a equipe do NASF, tanto com relação ao modo com que as equipes de AB vêm produzindo cuidado em saúde, como quanto ao modo como a equipe NASF vêm desenvolvendo o apoio. A partir da reflexão acerca desses dois eixos, a produção do cuidado e a formação das equipes por meio do apoio, compartilho a seguir algumas das questões que esse caso nos suscitou, sistematizando-as, a partir da problematização coletiva dessas inquietações.

A primeira coisa que nos inquietou nessa reunião foi o fato de que mesmo diante de uma questão cotidiana, como parecia ser o caso, uma questão relacionada à educação dos filhos, às possibilidades e dificuldades de construção de limites para as crianças, ainda assim, a equipe permaneceu em silêncio, assistindo a conversa entre a médica e a psicóloga, como se não pudessem contribuir com a discussão.

Duas questões importantes nos parecem colaborar para essa postura silenciosa, quase ausente, das/os trabalhadoras/es nos espaços de discussão dos processos de trabalho. A primeira delas nos parece estar relacionada ao modo hierárquico com que as relações interpessoais se dão nos serviços de saúde. Já a segunda questão, a da desresponsabilização, surge como uma consequência, um produto desse modo autoritário de estabelecer essas relações.

A verticalização das relações entre gestoras/es e trabalhadoras/es, das/os trabalhadoras/es entre si e dessas/es com as/os usuárias/os, parece impedir que esses diversos atores contribuam, com seus saberes, para a construção de novas possibilidades de cuidado. Essas relações hierarquizadas se dão, não apenas em função do poder posto nos cargos de chefia (gestoras/es), mas também em função da supervalorização do saber científico, nesse caso encarnado nas figuras da psicóloga e da médica, em detrimento dos saberes populares ou daqueles construídos a partir do fazer cotidiano, como das/os agentes comunitárias/os ou da própria população. Assim, muitos membros da equipe não se sentem autorizados a falar, deixando de compartilhar seus conhecimentos, limitando as possibilidades inventivas do saber/fazer da equipe.

Mesmo reunidos, o saber biológico e o psicológico não esgotam todas as questões constitutivas do “adocimento” dos sujeitos. Outras ordens de fatores, outras instâncias de relações, envolvendo o ser humano, sua cultura, seu entorno social e ambiental, por exemplo, não são necessariamente contempladas. (ROZEMBERG; MINAYAO, 2001, p. 117).

Por sua vez, essas relações verticalizadas geram como produto, a desresponsabilização das/os trabalhadoras/es pela gestão de seus processos de trabalho, bem como das/os usuárias/os pelo cuidado de si. Uma vez que a/o trabalhadora/or não é convidada/o a participar dos processos de decisão e de construção das ações a serem realizadas, muito provavelmente elx não se sentirá convidadx a compartilhar as responsabilidades pelo cuidado da população, tendendo a manter-se calado na tentativa de isentar-se dessas responsabilidades. Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização nos aponta que:

Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde. (BRASIL, 2013b, p. 7).

Outra questão que nos chamou a atenção nesse caso foi o fato da médica, sem ver a criança, sem conversar com a equipe sobre o caso, encaminhou a criança para um atendimento especializado em Psicologia, apenas em resposta a um pedido da mãe.

Uma reflexão possível com relação a esta negação de um processo de construção coletiva e conseqüente angústia por resultados rápidos e preconcebidos, a nosso ver, pode ser a repetição de uma clínica hegemônica no SUS enquanto clínica feita por especialistas que buscam a cura. Nessa clínica, a singularidade do sujeito queixoso cede lugar às prescrições generalizantes e assentadas apenas no conhecimento formal, dificultando ao sujeito experimentar a posição de protagonista. (SALGADO; PENA; CALDEIRA, 2014, p. 916)

Será que o fato da/o profissional médica/o atender prontamente ao pedido da mãe por um cuidado especializado, sem questionar sua real necessidade, não serviria para reforçar a ideia da família de que a criança tem um problema de saúde mental e que eles nada podem fazer para ajudá-la (a não ser levá-la a um especialista)? O que será que a população em geral pensa sobre o trabalho da psicologia? Será que não prevalece ainda a ideia de que psicóloga/o só cuida de louco? “Aproxima-se desse reducionismo biomédico um outro, também bastante visado no meio acadêmico que discute o binômio saúde-doença: a psicologização.” (ROZEMBERG; MINAYO, 2001, p. 116).

Não poderia estar, essa prática profissional, favorecendo a estigmatização da criança, dificultando seu desenvolvimento saudável e contribuindo para a desapropriação do saber da família, colaborando tanto para a fragilização dos vínculos familiares, como para a desresponsabilização da família pelo cuidado dos seus? Ou mais

simplesmente, não estaria apenas gerando demanda especializada, saturando desnecessariamente o sistema de saúde?

Além da geração infinita de novas necessidades a serem satisfeitas exclusivamente por uma mediação técnica complexa e custosa e da conseqüente tecnificação do atendimento a serviço do capital industrial, outra conseqüência do positivismo mecanicista na biomedicina estaria na focalização da saúde-doença sempre no nível individual de responsabilização e de intervenção. Isso tem a ver com o fato de que um olhar fragmentado e intervencionista deixa pouco espaço para a compreensão do contexto onde se desenrolam, no mundo vivido, os processos saúde-doença. (ROZEMBERG; MINAYO, 2001, p. 116).

Seria esse um caso de saúde mental? De qualquer maneira, trata-se de um caso de AB, um caso em que uma família demanda um olhar singular que a ajude a compreender do que se trata e a reconhecer, primeiramente, de que recursos ela dispõe para construir alternativas para as inquietudes dessa criança e/ou dessa mãe/família.

Nesse sentido, algumas problematizações acerca do caso foram propostas às equipes presentes na discussão. Por exemplo, dissemos à médica que, se na consulta, ela pudesse compartilhar com a mãe um pouco de suas impressões sobre a queixa que ela traz e pudesse conversar um pouco sobre relação pais e filhos de forma geral, talvez fosse uma possibilidade de iniciar um cuidado ainda na ESF, a partir do vínculo que ela e a equipe já têm com essa usuária e sua família. “Nesse processo, a Equipe de Referência é muito importante, porque a relação de cada membro da equipe com o usuário e familiares, é singular, permitindo que as possibilidades de ajudar o sujeito doente se multipliquem.” (BRASIL, 2009, p. 26).

Diante disso, nos perguntamos, a SM na AB é responsabilidade da/o psicóloga/o? Parece-nos que essa até pode ser uma questão para a psicologia também, mas não exclusiva e nem necessariamente, uma vez que relações familiares é uma questão comum e que atravessa a vida de todos nós, trabalhadoras/es ou usuárias/os dos serviços. Nenhum outro membro da equipe, por exemplo, seria capaz de dizer a essa mãe que percebe que ela traz questões emocionais importantes e que seria bom se ela pudesse pensar mais sobre isso? Que angustiar-se com os filhos é comum para todas as mães e que talvez se ela conversasse com outras pessoas sobre isso ela pudesse aprender com a experiência de outras mães, avós, etc? Que hoje em dia as crianças estão muito espertas, têm acesso a muita informação e que nem sempre os adultos acompanham esse ritmo? Que atualmente as crianças têm ficado muito tempo sozinhas (na TV, no computador, no celular) ou em instituições e que tem sido comum os adultos terem dificuldade de colocar limites, porque se sentem culpados de não poderem ficar muito

tempo com os filhos e tentam compensar isso deixando que os mesmos façam tudo que desejam? Que colocar limites é importante, é uma forma de cuidar, de demonstrar afeto, de ajudar no desenvolvimento da criança?

Outra questão apontada para iniciarmos um esboço de projeto terapêutico para a família em questão e para avançarmos na compreensão do que poderia ser uma ação de SM na AB, foi a de que a equipe talvez pudessem identificar outras pessoas com demandas semelhantes e convidá-las para fazer uma conversa sobre relações entre pais e filhos, apontamos que, para isso, poderiam solicitar o apoio da psicóloga da UBS para desenvolver essa atividade de forma compartilhada, ao invés de demandar-lhe o atendimento direto de todas as crianças com queixas dessa natureza.

Identificamos diversas demandas de apoio, a partir da análise desse caso, como a necessidade de contribuir com essas equipes de AB para ampliarem as ofertas de ações coletivas e de promoção de saúde no território e para aumentarem sua capacidade de ofertar cuidado em SM na AB; a necessidade de reorganização do processo de trabalho para o desenvolvimento de uma Clínica Ampliada; a necessidade de fortalecer as reuniões de equipe como espaços de construção coletiva do saber/fazer. Utilizar como estratégia de apoio apenas a problematização acerca do cuidado produzido é, no mínimo, insuficiente diante do cenário configurado. Isso fica claro na fala final de uma/um das/os trabalhadoras/es, “a gente entra querendo uma resposta e sai com um monte de pergunta”.

Questionar as práticas cotidianas das equipes demanda a construção anterior de uma relação entre equipe de apoio e equipe apoiada. A experiência no NASF tem apontado que é mais provável que as equipes se sintam postas à prova pelos apoiadores do que consigam fazer um movimento de repensar seus processos de trabalho. A participação do NASF nas reuniões de equipe das UBS/ESF é uma estratégia que faz sentido a longo prazo. Os atendimentos compartilhados e as construções coletivas de projetos terapêuticos singulares, por sua vez, parecem ser estratégias iniciais mais eficientes, pois favorecem, nesse fazer com, nesse estar junto, a construção de vínculos entre trabalhadoras/es de ambas as equipes.

O apoio matricial supõe duas dimensões indissociáveis, a dimensão clínico-assistencial e a técnico-pedagógica. Nesse sentido, são os vínculos construídos na prática compartilhada que possibilitarão a construção conjunta de novos saberes/fazeres, constituindo o apoio enquanto ferramenta para a reorganização do modelo de gestão e de cuidado.

O apoio matricial tem uma dimensão de suporte técnico-pedagógico, ou seja, pressupõe apoio educativo para a equipe de referência e ações realizadas conjuntamente com ela. A partir de discussões clínicas conjuntas ou mesmo intervenções concretas junto com as equipes (consultas, visitas domiciliares, grupos), os apoiadores matriciais podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada que contemple a complexidade da vida dos sujeitos. Mas existe também uma dimensão de suporte assistencial, o que demanda do apoiador a realização de ações clínicas diretamente com os usuários. (CAMPOS; FIGUEIREDO; PEREIRA JUNIOR; CASTRO, 2014, p. 989)

## CASO II

A UBS Flamboyant está localizada em um complexo periférico de uma cidade de 100 mil habitantes, atende em horário estendido, das 7h às 19h, uma população de mais de 20 mil pessoas e, por ser uma unidade de saúde bastante antiga e conhecida, atrai muitos usuários de outros territórios, inclusive da zona rural. A ESF Mulungu, a ESF Jacarandá e a ESF Jalapa utilizam as referências de ginecologia, pediatria e psicologia na UBS Flamboyant, o que aumenta consideravelmente a demanda do serviço por consultas especializadas.

Em uma das oficinas propostas pelo NASF para discutir a reorganização da RAPS local e aproximar as equipes da UBS e das ESFs referenciadas, reuniram-se parte da equipe do NASF, uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem da UBS Flamboyant, o dentista e o enfermeiro da ESF Jacarandá e a equipe da ESF Mulungu, que sediou a reunião, exceto o médico que estava na sala ao lado fazendo receitas. Na ocasião, conversávamos sobre as recentes mudanças na saúde mental do município, como o fechamento do Ambulatório de Saúde Mental (ASM) e o referenciamento de seus usuários para as unidades de Atenção Básica, com vistas à construção de um cuidado mais integral e territorializado.

A enfermeira da ESF Mulungu estava bastante angustiada, dizendo que a demanda da unidade havia aumentado muito e que essas/es usuárias/os com “transtornos mentais” demandavam uma atenção especial e que, na rotina do serviço, não havia tempo suficiente para fazer uma escuta qualificada. Queixava-se também de que estava sobrecarregada com as questões trazidas por essas/es usuárias/os, eram histórias de violência, de sofrimento intenso que vinha há muitas gerações, sentia que essa demanda era muito pesada e que ela ficava angustiada em não poder resolver os problemas dessas pessoas. As/os agentes comunitárias/os confirmaram que sentiam a mesma angústia.

O enfermeiro da ESF Jacarandá disse que estava bastante receoso de iniciar um trabalho em grupo com esses usuários na sua unidade, disse que tinha muita experiência com grupos de gestantes, de hipertensos, de diabéticos, de idosos, de adolescentes, mas sentia-se totalmente despreparado para conduzir um grupo sobre saúde mental. Disse que não sabia nem por onde começar um grupo dessa natureza, referindo que não se sentia seguro para falar sobre psicopatologia e psicofarmacologia e estava preocupado de não dar conta das questões que os usuários pudessem trazer, também tinha medo de adoecer de tanto ouvir as angústias dos outros.

A enfermeira da UBS pediu a palavra e disse que, no início, ela também estava bastante temerosa de acolher essa demanda de saúde mental na Atenção Básica, mas que quando pôde se aproximar mais dessas pessoas, notou que muitas delas já eram usuárias da UBS e já circulavam por lá por outras questões de saúde, que não era exatamente uma população a mais para o serviço atender, notou também que algumas dessas pessoas eram “meio esquisitas”, mas que a grande maioria delas trabalhava, estudava, cuidava da casa, ou seja, não eram “os loucos” que ela imaginava que chegariam ao serviço após o fechamento do ASM.

A enfermeira seguiu compartilhando a experiência que estava vivendo junto à equipe da UBS, relatou que, com o apoio do NASF, tinham organizado grupos semanais para acolher essas/es usuárias/os. Contou que conforme as pessoas vinham buscar a receita de psicotrópicos, eram orientadas a comparecer no dia do grupo que estava sendo conduzido pela psicóloga, a enfermeira e uma técnica de enfermagem da unidade. Relatou que nos grupos conversavam sobre como as pessoas estavam se sentindo, como lidavam com os sintomas que apresentavam, verificavam se estavam estáveis, se tinham queixas sobre os medicamentos, dispensavam as receitas dos psicotrópicos e, aquelas/es usuárias/os que apresentavam queixas podiam passar por consulta médica ao final do grupo se assim o desejassem.

A enfermeira disse ainda que os grupos estavam favorecendo muito o vínculo das/os usuárias/os com as/os trabalhadoras/es que conduziam a atividade, referiu que as pessoas percebiam que a equipe estava interessada no que eles dizem e que estava ali disponível para ajudá-los, que essas usuárias/os estavam estabelecendo uma relação de confiança no trabalho da equipe e que isso era muito recompensador. A técnica de enfermagem que também realiza os grupos disse que estava adorando essa experiência, que saiu da sua rotina, ficou muito satisfeita por ter podido colaborar com o grupo compartilhando sua história como alguém que também já teve um sofrimento psíquico

importante, disse que se surpreendeu ao perceber que as/os usuárias/os estavam atentos durante o grupo, interessados nas histórias uns dos outros.

A psicóloga do NASF lembrou que, de início, a equipe da UBS também estava resistente a juntar as pessoas para conversar sobre saúde mental, que ainda existe um imaginário social acerca da loucura enquanto sinônimo de periculosidade, que em função de termos ofertado nos serviços de saúde prioritariamente práticas curativistas e individuais, ainda existe uma ideia de que a população não adere a atividades grupais, mas que são justamente os trabalhadores e a oferta de novas práticas que serão capazes de transformar essa realidade. Disse que era comum nos referirmos a saúde mental quando na verdade estamos pensando na doença mental, que cuidar da saúde mental era entender como as pessoas vivem, como organizam suas rotinas, como estabelecem relações, com quem contam no dia a dia, quem são seus vínculos afetivos, como é sua circulação social, se tem ou não acesso às políticas públicas, ao trabalho, à educação, ao lazer, à cultura, enfim, pensar com as pessoas o que nos modos de viver produz saúde ou adocece.

Então, o enfermeiro da ESF Jacarandá com um semblante bem mais tranquilo disse: “Ah, é isso que é um grupo de saúde mental? É pra falar da vida? Ah, isso eu acho que eu tiro de letra!”. Na semana seguinte, as equipes das duas ESF realizaram seus primeiros grupos com as/os usuárias/os encaminhados do extinto ASM e postaram, orgulhosas, as fotos das atividades no grupo de *whatsapp* da Atenção Básica.

## **TEXTO II – Humanização na Atenção Básica, a Clínica Ampliada como possibilidade de produção de cuidado integral e territorializado**

Uma questão que parece fundamental para a construção de um cuidado integral e para a promoção de saúde nos territórios, em parceria com as/os usuárias/os, a comunidade e as redes intersetoriais, é a necessidade de ampliação da compreensão das equipes da AB acerca do que é acolhimento e do como desenvolvê-lo, a partir de uma escuta qualificada e da identificação e fortalecimento dos vínculos entre trabalhadoras/es e usuárias/os e usuárias/os e comunidade.

O acolhimento, enquanto diretriz operacional propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde, e que este seja organizado de forma usuário-centrado. Para tal fim, os autores partem dos seguintes princípios:

1. Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. 2. Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. 3. Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p. 347).

Acolher, escutar, estar com, fazer junto, implica em uma necessária horizontalização das relações, para a qual, nem sempre a/o trabalhadora/or parece estar disposta/o. Muitas vezes, o saber e a prática científica são postos em uma relação hierárquica que distancia tanto as/os trabalhadoras/es entre si, como as/os trabalhadoras/es, das/os usuárias/os, distanciamento esse que parece gerar uma falsa impressão de proteção para as/os trabalhadoras/es. Horizontalizar as relações é apostar no vínculo, como garantia de proteção da/o trabalhadora/or, mas também como estratégia de cuidado.

Franco; Bueno; Merhy (1999), referem-se ao acolhimento como um dispositivo para interrogar processos intercessores que constroem relações nas práticas de saúde, buscando a produção da responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva, reconhecendo que, sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização.

Nesse sentido, Merhy (1994), propõe refletir como têm sido nossas práticas nos diferentes momentos de relação com as/os usuárias/os, afirmando que uma das traduções de acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que as/os trabalhadoras/es e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuárias/os.

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), ao lado da gestão participativa e cogestão, da ambiência, da clínica ampliada e compartilhada, da valorização do trabalhador e da defesa dos direitos dos usuários. Lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde, a PNH objetiva fortalecer o SUS por meio de ferramentas que visam a democratização das relações, a ampliação da clínica e o fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos na produção de saúde.

A escuta, os vínculos e os afetos são elementos indispensáveis para a produção de um cuidado que seja ao mesmo tempo individualizado, por considerar a singularidade de cada um, e coletivo, por ser construído de forma conjunta, a partir da troca de saberes entre trabalhadoras/es e usuárixas/os e da interação entre serviços de saúde e comunidade.



A construção de vínculos entre servidores e usuárias/os também colabora para a organização de processos de trabalho que primem por relações não apenas mais democráticas, como também, mais afetivas. Nesse sentido, a PNH aponta para dois aspectos fundamentais para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, a saber, a defesa dos direitos das/os usuárias/os e a valorização da/o trabalhadora/or.

No caso apresentado, as/os trabalhadoras/es se queixam de terem que atender as/os usuárias/os da Saúde Mental na Atenção Básica, enfatizando a angústia da/o trabalhadora/or, deixando de lado o direito do usuário de ter uma equipe que cuide dela/e em seu território. Não queremos aqui colocar num campo de disputas e valorização os sofrimentos de cada um desses atores que compõem a produção de cuidado, pelo contrário, pretendemos apontar que possivelmente os caminhos para a produção de saúde para a/o trabalhadora/or e para a/o usuária/o estejam atrelados.

Com relação à defesa dos direitos das/os usuárias/os, a ideia é que as/os trabalhadoras/es e gestoras/es incentivem o conhecimento desses direitos, garantindo seu cumprimento em todas as fases do cuidado, sempre informando a/o usuária/o sobre sua saúde, numa aposta de que o conhecimento dos direitos e a participação na construção do cuidado, favorecem também o compartilhamento de responsabilidades e o protagonismo de trabalhadoras/es e de usuárias/os.

No que diz respeito à valorização da/o trabalhadora/or, se faz necessária a criação tanto de espaços que garantam a participação efetiva das/os trabalhadoras/es na gestão, como de espaços de diálogo, intervenção e análise do que causa sofrimento e adoce as/os trabalhadoras/es e do que os fortalece enquanto equipe capaz de produzir cuidado. “É importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.” (BRASIL, 2013b, p. 11).

Nesse sentido, as reuniões de equipe podem vir a ser esse espaço de democratização das relações e de construção conjunta dos processos de trabalho que adoçam menos. Nesse sentido, a PNH faz um alerta para a constituição dessa ferramenta de trabalho.

Reunião de EQUIPE NÃO É um espaço apenas para que uma pessoa da equipe distribua tarefas às outras. Reunião é um espaço de diálogo e é preciso que haja um clima em que todos tenham direito à voz e à opinião. Como vivemos numa sociedade em que os espaços do cotidiano são muito autoritários, é comum que uns estejam acostumados a mandar e outros a calar e obedecer. Criar um clima fraterno de troca de opiniões (inclusive críticas),

associado à objetividade nas reuniões, exige um aprendizado de todas as partes e é a primeira tarefa de qualquer equipe. (BRASIL, 2007b, p. 53)

Embora as/os trabalhadoras/es do caso apontem o aumento da angústia da equipe com a chegada das/os usuárias/os de saúde mental, a inclusão dessas/es usuárias/os na AB é essencial para fortalecermos as discussões acerca da Luta Antimanicomial, da inclusão da diferença, da garantia do direito à diversidade. Para tanto, vimos que os espaços coletivos são fundamentais para refletirmos sobre a produção de um cuidado mais humanizado, tanto para trabalhadoras/es como para usuárias/os.

Outra ferramenta apresentada pela PNH e que contribui para a criação de estratégias de cuidado para os casos mais complexos e que demandam mais tempo e envolvimento das equipes, é o projeto terapêutico singular (PTS).

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. O PTS contém quatro momentos, o diagnóstico: que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Deve tentar captar como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Ou seja, tentar entender o que o Sujeito faz de tudo que fizeram dele; a definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o Sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor; a divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza; e a reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo. (BRASIL, 2007b, p. 40)

Como se vê, o PTS não é apenas uma ferramenta para pensar o caso na lógica da Clínica Ampliada, mas também possibilita a reorganização dos processos de trabalho, incluindo as dimensões de planejamento, monitoramento e avaliação no cotidiano das equipes.

Ao iniciar um PTS, a equipe precisa se organizar para levantar dados acerca do usuário e sua rede de apoio, esse exercício em si já demanda planejamento e movimenta a equipe para retomar o vínculo com a/o usuária/o/família. Em seguida, as/os trabalhadoras/es precisam se reunir e trocar impressões e informações, buscando uma compreensão multidisciplinar acerca do caso, num exercício de horizontalização das relações e de valorização dos diversos saberes.

Após esse momento, a equipe deve estender o exercício de planejamento, estabelecendo metas e organizando-se para monitorá-las e avaliá-las longitudinalmente, ao mesmo tempo em que vai negociando as propostas de cuidado com a/o usuária/o/família, num exercício de construção de autonomia e de protagonismo dos

sujeitos. Essa gestão compartilhada do cuidado proposta pelo PTS contribui ainda para responsabilização de trabalhadoras/es, usuárias/os e gestoras/es pela produção da saúde individual e coletiva. O PTS também estimula as equipes de saúde a buscarem uma articulação com as redes intersetoriais, uma vez que os casos complexos geralmente não envolvem apenas questões de saúde, mas estão emaranhados em inúmeras questões sociais, culturais, econômicas, entre outras.

Para tanto, o caso ilustrado aponta para a importância de fortalecer, no cotidiano dos serviços, esses espaços de troca de experiências entre trabalhadoras/es, de reconhecimento dos saberes construídos na prática, como uma importante ferramenta para a ampliação da clínica, para a democratização da gestão, para o compartilhamento das responsabilidades, enfim, para fortalecimento do SUS enquanto uma política pública emancipatória.

Nesse sentido, outra ferramenta importante, que atualmente tem sido viabilizada especialmente por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), é o apoio matricial. Na prática, os NASF tem tido um papel fundamental para a efetivação desses espaços coletivos de construção de saberes/fazer nos cotidianos dos serviços.

A principal aposta no apoio matricial está na troca de saberes entre equipes e entre profissionais em torno da busca de ofertas de ações/serviços que tenham potência para modificar positivamente os problemas de saúde (no seu amplo sentido) de sujeitos, com o uso, o mais racional possível, de toda ordem de recursos disponíveis. (OLIVEIRA, 2011, p.40)

Em nossa experiência como membro de uma equipe NASF, o apoio matricial tem se mostrado potente para promover a aproximação entre as equipes de apoio e as equipes das UBS e ESF, favorecendo a troca de saberes entre esses profissionais, ampliando o olhar acerca do processo saúde-doença e possibilitando o ensaio de novos modos de produzir cuidado em saúde.

O Nasf desenvolve trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira produz ou incide sobre a ação clínica direta com os usuários; e a segunda produz ação de apoio educativo com e para as equipes. (...) Essas dimensões podem e devem se misturar em diversos momentos, guiando-se de forma coerente pelo que cada momento, situação ou equipe requer (BRASIL, 2009). Isso significa poder atuar tomando como objeto os aspectos sociais, subjetivos e biológicos dos sujeitos e coletivos de um território, direta ou indiretamente. (BRASIL, 2014, p. 17-18)

Nesse sentido, a construção conjunta de PTS tem se mostrado um exercício importante para a articulação dessas duas dimensões do apoio matricial. Isso porque é

preciso estabelecer uma relação de confiança entre a equipe NASF e as equipes apoiadas para que o compartilhamento de saberes possa ocorrer, entretanto, nem sempre essa relação acontece espontaneamente. Em nossa experiência, ao participarmos enquanto NASF das reuniões de equipe das UBS/ESF e questionarmos a organização de seus processos de trabalho e o cuidado produzido, a equipe apoiada se viu muitas vezes acuada, colocando-se em uma posição defensiva, pouco favorável para a reflexão, o compartilhamento e a construção do novo.

**Apoio Matricial:** arranjo organizacional ou modalidade de prática do apoio na qual um conjunto de saberes, de práticas e/ou de competências concentrados em certos setores, grupos ou indivíduos de uma organização, considerados necessários para resolução de demandas ou problemas expressos por outras parcelas da organização, é ofertado a estas últimas por meio de processos que incorporem uma metodologia de apoio. Toma como objeto uma necessidade ou um problema vivenciado. Nesse sentido é que entendemos que o seu enfoque é mais clínico, mas sempre considerando que há dimensões de gestão em jogo. (OLIVEIRA, 2011, p.46-47)

Assim, a dimensão clínico-assistencial tem se mostrado indispensável para que a dimensão técnico-pedagógica possa ocorrer. Iniciar a construção conjunta de PTS discutindo o caso com a equipe apoiada, realizar ações compartilhadas, como visitas e/ou consultas, tem sido estratégico para o estabelecimento de vínculos entre as equipes e para possibilitar a construção de novos saberes/fazeres. Estar com, fazer junto, parece deslocar a/o apoiadora/or do lugar de “analisadora/or” dos processos de trabalho, colocando esses trabalhadores (apoiadoras/es e apoiadas/os) lado a lado em uma relação horizontal, propiciando esse compartilhamento e possibilitando a ampliação da capacidade de cuidado da Atenção Básica.

### **CASO III**

No início do ano, a gestão de Atenção Básica (AB) implantou reunião de equipe mensal em todas as unidades Básicas de Saúde (UBS), a fim de estabelecer espaços coletivos para a discussão dos processos de trabalho, e solicitou ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que acompanhasse essas reuniões para apoiar esse processo. Na UBS Barbatimão, há bastante resistência para que a reunião aconteça, a equipe nunca lembra a data agendada, não organiza a agenda da unidade para reservar um tempo mais livre para a reunião, os médicos nunca participaram do espaço, mesmo já

tendo sido alterado o horário para que ocorresse durante o horário de trabalho deles, geralmente não há pauta para a reunião, a menos que o NASF a proponha.

A equipe dessa UBS está composta por 2 enfermeiras (com especialização em Saúde Mental), 4 auxiliares de enfermagem, 4 médicos generalistas, 2 ginecologistas, 1 psicóloga, 3 dentistas, 1 auxiliar de Saúde Bucal e 2 auxiliares administrativos, atende uma população de cerca de 19 mil habitantes, referencia duas ESF, além de parte da população da zona rural, o movimento na unidade é intenso, especialmente pela manhã, o espaço físico é inadequado, faltam salas para acolhimento, consultas e grupos.

A equipe reclama das condições inadequadas de trabalho, do excesso de trabalho em função da baixa cobertura de Atenção Básica no município (cerca de 60%), do aumento da demanda em função do fechamento do Ambulatório de Saúde Mental (ASM), da falta de corresponsabilização de alguns de seus membros, em especial das/os médicas que, por vezes, recusam-se a atender usuários egressos do ASM. Geralmente nas reuniões de equipe os trabalhadores estão insatisfeitos, cansados, desanimados e não sentem que têm autonomia para reorganizar seus processos de trabalho, concordam que precisam avançar em direção à clínica ampliada, melhorar o acolhimento e qualificar a escuta, mas diante de tamanha demanda, recuam e reproduzem a clínica tradicional, médico-cêntrica, medicalizadora.

Certa ocasião, a psicóloga da UBS telefonou solicitando apoio ao NASF, a princípio disse que tinha acolhido uma gestante e que a mesma precisava de uma consulta psiquiátrica, pois estava apresentando sintomas importantes de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Aos poucos, foi contando que a usuária estava gestante de cinco meses, estava em tratamento psiquiátrico no ASM, suspendeu a medicação por conta própria quando suspeitou da gestação, nesse período passou por consulta no ASM, mas não referiu nada ao psiquiatra, nem a suspeita da gestação, nem a interrupção da medicação. Naquela semana, tinha ido à UBS iniciar seu acompanhamento pré-natal, passou por consulta com o ginecologista, referiu uso de psicotrópicos e o mesmo entregou-lhe um encaminhamento para psiquiatria.

Vale dizer que atualmente no município têm-se duas possibilidades de acesso à psiquiatria, uma para os casos mais graves e/ou em situação de crise, que deve ser acolhida pelas equipes dos CAPS e a outra, via NASF, que pode ser acessada a partir da demanda de discussão de caso e/ou atendimento compartilhado, tanto as equipes dos CAPS como a do NASF têm psiquiatras em sua composição.

Como a psicóloga referiu não se tratar de uma crise, mas de um agravamento de sintomas, sugerimos um atendimento compartilhado entre o ginecologista da UBS e a psiquiatra do NASF, uma vez que não é incomum casos de usuárias de psicotrópicos que ficam gestantes e, nesse sentido, ampliar a capacidade de cuidado da equipe que acompanha o pré-natal na AB, seria providencial. O ginecologista, ao ser consultado sobre uma data possível para a consulta compartilhada, recusou-se dizendo: “Eu já fiz a minha parte! Eu sou ginecologista e não tenho que entender de psiquiatria! Se eu fizer a parte da psiquiatria, o que os psiquiatras vão fazer?”.

Nesse caso, sugerimos um retorno de acolhimento com a psicóloga da UBS pra compreender melhor o caso, levantar dados para a construção de um projeto terapêutico singular (PTS) e fortalecer o vínculo com a equipe, a fim de garantirmos que ela desse seguimento ao seu pré-natal e ao puerpério na UBS, com o apoio da equipe e da psicóloga, com a qual havia conseguido colocar-se mais abertamente. Sugerimos também que a UBS entrasse em contato com o CAPS para solicitar uma revisão medicamentosa e apontar para o fato dela não ter conseguido dizer ao psiquiatra, na consulta anterior, que estava gestante e que havia interrompido a medicação.

Angustiadadas com o caso e ansiosas por uma resposta rápida e definitiva, a enfermeira e a psicóloga da UBS optaram por encaminhar a gestante para o programa de gestação de alto risco no Hospital Regional. Em seguida, no acolhimento do CAPS, que a usuária procurou por conta própria, ela referiu ter faltado à consulta no hospital, pois na guia de referência estava escrito “internação”, e ela refere ter ficado com medo de ser internada na psiquiatria.

### **TEXTO III – A indissociabilidade entre clínica e gestão, a cogestão e o fortalecimento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos**

No campo da gestão, ainda predominam relações autoritárias e centralizadoras, com limitados espaços democráticos de cogestão e inclusão. Um discurso recorrente parece frequentemente atrelar a possibilidade de mudança nas práticas clínicas e de gestão à concordância dos gestores, refletindo um cenário de práticas onde o exercício democrático opera de forma frágil, dificultando a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, um dos princípios estruturantes defendidos pela PNH. (SALGADO, PENA; CALDEIRA, 2014, p. 2)

Quando uma equipe é desapropriada de seu processo de trabalho, quando as relações entre usuários/trabalhadores/gestores acontece de forma hierarquizada, o cuidado produzido tende a ser fragmentado, porque não olha para as pessoas e sim para

a doença, e o trabalhador tende a se desresponsabilizar tanto pela gestão desse processo, como pela produção desse cuidado.

Como vimos no caso ilustrado, as dificuldades da equipe se encontrar em um espaço coletivo onde possa discutir seu processo de trabalho, compartilhar saberes e construir um cuidado multidisciplinar, desencadeiam a produção de um cuidado fragmentado, centrado na ideia do especialista como detentor do saber e responsável por dar respostas resolutivas aos casos mais complexos.

Uma reflexão possível com relação a esta negação de um processo de construção coletiva e conseqüente angústia por resultados rápidos e preconcebidos, a nosso ver, pode ser a repetição de uma clínica hegemônica no SUS enquanto clínica feita por especialistas que buscam a cura. Nessa clínica, a singularidade do sujeito queixoso cede lugar às prescrições generalizantes e assentadas apenas no conhecimento formal, dificultando ao sujeito experimentar a posição de protagonista. (SALGADO, PENA; CALDEIRA, 2014, p. 8)

Ter uma gestão centralizada, planejando e determinando ações para a equipe executar, na mesma medida em que faz com que a equipe não compreenda o seu processo de trabalho como um todo, desapropriando-a de seu saber/fazer, também produz uma desresponsabilização desses trabalhadores, explicitada, por exemplo, em falas como, "[...] não fui eu que planejei, não fui eu que pensei assim, então, se não está dando certo, não é minha responsabilidade..." (fala de um trabalhador da UBS).

O SUS traz a ideia de controle social e a inclusão dos usuários e dos trabalhadores de saúde na gestão, o que representa uma importante novidade em relação a outros sistemas nacionais de saúde. Por isso, em certa medida, há um ambiente favorável para desenvolver estes processos de apoio, de participação, de radicalização da democracia. O problema é que apesar do SUS ter esta diretriz, a cultura hegemônica do Brasil e, no mundo, é taylorista, é neotaylorista, é gerencialista<sup>7</sup>. (RIGHI, 2014, p. 1146).

Nesse sentido, Sousa (2014) aponta para uma brecha, por meio da qual podemos sustentar uma proposta de democratização da gestão do SUS. Trata-se do princípio da participação da comunidade, previsto na Lei Orgânica da Saúde (LOS) e regulamentado pela Lei 8142 de 1990. É essa dimensão da gestão participativa que o autor propõe que seja expandida para o dia-a-dia dos serviços, a fim de democratizar as relações entre os diversos atores que produzem saúde.

---

<sup>7</sup> Cabe destacar que: "A Teoria Geral da Administração, o taylorismo em particular, coloca-se a tarefa de administrar pessoas como se elas fossem instrumentos, coisas ou recursos destituídos de vontade ou de projeto próprio. Faz parte da cultura tradicional da maioria das Escolas da Administração o objetivo explícito de disciplinar o trabalhador, quebrar-lhe o orgulho, a autonomia e a iniciativa crítica. Delegando a padrões, normas e programas a função de operar o trabalho cotidiano daqueles encarregados de executar ações." (CAMPOS, 1998, p.865).

As estratégias de gestão em saúde, no mundo inteiro, mesmo nos sistemas nacionais de saúde, na saúde pública, foram muito influenciadas pelo taylorismo, que em nome da ciência, em nome do conhecimento padroniza e transforma o trabalho em linhas de produção, reduzindo o profissional trabalhador em saúde ao repetidor de diretrizes, de protocolos. Ainda que seja o paradigma dominante de gestão, esta tradição nunca conseguiu se impor completamente na saúde. No Brasil, o SUS traz a ideia de gestão participativa, o apoio parte desta tradição, desta influência, a ideia do controle social dos usuários e dos trabalhadores sobre o Estado (gestores e governos). O que eu fiz foi radicalizar, foi ampliar isso e pensar que este conceito de gestão participativa não deveria ficar apenas com a ideia de controle social, de fiscalização ou de discussão e definição de prioridades políticas. Deve ser isso também, mas deve descer para o cotidiano das relações equipe/usuário, trabalhadores/usuários, gestor/equipe, gestor/usuários. (RIGHI, 2014, p. 1146)

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, na busca pela transformação das relações de trabalho, por meio da expansão da comunicação entre pessoas e entre coletivos, se apresenta como uma importante estratégia para a inclusão dos sujeitos, a partir da problematização das relações de poder hierarquizadas. A PNH aposta no princípio da transversalidade para a construção de uma clínica ampliada e compartilhada e, nesse sentido, “transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.” (BRASIL, 2013b, p. 6). Eis uma possibilidade de trabalhadores e usuários fazerem a gestão do SUS, de forma autônoma, a partir do compartilhamento de seus saberes para a produção do cuidado.

Falamos da apropriação da possibilidade de fazer a gestão do seu próprio trabalho. Portanto, a alternativa é a inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na construção da própria instituição, das organizações de saúde. Daí, a afirmação de que uma política que problematize os processos de produção da atenção e da gestão do SUS só pode realizar-se na relação intrínseca com um método que opere a inclusão, acionando processos cogestionários. (PAULON; PASCHE; RIGHI, 2014, p.817).

Nesse sentido, outro princípio da PNH que contribui para refletirmos acerca das possibilidades de democratização das relações no SUS é a indissociabilidade entre atenção e gestão. É nesse ponto que a gestão se reconecta ao cotidiano dos serviços e passa a ser feita pelo trabalhador em sua relação direta com o usuário, possibilitando a construção conjunta de um cuidado singularizado.

Nesse sentido, quanto mais horizontalizadas forem as relações entre usuárias/os/trabalhadoras/es/gestoras/es, maior a possibilidade desses atores se corresponsabilizarem pelos processos de produção de saúde, uma vez que são os



próprios sujeitos que, incluídos em seus saberes, em seus modos de vida, protagonizaram a construção do cuidado. Assim, o exercício da cogestão está diretamente relacionado a um exercício criativo que supõe o protagonismo das pessoas envolvidas, contribuindo para o aumento significativo do grau de autonomia das mesmas.

A cogestão é, assim, uma forma de produção de democracia, porque possibilita que a maioria dos trabalhadores pense e interfira na organização dos modos de trabalhar. Além disso, a cogestão permite reaproximação do trabalhador com sua própria obra, que é sempre coletiva, derivada de um complexo arranjo de componentes e de organização do trabalho. (PAULON; PASCHE; RIGHI, 2014, p.817).

O que se está dizendo é que a cogestão auxilia na produção de uma corresponsabilização, implicando os sujeitos em um processo de construção da própria cidadania, através da efetivação do controle social e da participação popular, princípios fundamentais para o fortalecimento do SUS.

O espaço de cogestão é um espaço em que também se aprende – ele tem uma dimensão que é pedagógica, outra subjetiva e ainda outra política. Parte do pressuposto de que a gente precisa agir sobre o mundo e que, para isto, precisa decidir em coletivo, em grupos, em equipes. Então, um dos desafios da cogestão é a constituição de espaços coletivos. (RIGHI, 2014, p. 1147).

Nesse sentido, o apoio pode exercer um papel importante para a democratização da gestão, por meio da constituição e do fortalecimento de espaços coletivos de discussão acerca dos processos de trabalho, de valorização dos diversos saberes e de promoção de autonomia e protagonismo.

Todavia, esse movimento só ganha possibilidades criativas se profissionais de saúde e gestores conseguem realizar modificações concretas no seu modo de produção de práticas, no cotidiano do trabalho. Nesse propósito, passa a ser crucial a produção de espaços de discussão e de co-gestão qualificados nos quais esses atores possam se inscrever de forma produtiva. Considera-se, assim, que o apoio matricial, deve fazer parte de um conjunto de estratégias de democratização institucional. (OLIVEIRA, 2011, p.44-45).

O apoio pode ser uma importante estratégia para ajudar a equipe a refletir sobre como se dá essa relação entre gestão e cuidado no cotidiano de trabalho. Identificar os momentos/espacos em que o trabalhador, no seu cotidiano de trabalho, faz gestão, pode ser um começo para desmistificar a ideia de que apenas gestores estão autorizados a fazer gestão. Reconhecer que o modo como a equipe organiza a produção de cuidado tem mais a ver com as relações estabelecidas entre trabalhadores/usuários, do que com o modo com que a gestão centralizada impõe a organização do trabalho, é outro passo

importante para a compreensão de que a equipe tem autonomia para gerir seu processo de trabalho em conjunto com a população.

Há, no apoio, uma dimensão de metodologia política, que diz respeito às formas como os sujeitos resistem, como fazem alianças, como é possível mudar relações de poder, como a gente democratiza o poder... Então, trazer esta dimensão para a clínica, para o serviço de saúde, não só nas cúpulas, não só no nível central, não só nas conferências. O apoio, além da política, traz o tema da subjetividade, do afeto, das emoções. O SUS não muda sem as mudanças dos trabalhadores, dos usuários [...]. (RIGHI, 2014, p. 1147)

Democratizar o poder não é tarefa simples. Em nossa experiência no NASF, temos compreendido que a aproximação entre equipe apoiadora e equipe apoiada é processual, porque pressupõe a construção de vínculos que não acontecem espontaneamente. Nesse sentido, fomos compreendendo que há uma delicadeza nesse processo de apoiar a reflexão sobre as práticas cotidianas, pois não é simples para os trabalhadores exporem suas práticas e sujeitá-las a críticas.

Uma ferramenta que parece facilitar essa construção de vínculos entre equipes é o compartilhamento de práticas, como consultas e visitas. Dispor-se primeiro a fazer com, a colocar a mão na massa junto com as equipes apoiadas tem sido fundamental para que depois possamos nos sentar com essas equipes e discutir seus modos de gestão e de produção de cuidado.

Assim, a função apoio se exerce menos para a obtenção dos fins da organização (metas e resultados) e mais para a produção de reposicionamentos no trabalho, os quais resultariam, então, em novas contratualidades capazes de ampliar a capacidade de as equipes e organizações de saúde produzirem mais e melhor saúde. É nesse ponto que insistimos que o apoio tem um compromisso ético-político que o reveste de uma função que é de ativação e fomento de grupalidades, mais solidárias e corresponsáveis. (PAULON; PASCHE; RIGHI, 2014, p.818).

#### **CASO IV**

Para a reunião de equipe semanal da ESF Jatobá, da qual o NASF participa quinzenalmente, uma agente comunitária de saúde trouxe para discussão um caso de saúde mental. Segundo ela, durante a semana, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) telefonou para a ESF dizendo que havia um usuário da área de abrangência da unidade que estava comparecendo com muita frequência ao serviço de urgência e emergência, sempre com os mesmos sintomas, falta de ar e pressão no peito, para os quais já haviam sido investigadas e descartadas causas orgânicas.

Segundo a equipe, trata-se do Sr. Ângelo, um idoso que vive no bairro há muitos anos, sempre trabalhou fora, andava bem asseado e pouco vinha à ESF, entretanto, desde que se aposentou comparece frequentemente ao serviço com essas mesmas queixas, com uma aparência descuidada e o semblante desanimado. Além das inúmeras consultas médicas e de enfermagem que lhe foram ofertadas, a equipe também já havia o convidado para participar do grupo de atividades físicas, na tentativa de ampliar sua circulação social e fortalecer seus vínculos afetivos, sem sucesso.

Na reunião, fomos conversando sobre as relações entre trabalho e construção de identidade social, entre aposentadoria e perda do sentido da vida, entre envelhecimento e solidão, enfim, fomos falando das fases da vida e de como elas nos afetam e, nessa conversa, a equipe foi identificando outras/os usuárias/os que estavam enfrentando essas mesmas questões que permeiam o envelhecer em nossa cultura.

Na ocasião, compartilhamos com a equipe da ESF, uma experiência que havíamos desenvolvido há alguns anos em uma UBS, uma *Oficina de Contação de Causos Caipiras*, na qual reunimos idosos que frequentavam o Centro de Convivência do Idoso (CCI) e as/os usuárias/os que participavam de uma Oficina da Saúde Mental e fizemos uma roda de conversa sobre as histórias de antigamente, gravamos as falas, tiramos fotos e, como produto, editamos um vídeo com um dos causos escolhido pelo grupo. Como o material ficou disponível na internet, a equipe da ESF já se animou e assistimos ao vídeo ali mesmo na reunião.

Encerramos essa reunião de equipe combinando que cada agente comunitário identificaria na sua área de abrangência, usuárias/os que tivessem interesse e/ou que pudessem se beneficiar com essa atividade, enquanto a enfermeira faria contato com o CCI e o Ponto de Cultura local para ver a possibilidade de uma ação articulada entre os serviços. Com relação ao Sr. Ângelo, além de convidá-lo para a oficina e de compartilhar com ele a discussão que a equipe estava fazendo sobre o cuidado dele, a ACS combinou de levar com ela na próxima visita domiciliar, o educador físico, para apresentá-lo e fazer uma primeira aproximação entre eles.

**TEXTO IV – A discussão de casos e o compartilhamento de práticas exitosas como ferramentas do apoio para a reorganização do processo de trabalho e para a ampliação do cuidado na Atenção Básica**

A potência de si e de produção de entornos criativos e audazes é o viver intensamente a invenção do vivo, daquilo que afirma a criação ou que põe a vida como obra de arte da existência. Nessa condição, o cuidar do outro é operado por distintas modalidades de saber e fazer, não culmina com as práticas particulares das profissões, das tecnologias do cuidado ou dos protocolos, prolonga-se pela invenção de si, dos entornos, de mundos. (CECCIM; MEHRY, 2016, p.535).

A escolha desse caso busca promover uma discussão acerca do apoio enquanto estratégia para o fortalecimento de ações de promoção de saúde nos territórios e apresentar algumas ferramentas disponíveis para potencializar esse processo. Certamente que a dificuldade da Atenção Básica em organizar seus processos de trabalho para promover saúde na e com a comunidade está relacionada à priorização de ações curativas, médico-centradas e medicalizadoras, fortalecidas pela lógica do capital, nesse caso, representada pela indústria farmacêutica e pelo lobby de algumas categorias profissionais. Conforme apresenta Soares (2016, p.119)

Em *Revolução molecular*, Guattari (1977) já afirmava que o capitalismo mundial integrado - CMI opera por uma ostensiva miniaturização dos meios, indo bem além dos maquinismos técnicos. “O capitalismo se apodera dos seres humanos por dentro” (GUATTARI, 1977, p. 205), operando na base dos comportamentos perceptivos, sensitivos, afetivos, cognitivos, linguísticos, dentre outros. A instância individual torna-se uma espécie de terminal consumidor das demandas artificialmente produzidas, ou industrializadas pelos dispositivos capitalistas: “esse terminal individual se encontra na posição de consumidor de subjetividade” (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 32).

Nesse sentido, não é tarefa fácil desnaturalizar as demandas enlatadas que chegam aos serviços de saúde, por consultas médicas, exames e encaminhamentos para especialidades, nem tampouco ampliar o leque de ações ofertadas pelas equipes da Atenção Básica, igualmente impregnadas pela lógica do capital, na saúde representada pelo modelo biomédico. Para criar estratégias que subvertam essa lógica é necessário fomentar processos criativos nos cotidianos dos serviços, a partir do encontro entre as pessoas, do olhar para as singularidades e da inclusão de trabalhadoras/es, usuárias/os e gestoras/es como protagonistas do processo de produção de saúde.

E contra o movimento de captura orquestrado pelo CMI, Guattari propõe uma revolução molecular, a criação de máquinas de guerra autogestivas que viabilizem e potencializem os devires minoritários e os micromovimentos que subvertem os regimes molares já estratificados. Trata-se da afirmação de um plano instituinte em contraposição ao regime instituído; da possibilidade de se investir na própria subjetividade como estratégia de resistência ao modo de funcionamento do capitalismo. (SOARES, 2016, p.120)

Assim de abordar essas possibilidades de construção coletiva e singular do cuidado em saúde, poderíamos nos questionar sobre o porque as/os usuárias/os preferirem buscar os serviços de urgência e emergência para questões que poderiam ser resolvidas na AB, perto de suas casas, por uma equipe que já as/os conhece?

Uma resposta possível seria a de que tanto na UPA quanto nas unidades de AB, muito provavelmente, têm sido ofertadas ações de cuidado bastante semelhantes, pautadas pelo paradigma biomédico, ações curativistas, centradas na doença, não na pessoa. Nesse caso, haveria ainda a vantagem de que na UPA a/o usuária/o seria atendido no mesmo dia, faria alguns exames na hora e sairia de lá medicada/o, ao passo que na UBS/ESF a consulta seria agendada para outro dia e, após ser consultada/o, teria que aguardar o agendamento de exames em outro serviço e dirigir-se a uma farmácia para a dispensação dos medicamentos prescritos.

Pode-se dizer que a versão biomédica do paradigma cartesiano fundamenta-se nos preceitos de um corpo de conhecimentos instituído há cerca de 200 anos, na transição entre os séculos XVIII e XIX. Nesta concepção, o corpo humano seria concebido à semelhança de uma máquina artificial, tal como a visão de mundo que se instituíra. [...] Este modelo anatomoclínico, biomédico, dá origem ao modelo assistencial tecnicista dos dias de hoje. [...] Entretanto, com os avanços do conhecimento, o paradigma cartesiano vem se evidenciando inadequado e insuficiente para abordar os fenômenos relacionados à saúde e ao adoecimento em sua totalidade. Em especial, no campo da Atenção Primária, esta inadequação tem resultado em uma série de consequências nefastas, inclusive com elevado potencial iatrogênico, que contribuem para uma perda da capacidade resolutiva, com comprometimento da eficácia e da eficiência na abordagem dos problemas de saúde da maioria da população — além de desperdiçarem recursos. (ANDERSON; RODRIGUES, 2016, p.244)

Assim, o que temos observado é que a produção de respostas imediatistas, centradas apenas nas queixas apresentadas e que visam simplesmente proporcionar alívio aos sintomas, não produz necessariamente saúde, pois não se configura enquanto um cuidado integral, centrado na pessoa, limitando-se à remissão sintomatológica, desarticulada da relação entre os modos de vida e as condições de saúde dos sujeitos, desconsiderando ainda os determinantes sociais do processo saúde/doença.

Entre os produtos desse cuidado especializado, fragmentado e desterritorializado, além da medicamentação da população, do gasto excessivo com procedimentos especializados desnecessários, tem-se a desapropriação dos saberes populares e da noção de saúde/doença que as pessoas/comunidades sempre tiveram, e sua conseqüente desresponsabilização pela produção do cuidado, diminuindo a

autonomia e inviabilizando o protagonismo dos sujeitos na promoção de sua saúde e do território ao qual pertence.

Segundo Silva et al (2015, p. 314):

É nesse sentido que a experiência do coletivo, do público ou mesmo da multidão deve ser retomada como plano de produção de novas formas de existência que resistem às formas de equalização ou de serialização próprias do capitalismo. Devolver o produto a seu processo de produção tal como entendemos ser a direção da clínica pressupõe conectarmo-nos nas redes quentes produtoras da diferença. (BARROS; PASSOS, 2004, p 169) (SILVA, 2015,p. 314)

Nesse sentido, estando nós vivendo tempos de tensionamento das transições paradigmáticas, de polarizações políticas e ideológicas intensas e de desmanche das política públicas sociais, escolheremos como caminho para tecer algumas reflexões, o campo da micropolítica, lançando o olhar para o cotidiano enquanto espaço de produção de pequenas revoluções, a partir do reconhecimento da autonomia e da capacidade dos coletivos, usuárias/os, trabalhadoras/es e gestoras/es para o compartilhamento da gestão cotidiana do SUS.

Na micropolítica, não na microsociologia, encontramos/reconhecemos/buscamos a resistência às capturas, a luta pelo direito à criação, a exposição e a vivência, em ato, de uma relação. A micropolítica opõe-se à política das vigências disciplinares, das racionalidades hegemônicas, é a política do minoritário, das forças minoritárias, resistência aos instituídos, resistência ao saber-poder-desejo hegemônico, disputa por outros modos de ser-existir-agir, inventivos, criativos, em ato. [...] A micropolítica não é local/individual, é força instituinte, transversalidade de processos e projetos, luta contra-hegemônica e anti-hegemônica. (CECCIM; MEHRY, 2009, p.533).

Assim, enxergar a potência dos encontros e das práticas cotidianas para a produção dessas mini-revoluções, parece ser uma importante estratégia para o reconhecimento da capacidade das/os trabalhadoras/es e de sua autonomia para a gestão de seu processo de trabalho, em conjunto com usuárias/os, de modo a fortalecer as ações de promoção de saúde nos territórios.

Trazemos, então, como primeira aproximação, a noção de que um encontro é da ordem micropolítica. [...] Além disso - e ao mesmo tempo -, os encontros, na micropolítica, são intensamente pedagógicos, operam, ante as práticas inculcadoras/homogenizadoras, com trocas entre domínios de saberes e fazeres, construindo um universo de processos educativos em ato, em um fluxo contínuo e intenso de convocações, desterritorializações e invenções. Uma segunda aproximação é a de que as interações são estratégias de resistência e criação, vividas como paradoxo num mundo habitado pela profusão de práticas clínicas e pela profunda fragilização da vida (despotencializada para conduzir processos intensivos, afastada da alegria, desumanizada). (CECCIM; MEHRY, 2009, p.535-536)

Enquanto apoiadora no NASF, transitando pelas equipes de AB, fomos questionados diversas vezes sobre a metodologia que estávamos utilizando para apoiá-las. De forma geral, as equipes demonstraram sentir-se encurraladas quando questionadas sobre as ações que desenvolviam, sobre a maneira com que as desenvolviam. (Lembro-me de uma trabalhadora dizendo certa vez em uma reunião de equipe, “quando te ligo pra pedir uma ajuda e você começa a me perguntar se eu já fiz isso ou aquilo, se eu já falei com fulano ou beltrano, me dá uma raiva, parece que eu não fiz nada pra tentar resolver o caso antes de ligar pra você.”).

O fato de a equipe NASF estar sempre apontando para a equipe de AB para a importância da inventividade necessária para produção de um cuidado singular e efetivo, também demonstrou gerar angústia nas equipes apoiadas. Imersas em uma rotina de trabalho repetitivo e geralmente organizado com base em protocolos construídos de forma vertical pela gestão, as equipes insistem em demandar um apoio que lhes apresente respostas imediatas, concretas e, por consequência, reducionistas. Resistir e não responder prontamente a essas demandas, através do atendimento especializado por exemplo, torna-se um desafio para a equipe apoiadora que, como não poderia deixar de ser, também precisa criar e recriar suas práticas diariamente. Esses estranhamentos têm sido fundamentais para avançarmos na construção de um modo de fazer apoio que acolha o/a trabalhador/a em sua angústia e que potencialize a equipe para que ela possa criar seus modos de produzir um cuidado integral.

O apoio se estabelece como referência de confiança e só pode existir em um contrato que lhe dá possibilidades de permanência, cuja inscrição o insira em um processo de grupalização, sem o qual a construção coletiva não se realiza. Voltar ao mesmo coletivo, suportar a crítica ou a explicitação de situação que inviabilizou a realização do que foi acordado, reposicionar-se, insistir, mudar a velocidade ou abandonar caminhos (mesmo aqueles que nos custa tanto abandonar, que pareciam tão promissores...), recontratar, avaliar junto ao coletivo, comemorar avanços, compreender e superar as derrotas, buscar mais e novos suportes conceituais, dialogar com eles, jogar alguns fora, procurar novas explicações (porque as que tínhamos já não dão conta do que a vida foi demandando)... tudo isto faz parte do cotidiano do apoio e compõe a dinâmica de trabalho do apoiador. (PAULON; PASCHE; RIGHI, 2014, p 813).

No caso ilustrado, podemos observar que o compartilhamento de experiências exitosas pode se configurar uma ferramenta exitosa de apoio para a AB. Dividir uma experiência simples, construída com os recursos existentes em qualquer equipe de ESF (trabalhadoras/es e usuárias/os), a partir da identificação do que já existe de potente no território (contadores de casos), possibilitou à equipe apoiada o reconhecimento de que

ela também já desenvolve ações de promoção de saúde e que muitas dessas ações desenvolvidas são exitosas. Esse reconhecimento parece contribuir para a compreensão da equipe de que essas ações desenvolvidas por ela no dia a dia constituem o modo de produzir cuidado dessa equipe e que saber disso, pode qualificar e fortalecer esse saber/fazer, fazendo com que ele impacte efetivamente na qualidade de vida da população atendida.

Outra questão que nos parece importante é como permanecer em movimento e, assim, manter um lugar de resistência às práticas autoritárias e que produzem dor e sofrimento, sem se deixar adoecer ou sucumbir à naturalização e banalização dos processos de trabalho. Por que alguns trabalhadores parecem, literalmente, esgotados em sua capacidade de produzir novas relações, e como auxiliá-los para que reencontrem força para acreditar e lutar pela consolidação do SUS? Experimentar o lugar de apoiador não é, necessariamente, fazer pelo outro, mas construir junto condições para intervir na realidade, um caminho que, certamente, não é dado a priori. (SALGADO; PENA; CALDEIRA, 2014, p. 911)

Parece, então que o compartilhamento de experiências exitosas, exercício razoavelmente simples de horizontalização das relações e de valorização dos diversos saberes da equipe, colabora para a apropriação, pelas/os trabalhadoras/es, dos saberes produzidos por elas/es cotidianamente, em equipe, contribuindo para a corresponsabilização desses diversos atores pela promoção de saúde no território, ampliando a capacidade de cuidado da equipe.

Pensamos, portanto, o apoio como uma função exercida em coletivos, com equipes que compartilham situações de trabalho não raro muito densas, duras, e que demandam suporte de alguém que ajude a pôr os processos naturalizados em análise. O apoio assume, assim, a conotação de uma função que se situa na delicadeza do encontro entre esses grupos/equipes e alguém que cumpre esse papel de apoiar. Alguém que, antes de tudo, propõe a lidar com as relações com vistas a [...] construir múltiplos reposicionamentos, cuja direção deve ser afirmativa de grupalidades mais solidárias e mais capazes de propor e realizar práticas de gestão e de cuidado em consonância com aquilo que do ponto de vista social e político tem sido tomado como justo, ético e tecnicamente adequado. (PAULON; PASCHE; RIGHI, 2014, p. 817)

Em nossa experiência no NASF, o apoio tem se mostrado um importante articulador de encontros. Tornar esses encontros potentes para ativação de mudança nos cotidianos dos serviços, não é tarefa fácil, demanda disposição para acolher angústias, manejar conflitos, negociar interesses, respeitar o tempo do coletivo, aprender com a diferença. Apoiar é acreditar que juntas/os podemos fazer mais e melhor e que esse encontro é processual e demanda construção permanente.



## (IN)CONCLUSÕES

### **Apoio como estratégia de mudança do modelo de cuidado: potências e desafios**

A primeira e ousaria dizer, a mais importante, potência que identificamos nesse processo de apoiar as equipes de AB por meio do trabalho do NASF é, sem dúvida, a potência do encontro entre essas duas equipes. Ir até as UBS/ESF, sentar-se com essas equipes, ouvir os conflitos e mediar as tensões oriundos da diversidade de compreensões acerca do trabalho e da vida, acolher as angustias diante da complexidade e da natureza de nosso trabalho, dispor-se a estar com, a construir junto, tem se configurado como uma importante ferramenta tanto para a efetivação do apoio, como para a articulação das redes de saúde.

[...] toda arma que o trabalhador tiver para operar encontros tem de estar a serviço dos “movimentos em ato” de que um encontro é portador, não o contrário. Suas ferramentas tecnológicas só serão efetivamente tecnologias singularizadoras como encontros-acontecimento. O enfrentamento de tensões/paradoxos será necessário para dar substância à aposta que o HumanizaSUS declara, buscando aumentar, de forma significativa, as potências de produção de vida na organização da atenção à saúde. Esse enfrentamento não estará em justificações - mas na surpresa - das interferências-em-interação.. (CECCIM, MERHY, 2009, p 535).

Nesses encontros, a possibilidade de troca dos saberes entre as equipes, evidenciou-se como uma das fortalezas da função apoio, favorecendo uma construção compartilhada de novos modos de produzir saúde. A força do apoio parece estar justamente em proporcionar este espaço onde o saber especializado vai sentar, na mesma ordem de importância para a produção do cuidado, com o saber que é construído na prática, produzindo nesta junção, um outro saber/fazer, a produção de uma prática e um cuidado singulares em saúde, ou seja, a invenção de novos modos de promover saúde em articulação com os territórios.

Sentar-se em roda para pensar o processo de trabalho coletivamente, ou seja, proporcionar às equipes o exercício de falar sobre aquilo que ela faz, em si, já se configura como um ponto forte nesse processo de apoio. Quando a equipe descreve o próprio trabalho e, através do apoio, podemos apontar onde é que essas práticas estão (ou não estão) localizadas na política pública, e instigar a equipe a nomear suas ações, contribuindo para que descubram que na sua prática cotidiana existe um conhecimento sendo produzido, tem sido uma importante estratégia tanto para o fortalecimento do

trabalho em equipe, como para a ampliação da capacidade da equipe de fazer a gestão dos seus processos de trabalho.

O apoio institucional implica criar espaços de conversação, de explicitação das diferenças, de pactuação do que fazer, do como fazer. Portanto, é necessário algum grau de co-gestão para que trabalhadores possam olhar o próprio trabalho, suas relações dentro do serviço e as relações das equipes com os usuários, a fim de que mudanças possam ocorrer. Nesse mesmo sentido, entende-se por apoio matricial o aporte de conhecimentos/tecnologias específicas de uma equipe de trabalho a outra, proporcionando troca de saberes entre todos os participantes das equipes matriciadora e matriciada. (PAULON; PASCHE; RIGHI, 2014, p. 814)

De forma geral, as equipes não se organizam para planejar, monitorar e avaliar as ações que realizam cotidianamente, simplesmente fazem, executam o que, geralmente, foi programado de forma verticalizada pela gestão, reproduzindo o modelo hegemônico de fazer saúde, concentrando seus esforços em ações curativas, a partir do saber médico e das ofertas da indústria farmacêutica. Assim, nesse processo de trabalho repetitivo, fragmentado e alienante, a equipe acaba perdendo a dimensão do seu trabalho, tornando-se incapaz de avaliar se o trabalho realizado é ou não resolutivo, se produz ou não saúde, se impacta ou não na qualidade de vida da população atendida.

Nesse sentido, esse exercício de discutir coletivamente acerca do processo de trabalho, de ressignificar o saber/fazer nele produzido, tem se mostrado bastante significativo para a apropriação, por parte da equipe, daquilo que ela já faz e já produz, contribuindo para a desalienação/desfragmentação do trabalho, bem como para a corresponsabilização dessas, es trabalhadoras/es pela promoção de saúde no território.

Nossa experiência contínua de encontro com os trabalhadores tem demonstrado que ainda se faz necessário construir espaços coletivos, onde se incentive a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, e isso está diretamente relacionado à análise de cenário e a construção de grupalidade, tarefa imprescindível ao trabalho do apoiador. Lembramos aqui que a expressão 'coletivo' deve ser entendida como o encontro entre singularidades, como espaço de múltiplas formas de saber e fazer. Este posicionamento implica, necessariamente, incluir o outro em sua diferença, o que nem sempre é algo fácil de realizar. (SALGADO; PENA; CALDEIRA, 2014, p. 913).

Para tanto, é preciso atentar-se para o modo com que o encontro entre os esses diversos saberes será proposto pela equipe de apoio, fazendo-se indispensável que ele aconteça de forma horizontal, possibilitando a circulação da palavra entre todos os membros da equipe, a partir da inclusão da diferença e da valorização dos diversos saberes postos nessas rodas.

O exercício de problematizar as práticas cotidianas na tentativa de provocar uma reflexão acerca do processo de construção do cuidado em saúde, embora importante, demonstrou causar desconforto às equipes que referiram sentir-se questionadas, vigiadas em seu saber/fazer. Nesse sentido, o fazer compartilhado tem se mostrado inicialmente mais potente para a construção de uma relação afetiva e de confiança entre equipe apoiadora e equipe apoiada.

Quando as/os trabalhadoras/es NASF dividem o fazer com as/os trabalhadoras/es da UBS/ESF, em uma atendimento e/ou visita compartilhada, as resistências ao apoio parecem diminuir, estar junto diante da população e de sua complexidade, torna o apoiador mais trabalhadorx e menos expectadorx do trabalho da equipe. O fazer compartilhado parece favorecer uma relação mais solidária entre as equipes, a equipe apoiada sente que não está sozinha para lidar com os casos mais complexos e com as tensões deles decorrentes. Assim, apontamos para a potência do afeto para a efetivação do apoio e para a construção de um cuidado mais humanizado e integral.

Quando um campo de confiança se constituiu entre os sujeitos, já podemos nos mostrar para o outro com todos os traços de singularização que marcam nosso corpo e nossa alma, sem medo de sermos rotulados como loucos, fracos ou perdedores. Nota-se que há um deslizamento sutil do afeto de confiança para o afeto de acolhimento... O momento da confiança é aquele “em que forças de heterogeneização estão por cima, o que engendra um novo tipo de relação feito de ‘respeito, admiração e confiança’...” Esse “outro tipo de relação” é, na verdade, “um outro modo de subjetivação, um outro mundo neste mundo. Amparar o outro na queda: não para evitar que caia nem para que finja que a queda não existe ou tente anestésiar seus efeitos, mas sim para que possa se entregar ao caos e dele extrair uma nova existência. Amparar o outro na queda é confiar nessa potência, é desejar que ela se manifeste. Essa confiança fortalece, no outro e em si mesmo, a coragem da entrega” (Rolnik, 1995). (TEIXEIRA, 2004, p. 13)

Neste sentido, apoiar constitui-se em construir um espaço afetivo, no qual as relações possam ser horizontalizadas, onde não apenas os distintos saberes/fazeres ganham importância para construir um jeito criativo, singular, potente e resolutivo, de promover um cuidado de saúde integral e territorializado, mas também o ganham a afetividade, a empatia entre equipe apoiadora e equipe apoiada, entre trabalhadoras/es / usuárias/os / gestoras/es.

Observamos ainda, que a aproximação de novas/os trabalhadoras/es, lançando novos olhares sobre o processo de trabalho, motiva e fortalece as equipes para o desenvolvimento de ações menos verticalizadas, mais compartilhadas, integrais e humanizadas. Parte dessa motivação parece estar relacionada ao fato do apoio possibilitar à equipe o reconhecimento de que a mesma já desenvolve ações assertivas

permitindo que essas/es trabalhadoras/es se apropriem dos saberes/fazeres contidos em suas próprias práticas. Como dissemos, esses novos olhares sobre os processos de trabalho parecem motivar e fortalecer as equipes, contribuindo para que as equipes da AB reconheçam seus fazeres como produtos e produtores de saberes.

O fato da equipe do NASF ser composta por trabalhadoras/es que não são da equipe UBS/ESF, permite a essas/es novas/os trabalhadoras/es que se juntam a estas equipes, lançar um olhar inédito sobre elas e sobre seu trabalho. A potência deste novo olhar, um olhar que olha justamente para a potência, para aquilo que a equipe é capaz de fazer, para aquilo que a equipe tem sido capaz de desenvolver, esse lançar do novo olhar produz uma possibilidade de construção do novo, a partir do reconhecimento do que já é feito.

Diante de falas cotidianas das equipes apoiadas, como: "isso a gente já fez", "isso a gente fazia", "isso dava certo", "isso não dá mais", o apoio é capaz de lançar um olhar que reconhece e valoriza esse processo contínuo de construção/desconstrução/reconstrução do fazer saúde. Quando a/o apoiadora/or diz: "isso é muito potente", "isso é fazer promoção de saúde no território", "isso é construir uma prática em parceria com a população", "isso é fazer saúde mental na AB", parece que a equipe, antes anestesiada pelo trabalho repetitivo, desperta e reapropria-se de sua capacidade inventiva, de produzir um cuidado singular e integral.

Se por um lado, as potências do apoio são inúmeras, por outro, muitos desafios também estão postos na efetivação desse trabalho junto à Atenção Básica. O primeiro deles é a necessidade de ampliação da cobertura de AB no município e da expansão das equipes de NASF. Uma população de cerca de cem mil habitantes demandaria por volta de trinta Estratégias de Saúde da Família para ter uma cobertura de Atenção Básica em 100% do território municipal, enquanto que nossa cobertura está por volta dos 60%. Campos (2007) em artigo sobre apoio matricial e equipes de referência, denomina esse desafio como obstáculos decorrentes do excesso de demanda e da carência de recursos.

A implantação do SUS é parcial. Há evidências indicando que o volume de serviços oferecidos à população brasileira ainda é insuficiente. De qualquer modo, reconhece-se que esses recursos poderiam ter um uso mais adequado e racional, caso ocorressem reordenações no modelo de gestão e de atenção. Ressalte-se, nesse aspecto, o papel que a construção de uma rede básica com ampla cobertura populacional e capacidade de resolver problemas tem tido na viabilidade de sistemas nacionais de saúde. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.404)

Assim, temos também o desafio de conseguir compor equipes de NASF que sejam suficientes para apoiar a quantidade de serviços de Atenção Básica que temos. Segundo a portaria, para apoiar as dezenove equipes de AB que temos, seriam necessárias ao menos duas equipes completas de NASF I, somando quatrocentas horas semanais de trabalho. A título de curiosidade, foi só no final do ano passado que conseguimos completar nossa primeira equipe de apoio.

Fato é que um apoio mensal, que é o que temos conseguido fazer, participado uma vez por mês das reuniões de equipe das UBS e ESF, torna o processo de efetivar o apoio muito lento, tanto para estabelecer uma relação de confiança entre as equipes, como para construir práticas compartilhadas, capazes de promover mudanças nos processos de trabalho. O apoio, para dar conta de pensar o processo de trabalho, em conjunto com as equipes apoiadas, a partir do vínculo e do compartilhamento de práticas com as mesmas, teria que estar inserido na rotina do serviço.

Outro desafio que temos encontrado no cotidiano é que, como o apoio é uma estratégia nova de trabalho e o NASF é um serviço novo, o primeiro momento também seria de ajudar a equipe a entender quais seriam as demandas para o apoio, em que o apoio seria potente naquele lugar. Muitas vezes, na reunião de equipe, as/os trabalhadoras/es esperam que o NASF coloque alguma pauta para ser discutida. Nesse momento, nem toda equipe do NASF consegue problematizar isso, que estamos lá para participar da reunião que já aconteceria e estaríamos ali para contribuir na identificação, durante a reunião, de pontos importantes para repensar o cuidado e/ou o processo de trabalho.

Nesse sentido, o apoio que apenas visita as equipes mensalmente, pode dar conta de discutir alguns casos complexos, de construir alguns projetos terapêuticos singulares, de fazer algumas visitas domiciliares ou atendimentos compartilhados, mas certamente, não é suficiente para reorganizar o processo de trabalho, a partir da democratização da gestão, da territorialização do cuidado e da ampliação da clínica.

O apoio matricial implica sempre a construção de um projeto terapêutico integrado, no entanto essa articulação entre equipe de referência e apoiadores pode desenvolver-se em três planos fundamentais: a) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência; b) em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade; c) é possível ainda que o apoio restrinja-se à troca de

conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 401).

Não estando imersos no cotidiano das equipes apoiadas, outro grande desafio que tem se apresentado para a realização de um apoio efetivo, é, como não poderia deixar de ser, a horizontalização das relações. Para articular um trabalho em rede, para construir um cuidado singular, é preciso que as relações estabelecidas tanto entre gestão e trabalhadoras/es, trabalhadoras/es e trabalhadoras/es, como entre trabalhadoras/es e usuárias/os, ocorram de forma horizontalizada, a fim de irmos conseguindo reconhecer e valorizar os conhecimentos que o outro tem sobre si e sobre o mundo, os conhecimentos das/os trabalhadoras/es sobre sua prática de trabalho, os saberes das/os usuárias/os sobre seu processo de saúde-doença, para podermos construir, a partir do encontro entre diferentes, um outro saber/fazer que produza saúde pra todos.

Entretanto, em lugar de normalizar a vida, os trabalhadores de saúde podem participar da produção da vida, ali onde cada um pode gerar um cuidar de si, não para construir um jeito protocolar de viver, mas para construir seu modo original de viver. Essa seria uma clínica do corpo sem órgãos, onde cada indivíduo se sabe e seus cuidadores se sabem e o sabem em redes de fluxos, em redes intercessoras, em efeitos de encontro. (CECCIM; MEHRY, 2009, p.540).

Se nesse processo de produzir saúde as/os trabalhadoras/es não conseguem considerar o conhecimento que o outro tem, certamente, não será possível construir um cuidado compartilhado que faça sentido também para quem é cuidado. Entretanto, democratizar as relações não é tarefa fácil, porque as/os próprias/os trabalhadoras/es vem de um processo no qual ter uma profissão, serem gestoras/es, serem trabalhadoras/es, justamente, as/os coloca em uma posição de vantagem em relação às/aos usuárias/os que dependem desse trabalho, então, se as/os trabalhadoras/es estudaram ao longo de sua vida exatamente para se diferenciar da população de forma geral, como propor-lhe a horizontalização dessa relação? Com quais ferramentas e em quais momentos do processo de trabalho faremos a reflexão de que ter um conhecimento específico, não é necessariamente ter um conhecimento maior ou melhor?

Problematizar os limites de cada disciplina é argüi-la em seus pontos de congelamento e universalidade. Tratar-se-ia, nesta perspectiva transdisciplinar, de nomadizar as fronteiras, torná-las instáveis. Caotizar os campos, desestabilizando-os ao ponto de fazer deles planos de criação de outros objetos-sujeitos, é a aposta transdisciplinar. (PASSOS E BARROS, 2000, p.77)

Como deixam transparecer esses questionamentos, desconstruir a hierarquização dos saberes com as equipes tem sido um desafio importante para o apoio, porque é justamente nessa diferenciação do saber que a equipe centra o seu poder em relação à comunidade, produzindo respostas institucionalizadas e fragmentando o cuidado.

Além disso, para efetivar um apoio mais qualificado e sistematizado, faz-se necessária a ampliação do investimento na formação das/os trabalhadoras/es, por meio da implementação de estratégias de Educação Permanente em Saúde. Os Núcleos Municipais e Regionais de Educação Permanente e Humanização, em articulação com os NASF, são espaços estratégicos para fomentar espaços de formação em serviço, a partir da identificação das demandas de formação específicas de cada território.

Por fim, compreender o SUS como um processo civilizador, de construção cotidiana do ser humano, aponta-nos para a potência do encontro e do afeto como importantes ferramentas para a efetivação das redes de saúde.

### **Apoio como estratégia de resistência em tempos de desmanche do SUS**

Esse ano, o SUS completa 30 anos e, apesar da falta de recursos, das crises recorrentes, dos problemas de financiamento e da propaganda em contrário, o Brasil conseguiu construir nessas últimas três décadas, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, feito notável para uma nação que tem dificuldades para desenvolver políticas de longo prazo e que padece com os avanços da lógica capitalista sobre a gestão pública.

Em novembro de 2016, Michel Temer, que assumiu a presidência da república através de um golpe que tirou do poder a presidente eleita, Dilma Rousseff, publica a Emenda Constitucional 95/16 que altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal, o que significa o congelamento, por 20 anos, dos gastos públicos no Brasil, com profundo impacto sobre o orçamento de áreas como saúde, educação e assistência social.

Em setembro do ano passado, foi publicada a Portaria GM/MS 2.436/17, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. O texto prévio, que foi submetido à consulta pública por míseros 15 dias, vinha sendo criticado por várias entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), a Escola Politécnica de Saúde Joaquim

Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ), entre outras, em especial no que diz respeito a algumas alterações propostas, como a falta de prioridade dada à Estratégia de Saúde da Família e a ausência de um compromisso, previsto na PNAB anterior, com a cobertura de 100% da população. A seguir temos um compilado acerca das principais críticas à nova PNAB.

**1. Financiamento:** a nova PNAB flexibiliza a implementação das equipes de atenção básica, que agora podem ser criadas fora da Estratégia da Saúde da Família, abrindo mão da prioridade do financiamento indutivo. **2. Número mínimo de agentes:** a nova PNAB orienta para a retirada da obrigatoriedade de um número mínimo de Agentes Comunitários de Saúde nas Equipes de Saúde da Família, fragilizando o profissional e a cobertura dos territórios. **3. Atribuições compartilhadas:** a nova PNAB propõe que algumas das atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes Comunitários de Endemias sejam compartilhadas. Porém, os profissionais da área discordam, visto que as formações são diferentes para cada área. **4. Padrão mínimo:** a nova PNAB orienta que as equipes de Atenção Básica realizem apenas um pacote mínimo de serviços. A medida pode reduzir a oferta aos usuários, já que desobriga as equipes e municípios de oferecerem além do pacote mínimo. **5. Controle social:** a Comissão Intergestora Tripartite (CIT), composta por Conass, Conasems e Ministério da Saúde, publicou a portaria sem levar em consideração os apontamentos destacados pelo Conselho Nacional da Saúde (CNS) e sem garantir o amplo debate da pauta. (PORTAL VERMELHO, 2017)

Essa brevíssima descrição do atual cenário político brasileiro nos permite dizer que vivemos em tempos de desmanche das políticas públicas sociais, entre elas, do SUS. Nesse sentido, estrategiar possibilidades de enfrentamento dessa realidade passa a ser tarefa fundamental para a garantia dos direitos sociais e para a manutenção da democracia.

A questão que se coloca para nós, agora, é como resistir a essas novas formas de anexação do/no capitalismo contemporâneo. Mais ainda cabe-nos a pergunta sobre quais relações há entre o capitalismo contemporâneo, o exercício da clínica e a produção de subjetividade. Esta pergunta nos obriga a discutir o plano da clínica na sua inseparabilidade da filosofia, da arte, da ciência, e, em especial para nós, da política.[...]. O que queremos dizer é que definir a clínica em sua relação com os processos de produção de subjetividade implica, necessariamente, que nos arrisquemos numa experiência de crítica/análise das formas instituídas, o que nos compromete politicamente. (BARROS; PASSOS, 2004, p 166).

Passamos então a compreender que fazer saúde pública implica necessariamente em um posicionamento político, na medida em que toda ação clínica é também política, pois demanda espaços de negociação e compatibilização de interesses, mas também porque pode tanto assujeitar quanto promover autonomia. Nesse sentido, esses espaços coletivos de construção do cuidado podem ser considerados estratégicos para o



desenvolvimento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos na construção de si e dos espaços que habitam.

O apoio, ao trabalhar para a inclusão e o aumento da comunicação entre os distintos atores do SUS, ao facilitar a horizontalização das relações entre estes, fomentando grupalidades e ampliando a capacidade de gestão dos mesmos, configura-se como uma estratégia importante para resistirmos ao desmanche do SUS. Nesse sentido, é no espaço da micropolítica, das relações e dos encontros cotidianos, que pode estar a possibilidade de enfrentamento desse cenário macropolítico.

A nossa aposta é de que a experiência clínica mais do que nunca é resistência porque entendemos, a partir de Foucault (1980; 1999), que a vida ela também é marcada por uma complexidade sendo a um só tempo, no contemporâneo, um ponto de incidência dos mecanismos do biopoder e um ponto de resistência biopolítica. E se o CMI se caracteriza por uma forma de assujeitamento da vida, há que se apostar nas formas de resistência experimentadas no processo de subjetivação. Eis nossa aposta clínico-política. (BARROS; PASSOS, 2004, p 170)

Escrever esse trabalho foi um caminhar em direção ao compartilhamento de saberes/fazer, apesar de todo conflito e insegurança em produzi-lo, tenho tomado como um exercício de socializar as reflexões que a academia tem me proporcionado acerca dos nossos saberes/fazer no cotidiano do SUS. Nesse sentido, esse trabalho é uma aposta na potência do encontro entre academia e comunidade para a construção de uma sociedade mais justa e democrática.

Enfim, a ideia é que esse texto seja mesmo inconcluso, que converse com outras/os *suseiras/os*, que possibilite encontros de sentidos, de histórias, de pessoas, que contribua com as reflexões e com o desenvolvimento do apoio no SUS.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, K. F.; ROCHA, M. L. **Micropolítica e o Exercício da Pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise.** Rev. Psicologia Ciência e Profissão. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2007, v. 27, n° 4, 648-663.
- ANDERSON, M. I. P.; RODRIGUES, R. D. **O paradigma da complexidade e os conceitos da Medicina Integral: saúde, adoecimento e integralidade.** Rev. Hospital Universitário Pedro Ernesto. Rio de Janeiro. On-line. v. 15, n°. 3, 2016. Disponível em: <[http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=623](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=623)>. Acesso em 05 jul. 2018
- BARROS, R. B. de; PASSOS, E. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V. ; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.** Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 17-31.
- BARROS, R. B. de; PASSOS, E. Clínica, política e as modulações do capitalismo. **Lugar Comum** - Estudos de Mídia, Cultura e Democracia. Rio de Janeiro. n°. 19-20, p. 159-171, jan-jun. 2004. Disponível em: <[http://uninomade.net/wp-content/files\\_mf/113003120823C1%C3%ADnica%20pol%C3%ADtica%20e%20as%20modula%C3%A7%C3%B5es%20do%20capitalismo%20-%20Eduardo%20Passos%20e%20Regina%20de%20Barros.pdf](http://uninomade.net/wp-content/files_mf/113003120823C1%C3%ADnica%20pol%C3%ADtica%20e%20as%20modula%C3%A7%C3%B5es%20do%20capitalismo%20-%20Eduardo%20Passos%20e%20Regina%20de%20Barros.pdf)>. Acesso em: 05 jul. 2018
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto-Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 01 nov. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica.** O vínculo e o diálogo necessários. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>>. Acesso em: 05. mai. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde:** unidade de aprendizagem – Práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Série B. Textos Básicos de Saúde. 2006, Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28\\_11\\_2013\\_14.57.23.7ae506d47d4d289f777e2511c83e7d63.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_11_2013_14.57.23.7ae506d47d4d289f777e2511c83e7d63.pdf)>. Acesso: 05 mai 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série Pactos pela Saúde.

Brasília ,DF, v.4, 2006b, Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso: 05 mai 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clinica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2. ed. Brasília, DF, 2007b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf)>. Acesso em: 05. mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)>. Acesso em: 05 mai 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica, n.27. Série A Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2010. 152 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_do\\_nasf\\_nucleo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf)>. Acesso em 05 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental**. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília, 2013a. 176 p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf)>. Acesso em 05 mai 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização PNH**, 1ª reimpressão. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folhetopdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetopdf)>. Acesso em: 05 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família- vol. 1. **Ferramentas para a gestão e para o cotidiano**. Caderno de Atenção Básica, n. 39. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf)>. Acesso em: 05 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **DAB Notícias** - Quais as mudanças na atualização da PNAB? Brasília, DF, Ago. 2017a. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=\\_&cod=2433](http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2433)>. Acesso em 15.06.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017b. p. 68. Disponível em: <[http://www.impresanacional.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031](http://www.impresanacional.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031)>. Acesso em 20 abr 2018.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out-dez, 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1998000400029&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1998000400029&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 05 mai 2015.

\_\_\_\_\_; DOMITTI, A. C.. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, nº 2, p. 399-407, fev, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016)>. Acesso em: 5 jun. 2018. -

\_\_\_\_\_; FIGUEIREDO, D. M.; PEREIRA JUNIOR, N.; CASTRO, P. C. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação** (Botucatu), v. 18, p. 983-995. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000500983&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000500983&script=sci_abstract)>. Acesso em : 02 jul. 2018.

CECCIM, R.B.; MERHY, E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.531-42, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500006&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 jul. 2018.

COSTA, L. F.; BRANDÃO, S. N. Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. **Psicologia & Sociedade**. On line. v. 17 no. 2, p. 33-41; mai/ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n2/27042.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2018.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. On-line. v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1999000200019&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1999000200019&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 05 mai 2015.

MARX, K., & Engels, F. **A Ideologia Alemã** (Feuerbach). Tradução de José Carlos Bruni e Marco Aurélio Nogueira. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 1984.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo technoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

\_\_\_\_\_. **EPS em Movimento**. Depoimento Mehry. 2014. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=1SU6kbRw254>>. Acesso em: 05 mai. 2015.

MOURA, R. H.; & Luzio, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v. 18, Mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-1807-576220130333.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2018.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.101, p. 95-120, jan./mar. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282010000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000100006)>. Acesso: 17 nov 2017.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 175 p., 2011. Disponível em: <[http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/309702/1/Oliveira\\_GustavoNunesde\\_D.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/309702/1/Oliveira_GustavoNunesde_D.pdf)>. Acesso em 02 jul. 2018.

PASSOS, E.; BARROS, R. B.. A construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. [On-line]. v. 16, nº. 1, p.071-079. Jan-Abr. 2000, Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722000000100010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722000000100010&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 05 jun. 2018.

PAULON, S. M.; PASCHE, D. F.; RIGHI, L. B. Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança – **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu. v. 18, p. 809-820, out. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000500809&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000500809&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 05 jul 2018.

PORTAL VERMELHO. Entenda os cinco pontos de retrocesso da nova PNAB. Notícias. 18 out. 2017. Disponível em: <<http://www.vermelho.org.br/noticia/303267-1>>. Acesso em: 05 jul. 2018.,

RIGHI, L. B. Apoio matricial e institucional em Saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu. v. 18, p. 1145-1150, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000501145](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000501145)>. Acesso em: 05 jul 2018.

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M. C. A experiência complexa e os olhares reducionista. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 115-123, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000100010&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000100010&script=sci_abstract)>. Acesso em 05 jul. 2018.

SAIDÓN, O. Redes. Pensar de outro modo. In: SAIDÓN, O. **Devires da clínica**. Hucitec, São Paulo, 2008, 183 p.

SALGADO, A. C. S.; PENA, R. S.; CALDEIRA, L. W. D. Apoio institucional e militância no Sistema Único de Saúde (SUS): refletindo os desafios da mobilização dos sujeitos na produção de saúde. **Interface** – Comunicação, Saúde e Educação. Botucatu. v. 18, dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-576-icse-1807-576220130221.pdf>>. Acesso em: 05. jul 2018.

SANTOS, B. de S. **Um discurso sobre as ciências**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, T. S. dos. Do artesanato intelectual ao contexto virtual: ferramentas metodológicas para a pesquisa social. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 11, nº 21, jan./jun. 2009, p.120-156. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/sociologias/article/download/9643/5516>>. Acesso em: 05 mai. 2015

SILVA, J.M. et al. Integralidade: fortalecendo o sentido da vida através de processos educativos em saúde. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 16, n. 2, p. 311-321, 2015. Disponível em: <<https://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/viewFile/1021/965>>. Acesso em: 05.mai. 2017.

SOARES, F. M. A produção de subjetividades no contexto do capitalismo contemporâneo: Guattari e Negri. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 28, nº. 1, jan-abr. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922016000100118&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922016000100118&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 05 jul. 2018.

TEIXEIRA, R. R. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. In: RESEARCH CONFERENCE ON RETHINKING THE PUBLIC IN PUBLIC HEALTH: NEOLIBERALISM, STRUCTURAL VIOLENCE AND EPIDEMICS OF INEQUALITY IN LATIN AMERICA. 2004. San Diego. **Anais... San Diego: Universidade da Califórnia**, 2004. Disponível em: <[https://www.academia.edu/12680923/As\\_redes\\_de\\_trabalho\\_afetivo\\_e\\_a\\_contribui%C3%A7%C3%A3o\\_da\\_sa%C3%BAde\\_para\\_a\\_emerg%C3%Aancia\\_de\\_uma\\_outra\\_concep%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_p%C3%ABlico?auto=download](https://www.academia.edu/12680923/As_redes_de_trabalho_afetivo_e_a_contribui%C3%A7%C3%A3o_da_sa%C3%BAde_para_a_emerg%C3%Aancia_de_uma_outra_concep%C3%A7%C3%A3o_de_p%C3%ABlico?auto=download)>. Acesso em: 05. jul 2018.

VASCONCELOS, E. M. Epistemologia, diálogos e saberes: estratégias para práticas interparadigmáticas em saúde mental. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, nº 1, jan-abr. 2009 (CD-ROM). Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/1006/1124>>. Acesso em: 05 mai. 2015.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro, 2006.