PEDRO IVO FREITAS DE CARVALHO YAHN

O APOIADOR CAIPIRA:
o desafio/arte de articular redes regionais de saúde a partir de territórios/desejos singulares

ASSIS
2013

PEDRO IVO FREITAS DE CARVALHO YAHN

O APOIADOR CAIPIRA:
o desafio/arte de articular redes regionais de saúde a partir de territórios/desejos singulares

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
2013

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

Yahn, Pedro Ivo Freitas de Carvalho
Y13a O apoiador caipira: o desafio/arte de articular redes regionais de saúde a partir de territórios/desejos singulares / Pedro Ivo Freitas de Carvalho Yahn. Assis, 2013
120 f.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis - Universidade Estadual Paulista.
Orientador: Dr. Silvio Yasui

1. Saúde pública. 2. Políticas públicas. 3. Humanização na saúde. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título.

CDD 158.2
362.1

PEDRO IVO FREITAS DE CARVALHO YAHN

O APOIADOR CAIPIRA:
o desafio/arte de articular redes regionais de saúde a partir de territórios/desejos singulares

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras – UNESP para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: PSICOLOGIA E SOCIEDADE)

Data da Aprovação: 18/12/2013

COMISSÃO EXAMINADORA

Presidente: PROF. DR. SILVIO YASUI - UNESP/Assis

Membros: PROFA. DRA. ELIZABETH M. F. ARAUJO LIMA - UNESP/Assis

PROF. DR. GUSTAVO NUNES DE OLIVEIRA - UNB/Brasília

DEDICATÓRIA

Ao meu pai,
Armando Gallo Yahn
(in memorian), pela
força e exemplo de
vida.
Às mulheres da
minha vida: Judi
(minha mãe), Carla
(minha esposa) e
Luana (minha filha).
À Ruy de Souza Dias
(in memorian)o
maquinista caipira.

AGRADECIMENTO

Como incluir todas as pessoas importantes para mim nesta minha trajetória de vida até aqui? Foram tantos coletivos! Então primeiramente mandar aquele abraço a todas estas coletividades.

Agradeço a meu orientador Silvio Yasui pela oportunidade e pelas nossas conversas, principalmente em transito quando fazíamos Educação Permanente em cidades distantes. À banca de qualificação, Beth Lima, Cristina Amélia e Gustavo Nunes pelos valiosos apontamentos que busquei dialogar e incluir neste trabalho final.

À Zé Carlos, Ana Maria, Paula Lauer, Kita, Mônica Silva, Rafael de Oliveira Rodrigues, Priscila Miraz e Igor, minha família Assisensse.

A minha primeira coletividade, minha família nuclear, meu pai, minha mãe e meu irmão. A minha Vó Lilá e sua casa no Taquaral que até hoje sonho estar subindo na ameixeira do quintal. Aos meus demais familiares, tios, tias, primos, madrinha (Tia Vera) e padrinho (Tio João), sobrinhos de todos os graus, cunhados, sem esquecer da minha sogra Nelci Alves e sogro, Carlinhos, além de Silvanio.

Aos meus colegas e professores de escola do pré ao colegial, aquele abraço.

Aos meus colegas de Banda, Rafael Smeke, Marião, Victor, Marlão ....

A Unesp de Assis e todos os coletivos que participei. Diretório Acadêmico, Centro Acadêmico, Grupos de Estudos, Comissões de greve. A turma da Rodrigues e a meus companheiros de república André Pesce e Anselmo Clemente. A todos do coletivo "tropicália zen" pelos momentos no bosque.

A todos meus professores e professoras em especial Sônia França, Liamar Aparecida, Cristina Amélia e Silvio Yasui.

Aos usuários do CAPS de Assis pelos bons encontros que me levou a trabalhar e militar na Saúde Pública, em especial a turma da banda Loconaboa.

A todos os trabalhadores e trabalhadoras da Unesp, do pessoal da limpeza até o pessoal da seção de graduação e pó-graduação, sem esquecer da Biblioteca.

Aquele abraço aos meus colegas e amigos do Circuito de Interação de Redes Sociais: Edinei João Garcia, Fernando Zanetti, Ricardo Abussafy, Manu Valério, Thiago Cassoli, Soninha Romero Costa, Paula Fiochi, Juliana Uesono, Paula Lauer e Wender Urias (desculpem se esqueci de alguém). Valeu pelos intensos anos de aprendizado e amadurecimento.

Aos colegas da Educação Permanente em especial Denise Pacheco Ramos, eterna amiga e tutora.

Ao coletivo do Galpão Cultural.

Ao coletivo da Capoeira Angola "Angoleiros do Sertão" em especial aos contra mestres Xandão, Xandi, Tico e Mestre Cláudio.

Ao coletivo da Política Nacional de Humanização, em especial a Stella Maris Chebli e Cleusa Pavan pelo acolhimento e ensinamento além de Ricardo Pena e Kátia Paranhos.

Por fim à Carla Alves de Carvalho Yahn pelos momentos de carinho (e de briga também) nesta trajetória tão intensa que é a vida. E a Luana, obra mais bonita que já fiz.

AQUELE ABRAÇO!.

Melhor nas pontas dos pés
Do que de quatro!
Melhor pela fechadura
Do que por portas abertas!
(Nietzsche,2001,p.37)

YAHN, P.I.F.C. **O APOIADOR CAIPIRA: o desafio/arte de articular redes regionais de saúde a partir de territórios/desejos singulares.** 2013. 120f. Dissertação (Mestrado Psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2013.

RESUMO

O presente trabalho busca dar consistência as afecções produzidas a partir da experiência do apoio institucional da Política Nacional de Humanização em regiões de saúde situadas no interior do Estado de São Paulo. Visa problematizar os modos como às políticas públicas de saúde chegam a estes territórios tendo como norte o desafio da ascendência e transversalidade frente à tradição autoritária e vertical de produção e disseminação destas políticas. A descentralização, regionalização e articulação de redes de atenção à saúde trás como desafio a superação da concepção normativa da cultura inampsiana, ainda bem arraigada nas práticas de gestão e atenção. Porém não podemos reduzir a discussão da permanência desta cultura nas práticas de gestão e atenção colocando em questão apenas a forma de organização do SUS e as modalidades de transferência de recursos da União para os demais entes federativos. É preciso ampliar este debate. Entrar neste debate nos leva a identificar os problemas contemporâneos que se dão na relação entre Estado e as políticas públicas, visto que a cultura inampsiana que atravessa os modos de fazer na política pública de saúde é um modo de operar do poder do Estado. Quando problematizamos este modo de fazer o que está em jogo são as relações de poder entre a máquina estatal e os sujeitos e os "assujeitamentos" produzidos. Problematizar a desmontagem desta máquina envolve intervir e modificar a relação/série governo-Estado-políticas públicas. Observamos que este modo de operar da máquina do Estado gera políticas que pouco respondem as necessidades destas localidades. Assim delimitamos como problema deste trabalho o desafio de produzir redes de saúde a partir de territórios e desejos singulares, ou a produção de políticas públicas menores. Para desenvolver esta problemática utilizo como recurso dois personagens conceituais: o apoiador cartógrafo e o apoiador caipira.

Palavras Chaves: Saúde pública; Política pública; Humanização na saúde; Sistema Único de Saúde (Brasil)

YAHN, P.I.F.C. **THE "CAIPIRA" SUPPORTER: the challange/art of articulating regional networks of health from single territories/wishes.** 2013. 120f. Dissertation (MA Psychology).– Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2013.

ABSTRACT

This work intends to substantiate the conditions created from the institutional support experience of the National Policy of Humanization Experience in regions of health localized in the state of São Paulo. It aims to problematize the ways as the public health policies are applied in these territories, having as target the challenge of ascendance and transversality in face of the authoritarian and vertical tradition of production and dissemination of these policies.Decentralization, regionalization and articulation of health networksputs as challenge the overcoming of the normative conception created by the inampsian culture, which is already rooted in the practices of health management and attention. However, we cannot reduce the discussion on the permanence of this culture in the practices of management and attention putting into question only the SUS way of organization and the modalities of capital transference from the national government to the federated states. Go inside this debate leads us to identify the contemporary problems derived from the relations between State and public policies, once the "inampsian" culture of public health policies is a state-owned way of operating. When we problematize this way of doing, it is possible to analyze the relations of power between the state machine and the subjects produced. Problematize the dismantling of this state machine implies to intervene and modify the relation/serie government-State-public policies. We observe that this state machine way of operating creates policies which don´t attend to the needs of these localities. Therefore we establish as a problem of this work the challenge of producing health networks from single territories and wishes or the production of smaller public policies. To develop this problematic we utilize as resource two conceptual personages: the cartographer supporter and the "caipira" supporter.

Keywords: Public health; Public policies; Humanization in health; Unified health system (Brazil)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO- PARA COMEÇO DE CONVERSA: ANALISANDO IMPLICAÇÕES.....11

INTRODUÇÃO.....15

CAPÍTULO I- NO SEIO DA MÁQUINA: POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE – PENSANDO A RELAÇÃO GOVERNO-ESTADO-POLÍTICAS PÚBLICAS: A FUNÇÃO APOIO COMO DISPOSITIVO 26

1.1 Breve apontamento sobre dispositivos.....26

1.2 A modernidade como crise: no "entre" imanências e transcendências.....27

1.3 O plano coletivo como orientador das ações governamentais: Política Nacional de Humanização e o método da tríplice inclusão.....32

1.3.1 Revertendo o "modo de fazer" da máquina Estatal: a função apoio como método intensivo 38

1.3.2 Por outra relação entre a máquina Estatal e a produção de políticas públicas: questionando as práticas normativas – função apoio e produção de redes de saúde.....42

CAPÍTULO II- O APOIADOR CARTÓGRAFO E O APOIADOR CAIPIRA: DOIS PERSONAGENS-CONCEITUAIS EM CENA 50

2.1 O personagem-conceitual.....50

2.2 O apoiador cartógrafo: a cartografia para além de um método de pesquisa.....55

2.3 O caipira e a função apoio: tratado de nomadologia.....59

CAPÍTULO III- "ENTRE" PAISAGENS E DIAGRAMAS: CAMPO DE INTERVENÇÃO, CAMPO DE ANÁLISE E REDES DE FORÇA 70

3.1 "Desmontando"narrativas-paisagens: trazendo a cena a espessura política dos casos 70

3.2 Entre paisagens e processos: trajetórias do apoio em territórios caipiras 73

3.2.1. O apoio a uma equipe de CAPS demandando construir processo de apoio matricial junto às equipes da atenção básica 75

3.2.2 O apoio à gestão municipal demandando implementar o dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco.....79

3.2.3 O processo de apoio institucional da PNH ao Núcleo Regional de Educação Permanente e humanização de uma Regional de Saúde.....82

3.2.4 O apoio a um espaço macrorregional de humanização 84

3.3. Desenhando redes de forças que atravessam o campo de intervenção: diagramas e agenciamentos 86

3.3.1 Diagrama 01: produção de ofertas e demandas no campo da saúde – a biomedicina e seus desdobramentos 89

3.3.2 Diagrama 02: A relação entre o poder público local e a população 96

3.3.3 Diagrama 03: "precarização" do trabalho na saúde, da lei de responsabilidade fiscal às relações de autoridade 100

(IN)CONCLUSÃO: PORQUE CARTOGRAFAR NÃO TEM FIM 104

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 112

Apresentação
Para começo de conversa: analisando implicações

Por que apresentar esta dissertação de mestrado colocando de imediato o problema da implicação do pesquisador com o "objeto" de pesquisa, assim como com o campo de intervenção e o campo de pesquisa, neste caso campos indissociáveis? É por essa indissociabilidade que se faz necessário apresentar este trabalho abordando o conceito-ferramenta "análise de implicação".

A partir do tema o "apoiador caipira", o presente trabalho visa colocar em análise problemas atuais do campo da saúde coletiva, seja referente ao apoio institucional, seja referente ao modo de como as políticas públicas de saúde são produzidas e capilarizadas num território tão vasto e heterogêneo como o Brasil, principalmente quando sustenta-se o discurso e o desejo de produzir políticas públicas instituintes e ascendentes. Mas este tema e os problemas associados a ele não surgiram por meio de um problema de pesquisa, mas a partir de uma prática, minha prática de apoiador institucional da Política Nacional de Humanização (PNH).

No início de 2010 ingressei como consultor da Política Nacional de Humanização compondo o coletivo de apoiadores institucionais da PNH Sudeste I, que abrange o Estado de São Paulo, na época composto por mais três consultores. A partir do lugar de apoiador institucional da Política Nacional de Humanização no Estado de São Paulo acumulei uma gama de experiências e práticas que desde então vem me colocando inúmeras questões éticas, metodológicas, técnicas e existenciais. Tais questões me atravessam seja nas produções mais solitárias, como nas escritas de documentos técnicos, como também nos coletivos que componho, principalmente do coletivo São Paulo de Consultores da Política Nacional de Humanização e o Coletivo Nacional de Consultores da PNH.

Os problemas oriundos do apoiador caipira colocado nesta pesquisa de mestrado foram emergindo concomitantemente quando fui habitando este território de apoiador institucional tendo como campo de intervenção regiões de saúde do interior do Estado composto na sua maioria por municípios com menos de vinte mil habitantes. Como apoiador institucional da Política Nacional de Humanização, sou tomado pelas forças que atravessam o campo de intervenção e consequentemente minha prática, forças estas que produziram inúmeras questões que por sua vez me

levou a um retorno à academia como mestrando do programa de pós-graduação em psicologia pela Unesp de Assis.

No mestrado como pesquisador sou tomado por novas questões, principalmente no que se refere à delimitação do problema, seu objeto e a metodologia coerente com a proposta do projeto de pesquisa. A primeira questão está relacionada a dois papéis, pois num mesmo momento sou pesquisador e apoiador/trabalhador da saúde. Será possível sustentar estes dois papéis? Como me inserir nos territórios? Como pesquisador ou apoiador? É possível se inserir num território como apoiador e posteriormente se tornar um pesquisador? Até quando sou pesquisador até quando sou apoiador?

Estas questões me levaram a outras: será que há mesmo cisão entre pesquisador e apoiador? Será este um falso problema?

Tomar contato com a rede de atores e conceitos do método cartográfico foi afirmativo no sentido de romper com estes dualismos, dicotomizações que caracterizam o modo de pensar a realidade na modernidade. Ao cindir pesquisador de apoiador também se produzem outras cisões como teoria-prática, sujeito - objeto, pesquisa-intervenção. Assim, o método cartográfico, por vários motivos, foi se desenhando como a metodologia desta trajetória de pesquisa.

Porém no método cartográfico, por se tratar de uma trajetória singular, seja da singularidade do pesquisador, seja da singularidade do campo de intervenção, convoca a “análise de implicação”. Assim, apesar de não ser apresentado diretamente como um problema de pesquisa a “análise de implicação” apresenta-se como um problema transversal que atravessa todo este trabalho.

LOURAU (1993) caracteriza a noção de implicação como “escândalo da Análise Institucional”, produzindo uma crítica a noção de não implicação ou desimplicação das “teorias da objetividade” que se baseiam na “teoria da neutralidade” (LOURAU, 1993, p. 9). Segundo este autor há uma contradição dialética entre a implicação e a neutralidade axiológica do objetivismo habitual materializada pelo combate a análise das nossas implicações concretas, seja na pesquisa, na formação, ou em toda e qualquer prática social cotidiana. (LOURAU, 1993, p. 28)

> [...] enquanto o implicacionismo e o modismo da implicação fazem furor, a investigação se burocratiza, fechando-se cada vez mais em segredos. Logo se o sistema fala de implicações, é para impedir que sejam desveladas. “Implique-se, reimplique-se, porém não analise suas implicações”, faz dizer Guigou ao sistema.” (LOURAU, 2004a, P. 189)

MONCEAU (2008) no artigo *Implicação, sobreimplicação e implicação profissional*, citando duas obras de Lourau, afirma a ideia de que o trabalho do pesquisador está saturado de subjetividade e que as instituições científicas têm suas próprias ideologias e não são objetivas por mais que tentam nos fazer acreditar que sejam. E concluí: “A questão não é que devamos nos livrar de nossas ideologias, mas tentar analisá-las coletivamente. O verdadeiro trabalho científico deve estar aí”. (MONCEAU, 2008, p. 22)

Observa-se que eu, o pesquisador do projeto, não sou somente pesquisador, sou apoiador institucional da Política Nacional de Humanização, assim como as intervenções analisadas não ocorrem em consequência do projeto de pesquisa, mas é antes de tudo o próprio trabalho/prática do apoio. Ou seja, analisar implicação não é simples, pois no fazer cotidiano estamos imersos num emaranhado de papéis e relações. É importantes no processo de análise trazer à tona estes papéis e emaranhados, preocupando-se em não excluir campos de análise, campos de implicação. Neste campo de análise é fundamental considerarmos os tipos/modelos de implicação.

MONCEAU(2008) diz que há dois tipos de implicação sempre presente no trabalho de análise: Implicações primárias e Implicações secundárias:

> Para simplificar, podemos dizer que nossas implicações primárias são nossas implicações dentro da própria situação de intervenção e as implicações secundárias são nossas implicações no campo de análise. (MONCEAU, 2008, p. 22)

Ou seja, a análise da implicação passa por estes dois modelos. Rodrigues (2006), afirma que estes dois tipos de implicação foram propostos provisoriamente por Lourau como modelo para a análise da implicação:

> Implicações primárias:
> 1) implicações do pesquisador-praticante com seu objeto de pesquisa/intervenção.
> 2) implicação na instituição de pesquisa ou outra instituição de pertencimento e, antes de tudo, na equipe de pesquisa/intervenção.
> 3) implicação na encomenda social e nas demandas sociais.
>
> Implicações secundárias:
> 4) implicações sociais, históricas, dos modelos utilizados (implicação epistemológica).
> 5) implicações na escritura ou qualquer outro meio que sirva à exposição da pesquisa (LOURAU, 1983, p. 17), (RODRIGUES, 2006, p.37)

Coimbra e Nascimento (2012) caracterizam a "análise de implicação" como ferramenta que possibilita analisar as diferentes forças presentes em qualquer prática, dando destaque a produção de verdades que se fazem presentes nestas práticas e nos territórios em que estas são desenvolvidas.

Coloco como ponto de partida a questão da "análise de implicação", ora para analisar o quanto as problematizações e análises produzidas ao longo deste texto foram frutos de certo distanciamento pessoal e movimento coletivo de análise, ora para atentar o leitor o quanto as análises aqui apresentadas tem o limite de um ponto de vista sobreimplicado[1], já que o apoiador caipira é fruto em grande parte da minha própria análise do meu próprio trabalho enquanto apoiador, apoiador este imerso numa rede de instituições que também fazem parte do processo de análise ao mesmo tempo que influenciam na produção do "objeto" e do olhar sobre o "objeto" de pesquisa.

[1] Para Coimbra e Nascimento (2012) sendo a Análise de Implicação a análise do nó de relações presentes no campo de qualquer pesquisa-intervenção, a sobreimplicação é a dificuldade de produzir análise considerando este nó, assim a sobreimplicação caracteriza-se quando o processo de análise se faz de forma isolada desconsiderando as diferentes e múltiplas instituições que compõe o campo de pesquisa. Citando Lourau, as autoras caracterizam a sobreimplicação como a reitificação do modo -de-ser-indivíduo, "desvio psicologista", em que a análise se dá privilegiando aspectos íntimos, ou melhor, quando os materiais de análise são aspectos íntimos.

Introdução

Desde a sua implantação, o Sistema Único de Saúde (SUS) é marcado por diversos e complexos desafios. Muitos destes desafios estão relacionados ao fato de que a transformação do modelo de assistência à saúde está diretamente relacionada com as mudanças políticas e institucionais que atravessam o Brasil República. Com o enfraquecimento e a queda da ditadura militar, o processo constituinte que originou a constituição de 1988, deram forças a algumas dessas mudanças políticas e institucionais. Por meio da constituição federal buscou-se criar um arcabouço legal que garantisse a consolidação da democracia no país e dentre as várias pautas para possibilitar esta democracia está a descentralização e redefinição do modelo federativo marcado por um forte centralismo.

Um país com as dimensões do Brasil, marcado por diversidades e desigualdades culturais, econômicas e sociais, tanto regionais quanto locais, não pode fugir do debate político e institucional que envolve as relações interfederativas. Por isso, a descentralização político administrativa é um dos princípios do SUS, e seu aprimoramento é indissociável da busca à garantia do direito à saúde.

A descentralização da gestão e assistência dos serviços de Saúde no Brasil é um desafio de longa data e revela os desafios do processo de regionalização e articulação de rede(s).

O assunto descentralização é bem significativo em relação aos embates e disputas que atravessaram e ainda atravessam o processo de implantação do SUS, isto porque as experiências de descentralização ao longo destes anos são bastante heterogêneas, caracterizando um mosaico de experiências e experimentações. Pasche, Righi, Thomé, Stolz (2006) classificam o processo de descentralização como *desconcentração*, *devolução* e *delegação*, sendo a *desconcentração* a transmissão de certas responsabilidades e funções, mas sem a transferência de poder decisório; a *delegação*, a transferência das responsabilidades gerenciais para organizações não-governamentais; e a *devolução* como transferência do poder decisório para as esferas subnacionais, fortalecendo-as (p.416). Nascimento (2007) a partir da análise de como os Estados vem estabelecendo relações interfederativas com os municípios classifica os modos de descentralização a partir desta atuação como: (i) *cooperativa*: quando o governo do Estado integra-se às instâncias

municipais exercendo a função de coordenação, pactuação e negociação e apoiando os municípios em relação aos recursos materiais, financeiros, técnicos e de subsídio ao planejamento de modo a atender as necessidades de saúde em âmbito local e regional estimulando a participação dos gestores municipais como interlocutores destas necessidades junto aos governos estaduais; (ii) *cooperação tutelada:* quando o Estado define as diretrizes e tarefas que os municípios devem exercer sendo a relação entre os dirigentes municipais e o Estado atravessada por tradicionais interesses políticos na qual as alianças se formam visando a obtenção de vantagens; (iii) *competitiva:* quando o Estado assumi a gestão direta de alguns serviços de saúde competindo com as instâncias municipais; (vi) *jurídico-formal*: quando o Estado cumpre apenas as exigências formais estabelecidas pelas normas e regulamentações operacionais do SUS apresentando-se apenas quando há problemas de governabilidade (p. 175). Estas características marcam presença nos processos de descentralização, compondo um campo de forças em que hora uma predomina sobre as outras ou até mesmo aparecem simultaneamente.

Mas este movimento de aprimoramento do processo de descentralização a partir deste mosaico de experiências e experimentações não só evidenciou a heterogeneidade deste processo em diferentes lugares e situações, como também foi importante, pois produziu alguns deslocamentos.

O principal destes foi às distorções produzidas a partir do fenômeno do *municipalismo autárquico*, concepção de que os municípios, sozinhos, poderiam resolver os problemas de sua população, ao mesmo tempo em que se evidenciava a incapacidade financeira e administrativa de uma expressiva quantidade de municípios de assumir a responsabilidade pela oferta de serviços de saúde aos munícipes de maneira resolutiva e integral.

Confere-se, então, nova perspectiva para o processo de descentralização, ampliando-o para além da municipalização da saúde, fortalecendo a regionalização das ofertas dos serviços de saúde como importante mecanismo de garantia da qualidade do acesso. Assim, o processo de regionalização aparece totalmente ligado com o de articulação de redes regionais de saúde coerentemente com o artigo 198 da Constituição de 1988 que define o SUS como uma rede regionalizada e hierarquizada de saúde.

O desafio da universalidade com resolutividade através da garantia do princípio da Integralidade e da descentralização nunca saiu da pauta do SUS, porém, atualmente ganha força na agenda da saúde por meio do tema da regionalização e articulação das *Redes de atenção à saúde*, convocando a se repensar a forma organizacional do SUS e a relação interfederativa que esta produz. O desafio atual é produzir arranjos administrativos que estabeleçam arranjos e redes de serviços interdependentes executadas por entes autônomos. (Santos, Andrade, 2009)

Como citamos anteriormente o tema da descentralização evidencia uma heterogeneidade de experiências que revelam embates e disputas no processo de implantação do SUS. Este debate proporcionou nos últimos tempos o desenvolvimento de arcabouço jurídico/legal, teórico e metodológico.

As diversas características de descentralização apresentadas por Pasche, Righi, Thomé, Stolz (2006) e Nascimento (2007) mais do que diferentes concepções demonstram diferentes modos de fazer.

Tão importante quanto trabalhar a descentralização e regionalização numa perspectiva teórica, conceitual e jurídico-administrativa é trabalhar numa perspectiva metodológica, que reflita o modo de fazer regionalização e principalmente o modo de articular redes de saúde. A discussão sobre descentralização, regionalização e redes de atenção à saúde trás como desafio a desconstrução da concepção normativa da cultura inampsiana[2], ainda bem arraigada nas práticas de gestão e atenção. Do NOAS ao PACTO (2006) e do PACTO à Portaria GM/MS nº 4279/10 e ao Decreto nº 7508 de 28/06/11 há um movimento de superação desta cultura, altamente prescritiva, caracterizada por instrumentos duros e excessivo grau de normatização.

Porém, este desafio de superar a cultura inampsiana não é simples, visto que mesmo o PACTO pela Saúde 2006 “traz em seu bojo um tanto do DNA das normas operacionais anteriores, uma vez que mantém todas as modalidades de

[2] A “cultura inampsiana” segundo Pasche, Righi, Thomé, Stolz (2006), é a força e a marca da ação político institucional do INAMPS que por quinze anos coordenou a política de centralização administrativo e financeira do sistema de saúde, o que marca esta característica pelo centralismo, alto grau de prescrição e normatização. Também encontramos esta expressão em Santos e Andrade (2009).

transferência de recursos da União para os demais entes, vinculados ao atendimento de determinados programas" (Santos, Andrade, 2009, p. 87).

Mas não somente as modalidades de transferência de recursos da União para os demais entes que caracteriza o modo de fazer da cultura inampsiana. Esta relação pode condicionar modos de fazer prescritivos e cartoriais, reduzir a autonomia dos municípios e regiões desconsiderando as singularidades e as necessidades locais, no entanto mudar as modalidades de transferências de recurso não garante que nos municípios e regiões as Políticas de Saúde não continuem sendo formuladas e executadas verticalmente. Ou seja, não podemos reduzir a discussão da permanência desta cultura nas práticas de gestão e atenção colocando em questão apenas a forma de organização do SUS e as modalidades de transferência de recursos da União para os demais entes federativos, é preciso ampliar este debate.

Desta forma, se faz urgente problematizar o modo como as redes de atenção à saúde estão sendo articuladas. Entrar neste debate remete a identificar os problemas contemporâneos que se dão na relação entre Estado e as Políticas Públicas (Barros, Passos, 2005a, p.563), visto que a cultura inampsiana que atravessa os modos de fazer na política pública de saúde é um modo de operar do poder do Estado. Quando se problematiza este modo de fazer o que está em jogo são as relações de poder entre a máquina estatal e os sujeitos, e os assujeitamentos produzidos por tais relações. Problematizar a superação desta máquina envolve intervir e modificar a relação/série governo-Estado-políticas públicas. Ao problematizar a questão metodológica na qual opera a Máquina Estatal, coloca-se em análise o exercício de poder na modernidade que assujeita na medida que subjetiva, isto porque, o Estado-Nação apresenta-se como um figura cuja função é mediar toda experiência, emergindo como uma nova transcendência frente à experiência da imanência possibilitada na modernidade (Barros, Passos, 2005a).

> À força e ao desejo que pulsam como potência dos coletivos sobrevém uma figura cuja função é a de mediar toda experiência: é o Estado-Nação que tem a função de disciplinar, estabelecer e regular as relações entre os sujeitos formalmente livres. A liberdade, definida como experiência imediata dos coletivos, se submete neste instante às formas de mediação de uma nova transcendência.

> O Estado é a forma da soberania moderna definida por um jogo de transcendência e representação completamente estranho ao ímpeto revolucionário moderno [...] Temos, então, a situação paradoxal de uma soberania que, se tradicionalmente se definia como poder de um, na modernidade se assenta na alienação do poder das massas à autoridade do Estado. A vontade das massas é refreada pela ordem imposta pelo Estado moderno. (2005a, p.567)

Neste atual cenário de emergência de políticas que visam construir redes regionais de atenção à saúde e redes temáticas, além de por em questão o modo como estas estão sendo articuladas é necessário enfrentar o desafio de incluir na constituição das Políticas Públicas um "pensamento de processualidade":

> Trazer para o cerne da questão das políticas públicas a dimensão constituinte dos processos sociais significa colocar o problema de como tornar estas políticas porosas ao movimento histórico, reconhecendo-o como potência de constituição de ser desprovida de verticalidade, escorregadia às totalizações [...] Significa, em outras palavras, entender a realidade como temporalidade do singular, ao contrário das instituições modernas em seu compromisso de enclausurar e codificar os processos sociais. Questionar a produção das políticas públicas quanto ao modo como atualizam este fechamento resulta, então, em promover sua exposição à aceleração do presente, do evento, da generalização da singularidade (Guizardi, Cavalcanti, 2009, p.119).

Pode-se afirmar que o próprio título do presente trabalho, "O Apoiador Caipira: o desafio/arte de articular redes regionais de saúde a partir de territórios/desejos singulares", já apresenta de alguma maneira seu campo problemático, pois traz questões transversais como: O que é articular redes regionais considerando a singularidade dos desejos que se agenciam nos territórios também singulares? Como articular redes, desejos e territórios singulares? O que entendemos aqui por singularidade? Redes? Território? E fora esses há outros questionamentos que podem se desdobrar, como o problema colocado a pouco por Guizardi, Cavalcanti (2009): "como tornar as políticas públicas porosas ao movimento histórico, reconhecendo-o como potência de constituição de ser desprovida de verticalidade, escorregadia às totalizações?"

Outro problema transversal que atravessa tantos outros neste emaranhado finito-ilimitado de problemas é o da menoridade das Políticas Públicas. Como produzir, criar e articular Políticas Públicas menores?

Na obra *Kafka para uma literatura menor*, Deleuze e Guattari (2002) apresentam *o "menor*" não como uma qualidade de certas literaturas, "mas as condições revolucionárias de qualquer literatura no seio daquela a que se chama grande (ou estabelecida)" (p.43). Segundo os autores, há três categorias da literatura menor: a desterritorialização da língua, a ligação do individual com o imediato político, o agenciamento coletivo de enunciação. Os autores trazem como problema da literatura menor um problema de nós todos, extrair da própria língua uma língua revolucionária, fazendo devir desta língua "maior" um devir nômade, imigrante, cigano, ou seja, o problema da produção de singularidade.

> Mesmo maior, uma língua é suscetível de um uso intensivo que a faz correr sobre linhas de fuga criativas e que, por mais lento ou precavido que o uso seja, forma, deste modo uma desterritorialização absoluta. (Deleuze, Guattari, 2002, p.54)

Se a função do Estado moderno é mediar as experiências impondo um jogo de transcendências e representações que capturam o ímpeto moderno de experimentar a liberdade por meio da experiência da imanência, como podemos pensar as Políticas de Estado, ou o próprio Sistema Único de Saúde com todo o seu arcabouço legal e suas normativas, como uma língua maior na qual podemos tirar dessas uma menoridade? Políticas Públicas menores esse é o meu-nosso problema.

A Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS, instituída em 2003, ao problematizar relação/série governo-Estado-políticas públicas, trás no bojo de seus desafios a produção de Políticas Públicas menores, ao apresentar como problema a necessidade de reversão do método de como opera a máquina Estatal, do método extensivo, altamente normativo e totalizador, para um método intensivo, convocando a produção de outras formas de interação/relação entre os sujeitos envolvidos nas práticas de saúde (usuários, profissionais, gestores e formadores). Sendo assim, a Política Nacional de Humanização propõe a reversão do método extensivo para o método intensivo, superando a tradição altamente normativa da máquina Estatal caracterizada pela cultura inampsiana. Neste sentido a Política Nacional de Humanização aposta no apoio institucional como estratégia de produção de outra relação entre a série governo-Estado-políticas Pública, pois:

> [...] todo apoio é uma ação intensivista. No apoio institucional somos levados pelo desafio de realizar um processo que metodologicamente pressupõe a reversão da prática extensiva da ação ministerial em intervenções intensivas (Pasche e Passos, 2010, p. 429).

Ou seja, o apoio institucional apresenta-se enquanto aposta da PNH na reversão do método de operar a máquina estatal, buscando ao invés de práticas altamente prescritivas, acionar singularidades territoriais, articular-se a movimentos instituintes, apoiando estas para que sejam referências e possam agir por contágio.

O problema da produção de redes de saúde e políticas públicas a partir de territórios e desejos singulares, ou a produção de políticas públicas menores, foi se compondo a partir da minha prática de apoiador institucional da Política Nacional de Humanização no Estado de São Paulo principalmente em regiões de saúde composta majoritariamente por municípios com menos de 20.000 habitantes.

Conforme fui habitando este território de apoiador institucional fui tomado pelas forças que atravessam minha experiência. Trago, pois a singularidade produzida por uma trajetória, sendo o singular:

> [...] é o que se situa na vizinhança, é o que possui consistência, formando o plano da multiplicidade não referido a nenhum sujeito ou realidade preliminar (Passos, Benevides, p. 88, 2003).

Esta pesquisa não tem a pretensão de identificar modelos, representar objetos, buscar verdades universalizantes, e sim de produzir problemas a partir dos afetos[3] que me atravessaram nesta trajetória, esquivando, escapando, encontrando saída, isto porque a questão do “menor” trás outros elementos para pensarmos.

---

[3] Ao longo do texto vou afirmando esta ideia de que trago como matéria prima para problematização os afetos que me atravessaram ao longo desta trajetória de apoiador institucional da Política Nacional de Humanização. É importante salientar que trabalho o afeto no sentido Espinisiano, ou seja, *affectus.* Para Espinosa um corpo não é uma unidade fixa, pelo contrário, um corpo é uma relação dinâmica. Quando dois corpos se encontram há um encontro entre duas relações dinâmicas que ou são indiferentes um ao outro, ou compatíveis e formam juntos um novo corpo, ou ao contrário incompatíveis e um decompõe a relação com o outro (Hardt, 1996, p. 147). Esta variação contínua da nossa potência de agir por meio do encontro com outros corpos dinâmicos é o que caracteriza o afeto para Espinosa, transição de um grau de realidade a outro (Machado, 1990, p.69).

Deleuze e Guattari (2002) afirmam que o problema é nada ser absolutamente livre, mas encontrar uma saída, ou então uma entrada, um lado, uma adjacência: “não se trata de liberdade por oposição à submissão, mas apenas duma linha de fuga, ou melhor, duma simples passagem, ‘à direita, à esquerda, onde quer que seja’, a menos significante possível” (p.24).

Ao afirmar que o problema não é encontrar a liberdade, mas saídas, já que não existe liberdade absoluta, busca dar uma agitação molecular em que se desenvolve um combate completamente diferente e assim escapar dos “falsos problemas”, pois temos a tendência de ver diferenças de grau onde há diferença de natureza.

> Quando perguntamos “por que alguma coisa em vez de nada?”, ou “por que a ordem em vez da desordem?” ou “por que isso em vez daquilo (aquilo que era igualmente possível)?” caímos em um mesmo vício: tomamos o mais pelo menos, fazemos como que o não ser preexistisse ao ser, a desordem à ordem, o possível à existência, como se o ser viesse preencher um vazio, como que se a ordem viesse organizar uma desordem prévia, como que se o real viesse realizar uma possibilidade primeira [...] Esse tema é essencial na filosofia de Bergson: ele resume sua crítica do negativo e de todas as formas de negação como fontes de falsos problemas. (Deleuze, 1999, p.11)

Então, o problema não é como se libertar, ou retomar uma liberdade perdida ou ideal, mas como escapar, criar, se desterritorializar num devir nômade, produzindo outro modo de produzir e conceber políticas públicas de saúde, que por sua vez remetem a produção de outros modos de relação com a máquina de Estado e com o próprio corpo-vida, ou seja, novos modos de subjetivação.

Habitar um campo problemático é estabelecer relações com forças, sejam forças atuantes no homem (como pensar, dizer, sentir, etc.), sejam forças do fora, que determinam certa configuração histórica. Segundo Orlandi (2002):

> [...] cada configuração histórica teria sua forma dominante marcada por imbricações especiais de certos processos: processo de saber, com suas formas, ou melhor, com suas curvas e linhas de visibilidade e dizibilidade, estão imbricados com processos de poder, isto é, com jogos entre linhas de forças afetantes e de forças afetadas; esses processos de saber e poder configuram um fora articulado a um

> terceiro processo, dito de subjetivação ou individuação. (Orlandi, 2002, p. 221)

Estas forças, não só são exteriores a nós, mas nos atravessam intensamente, produzindo em nós modos de ser e estar no mundo. Muitas dessas forças são tão fortes que impõe modos de ser e estar na vida, enrijecendo-nos, é o que Deleuze denomina de “Potências”. Para esse autor o capitalismo, o Estado, as religiões, as ciências, a *mass-mídia*, são exemplo dessas “Potências”, assim como a medicina moderna, “Potências” essas responsáveis pelo seguinte paradoxo da nossa contemporaneidade:

> [...] nunca se presenciou entre os humanos uma acentuada potência capaz de articular e de levar a cabo conjunções praticamente ilimitadas entre forças presentes e atuantes no homem e os mais variados miniconjuntos do seu universo ambiente; ao mesmo tempo, nunca se viveu tão sistemático, cotidiano e envolvente sucateamento da humanidade. (Orlandi, 2002, p.220)

Na contemporaneidade a máquina capitalista, caracterizada por um capitalismo intensivo, investe na constante remodelagem do sentido da existência, num movimento cínico e perverso que, ao mesmo tempo em que desterritorializa, reterritorializa, ofertando modos de ser e existir alinhados ao seu axioma, “processos de desterritorialização que liberam fluxos a serem submetidos a uma conjunção forçada...” (Passos, Barros, 2004, p.160). Assim, problematizar é preciso, pois é necessário sempre colocar em análise nossas ações já que o jogo de captura e liberdade são múltiplos e se apresentam em ato, e não em ações *a priori*. Aquilo que no capitalismo contemporâneo apresenta-se como captura também proporciona linhas de fugas e vice-versa, aquilo que parece estar resistindo pode estar capturando.

A partir do lugar de apoiador institucional da Política Nacional de Humanização no Estado de São Paulo, na qual um dos princípios é a indissociabilidade entre produção de saúde e produção de subjetividade, acionei uma gama de experiências e práticas que me colocaram em relação com inúmeras questões éticas, metodológicas, técnicas e existenciais. O problema colocado aqui, ao colocar em questão os modos de subjetivação que os processo de

descentralização e articulação de redes regionais produzem nos territórios, tenta sintetizar os afetos que forçaram o pensamento a pensar na direção de nos perguntarmos que devires nos atravessam hoje, colocando-me no meio de um combate em que não cabe mais perguntas caudatárias de um modelo, mas aquelas que vasculham o circunstancial, o acontecimental, o ocasional (Orlandi, 2002).

Para tanto organizei esta dissertação em três capítulos, na tentativa de desenvolver melhor alguns pensamentos expostos até aqui. No primeiro capítulo *"Política Nacional de Humanização: por outra relação entre a máquina estatal e a produção de políticas públicas. A função apoio como dispositivo"*, trabalho a relação/série governo-Estado-políticas públicas, problematizando a constituição do Estado moderno, a relação desse com a produção de Políticas Públicas para introduzir com mais detalhes a Política Nacional de Humanização, as discussões que essa sucinta em relação ao método extensivo da Máquina Estatal, a proposta da função apoio enquanto dispositivo de um outro modo de operar dentro desta máquina, problematizando o atual contexto das Políticas Públicas de Saúde, destacando o princípio do SUS de descentralização por meio da articulação de redes regionais de saúde.

No capítulo 2 *"O apoiador cartógrafo e o apoiador caipira: dois personagens conceituais em cena"* por meio de dois personagens conceituais, o apoiador cartógrafo e o apoiador caipira, procuro dar consistência a muitos dos pensamentos que foram me afetando na trajetória de apoiador institucional da PNH. Além do conceito de personagem conceitual trabalharei neste capítulo com outros conceitos da filosofia da diferença apresentando o arcabouço paradigmático com que busco dar consistência ao pensamento. Desses destaco o conceito de acontecimento, primeiramente porque todo objeto visto na sua multiplicidade implica elementos atuais e elementos virtuais, sendo que o problema do acontecimento diz respeito à relação entre realidade atual e realidade virtual, e a transitividade entre esses dois, e segundo porque o apoiador cartógrafo e o apoiador caipira como personagens conceituais são acontecimentos e buscam a partir da experiência traçar o pensamento como experimentação, instalando-se nesse jogo de forças entre o atual e o virtual, extraindo desses singularidades, devires.

Por fim, no capítulo 3 *"Entre paisagens e diagramas: campo de intervenção, campo de análise e rede de forças"* apresentarei algumas de minhas experiências

como apoio institucional da Política Nacional de Humanização por meio de quatro paisagens, ou melhor, narrativas-paisagens, ou paisagens/narrativas-acontecimentos, buscando compreender o campo diagramático de forças que nos atravessam e que desta maneira nos produzem enquanto sujeitos de enunciado. Para tanto, adentrarei no conceito de diagrama produzindo algumas análises a partir do campo de intervenção apresentado por meio das paisagens-narrativas.

Capítulo I

No seio da máquina: Política Nacional de Humanização e produção de subjetividade - pensando a relação governo-Estado-políticas pública. A Função Apoio como dispositivo

1.1 Breve apontamento sobre dispositivos

Introduzo este capítulo abordando rapidamente o conceito de dispositivo, pois este aparece aparentemente de diferentes maneiras e sentido durante todo este capítulo. Por exemplo: caracterizo o Estado como principal dispositivo de normatização da ação e inserção política dos seres humanos na modernidade, expropriando-nos da potência ontológica do agir político. Também utilizo, citando Guizardi (2008), a democracia representativa como um dos dispositivos do Estado moderno que produz esta expropriação. Por outro lado, quando apresento a função apoio enquanto dispositivo do método da tríplice inclusão da Política Nacional de Humanização, apresento-a não como um dispositivo de poder, mas enquanto dispositivo gerador de linhas de fuga, como bem caracteriza Kastrup, Benevides (2009):

> O que caracteriza um dispositivo é sua capacidade de irrupção naquilo que se encontra bloqueado para a criação, é seu teor de liberdade em se desfazer dos códigos, que dão a tudo o mesmo sentido (Kastrup, Barros, 2009, p. 90)

. Neste sentido estou falando de dois entendimentos do conceito de dispositivo? Não.

Os dispositivos enquanto máquinas concretas de agenciamento são biformes. Num agenciamento do desejo há movimentos de desterritorialização acontecendo concomitantemente com movimentos de reterritorialização. Neste movimento não dialético, mas intempestivo, descontínuo, são os dispositivos que operam tanto processos de desterritorialização, linhas de fuga, quanto processos de reterritorialização, linhas codificantes, linhas de sedimentação.

> Os dispositivos de poder surgiriam em toda parte em que se operam reterritorializações, mesmo abstratas. Logo, os dispositivos de poder seriam um componente dos agenciamentos. Mas os agenciamentos

> também comportariam pontas de desterritorialização. (Deleuze, 1996,p. 16)

Ou seja, os processos de subjetivação são produtos de embates de forças, sendo que estas forças tomam consistência por meio dos dispositivos (máquinas concretas de agenciamentos), assim, este combate se dá pela invenção de dispositivos. Dispositivos de poder que captura e reterritorializa agenciamentos de desejos, que por sua vez, produzem dispositivos de desterritorialização que escapam a estes processos de captura que, no entanto forçam a produção de novos dispositivos de poder que visam captura-los, num movimento de produção de singularidades e estratificações. É importante destacar que estas diferentes leituras de dispositivos não comportam uma contradição, mas a multiplicidade das forças que atravessam nossos corpos e nos subjetiva o tempo todo, num jogo fluído e ilimitado.

1.2 A modernidade como crise: no "entre" imanências e transcendências

Alguns autores apontam o Estado moderno como o principal dispositivo de normatização da ação e inserção política dos seres humanos nas sociedades contemporâneas. Também apontam que a constituição deste Estado moderno foi fruto de um conflito no centro da modernidade entre, de um lado, as forças imanentes de desejo e associação, e de outro, a mão forte de uma autoridade que impõe e faz cumprir uma ordem no campo social, contradição que atravessa toda a modernidade europeia e está no centro do conceito moderno de soberania.

Segundo Hardt, Negri (2002) pode-se identificar três momentos na constituição da modernidade europeia que estão diretamente ligados com a emersão do conceito moderno de soberania: a descoberta revolucionária do plano de imanência, a reação contra essas forças imanentes e a crise na forma de autoridade, além da resolução parcial e temporária dessa crise na formação do Estado moderno como um *locus* de soberania que transcende e medeia o plano das forças de imanência. (p. 88).

A Europa entre 1200 e 1600, ao meio das convulsões do fim da Idade Média, foi marcada pela descoberta do plano de imanência, a afirmação dos poderes deste mundo.

> Seres humanos se declararam donos da própria vida, produtores das cidades e da história e inventores de céu. Herdaram uma consciência dualista, uma visão hierárquica da sociedade, uma ideia metafísica de ciência; mas passaram adiante, para as gerações futuras, uma idéia experimental de ciência, uma concepção constituinte de história e de cidades, e propuseram o ser como terreno imanente de conhecimento e de ação. O pensamento deste período inicial, nascido simultaneamente na política, na ciência, na arte, na filosofia e na teologia, demostram a radicalidade das forças em ação na modernidade (Hardt, Negri, 2002, p. 89).

Na filosofia, na ciência e na política há, no período inicial da modernidade, um movimento de apropriação do poder de criação cuja transcendência medieval tinha tirado da humanidade. Este movimento marca a modernidade como crise, pois em resposta a esta revolução surge um movimento de contra-revolução que na impossibilidade de voltar ao passado ou destruir as novas forças buscou dominá-las e expropria-las de sua potência. O segundo modo da modernidade foi marcado por este movimento de restabelecimento de ideologias de comando e autoridade produzindo um novo poder transcendente. Assim:

> A contraposição derivada desses embates não resultou realmente na desmontagem da estrutura absoluta do poder estatal, tampouco dos seus recursos administrativo-institucionais ou do sentido de racionalidade e finalidade de suas intervenções. Em verdade, todas essas características viriam a ser aperfeiçoadas e superdimensionadas com a organização do Estado Moderno. (Guizardi, 2008, p. 25)

O Estado moderno surge como dispositivo de poder que visa dominar e expropriar a potência ontológica do agir político dos homens de sua prerrogativa de constituição de mundo, fechando-a nas amarras da divisão social do trabalho. O que significa dizer que os dispositivos que se articulam com o Estado Moderno têm a perspectiva de centralização e expropriação da potência ontológica do agir humano. (Guizardi, 2008)

Um destes dispositivos que caracteriza bem o sistema político na modernidade é a democracia representativa. De inspiração liberal este modelo de democracia surge a partir do argumento da impossibilidade de organização de uma democracia direta nas complexas sociedades modernas, reduzindo o exercício político ao direito à representação, o que afasta a população dos processos decisórios diretos.

> O campo da representação é então batizado como prática política por excelência, força maior de expressão dos poderes “do cidadão”, cujo exercício político fica desta forma confinado, num território próprio e distante de seu fazer cotidiano. A política é esvaziada de sua dimensão ontológica, salvaguardada da contaminação intempestiva do desejo, tornada prática exclusiva da chamada classe política. As demais convertem-se, assim, em meras classes sociais (Guizardi, 2008, p. 26).

O Estado moderno busca fundar a experiência política como inscrição da vida no ordenamento estatal, absorvendo o poder constituinte pela máquina por meio da representação.

Esta centralização e expropriação da potência ontológica do agir humano só é possível graças aos dispositivos articulados pelo Estado moderno, dispositivos estes que produz subjetividade que por sua vez condiciona a relação do ser humano com o exercício da política.

Uma das consequências desta subjetivação que os dispositivos do Estado moderno produzem é a relação da população com o público. Na democracia representativa o público deixa de ser o espaço aberto de produção de realidade social, mas espaço de sua regulação, de sua contenção, enredado em redes hierárquicas e institucionais de ordenamento social. (Guizardi, 2008).

No entanto, apesar da consolidação da democracia representativa ao longo de todo o período moderno, não podemos afirmar que a crise fundante da soberania moderna esteja definida. Pelo contrário, este embate nunca deixou de existir, o que muda é a correlação das forças. Assim, podemos afirmar que nos dias de hoje a democracia representativa encontra-se na berlinda, seja pela incapacidade de dar respostas aos desafios contemporâneos, seja pela crise da representatividade devido a escândalos de corrupção e abuso do uso da máquina estatal pela classe

política, e por último pelo advento da internet e das redes sociais que aumentaram o grau de transversalidade de comunicação entre as pessoas possibilitando novas formas de articulação e participação política.

No Brasil, há muitas ações e iniciativas de enfrentamento dos efeitos da democracia representativa a partir da invenção de dispositivos que buscam instituir no cotidiano das pessoas e na máquina do Estado práticas de democracia direta e/ou participativa, o que Chauí (1992) caracteriza como a passagem da democracia liberal para a democracia social. Muitas destas iniciativas foram disparadas no processo de redemocratização do país na década de 80. Podemos observar alguns desses dispositivos no campo de várias áreas de mobilização social como movimentos de moradia, custo de vida e geração de renda, reforma agrária, conhecidos como políticas de direitos, assim como nos novos movimentos sociais, vinculados a reivindicações menos universalizantes e mais singularizantes, como as questões de gêneros e raciais. Um desses movimentos que conseguiram articular tanto as reivindicações por direitos assim como os novos movimentos com pautas mais singulares, como movimentos de mulheres, Gays, Lésbicas, negros, indígenas dentre outros, foi a da reforma sanitária cujos desdobramentos foi a institucionalização do Sistema Único de Saúde.

O Sistema Único de Saúde, por meio de princípios e diretrizes, busca estimular a participação dos gestores, trabalhadores e usuários na gestão e planejamento das ações de saúde, ou seja, tem como princípio desde a sua criação produzir democracia institucional. Um dos motivos é que o contexto da articulação e criação do SUS era de redemocratização do país depois de mais de duas décadas de ditadura militar. Neste sentido, a Lei que institui o SUS, assim como outras leis, decretos e portarias posteriores a Lei Federal nº 8.080, apresentam arranjos institucionais que buscam garantir a participação social e consolidar o projeto de democratização do Estado. Dentre estas se destaca a Lei Federal nº 8.142 que institui os Conselhos e Conferências de Saúde. Recentemente o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ao dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, afirma no artigo 15 que o planejamento da saúde deve ser um processo ascendente e integrado, do nível local até o federal, sendo ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde.

Apesar dos arranjos institucionais e da institucionalização destes por força da lei, não garantiu movimentos de democratização institucional e a superação de um autoritarismo social (Chauí, 2001) caracterizados por relações autoritárias, sendo que muito desses espaços acabam por reproduzir o jogo político local em suas relações de força e exercício de poder (Guizardi, 2008). Portanto se faz necessário refletir a eficácia dos arranjos institucionais de participação política no SUS e o próprio sentido de participação, além de também pensar novas formas, novos espaços de participação.

Pensar a constituição do novo, do que se situa como externalidade às possibilidades que o presente reconhece, significa em sua compreensão interrogar radicalmente os dispositivos, espaços e, sobretudo, os sentidos que a participação política no SUS adquiriu (Guizardi, 2008, p. 20). Para isso é preciso compreender algumas linhas que produzem e normatizam as ações e inserções políticas e as relações entre as pessoas.

A forma hegemônica de institucionalização da ação política na modernidade foi produzida a partir da constituição do Estado moderno que funda nos marcos da representação à democracia moderna. O Estado moderno também caracterizado como Estado de Direito, cria toda sua legitimidade a partir da igualdade formal dos indivíduos-cidadãos igualmente submetidos ao aparelho jurídico estatal, instituindo a separação entre esfera pública e sociedade privada.

A cisão entre a esfera pública e sociedade “privada” condiciona e normatiza a forma de ação e inserção política na máquina do Estado, usurpando a potência ontológica do agir político e destituindo a esfera pública como lugar privilegiado da produção de realidade social. Característica da modernidade esta relação dicotômica da realidade também produz concomitantemente outras relações de oposição produzindo um pensamento moderno ocidental cujas consequências são o reducionismo e empobrecimento das práticas decorrentes. Uma destas relações dicotômicas é a oposição entre a dimensão coletiva e a individual, cisão esta que denuncia uma concepção de mundo que toma os seres dados *a priori*, sem considerar os processos que os engendram (Escóssia, 2009).

A relação dicotômica, esfera pública e sociedade “privada”, dimensão coletiva e dimensão individual, estão estreitamente relacionadas quando pensamos o sentido

da ação e inserção política na modernidade. Entretanto questionar os sistemas representativos está diretamente relacionado com as possibilidades de construção de espaços coletivos que possam produzir outro modo de ação política na contemporaneidade, o que nos remete a questão: como estamos concebendo e experimentando estes espaços coletivos? (Escossia, 2009)

Vamos a seguir nos debruçar sobre a Política Nacional de Humanização e analisar como esta busca articular forças para produzir dentro da máquina estatal fissuras que buscam produzir no seio da máquina práticas de democracia direta, caracterizada como democracia institucional, sendo um dos seus principais campos de análise a produção do sujeito na contemporaneidade tendo como um dos recortes a relação destes sujeitos com as políticas públicas e o Estado moderno e seus dispositivos de assujeitamento.

1.3 O plano coletivo como orientador das ações governamentais: Política Nacional de Humanização e o método da tríplice inclusão

O processo de produção e promoção da Saúde é de uma complexidade imensa. São vários os sujeitos envolvidos neste processo cada qual com interesse, desejo, necessidade, cultura e história distintas. Além deste objetivo complexo, que é o de produzir saúde, os serviços de saúde também têm como objetivo a realização profissional e pessoal dos trabalhadores e a reprodução e fortalecimento do SUS enquanto política democrática e solidária.

Desta maneira, estes objetivos, pelo tamanho dos seus desafios e complexidades, além da diversidade de atores envolvidos, terão possibilidade de se realizarem somente se organizados de uma maneira que abriguem estas complexidades e diversidades a partir de processos de co-gestão.

No entanto, só é possível desencadear relações de co-responsabilidade a partir de espaços de co-gestão. Estes Espaços Coletivos tem por objetivo criar espaços de poder compartilhado a partir da promoção de encontros entre distintos sujeitos envolvidos com a produção da atenção à saúde, seja internos (trabalhadores e gestores) e externos (Usuários), destinados à **comunicação**

(escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à **elaboração** (análise da escuta e das informações) e **tomada de decisão** (prioridades, projetos e contratos) (Campos, 2000). O processo que estes espaços desencadeiam é conhecido como Co-gestão.

Escóssia (2009) trás importantes contribuições ao afirmar o coletivo como plano de criação. A partir da lógica das relações ou filosofia da relação, trabalha o coletivo como espaço de co-engendramento de forças e formas que na relação co-produzem subjetividades que emergem no momento da relação.

Estamos nos referindo a certo modo de conceber a relação, na qual esta comparece como agenciamento, espaço-tempo “entre”, plano relacional produtor dos termos, e não como uma relação entre termos já constituídos. As relações mudam em função de circunstâncias, ações e paixões, produzindo sempre novos termos ou novos sentidos aos termos. O que significa dizer que o sentido é dado não por uma natureza imutável dos termos, mas pelos agenciamentos/relações que, em cada lugar e a cada momento histórico, acontecem entre os termos. “Lugar-meio” de sentido, como afirma Michel Serres em Filosofia Mestiça (1993). (Escóssia, 2009, p. 690)

A partir de teorias de Deleuze e Simondon, Escóssia (2009) afirma as práticas coletivas como possibilidade de acessar e ativar plano pré-individual e molecular permitindo o movimento de criação e transformação das formas, plano de criação, movimento instituinte, em detrimento das práticas burocratizadas e representativas, que mesmo sendo considerado como prática coletiva obstrui o plano de criação, afirmando as práticas e formas instituídas, excluindo a dimensão da participação já que este se efetiva no plano relacional. Assim, para diferenciar as práticas coletivas uma das outras Escóssia (2009) denomina de coletivo transindividual o coletivo como plano de forças e de criação.

A produção deste espaço no campo da Saúde Pública também visa produzir um espaço de reflexão e análise das práticas, em detrimento ao modo “tarefeiro” de se deliberar no campo da saúde, marcado pelo excesso de pautas verticais, tarefas, procedimentos e prazos, abrindo a possibilidade para experimentarmos outras formas de intervenções, de outras formas de estar e fazer no coletivo. Guizardi, Cavalcanti (2009) denomina de políticas públicas pós-soberanas esta nova

possibilidade, caracterizada pela capacidade de incorporar em seus modos de operação a potencialidade produtiva da multidão, defendendo a ação política na perspectiva da experimentação e constituição de processo de subjetividade, espaço coletivo como produção do bem comum:

> O bem comum seria a interseção de práticas, instituições e dispositivos de diversas ordens (técnicos, comunicacionais, organizacionais etc.) capazes de engendrar territórios existenciais pautados por uma ética do Comum (embora essa adjetivação seja em nossa perspectiva redundante). Ou seja, territórios existenciais em que as singularidades sejam acolhidas em sua prerrogativa normativa de constituição de mundo, tendo por critério de valoração a expansão da vida, e não sua exploração, limitação ou cerceamento. (Guizardi, Cavalcanti, 2009, p.113)

Imersa neste debate e desafio a Política Nacional de Humanização da atenção e gestão na saúde ou HumanizaSUS surgiu em 2003 com o objetivo de expandir e rearticular iniciativas já existentes no Ministério da Saúde. A partir da emergência do tema Humanização nas propostas construídas nas plenárias das Conferências Nacionais de Saúde, como na 11º Conferência realizada no ano 2000, foi reivindicado princípios metodológicos que indicassem certos “modos de fazer” para que os preceitos jurídicos/legal conquistados pela regulamentação do SUS, que indicava o “deve ser”, seja materializado nos modos de fazer cuidado e gestão nos serviços (Pasche, Passos, p.426, 2010).

A humanização é uma demanda presente há longo tempo nas políticas de saúde. Está na pauta dos movimentos feministas desde os anos 60 em torno do debate da saúde da mulher. Recentemente a reivindicação “humanização” nos serviços e práticas de saúde apareceu desde a XI Conferência Nacional da Saúde, no ano 2000, cujo tema era “Acesso, qualidade e humanização na atenção a saúde com controle social”. Entre os anos de 1999 e 2002 inúmeras ações e Programas propostos pelo Ministério da Saúde atuavam a partir do campo “humanização”, destacando: Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), Carta ao Usuário (1999), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa

de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), dentre outros. (Barros, Passos, 2005, p.390).

Esse recorte histórico é importante para vislumbrar o processo e desafios da Política Nacional de Humanização como movimento instituinte. Isto porque um destes desafios é o fato da humanização ser um conceito sobredeterminado impreciso, associado aos valores de voluntarismo, assistencialismo, paternalismo e no campo da gestão é sustentado por modelos gerenciais que trabalham dentro da lógica da qualidade total. (Barros, Passos, 2005, p.390). Ou seja, antes de tudo é preciso desconstruir e desvincular o conceito dos valores e imaginários instituídos, abrindo-o para um novo olhar redefinindo-o, sendo esta redefinição:

> [...] humanização como estratégia de interferência nestas práticas, levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, então, de investir, a partir desta concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo. (Barros, Passos, 2005, p.391)

Um conceito de humano que abrange de fato o “ser humano” que longe de ser o metro-padrão, figura-ideal preconizado pelas normas e estatísticas existentes apenas no campo transcendental das representações idealizadas, é um sujeito com valores, desejos, interesses e posições, cuja subjetividade não é dada *a priori*, nem construída por normas transcendentais, mas sim dinâmica que se transforma no decorrer da história e experiência de vida e principalmente no contato com o outro, grupos ou indivíduos, que disparam mudanças.

Para não correr o risco de fazer com que a humanização seja tomada como um princípio do SUS, mas caracterizada como uma Política, a PNH surge com o desafio de efetivar os princípios do SUS no concreto das práticas de Saúde, e não ser uma mera proposta. Para a PNH, a Humanização nos serviços só se efetiva na articulação do “o que fazer” com o “como fazer”, o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade (Barros, Passos, 2005).

A partir do Prêmio David Capistrano, em 2004, identificou-se que experiências potentes do “SUS que dá certo” apresentavam modos de fazer em comum baseado na inclusão. Tais experiências se desdobravam em processos de mudança como força coletiva, como “obras coletivas”, instituindo a Humanização como método de inclusão, como modo de fazer inclusivo (Pasche, Passos, 2010).

> Assim, de imediato se passou a compreender a humanização como método de inclusão, como modo de fazer inclusivo. Essa orientação, todavia, não emergiu apenas das práticas de mudança em curso, e se sustenta também na tradição e orientação do processo reformista brasileiro no campo da saúde, que se funda na luta contra quaisquer formas de autoritarismo, entre as quais, formas de governar as organizações de saúde sustentadas pela posição de mando centralizada em um ou poucos sujeitos, sendo, portanto, contra práticas de exclusão. A humanização como experimentação nas práticas de saúde passa a ser entendida como aposta ético-política na criação coletiva desde a diversidade de necessidades e interesses dos sujeitos (p. 426).

A Política Nacional de Humanização surge com a pretensão de ser uma política instituinte na máquina do Estado produzindo outro modo de conexão com as forças do coletivo, transformando práticas ao mesmo tempo em que produz novos modos de subjetivação. Neste sentido a PNH questiona o método, o “modo de fazer” da máquina Estatal, buscando reverter esta lógica:

> Sabemos que a máquina do Estado pelo seu gigantismo é frequentemente um foco propagador de ações cuja medida e o método são da extensividade: ações nacionais, macro-regionais, pragmáticas e de campanha. A máquina é tão mais Estatal quanto maior é a sua capacidade de estender seus braços (lembremos a imagem do Leviatã) por toda a nação e não necessariamente incluindo todo o povo. Mas, como fazer a inclusão do povo? Como incluir o que na experiência concreta foge aos padrões idealizados, à figura abstrata do homem médio brasileiro? A rede que se tece em ações puramente extensivas tem uma malha aberta demais, de modo a não poder incluir o que freqüentemente está à distância do metro-padrão. Alcançar a experiência concreta no que ela tem de singular exige, portanto, uma ação guiada por uma metodologia não mais extensiva, mas intensivista: o método da tríplice inclusão (inclusão dos atores e suas histórias- ou lateralização; inclusão dos analisadores institucionais e inclusão dos coletivos, ou movimentos sociais e movimentos sensíveis). A questão metodológica que se coloca para nós é a da reversão da extensividade em intensividade (Barros, Passos, 2008).

Ao problematizar a questão metodológica na qual opera a máquina Estatal, a Política Nacional de Humanização coloca em análise o exercício de poder na modernidade que assujeita na medida que subjetiva, enfatizando a indissociabilidade entre o processo de produção de saúde e o processo de produção de subjetividade protagonistas e autônomas, apostando, no limite entre a máquina do Estado e o plano coletivo, que o plano coletivo prevaleça na orientação das ações governamentais, garantindo o sentido público das políticas que também atravessam o Estado. Isto porque o Estado-Nação apresenta-se como um figura cuja função é mediar toda experiência, emergindo como uma nova transcendência frente a experiência da imanência possibilitada na modernidade (Barros, Passos, 2005a).

Quando Política Nacional de Humanização problematiza o modo de fazer, coloca no centro da questão as relações de poder entre a máquina estatal e os sujeitos e os assujeitamentos produzidos. Assim as políticas públicas que buscam produzir relações de poder diferentes tem necessariamente que intervir e modificar a relação/série governo-Estado-políticas públicas.

Intervir nesta relação governo-Estado-políticas públicas está diretamente relacionado com o desafio da PNH de encarnar os princípios do SUS na experiência concreta de sujeitos concretos, transformando práticas de saúde a partir da transformação dos sujeitos, o que "exige todo um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os movimentos sociais, com as práticas concretas no cotidiano dos Serviços de saúde" (Barros, Passos, 2005), convocando a produção de outras formas de interação/relação entre os sujeitos envolvidos nas práticas de saúde (usuários, profissionais, gestores e formadores). Sendo assim, a Política Nacional de Humanização propõe a reversão do método extensivo para o método intensivo, superando a tradição altamente normativa da máquina do Estatal.

> Essa 'entrada' pelo método modifica uma perspectiva tradicional das políticas de saúde, que em geral partem e apostam no 'como deve ser', tomando por perspectiva resultados e metas previamente estabelecidos. Em geral, essa posição situa-se no horizonte da prescrição, da ação normativa que se impõe como força heterônoma sobre os sujeitos, serviços e âmbitos de gestão que devem percorrer determinados caminhos, os quais asseguram acesso a recursos

> públicos geridos, em geral, de forma centralizada. A lógica aqui predominante é da ação programática e normativa (Testa, 1992), que tende a homogeneizar realidades e a desconsiderar singularidades dos territórios e capacidades criativas de seus sujeitos. (Pasche, Passos, 2010, p. 425)

Desta forma, a PNH se apresenta como um método, método da Tríplice inclusão, disseminando este "modo de caminhar", como modo de fazer inclusão (i) dos atores/sujeitos envolvidos no cotidiano das práticas de saúde (usuários, trabalhadores, gestores), (ii) movimentos e redes sociais e (iii) os elementos discursivos e as subjetividades que cada um destes trás para a roda/rede. Para isso, a PNH estabelece diretrizes e oferta dispositivos que buscam interferir nas formas de relacionamento nos serviços, seja na atenção, seja na gestão, já que são indissociáveis, afim de catalisar processos de mudanças. Como dispositivo do método da tríplice inclusão a PNH propõe a função apoio.

1.3.1 Revertendo o "modo de fazer" da máquina Estatal: a função apoio como método intensivo

Segundo Campos (2000) a nomeclatura apoio institucional foi sugerido por Liane Righi para denominar o agente que se utiliza do Método da Roda, ou Método Paidéia (p.186). A preocupação era achar um nome que pudesse marcar diferenças desta função apoio frente a outros papéis institucionais aparentemente similares como consultor, supervisor e analista institucional, porém diferentes da proposta do apoio institucional.

> Isso porque a função transborda todos os limites de todas as denominações sugeridas pela Teoria Geral de Administração para papéis assemelhados. Em geral as pessoas que trabalham com alguma forma de apoio às Organizações, consultoria ou planejamento, denomina-se assessor, ou consultor, ou supervisor. No entanto, estas palavras não indicam a relação dialética que se estabelece entre Apoiador Institucional e Equipe apoiada: nem uma postura de passividade omissa (dos consultores), nem a pretensão de operar a revelia dos grupos (supervisores). Nem apenas a elaboração de pareceres e planos, nem a imposição de protocolos ou normas às equipes (Campos, 2000,p.186).

Em relação ao termo analista, apesar de Campos (2000) reconhecer que a prática do analista institucional envolve o estabelecimento de contrato com o grupo/equipe, produzindo relações mais horizontalizadas e transversais, ao contrário da prática gerencial hegemônica caracterizada por forte verticalidade, o termo analista pode assinalar um lugar e pessoa que faz análise em detrimento do grupo e equipe, não respondendo a demanda do método Paidéia cujo objetivo é aumentar a capacidade de intervenção e compreensão das pessoas sobre o mundo e sobre si mesmas, ampliando o grau de autonomia, protagonismo e a democracia institucional (Campos, 2006). O Método da Roda (ou Paidéia) é também conhecido como método Anti-Taylor, pois o Método Taylorista de administração de organizações é marcado por princípios de comando, controle e centralização do poder, além da cisão entre o trabalho intelectual de planejamento e o trabalho operacional, “uns poucos planejam outros executam”. Este modo de gestão tem como objetivo desapropriar o trabalhador do seu protagonismo limitando ao máximo sua autonomia.

> O Método da Roda (ou a Paidéia) é um método de apoio à co-gestão. Objetiva apoiar a produção de Valores de Uso e de Coletivos Organizados. Ou seja, ajuda a articular a produção de bens e serviços com a produção de instituições, Organizações e dos próprios Sujeitos envolvidos com o processo. Nesse sentido é um método de Gestão (Campos, 2000, p. 185).

O método Paidéia sugere uma metodologia de análise com ênfase na interpretação da ação prática dos sujeitos no mundo. Opera por núcleos temáticos, alguns referentes ao mundo, outros referentes aos sujeitos.

Em relação ao mundo da vida, segundo Campos (2006) um dos núcleos temáticos centrais a serem analisados pelos sujeitos da ação é a finalidade da ação humana. Com que objetivos se elabora dada política de saúde, ou se faz gestão de serviços públicos e/ou se trabalha com pessoas portadoras de risco ou de enfermidades?

O segundo núcleo temático diz respeito aos meios utilizados pelos sujeitos para conhecer e intervir em um dado contexto. Qual o modo utilizado pelos sujeitos para realizar alguma tarefa ou implementar algum projeto? No fundo, é uma

pergunta sobre a capacidade de análise e de intervenção: com que meios e métodos atuam a direção de um hospital público, uma equipe ou uma comunidade?(Campos, 2006)

O terceiro núcleo temático busca revelar o compromisso dos sujeitos: o objeto dos quais os sujeitos se encarregam estaria assumindo responsabilidade sobre que elementos de uma dada situação?

O quarto núcleo temático é a análise do resultado das intervenções humanas: que produto tal ou qual organização, ou tal ou qual movimento, ou tal projeto estariam produzindo?

> Por sua vez, os núcleos temáticos relativos ao sujeito dizem respeito a sua existência no mundo da vida. Um núcleo temático central ao método é o de objeto de investimento: que afeto estaria o sujeito da ação depositando no objeto ou no projeto sobre o qual agem, fazem política, gestão ou trabalham? Um segundo, que capacidade têm estes sujeitos da ação de estabelecer pontes com o interesse de outros sujeitos, mediante a constituição de compromissos ou contratos? Um terceiro núcleo temático referente aos sujeitos é a análise da rede de poderes envolvidos em cada situação ou contexto: que conflitos, que institucionalidade e de que modo se exerce o controle social entre os sujeitos envolvidos em um hospital público ou espaço comunitário? Outro seria referente aos recursos de saber ou de conhecimento, bem como dos valores, dos quais os sujeitos envolvidos na ação têm disponibilidade; ou seja, uma análise dos referenciais culturais e tecnológicos de que se valem os sujeitos em um contexto concreto (Campos, 2006, p.87).

A partir da década de noventa, o apoio institucional foi experimentado como ferramenta de gestão por vários municípios produzindo uma gama de práticas e arranjos. Segundo Oliveira (2011) municípios como Campinas, Sumaré, Amparo e Santa Bárbara do Oeste, instituíram o cargo de apoiador institucional ou de apoio à gestão com funções e atribuições mais ou menos delimitadas pela gestão formal; outros como Jacareí e Pindamonhangaba, experimentaram o apoio na educação permanente de trabalhadores e gestores. Oliveira (2011) também cita outras experiências como a metodologia do apoio utilizada em cursos de especialização em Saúde da Família e Gestão e na formação de graduandos de medicina. Na atualidade o apoio institucional, é uma tecnologia bem difundida e incorporada por várias instâncias de gestão do SUS, como por exemplo, o próprio Ministério da

Saúde. Apesar de ter sido incorporado pelo Ministério da Saúde como um instrumento de gestão estratégico por meio do apoio integrado, foi em 2003, pela Política Nacional de Humanização, que esta ferramenta é experimentada pela primeira vez numa Política Nacional.

O Documento-Base da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2008) trás a função apoio como como "diretriz e dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, entendimento e análise de coletivos, que assim poderiam qualificar sua própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde com os outros." (p. 53)

Segundo o Documento-Base:

> A diretriz do apoio institucional é a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Assim sendo, o apoiador deve estar sempre inserido em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações. (p.53)

A função apoio tem entre suas principais atribuições/características: ajuda na construção de Espaços Coletivos para Análise do processo de trabalho, dos papéis instituídos, das representações construídas que buscam ampliar as possibilidades para análise de uma situação; criar novos modos de compor, abalar/modificar o "estado das coisas" apoiando processos de mudança constituídos como "obras coletivas"; favorecer a liberação das potências "virtualmente" presentes.

Como citado acima a função apoio é apresentada não só como diretriz, mas também como dispositivo da Política Nacional de Humanização, pois o "apoiar é criar referências no campo da prática da saúde" (Pasche, Passos, 2010), o que os autores caracterizam como um dos modos de fazer do apoio, o modo referência. Além deste, os atores identificam mais duas características do modo de fazer apoio para a PNH: 1) modo intensivista, ou seja, todo apoio é uma ação intensivista pois busca acessar a singularidade da experiência concreta e se conectar com as forças do coletivo, sendo a extensividade da ação o efeito da ação intensiva e não o ponto de partida; 2) modo de contágio: ao se conectar as forças do coletivo e acessar as experiências concretas o apoiador não chega com programas ou propostas de mudanças, o que caracteriza as ações extensivas, mas sim apoiaria movimentos já

existentes ou em potencial, apostando na ação intensiva como ação de contágio (Pache, Passos, 2010).

Ao se caracterizar por uma ação intensivista, revertendo a prática extensiva da ação ministerial e intervenções intensivas, a função apoio é identificada como dispositivo fundamental no estabelecimento de outra relação entre a série governo-Estado-políticas Públicas.

Ou seja, a função apoio enquanto dispositivo é uma aposta da Política Nacional de Humanização na reversão do método de operar da máquina estatal, buscando ao invés de práticas altamente prescritivas, acionar singularidades territoriais, articular-se a movimentos instituintes, apoiando estas para que sejam referências e possam agir por contágio.

1.3.2 Por outra relação entre a máquina estatal e a produção de políticas públicas: função apoio e produção de redes de saúde.

Como vimos acima, políticas públicas, como a Política Nacional de Humanização, que buscam produzir relações de poder diferentes tem necessariamente que intervir e modificar a relação/série governo-Estado-políticas públicas superando a tradição altamente normativa da máquina Estatal.

Transformar esta série é produzir movimentos capilares e territoriais que produzam apropriação das pessoas com as questões das políticas públicas de governo, transformando estas políticas num bem comum para a produção de comum, ou seja, que a construção e articulação das Políticas Públicas sejam engendradas de processualidades e as experiências e experimentações destes processos tenham como efeito sentimentos de pertencimento. Estas questões de como as Políticas de saúde chegam aos municípios, vilas, nos arraiais, sobem rios, descem montanhas, produzindo subjetividade aonde chegam, está atrelado a um debate muito caro para o Sistema Único de Saúde, o debate sobre a descentralização da gestão das políticas de saúde, que por sua vez remete à questão das relações interfederativas, que está diretamente articulada com o debate sobre a regionalização que convoca a refletirmos sobre as redes de saúde, como

são produzidas e articuladas. Atualmente, com a regulamentação da lei 8.080 por meio do decreto 7.508 e a instituição das Redes Temáticas prioritárias, a reorganização dos serviços de saúde em redes regionais apresenta-se como uma das atuais prioridades do Ministério da Saúde.

Discutir o gigantismo da máquina Estatal e sua metodologia extensiva é entrar neste debate, das relações interfederativas, descentralização, regionalização e articulação de redes de saúde.

Segundo Santos (2012), o Estado Federal é uma criação dos Estados Unidos que surgiu a partir da Constituição da Filadélfia, em resposta às necessidades concretas dos Estados de se juntarem para fugir da dominação inglesa. Por isso podemos caracterizar o processo de federação americana como um modelo centrípeto, que partiu da necessidade de um conjunto de Estados independentes e autônomos de se articularem numa federação. O federalismo brasileiro, ao contrário do federalismo americano, caracteriza-se por um modelo centrífugo, ou seja, em vez de partir da necessidade de articulação entre entes independentes e autônomos, partiu da necessidade de uma unidade dar mais autonomia as suas províncias, no caso do Brasil, com a queda do Brasil Império. O resultado é que o federalismo do Brasil a autonomia dos Estados e demais entes federados, como os municípios, é mais formal do que real (p.24). Na saúde este modelo de federalismo tem como característica a concepção normativa da cultura inampsiana, marca de um centralismo administrativo e financeiro do sistema de saúde, altamente prescritivo e normativo.

Gastão Wagner de Sousa Campos, afirma na apresentação do livro “SUS: o espaço da gestão inovadora e dos consensos interfederativos” de Lenir Santos e Luiz Odorico Monteiro de Andrade, que o modelo político-jurídico e administrativo do SUS necessita adotar, no âmbito da gestão pública, novos paradigmas capazes de garantir governança, interação e integração das ações e serviços de saúde de todos os entes federativos nas redes de saúde (Santos, 2009, p.13). Gastão Wagner de Sousa Campos afirma que o SUS do século XXI enfrentará sérios problemas em relação ao financiamento num sistema que não cansa de inovar e:

> Para tanto as autoridades e a sociedade precisam, com urgência, promover as necessárias mudanças políticas, funcional, administrativas, técnicas, operacionais e financeiras, introduzindo novos paradigmas administrativos na operacionalização e gestão do moderno sistema público de saúde para consolidá-lo como política pública que considera a pessoa humana em sua integralidade. (Santos, Andrade, 2009, p. 16)

Este desafio aponta para o esgotamento dos modelos de regulamentação da organização e funcionamento do SUS, apontando para a necessidade de repactuar novas bases para a gestão compartilhada do SUS transformando as relações interfederativas. Neste debate deparamos com mais um grande desafio e paradoxo: sendo que 71% dos municípios brasileiros tem menos de 20 mil habitantes, como este pode ofertar uma assistência integral aos seus munícipes sendo que não tem condições de ter em seu território serviços que abarque os três níveis de atenção?

Assim, garantir a integralidade da atenção está atrelado a um modelo de gestão que materialize no cotidiano da gestão e dos serviços o SUS como uma Rede Regionalizada de Saúde pois:

> A integralidade da assistência não se esgota em um município, estado ou região, e sim numa rede interfederativa, de caráter municipal, estadual e interestadual. Essa rede é composta pelo conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde municipais, estaduais e federais que conforma o SUS nacional, cabendo a todos garantir,de forma articulada,a saúde pública [...] (Santos, Andrade, 2009, p.105).

Este processo de mudança do modelo político, jurídico e administrativo vem se desenvolvendo nos últimos anos com a institucionalização do Pacto pela Saúde em 2006 e mais recentemente com a publicação do Decreto 7.508. Este movimento busca superar a cultura inampsiana, que apesar destes processos, parece ainda pautar as práticas de gestão do Sistema Único de Saúde. Por quê?

Porque estes processos conseguem até regulamentar novos modelos jurídicos e administrativos, mas no campo político não surtem os efeitos desejados, isto por que tanto quanto trabalhar a descentralização e regionalização numa perspectiva teórica, conceitual e jurídico-administrativa é preciso trabalhar uma perspectiva metodológica, refletindo o modo de fazer regionalização e

principalmente o modo de articular redes de saúde, que por sua vez envolve problematizarmos como se dão as relações governo -Estado - políticas públicas.

Problematizar o conceito de rede que opera a forma de organização do SUS, além de conceitual é uma questão ético-política, pois mais do que colocar em jogo "*o que é*" ou *"como deve ser",* também coloca em questão os *modos de fazer*, o "*como fazer"* ou "*como estamos fazendo"*. Mais de que problematizar o que entendemos por rede, regionalização ou mesmo questionar o preceito constitucional de rede regionalizada e hierarquizada, também se faz necessário questionar: como estamos trabalhando em rede? Como articulamos rede? Que rede estamos articulando? Para quê? Para quem? Questões estas primordiais neste atual cenário de emergência de políticas que visam aprimorar as relações interfederativas investindo em processos de regionalização a partir da articulação de redes regionais de atenção à saúde e redes temáticas.

O conceito de rede é perigoso, pois é polissêmico e o sentido que cada um dá para este conceito representa um projeto. Segundo Saidón (2008):

> Quando nos referimos ao trabalho em rede ou aos sistemas de pensamento em rede, surge uma multiplicidade de sentido. O termo "rede", em sua polivocidade, nos remete, por um lado, a uma linha mais conceitual e, por outro, comporta um sentido puramente técnico e instrumental. Em alguns casos, é uma proposta de ação e, em outros, se estabelece como o próprio modo pelo qual o funcionamento do social acaba se efetuando na atualidade.
> Em certos casos, trata-se de um modo de organização e institucionalização de projetos e, em outros, é a forma de resistir ao instituído dominante, criticando a organização centralizada e piramidal. (Saidón, 2008, p. 167)

Righi (2010) ao dissertar sobre o conceito de rede oferta algumas pistas para pensarmos os processos de trabalho em rede na área da saúde coletiva. A autora argumenta que a proposta de rede para o SUS não é a metáfora da rede homogênea com suas próprias normas, isoladas, fechadas em si mesma, incapaz de relacionar-se com o diferente. Chama a atenção para as armadilhas quando o desenho das redes enfatiza temas, áreas e políticas. Para ela, "nosso investimento mais urgente é o de propor desenhos que potencializem a produção de redes quentes" (Righi, 2010, p.169) caracterizadas pela dinâmica conectiva geradora de

diferenciação, rede heterogenética. Esta produção só é possível quando a produção da rede estiver conectada com as forças do território (espaço vivido), lugar onde as relações acontecem.

Até que ponto o processo de construção e implantação das Redes Regionais de Atenção à Saúde está produzindo rede Heterogenética? Ou melhor, como este movimento está se conectando com as heterogeneidades territoriais?

Acioli (2011) também faz importantes apontamentos em relação aos diversos sentidos e apropriações do conceito de redes pela Política de Saúde. Questiona a ambiguidade do uso das redes.

> Convém, portanto, que pensemos na "rede" como um sistema de nós em aberto e como uma multidimensionalidade potencial. A questão é como dar conta da diversidade e da singularidade da vida real e complexa que flui em muitas direções e níveis e arranjá-la no encadeamento racional da "rede", que pode ser dispositivo de embalar sonhos instituintes de novos arranjos relacionais entre equipes e usuários, mas é também instrumento de captura, isto é, pode perfeitamente ser usada como uma estratégia racionalizadora, de cunho normativo, que toma a forma de programa e linha de financiamento. (p.1682)

Tanto quanto desenvolver arcabouço legal para aprimorar o processo de descentralização transformando o coeficiente das relações interfederativas observada a partir do movimento de revisão e aprimoramento jurídico-administrativo do SUS, sendo o marco deste contexto o Decreto 7.508, é preciso pensar como este movimento pode transformar as relações não só interfederativas entre os entes federados, mas também micropolíticas, entre gestores, trabalhadores e usuários já que por mais que nesta articulação sejam contemplados espaços de gestão compartilhadas como os Grupos Condutores de Redes, sejam Estaduais, Regionais ou Municipais, observa-se que este processo e espaços não garantem a participação dos diversos atores que utilizam e trabalham nos serviços de saúde. Corre-se o risco deste momento importante de reconstrução e reflexão das Políticas Públicas de Saúde ficarem restritos a alguns técnicos e gestores reproduzindo o modo tradicional de planejamento cuja máxima é "uns planejam outro executam". Ou seja: estamos diante não só de um desafio jurídico administrativo, mas político-institucional.

Segundo Nascimento (2007) a existência destas lacunas e ambiguidades da conformação política-institucional atual brasileira vem dificultando a consolidação de um pacto federativo que favoreça a implementação do SUS e o direito à saúde. Ainda segundo a autora: “Só é possível enfrentar essas insuficiências a partir de uma prática política construída sob novas bases de perspectiva democrática, cooperativa e solidária (p.28)”.

Fica evidente o desafio de articular processos ascendentes e transversais, reestabelecendo outra relação entre governo-Estado- política pública, transformando as dinâmicas relacionais por meio de intervenção e transformação nas e das instituições, aumentando o coeficiente de comunicação intra e intergrupos.

Neste contexto a função apoio institucional é incorporada pelo Ministério da Saúde como estratégia de um modo inovador de fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, tendo como objetivo estar sempre inserido em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir as organizações, envolvendo uma tríplice função – ativar coletivos, conectar redes e incluir a multiplicidade de olhares e práticas, interesses e desejos para produção de objetivos comuns, ampliando a capacidade de tecer uma rede de compromissos, de contratualização entre sujeitos (Brasil, 2011).

Mas não basta ser incorporado como estratégia, o apoio institucional assim como o conceito de redes não são panaceias, caixas de pandoras. Antes de tudo é o exercício de uma experiência radical, caótica, multidimensional, redes de redes, conexões sem fim, sem centro. Até que ponto a máquina estatal suporta tal modo de funcionar, sendo que seu princípio é de ordenação de fluxos?

Até que ponto o processo de construção e implantação das Redes Regionais de Atenção à Saúde está produzindo rede Heterogenética? Ou melhor, como este movimento está se conectando com as heterogeneidades territoriais?

Ao meio destas ambivalências qual vai predominar: “O efeito da“rede” como ordem e organização, ou a constituição da “rede” como um instituinte de tramas que se compõem sem cessar e, portanto, sem controle?” (Acioli, 2011, p.1682)

E o apoiador institucional neste contexto, não poderá ser um agente tecnopolítico, correia de transmissão de um projeto em busca de hegemonia, como bem questiona Merhy (2010)?

Trago estas questões não para serem respondidas, mas como questões ferramentas do apoiador institucional, principalmente quando o contexto em que o apoio se dá (ou não se dá) são regiões compostas por municípios de médio e pequeno porte, muitas vezes distantes e/ou desapropriado das questões atuais que atravessam as políticas públicas de saúde, caracterizando-os como meros expectadores e executores de normas verticais, efeitos das relações assimétricas entre os entes. Como se dá o apoio institucional de uma política ministerial neste contexto?

O apoio institucional como dispositivo exige um movimento crítico de experimentação-reflexão, de análise das implicações, análise das demandas de apoio e análise dos efeitos e repercussões daquilo que se produz nos processos (Pasche, Passos, 2010), ainda mais quando vivencia a experiência do entre, no caso, no entre estar dentro da máquina do Estado ao mesmo tempo buscando desconstruir e enfrentar seu modo extensivo de produção e propagação de políticas públicas, ou seja, questionando sua tradição altamente normativa, buscando produzir uma nova relação/série governo-Estado-Políticas Públicas.

O trabalho do apoio institucional enquanto dispositivo deve lançar mão de outros dispositivos, já que um dispositivo vai inventando outros dispositivos, “dispositivos dentro de dispositivos, como na série bonecas russas.” (Kastrup, Barros, p. 79)

Os dispositivos não devem ser tomados como ferramentas *a priori* mas pelos seus efeitos de transversalização, considerando a transversalidade como “uma espécie de nomadismo de fronteiras, desmanchamento incessante dos territórios cristalizados (Barros, 2007, p.276)

Assim, quando se fala em apoio institucional, redes de saúde, grupos e coletivos, Colegiados Gestores Regionais, Grupo Condutor de Rede, dentre outros arranjos instituídos pelos SUS é importante explorar o que estes instrumentos têm de potencial para produzir efeitos de um dispositivo-linha de fuga, máquina que fabrica outros modos de conexão, outros modos de subjetivação, outros modos de relação, desvencilhando dos modos serializados de produção de redes, de coletivos, de políticas públicas, de territórios, de saúde, ou seja, dispositivos de poder.

Falar deste novo modo de produzir Política Públicas, denominado por Guizardi, Cavalcanti (2009) de Políticas Pós-soberanas, é instituir a liberdade de produzir o novo, de, como afirma Deleuze (1997), instaurar, encontrar ou reencontrar um máximo de conexões (p.218), pois para este autor:

> "Não há retorno à natureza, só há um problema político da alma coletiva, as conexões de que uma sociedade é capaz, os fluxos que ela suporta, inventa, deixa ou faz passar" (DELEUZE, 1997, p.219)

Em suma o desafio da ascendência e da transversalidade, o desafio/arte de articular redes regionais de saúde a partir de territórios/desejos singulares.

Capítulo II
O apoiador cartógrafo e o apoiador caipira: dois personagens conceituais em cena

Quem me dera
um mapa de tesouro
que me leva a um velho baú
cheio de mapas do tesouro
(Paulo Leminski)

2.1 O personagem conceitual

Nas minhas andanças como apoiador institucional da Política Nacional de Humanização era sempre tomado por duas figuras, a do cartógrafo e a do caipira, imagens que menos do que me dar um "norte", me trazia (e ainda trás) vertigem, desconforto, incômodo, algo que não conseguia apreender na consciência deixando-me tomá-las apenas pelo afeto que estas produziam em mim.

> [...] pelo contrário, a busca da verdade das coisas que nos afetam diretamente, como o amor, depende do "acaso do encontro", pois somente quando algo nos "força a pensar" estará assegurado a "necessidade do que é pensado" (Cardoso Jr., 2005, p. 256).

Foram muitas as formas que pensei para dar consistência a essas figuras e são muitas as formas que essas podem tomar consistência ou não. A questão é que tomarei estas duas figuras como personagens conceituais. O apoiador cartógrafo e o apoiador caipira.

Para introduzir o conceito de personagem conceitual retomo a discussão que fiz na introdução deste trabalho em relação ao campo problemático que me levou a escrever esta dissertação. Toda escrita parte de um campo problemático composto por uma rede de problemas, um emaranhado de questões que ao invés de irem se fechando abrem novos problemas ampliando cada vez mais o campo problemático. Então o problema não é para ser decifrado ou respondido, o problema não é como se libertar, ou retomar uma liberdade perdida ou ideal, mas como escapar, criar, se desterritorializar num devir nômade num duplo movimento de desconstruir e inventar conceitos, pois delimitar um problema e adentrar num campo problemático é indissociável de entrar em relação com uma rede de conceitos.

Nas experiências, na vida, nas nossas práticas sejam qual for, somos atravessados por um caos, que não é nem estado inerte ou estacionário, nem uma mistura ao acaso, mas aquilo que desfaz no infinito toda consistência. Trabalhar com personagens conceituais indica a forma de como sou afetado quando adentro no campo de intervenção. Assim, a partir da filosofia da diferença, trabalharei o problema como um corte e um crivo no caos. O que quero dizer com isso?

Tradicionalmente no nosso sistema de pensamento costumamos colocar na ordem do transcendental tudo aquilo que não conseguimos qualificar, quantificar, denominar, controlar, explicar etc., ou seja, como citado acima, tudo que desfaz ao infinito toda consistência, produzindo em nós vertigem, pois estabelecemos relação com algo de natureza caótica. A relação que estabelecemos com este "plano transcendental" condiciona muito nossas condutas diante da experiência da vida. Optar pelo paradigma da filosofia da diferença está atrelado com a forma de relação que os autores que formularam (e os autores que lhes inspiraram) este pensamento estabelecem com este plano.

Deleuze diferencia o transcendental do transcendente na medida em que o transcendental rejeita toda ideia de sujeito e consciência enquanto o transcendente pressupõe um sujeito ou objeto a ser transcendido (Levy,2003). Para o autor a experiência transcendental apresenta-se como uma experiência impessoal, que não se remete a um objeto e nem pertence a um sujeito. "O transcendental em Deleuze é sempre um campo assubjetivo que constitui a condição primeira para a experiência" (p. 96). Assim, o transcendental não remete a algo que não exista no mundo:

> O transcendental do campo de imanência não se confude com o transcendental clássico da filosofia, seja ele platônico ou kantiano, uma vez que não pressupõe algo que seja exterior. (Levy, 2003, p.96)

De inspiração ontológica baseado na ideia de univocidade Deleuze denomina de plano de imanência "pura corrente de consciência a-subjetiva, consciência pré-reflexiva impessoal, duração qualitativa da consciência sem eu." (Deleuze,1997 p.15). Imanência e transcendência tomam outro sentido: o transcendental é imanente. Desse modo, o plano de imanência nos coloca diante do mundo e não em outro mundo. (Levy, 2003, p. 96)

Outra definição importante do plano de imanência que ele é “corte” e um “crivo” no caos, sendo o caos não um estado inerte ou estacionário mas velocidade infinita que desfaz no infinito toda consistência. “Corte” porque “capta” uma “fatia” de um caos que permanece livre, infinitamente livre, em várias dimensões e direções. “Crivo” porque cortar é selecionar e fixar (Prado Jr., 2000, p.314).

Trabalhar a ideia do plano de imanência é fundamental para introduzir o conceito de personagem conceitual. Isto porque o personagem conceitual apresenta-se assim como uma instância intermediária, intervindo entre o caos e os traços diagramáticos do plano de imanência e entre o plano e os traços intensivos dos conceitos que o povoa, isto porque os conceitos não se deduzem do plano por si só, para criá-los é preciso o personagem conceitual.

> Se o conceito é uma solução, as condições do problema filosófico estão sobre o plano de imanência que ele supõe (a que movimento infinito ele remete na imagem do pesamento?) e as incógnitas do problema estão nos personagens conceituais que ele mobiliza (que personagem precisamente?). (Deleuze, Guattari,1992,p. 106)

Esta ideia de personagem conceitual parte de alguns princípios. Um é de que a filosofia é como uma tríade (traçar, inventar, criar) composta por três elementos:

> [...] o plano pré-filosófico que ela deve traçar (imanência), o ou os personagens pró-filosóficos que ela deve inventar e fazer viver (insistência), os conceitos filosóficos que ela deve criar (consistência). (Deleuze, Guattari, 1992, p.101)

O outro elemento indissociável do princípio apresentado acima é de que o problema é como um traçado de um plano de imanência. Sendo problema o “corte” no plano de imanência, os “movimentos infinitos” do plano de imanência são fixados por “coordenadas” construídas a partir dos movimentos finitos do conceito. Corte de corte produzindo consistência finita-ilimitada. Assim:

> O conceito é bem uma solução, mas o problema ao qual ele responde reside em suas condições de consistência intensional, e não, como na ciência, nas condições de referência das proposições extensivas. (Deleuze, Guattari,1992,p. 106)

Trabalhar o problema como um traçado de um plano de imanência diz do modo de como se estabelece a relação com o caos. Enquanto a ciência sacrifica o Devir para dar lugar à referência, à fixação de estados de coisas produzindo um pseudo rompimento com o caos na qual pretende se afastar, a filosofia se propõe a mergulhar nesse caos e daí dar consistência ao caos sem no entanto "nada perder do infinito". O problema da filosofia é adquir uma consistência sem perder o infinito no qual o pensamento mergulha (ponto caos, deste ponto de vista, tem uma existência tanto mental como física) (Deleuze, Guattari,1992,p.59).

Assim podemos afirmar que o pensar começa pela efetuação de tal corte ou pela instauração de tal plano, por isso podemos afirmar que a filosofia é ao mesmo tempo a criação de conceitos e instauração de um plano, deste modo ambos são necessário, criar os conceitos e instaurar o plano. Mas segundo Prado Jr.(2000) o plano de imanência despovoado de conceito é cego (no limite é o caos), e o conceito, extraído do seu elemento "intuitivo" é vazio, e como uma função de mediação Deleuze introduz, na passagem dos "traços diagramáticos" do plano às "coordenadas intensivas" do conceito, a instância intermediária dos personagens conceituais (p. 309).

O apoiador cartógrafo e o apoiador caipira são os personagens conceituais que vão nos acompanhar durante este traçado, nesta experiência do pensamento que tem como matéria prima a experiência do apoio institucional da Política Nacional de Humanização no interior do Estado de São Paulo e seus afetos. O que pretendo com estes personagens conceituais?

Para responder esta questão é importante introduzir outro conceito importante que compõe o sistema de pensamento da filosofia da diferença que é o conceito de acontecimento.

Todo objeto visto como multiplicidade é composto por um plano de consistência e um plano de estratificação, este caracterizado por matéria formada e o outro por matéria não formada (Cardoso Jr.,2005), ou seja, todo objeto visto na sua multiplicidade implica elementos atuais e elementos virtuais, e não há objeto puramente atual, este sempre está rodeado por uma névoa de imagens virtuais (Deleuze, 1996), estando o atual em imanência com o virtual. O problema do

acontecimento diz da relação entre a realidade atual e a realidade virtual e a transitividade entre esses dois.

> O acontecimento não pode alterar a unidade de todos os corpos e seus destinos, mas contém algo que diz respeito à virtualidade de um determinado encontro de corpos e, por isso, pode prepará-los para novos encontros, se houve malogro, ou prolongar um encontro, se foi benéfico. Em todo o caso, acontecimento é como uma instância que, no próprio mundo atual, contraefetua as coordenadas espaço-temporais das atualizações através de seus efeitos virtuais.(Cardoso Jr., 2005, p. 250)

Ater ao conceito de acontecimento é importante para que não cometamos a confusão entre os personagens conceituais com o próprio autor, e muito menos com tipos psicossociais, apesar de que os personagens conceituais e os tipos psicossociais se conjugam mas não se confundem. Há nos personagens conceituais traços de uma época e de um meio histórico que só os tipos psicossociais permitem avaliar. Porém, não se podem confundir os personagens conceituais com a história, porque os traços históricos são estados de coisas, os tipos psicossociais são históricos, mas os personagens conceituais são *acontecimentos*, buscam escapar aos estados de coisas histórico de uma sociedade, como o vivido dos indivíduos, “para fazer deles traços conceituais, ou acontecimentos do pensamento sobre o plano que ele traça ou sobre os conceitos que ele cria” (Deleuze, Guattari,1992,p.93). Assim, como o plano de imanência apresenta senão acontecimentos, os conceitos são os mundos possíveis deste plano enquanto os personagens conceituais expressões de mundos possíveis (p.65). “Os acontecimentos ou singularidades dão ao plano toda a sua virtualidade, como o plano de imanência dá aos acontecimentos virtuais uma realidade plena” (Deleuze, 1997, p. 19).

Apresentar como problema desse trabalho o desafio de articular redes regionais de saúde a partir de territórios/desejos singulares, ou o desafio de produzir políticas públicas menores, está totalmente atrelado a experiência do pensamento como experimentação, o que está em “vias de”, a relação com um novo que desmontam as aparências de verdade, que por sua vez segue todo um caminho do exercício da filosofia que é traçar um plano, inventar um personagem conceitual para que os conceitos possam ser criados. O que estamos em via de nós tornar, do que

escapamos, quais os riscos que corremos ao passar a largo dos acontecimentos nos fixando nos estados de coisas, condicionamento e apodrecimento na história?

O apoiador cartógrafo e o apoiador caipira como personagens conceituais, e os personagens conceituais como acontecimentos, buscam a partir da experiência traçar o pensamento como experimentação. Traçar uma linha menor é escapar as totalizações que as máquinas sobrecodificadoras produzem apresentando como estado de coisas fixas aquilo que é produção e produto de um jogo de forças, colocando-nos como expectadores das atualizações sendo que somos protagonistas sempre, seja aceitando e reproduzindo estes estados de coisas, seja instalando-se nesse jogo como devir, extraindo desse jogo de forças, singularidades.

Vou a seguir apresentar estes dois personagens conceituais.

2.2 O apoiador cartógrafo: a cartografia para além de um método de pesquisa

A princípio tinha como intenção apresentar a cartografia estritamente como o método de pesquisa deste trabalho. Porém, conforme fui entrando na questão do pensamento filosófico a ideia de cartografia foi se estendendo para além do método, como o modo de se relacionar com o plano de imanência, com a experiência do vivido, uma geografia do pensamento. Assim, quando trago o apoiador cartógrafo desejo colocar “na roda” estas duas questões. Trabalhar a cartografia como método, mas para além de um método de pesquisa, e como uma geografia do pensamento.

Uma primeira razão de eleger a cartografia como método estava relacionado com o tema da dissertação, o apoiador caipira, já que este tema foi se compondo a partir da minha prática de apoiador institucional pela Política Nacional de Humanização para o Estado de São Paulo. A grande maioria das frentes de ações que venho apoiando nestes três anos como consultor da PNH está no interior do Estado, em regiões de saúde composta majoritariamente por municípios com menos de 20.000 habitantes. O problema do apoiador caipira colocado nesta pesquisa de mestrado, que é o de produção de redes de saúde a partir de desejos e territórios singulares, ou mesmo de como produzir políticas públicas menores, foi emergindo concomitantemente quando fui habitando este território de apoiador institucional. Como apoiador institucional da Política Nacional de Humanização, sou tomado pelas forças que atravessam esta prática, marcado pela angústia potente de atualizar

fluxos de desejos instituintes, assim como de se esquivar de (re)fluxos de desejos instituídos, ou seja, o problema de pesquisa foi emergindo indissociavelmente do processo de apoio, campo de intervenção indissociável do campo de análise.

A cartografia como método de pesquisa rompe com a concepção de neutralidade científica, pressupondo a intenção de quem a percorre (KIRST et. al., 2003), sendo que cartografar é antes de tudo produzir-vivenciar intervenções. O conceito de intervenção significa que o pesquisador ao mesmo tempo é técnico e participante do processo de pesquisa. (Lourau, 1993, p.28). Para Barros, Passos (2009) intervenção é o mergulho na experiência que agencia sujeito e objeto, teoria e prática, num mesmo plano de produção, plano da experiência. Assim, a articulação da teoria e prática, sujeito e objeto se dão na intervenção, no fazer. Saber-fazer: saber que emerge do fazer. (Barros, Passos, 2009, p.18).

Acompanhando o movimento institucionalista, o método cartográfico, no seu modo de fazer pesquisa-intervenção, parte do princípio que antes de conhecer para transformar a realidade é preciso transformar a realidade para conhecer, afirmando a natureza inventiva do pensamento, desconstruindo a realidade e seu "objeto" de pesquisa como um dado *a priori* a ser representado.

Como não há no método cartográfico a cisão entre sujeito e objeto, já que os dois se coengedram no próprio processo de pesquisa, os desassossegos e devires que me tomaram neste percurso não foram unilaterais, nem bilaterais, mas produção coletiva, multiplicidades. Conhecer é produção, produção de subjetividade e a produção de conhecimento são coletivas, há um coletivo se fazendo com a pesquisa, há uma pesquisa se fazendo com o coletivo (Barros, Kastrup, 2009,p.73).

Coloco em cena o apoiador cartógrafo para afirmar que cartografar é um *modus operantis*, um *ethos* do apoiador institucional, ou seja, apoiar é produzir cartografia, desenvolver o apoio institucional e produzir cartografia são indissociáveis, extrapolando a cartografia como uma metodologia de pesquisa, afirmando esta como um modo de fazer do apoio institucional. Apresento aqui não somente uma pesquisa de mestrado, mas também a cartografia de um apoiador institucional, pois quando faço apoio institucional, faço cartografias.

Mas além de colocar, por meio do apoiador cartógrafo, a cartografia para além de um método de pesquisa, também trago este personagem conceitual para

colocar em questão a relação que esta figura estabelece com o exercício do pensamento, o que chamei a pouco de geografia do pensamento[4].

Para Rolnik (1993) o pensamento é a prática que possibilita a corporificação, a atualização de estados inéditos que vão se produzindo conforme vamos entrando em relação com a experiência. As experiências geram deslocamentos subjetivos que nos forçam a criar novos mundos e subjetividades, sendo os pensamentos este processo criativo. O movimento de cartografar não é ratificar sensações e percepções, buscar a afirmação de apriores, mas sim entrar em contato com o intempestivo, com novas sensações e percepções, dessubjetivizar-se num constante movimento de desterritorialização/reterritorialização. Para Levy (2003) o pensar filosoficamente é extrair de todo atual (estado de coisas e vivido) a sua face virtual.

Oliveira (2011) ao citar Deleuze e Parnet (1998) afirma que o "real na cartografia é tomado a partir do atual envolto por nuvens virtuais em incessante processo de virtualização e atualização (p.22), concluindo que o que interessa na cartografia são os movimentos de atualização e virtualização, ou seja, o que interessa são os acontecimentos.

Nesta mesma linha, só que agora falando do apoio institucional, Oliveira no documento "Orientações metodológicas para o trabalho do Apoiador da Política Nacional de Humanização - Material de apoio para egressos de cursos ofertados pela PNH" [5] dentre os indicativos metodológicos para o apoio institucional, no Indicativo 3 "Real, virtual, "estado de coisas": alguns conceitos importantes no apoio", aponta a indissocibilidade entre o plano das forças e o plano das formas como potência para novas individuações. Oliveira chama-nos atenção para os perigos de tomar a realidade como "estados de coisa", ratificando percepções instituídas, desapropriando o coletivo da possibilidade de entrar em contato com as forças que os atravessam. Quando o coletivo deixa-se afetar por estas, provocam-se movimentos e modificações de práticas, sensações e percepções.

---

[4] Geografia do pensamento é o título dado a introdução do livro de Roberto Machado " Deleuze e a filosofia". Neste texto Machado (1990) destaca o papel inventivo do pensamento na filosofia Deleuziana, assim como muito bem o próprio autor destacou ao caracterizar o filósofo não como um reflexivo mas como criador, inventor de conceitos. Este tema também é desenvolvido junto com Guattari principalmente no capítulo Geo-Filosofia do livro "o que é filosofia?".

[5] http://apoioparaosus.net/wp-content/uploads/2011/11/Orienta%C3%A7%C3%B5es-metodol%C3%B3gicas-apoio-PNH-2011-GustavoNunesOliveira.pdf

> “Constatar” o estado de coisas não ajuda em nada. Mais interessante seria o apoiador pensar que a realidade não se resume ao que é visível/dizível e muito menos os fatos em si. O real é sempre envolto de virtuais que podem ou não se atualizar. (Oliveira, s/p)

Assim, cabe ao apoiador cartógrafo acompanhar processos de subjetivação, não só descrevendo ou classificando os contornos formais do objeto no mundo, mas estabelecendo relação com o plano coletivo de forças que tem como efeitos subjetivações. A ciência moderna, assim como a maioria das nossas práticas, quando busca representar objetos por meio de construções universais se fixa apenas no plano das formas, plano do instituído, onde a realidade já está organizada. Mas ao fixar-se neste plano das formas é como se tirasse uma fotografia, destituindo de temporalidades as formas que sempre estão em mutação, pois sempre estão em relação com o plano das forças. “As formas resultam dos jogos de forças e correspondem a coagulações, a conglomerados de vetores” (Escóssia, Tedesco, 2009, p. 94).

> O desafio da cartografia é justamente a investigação de formas, porém indissociadas de sua dimensão processual, ou seja, do plano coletivo das forças moventes.
> Se o plano pré-individual das forças está sempre presente ao lado do plano das formas, como potência para novas individuações, acessar o plano coletivo das forças é essencial à pesquisa cartográfica. (Escóssia, Tedesco, 2009, p. 99).

O conceito de plano pré-individual faz parte do sistema metaestável proposto por Simondon. Para ele a matéria pré-individual são fluxos de energia que interferem a todo instante na composição das formas, como os indivíduos. Este plano é composto por valores extremos jamais conciliáveis que nunca tendem ao equilíbrio, plano de intensidades e singularidades impessoais, desconstruindo as concepções fixas e preestabelecidas da realidade. Todas as formas individualizadas possuem uma realidade pré-individual, uma espécie de franja de virtualidades, acopladas às formas individuais (Escóssia, Tedesco, 2009).

Pode-se falar então de uma ética reticular, de uma ética da conectividade. “O ato ético, portanto, possui um poder de amplificação, de propagação e ressonância que

o inscreve na rede de outros atos" (Escóssia,Tedesco, p. 106,2009). Esta ética possibilita darmos um salto da dimensão normatizante para a dimensão da amplificação do agir. Interessa ao apoiador cartografo produzir na intervenção, mesmo que temporariamente, experiências de:

> [...] dissolução de classificações, hierarquizações e dicotomias presentes nas realidades institucionais cotidianas, permitindo a instauração de um plano relacional que produz ressonância e conectividade entre múltiplas dimensões da realidade, estas também concebidas como redes de relações (p. 105).

O apoiador cartógrafo atua no "entre". Estar no "entre" possibilita produzir agenciamentos, sendo o agenciamento o caráter conectivo do ser vivo, da formação social, das instituições, dos regimes de enunciação, transformando a natureza das coisas, e conforme transforma se expande, num movimento finito ilimitado de composição do plano de consistência, "o fora de todas as multiplicidades" (Deleuze, Guattari, 1995, p.17). Produzir agenciamentos é produzir linhas de fuga, desterritorializações, entrar em contato com partículas a-subjetivas, a-significantes, plano das multiplicidades definida como o fora. "O fora não tem imagem, nem significação, nem subjetividade" (p.34). Os processos disparados pelo apoiador cartógrafo tem como função acionar estas linhas de fuga, produzir conexões, desestabilizar as linhas molares, o instituído.

Dizer que o apoiador cartógrafo atua no meio é chamar a atenção para que quando inserido num processo não exerça a função de retificador de pontos de vista, interlocutores de significantes, mensageiros de ideais e identidades, salvadores e civilizadores de territórios habitados por alguém que não somos nós.

Tanto o trabalho enquanto apoiador institucional, assim como este trabalho enquanto pesquisador-cartógrafo, não visa fechar nada mas disparar outras cartografias, num processo de agenciamentos finitos-ilimitados, como bem pondera Oliveira (2011) ao dizer que uma cartografia rigorosamente construída é um meio para a constituição de novos mapas (p.23).

2.3 O caipira e a função apoio: tratado de nomadologia

Um dos objetos de análise do presente trabalho não é simplesmente a experiência do apoio institucional da Política Nacional de Humanização, mas também a problematização do apoio institucional da PNH no interior do Estado de São Paulo. Entramos então em outra especificidade que pretendemos desenvolver, sem a pretensão de esgotar o assunto, que é refletir como se dão as Políticas Públicas de saúde em municípios de pequeno porte, já que o território em questão é uma região macrorregional à Noroeste do Estado de São Paulo, composta por três Departamentos Regionais de Saúde que abrangem 161 municípios, sendo que 124 (77%) têm menos de 20.000 habitantes.

Esta questão é de extrema relevância, pois quando nos debruçamos sobre a importância dos processos de descentralização produzir outra relação interfederativa por meio da articulação de redes regionais de saúde, solidárias e cooperativas, é importante contextualizar que, segundo o censo IBGE 2000, cerca de 80% dos municípios no Brasil tem menos de 20.000 habitantes, representando cerca de 12% da população brasileira (Bacelar, 2012). No Estado de São Paulo, segundo o CENSO de 2000, 411 dos 645 municípios, 63,7%, têm menos de 20.000 habitantes representando cerca de 8,16% da população do Estado, enquanto que os municípios com mais de 100.000 habitantes somam 62 representando 71,6% da população.

Apontar como desafio para garantir o direito à saúde não só o aprimoramento jurídico-administrativo do SUS, mas também as questões políticas-institucionais (Nascimento, 2007), principalmente no que se referem à relação governo-Estado-políticas públicas, convoca a colocar em análise como se dão as instituições e as relações interpessoais nesses pequenos municípios, já que representam 80% dos municípios no Brasil e 63,7% no Estado de São Paulo.

Porém, a questão do caipira vai muito além da distinção daqueles que vivem no interior. A partir do estudo sobre o caipira dá para fazer várias analogias entre esta figura sociocultural e a própria função apoio. Pretendemos a partir de algumas características do caipira problematizar a própria função apoio, principalmente na sua relação com a máquina Estatal.

O termo caipira é utilizado majoritariamente para designar o morador da área rural ou até mesmo o morador interiorano mesmo que habitante da cidade. A

questão é que o caipira mais do que designar o morador rural ou interiorano é uma cultura singular que foi se constituindo no planalto paulista. No contato entre europeus e nativos “ocorreu à mistura étnico-cultural entre os dois grupos” (Silveira, 1997, p. 29). A cultura caipira foi marcada pelo isolamento e foi este isolamento que propiciou a produção cultural singular de uma população com características próprias que ocupavam o interior, principalmente da província de São Paulo. O termo caipira vem da língua indígena e começou a ser utilizado pela elite branca para designar um grupo populacional que vivia no interior da província com nítidas influências e hábitos indígenas, mas com um estilo de vida singular. (Silveira, 1997)

Muitas são as características e atribuições dadas ao caipira. Moradores rurais não proprietários de terras, esta população vivia a transitar em direção a oeste o que lhe conferia uma condição nômade. Esta condição nômade estava atrelada ora pela busca por terras mais férteis, quando habitavam solos inférteis, ora pela violência dos senhores que os expulsavam das terras produtivas.

> [...] como passo a passo por toda a Província de São Paulo, o caipira sucedia o bandeirante e precedia o senhor de terras. A chegada de um senhor de escravos a uma região de bairros de “situantes” caipiras, até hoje se guarda na memória das cidades paulistas como o momento do seu verdadeiro início. O bandeirante desbrava, o caipira ocupa, o senhor civiliza. Por isso, parece tão legítimo ao senhor expulsar das terras o lavrador pobre e ocupar o seu trabalho, quanto pareceu legítimo ao bandeirante “limpar” do caminho os índios e os aprisionar. (BRANDÃO, 1983, p. 38)

Por muito tempo esta população pobre dos campos paulistas, foi tida como insolente, preguiçosa, de modos grosseiros, símbolo do atraso frente às ideologias modernizantes de um Brasil recém-industrializado e cada vez mais urbano (Yatsuda, 1992).

> É bem verdade que se de um lado o termo *caipira* é geralmente decodificado de um modo pejorativo, de outro registram-se esforços (de uma minoria) em sentido contrário (Yatsuda, 1992, p. 103)

Porém, estes esforços em sentido contrário tinham como interesse a construção de um tipo tradicional que pudesse representar uma identidade

genuinamente nacional, já que o contexto em que a “cultura caipira” começou a ser enaltecida pela elite intelectual, era o da construção de um Estado Nação, o que convocava à construção de uma identidade nacional, “o caipira apresentou-se como o tipo fundamental na representação de uma identidade nacional” (Silveira, 1992, p. 25) e começou a ser tema da literatura, pintura e teatro regionalista no fim do século XIX.

> Entre colonos europeus do café e senhores empobrecidos do cafezal, é preciso buscar um tipo de gente própria que, mesmo sem haver sido até então habitante reconhecida da história de São Paulo, seja pelo menos uma das bases da identidade da cultura paulista. Fora o bandeirante com cujos nomes é útil batizar as estradas e de cujas façanhas é necessário povoar os livros de escola, São Paulo não produziu, como outros Estados, tipos-ritos de sujeitos locais, pobres e “típicos”. Personagens sem nome, ora heróicos, ora pitorescos: baianas, seringueiros, gaúchos, jangadeiros. Entre os anos do fim do século passado e, sobretudo, os do começo deste, alguns estudiosos da cultura paulista descobriram que o estado tinha como tipos o “caipira” e o “caiçara”, que é um caipira do litoral. Foi então que ele deixou de ser “uma gente” miserável de cultura invisível e se tornou o agente da cultura popular do estado. Visível, ele emergiu a objeto de estudo. Tinha virtudes, falava, usava um dialeto que era, na verdade, o porão da fala de todos. De índios e jesuítas teria aprendido cantos e danças. Criou as suas. Era enfim uma cultura a que alguns pesquisadores deram o nome de “cultura caipira”. (Brandão, 1983, p 23-24)

Ou seja, não existe o caipira, mas os vários modos de conceber o caipira seja de forma pejorativa, uma sub-raça consequência da miscigenação entre colonizadores e indígenas, rústico, grosseiro, preguiçoso, seja enaltecendo-o como uma população de características e hábitos próprios com *status* de uma cultura genuinamente paulista e nacional. No século XIX muitos foram os desdobramentos que esta população sofreu com a expansão do capitalismo moderno, a crescente urbanização e industrialização do Brasil e mais especificamente do Estado de São Paulo. A incorporação progressiva à esfera da cultura urbana, assim como a preponderância da vida social e econômica das grandes fazendas descaracterizaram a cultura caipira como um sistema rústico, de subsistência e fechado. Desta forma, o caipira reage de várias maneiras, seja aceitando totalmente estas novas condições, proletarizando-se nas grandes fazendas ou mesmo emigrando para a cidade, seja mantendo-se na lavoura e ajustando-se como

possível. A questão é que com o advento do capitalismo e a crescente urbanização as distâncias entre cidade e meio rural foram diminuindo e as necessidades do caipira foram incorporando as necessidades do sistema econômico emergente. Segundo Candido (1977), a reação a esta nova situação deu-se pela aceitação total de uns, rejeição total de outros e aceitação parcial da maioria, aqueles que permaneceram no campo mas se introduzindo na dinâmica sócio econômico urbana, seja como trabalhador rural das grandes fazendas, seja como pequeno sitiante que vendia para a cidade a produção excedente da roça. O que acontece é a desorganização de uma cultura quando esta entra em relação com o modelo sócio econômico capitalista em aliança com a forma Estado de organização social.

O apoiador caipira como personagem conceitual, assim como o conceito, é uma multiplicidade composta por vários componentes. Nesse sentido a figura do caipira tem várias linhas, linhas submissas, linhas mestiças, linhas migrantes ,linhas nômades etc.

> O que inicialmente caracteriza o lavrador caipira é ele ser produtor errante. Na verdade, ele, um lavrador obrigado a ser errante, porque vive de ser empurrado de um sertão que conquistou a um outro que vai conquistar, até ser outra vez expulso. Se uma parte de sua vida nômade deriva de como ele se relaciona com a natureza, a outra — possivelmente mais importante — deriva de como ele se relaciona com os senhores rurais através do trabalho e de tratos sobre questões de posse e uso da terra. (Brandão, 1983, p.34)

Entre estas inúmeras linhas do caipira, desdobramentos e apropriações, gostaria de destacar o lado nômade desta população que por muito tempo viveu, para alguns, na miséria, ao mesmo tempo em que desfrutava de uma autonomia e independência caracterizando-os como pessoas apropriadas de ações livres. Destacar que o nomadismo é uma das linhas que compõe esta figura é para não correr o risco de homogeneizar e romantizar o caipira.

Um dos legados indígenas para a cultura caipira foi à prática da agricultura itinerante e de subsistência que permitiu este nomadismo.

> A sociedade caipira tradicional elaborou técnicas que permitiram estabilizar as relações do grupo com o meio (embora em nível que

> reputaríamos hoje precário), mediante o conhecimento satisfatório dos recursos naturais, a sua exploração sistemática e o estabelecimento de uma dieta compatível com o mínimo vital – tudo relacionado a uma vida social de tipo fechado, com base na economia de subsistência [...] A vida social do caipira assimilou e conservou elementos condicionados pelas suas origens nômades. A combinação dos traços culturais indígenas e portugueses obedeceu ao ritmo nômade do bandeirante e do povoador, conservando as características de uma economia largamente permeada pelas práticas de presa e coleta, cuja estrutura instável dependia da mobilidade dos indivíduos e dos grupos. Por isso, na habitação, na dieta, no caráter do caipira, gravou-se para sempre o provisório da aventura. (Candido, 1977, p 36-7)

Como vimos anteriormente, a cultura caipira foi sendo apropriada e descaracterizada conforme o fortalecimento do Estado Nação concomitantemente com a expansão do sistema capitalista tendo como efeito a crescente urbanização e industrialização. Este movimento teve como uma das consequências a proletarização do caipira, a captura da sua força de trabalho pelo capital, disciplinarizando-o, introduzindo-o a uma nova relação com o tempo e o espaço. Não identifiquei nenhuma literatura que pudesse comprovar a tese de que o movimento de resistência desta população frente à investida da forma Estado sobre esta organização cultural produziu algumas estratégias de conjuração, porém arrisco-me a afirmar e a defender a tese de que alguns grupos de caipiras na sua condição nômade produziram estratégias de resistência frente à organização do Estado. Por que quero destacar esta questão do nomadismo do caipira, além de eleger parte desta população como agentes que resistiram por muito tempo às investidas das formas de organização econômica e social do Estado moderno?

Para Deleuze e Guattari (1997), o aparelho do Estado torna possível a distinção clara entre governantes e governados graças à constituição de um aparelho do tipo arborescente que se concentra em órgãos de poder. Ao contrário das sociedades primitivas que possuíam chefes, o Estado não se define pela existência de chefes, mas pela perpetuação e conservação de órgãos de poder, sendo sua preocupação a de conservar. Muitas sociedades primitivas possuíam alguns mecanismos sociais que tornavam impossível a formação de um aparelho de Estado.

> Os mecanismos conjuratórios ou preventivos fazem parte da chefia, e a impedem que se cristalize num aparelho distinto do próprio corpo social [...] o chefe assemelha-se mais a um líder ou a uma vedete do que a um homem de poder, e corre sempre o risco de ser renegado, abandonado pelos seus. (p.19)

Deleuze e Guatarri (1997) ainda apontam que nas sociedades primitivas a guerra é o mecanismo mais seguro contra a formação do Estado, pois mantém uma dispersão e segmentaridade dos grupos.

Não quero equiparar a população caipira a grupos primitivos, muito menos afirmar que este grupo também se utilizou da guerra como mecanismos contra a formação do Estado, apesar de que a constante violência que sofriam dos senhores que tomavam suas terras contribuía para a dispersão e segmentarização desses grupos de caipira. Entendo, apesar de não haver estudos sobre isso, que muitos grupos nômades de caipiras rejeitaram o quanto puderam as investidas do aparelho do Estado sobre suas formas de organização social. A resistência destes grupos caipiras estava relacionada principalmente a manutenção da forma que se relacionavam com o tempo e o espaço.

> Esquecido de horóscopos (os únicos “astros” importantes na vida de trabalho do camponês tradicional são o Sol e a Lua) e distante do calendário civil que a cidade reinventa a cada ano, o “ano” do caipira é regido pelo entrecruzamento das seqüências do trabalho com os tempos das festas da religião. (Brandão, 1983, p.54)

Sendo que a investida do Estado está relacionada à ordenação dos grupos no espaço estriado da pólis e no tempo disciplinado do trabalho operário.

> Fixar, sedentarizar a força de trabalho, regrar o movimento do fluxo de trabalho, determinar-lhe canais e condutos, criar corporações no sentido de organismos, e, para o restante, recorrer a uma mão de obra forçada, recrutada nos próprios lugares (corvéia) ou entre os indigentes (ateliês de caridade), - essa foi sempre uma das funções do Estado, que se propunha ao mesmo tempo vencer uma vagabundagem de bando, e um nomadismo de corpo. (Deleuze, Guattari, 1997, p.34)

Esta discussão sobre o nomadismo, principalmente quando contamos com as contribuições de Deleuze e Guattari (1997), traz um debate muito importante em relação ao apoio institucional e sua relação com a máquina do Estado, especialmente quando parte deste documento tem como questão as formas como as políticas públicas de saúde, as políticas de Estado para a Saúde, chegam a estes territórios produzindo efeitos.

Os territórios desses municípios de população com até vinte mil habitantes, ou até mais, cinquenta, sessenta, setenta, são tidos como territórios muito difíceis de trabalhar, seja pelas relações verticais e de favores que se estabelecem entre chefias e trabalhadores, poder público e população, seja por estes municípios serem tomados como lugares de cultura muito conservadora e fechada, pouco aberta às mudanças.

A Política Nacional de Humanização quando afirma ser uma Política que busca materializar-se como prática instituínte transformando práticas de cuidado e gestão a partir da produção de novas subjetividades, coloca para os seus trabalhadores/consultores/apoiadores institucionais uma inquietação ética. Até que ponto minha/nossa prática está produzindo práticas instituintes? Até que ponto minha/nossa prática está produzindo transformações nas práticas de cuidado e gestão? Até que ponto minha/nossa prática está produzindo sujeitos mais autônomos? Até que ponto minha/nossa prática é capturada pelas forças do instituído reproduzindo e legitimando práticas cuja Política busca combater/superar? Se também consideramos como inseparável o processo de produção de saúde e o processo de produção de subjetividades autônomos e protagonistas, e isto envolve garantir que o plano coletivo prevaleça e oriente as ações governamentais, quais forças atravessam estes territórios que possibilitem ou não que isto aconteça? Quais as forças que atravessam estes territórios que possibilitem ou não a articulação das forças do coletivo produzindo novas subjetividades? São estas algumas das questões que atravessam o apoiador caipira. E quando falo do apoiador caipira estou problematizando como o apoiador institucional pode contribuir para a articulação de práticas instituintes nesses territórios.

> Mas no momento em que as forças produtivas- entendidas de maneira muito ampla, as forças instituintes, são capturadas em

> grandes organismos reprodutivos como o Estado, vigora a antiprodução. Por exemplo, elas são voltadas contra si mesmas, de maneira que a produção, as energias não orientadas, as matérias produtivas não formadas são retidas pelos mecanismos, pelos equipamentos, pelos organismos de toda ordem que propiciam a reprodução do mesmo, o impedimento ou a destruição do novo, elas tornam-se antiprodutivas, elas se destroem a si mesmas. (Baremblitt, 1992, p. 46)

Um dos motivos de caracterizar como apoiador caipira o apoiador institucional da Política Nacional de Humanização nestes territórios compostos por pequenos municípios, além de ser pelo fato de estar nestas localidades, é pela questão de convocar o caipira não de maneira pejorativa, mas na sua potência nômade, agenciando o caipira que pulsa e atravessa virtualmente os corpos dos habitantes e trabalhadores destes municípios num devir caipira, num devir nômade.

> Se o nômade pode ser chamado o Desterritorializado por excelência, é justamente porque a reterritorialização não se faz depois, como no migrante, nem em outra coisa, como no sedentário (com efeito, a relação do sedentário com a terra está mediatizada por outra coisa, regime de propriedade, aparelho de Estado,...).Para o nômade, ao contrário, é a desterritorialização que constitui sua relação com a terra, por isso ele se reterritorializa na própria desterrritorialização [...] Ele é o vetor de desterritorialização. (Deleuze, Guattari, 1997, p.53)

A trajetória que fiz até aqui é para evidenciar esta questão. Uma das principais características do apoiador caipira é constituir a função apoio como uma máquina de guerra. Que o apoio institucional da Política Nacional de Humanização não seja um instrumento a favor do aparelho do Estado mas que suas intervenções possam acionar *o fora* que a máquina estatal sempre está a capturar. Sendo a máquina de guerra:

> Toda quebra de homogeneização amplificada pelo aparelho estatal é já uma máquina de guerra. Todo revide que multiplique suas relações, conectando suas redes de resistência, abrindo para um novo campo de possibilidades, forma uma máquina. (Santafé, 2012, p.92)

Percebi que as intervenções nestas localidades parecem muito difícil devido à sensação de que tudo está dominado por um modo hegemônico de pensamento, o

pensamento como um modelo emprestado do aparelho do Estado, que fixa objetivos e caminhos, condutos, canais, órgãos, todo um *organon*, ou seja, uma imagem de pensamento que seria a forma-Estado desenvolvida no pensamento e que recobriria todo o pensamento.

> É a condição de constituição do pensamento como princípio ou forma de interioridade, como estrato [...] Só o pensamento pode inventar a ficção de um Estado universal por direito, de elevar o Estado ao universal de direito. (Deleuze, Guattari, 1997, p.44).

Mas por outro lado constantemente se esbarra em desejos instituintes. Além das encomendas mais superficiais e dos discursos conservadores, há uma força instituinte pedindo passagem. O apoiador caipira é aquele que por meio da intervenção como apoiador institucional possibilita "Colocar o pensamento em relação imediata com o fora, com as forças do fora, em suma, fazer do pensamento uma máquina de guerra [...]" (Deleuze, Guattari, 1997, p.46).

Sendo o fora uma experiência de resistência aos modelos hegemônicos, capacidade de se incomodar com os pressupostos, preconceitos, elegendo a transformação das práticas como necessidade permitindo-se a aventurar-se em processos que visam construir novas possibilidades de vida, função apoio caipira.

Ao nos aprofundarmos no tema do caipira outras características sócioculturais próprias desta população, fruto de um processo histórico singular, emergem e nos possibilitam outras associações entre a figura do caipira e do apoiador, além da qual acabamos de transitar. Dentre estas podemos destacar três:

- O caipira ao longo da sua história apresenta uma vida coletiva intensa marcada pelos mutirões de trabalho e festejos, assim como o apoiador institucional tem como uma das suas principais atribuições à produção de coletivos para o trabalho;
- Outra característica importante é a relação com o tempo. O caipira, como trabalhador da terra, constituiu outra relação com o tempo, pela estreita relação com a terra e a cultura de subsistência estabeleceu uma relação orgânica com os ciclos da natureza, diferenciando-se da relação com o tempo das cidades e das fábricas, regidos pelo tempo do mercado. O apoiador institucional também

precisa estabelecer outra relação com o tempo já que tem como função introduzir processualidade nas políticas públicas que, muitas vezes, buscam responder ao tempo institucional marcado por um paradigma gerencial que desconsidera o tempo dos processos.

- Por fim outra característica que aproxima o apoiador institucional do caipira, que reafirma a tese do apoiador caipira para além do apoiador que trabalha nos pequenos municípios é a condição errante de ambos. Tanto o caipira quanto o apoiador institucional tem uma condição nômade: o caipira, um pouco pela busca de terras férteis quando percebia o esgotamento do solo, um pouco pela violência que sofria dos senhores de terra que os expulsavam alegando serem donos da terra que haviam ocupado; já o apoiador institucional pela sua função de dispositivo, pela sua função crítica no grupo, caracterizado por um "não lugar", que sempre o força a reposicionar-se, deslocar-se, buscando o lugar de alteridade no grupo e do grupo, escapando a sedimentação das figuras identitárias que o confundiria com o grupo, cujo efeito seria sua dissolução como função apoio.

O apoiador é cartógrafo, pois instalar-se no acontecimento é mais geográfico do que histórico, traça linhas, mapas, caminhos sem começo e fim, apenas meio, buscando sempre se conectar às intensidades do Agora, do devir, atento as linhas duras que sobrecodificam as linhas de desterritorialização. Na sua linha nômade, o apoiador é caipira, pois também sempre está a traçar um mapa habitando o espaço num estado nômade, máquina mutante em detrimento da máquina sobrecodificante, produção de singularidade a partir do movimento absoluto do caos, ou seja, conectado-se a intensidade do devir.

Capítulo III
"Entre" paisagens e diagramas: campo de intervenção, campo de análise e rede de forças

3.1 "Desmontando" narrativas-paisagens: trazendo a cena a espessura política dos casos

A partir do apoiador cartógrafo discuti o método cartográfico para além de um método de pesquisa afirmando a indissociabilidade entre a prática cartográfica e a prática do apoio institucional, defendendo a cartografia como um modo de fazer do apoio, sendo o presente trabalho não somente uma pesquisa de mestrado, mas também a cartografia de um apoiador institucional.

Neste capítulo, por meio da figura do apoiador cartógrafo, vou continuar dando destaque à cartografia enquanto modo de fazer do apoiador institucional pois dentre as inúmeras características do método cartográfico está a função de desenhar a rede de forças na qual o objeto ou fenômeno encontra-se conectado, assim como as modulações que esta rede de forças produz, sendo o desafio da cartografia a investigação das formas, porém, indissociadas do plano coletivo das forças moventes (Kastrup, Barros, 2009 e Escóssia, Tedesco, 2009). Para tanto vou utilizar como recurso a desmontagem de narrativas-paisagens, ou seja, pretendo a partir da desmontagem das narrativas paisagens produzir a cartografia. Mas o que seria isso?

Para explicar melhor o que quero dizer com desmontagem de narrativas-paisagens é preciso fazer um percurso.

Primeiramente destaco o conceito de paisagem. Segundo Schaedler (2003):

> As paisagens, antes de serem ilustrações e recortes da realidade ou declarações da verdade, fazem parte de universos e narrativas possíveis. Se aproximam mais de nuvens de imagens virtuais. O que importa é que são narrativas que: podem ter acontecido ou estar acontecendo, agora mesmo enquanto lemos...Podem se constituir em acontecimentos – na medida em que acontecimentos são potencias de afecção. Pedacinhos de vidas possíveis. Não tem ordem cronológica, nem título, nem se propõem a serem cenários para explicações, mas para explorações (Schaedler, 2003, p.24).

Porém, da onde retirarei estas narrativas-paisagens? As narrativas paisagens são fragmentos na íntegra de alguns *produtos* que produzi enquanto apoiador institucional, o que chamarei de produtos PNUD, pois quando elaborei estes produtos meu contrato de consultor estava vinculado ao Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) Os produtos PNUD são peças contratuais que regulam a relação de trabalho entre o Ministério da Saúde, o Organismo Internacional (no caso o PNUD) que faz a gestão do recurso e o consultor contratado para determinado fim, no meu caso para ser apoiador institucional[6] da Política Nacional de Humanização no Estado de São Paulo. Este consultor é caracterizado como técnico por produto e como técnico por produto sua remuneração pelo trabalho desenvolvido não é via salário, mas sim via produtos, por exemplo, a cada quarenta dias encaminho um produto para a Assessoria Financeira da área em que a Política Nacional de Humanização está alocada (atualmente se encontra alocada no Gabinete da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, mas antes estava vinculado ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas- DAPES) e posteriormente recebia o valor referente ao produto conforme o contrato: produto 1 $x, Produto 2 $y, produto 3 $z.

Geralmente os produtos PNUD são documentos técnicos e burocráticos cujos conteúdos são estabelecidos por um termo de referência. Como havia de elaborar um produto a cada quarenta dias o conteúdo dos produtos estavam atrelados às frentes de ação intensiva que apoiava, assim, mais do que, ou além de um documento técnico ou burocrático, escrever os produtos era um momento de análise e reflexão do próprio processo de trabalho do apoiador e os conteúdos destes documentos estavam relacionados diretamente às questões que me atravessavam no momento da escrita. Por meio destes documentos iam se delineando as linhas intensivas de força que atravessaram a prática do apoio nesses territórios. Apesar de chamar de Produtos esses documentos não expressam uma experiência no seu começo, meio e fim, mas relatam e analisam processos de intervenções que visam transformar modelos de gestão e atenção. A escolha dos produtos PNUD como o documento de onde retirei na íntegra fragmentos das narrativas cuja desmontagem

[6] Como vimos no capítulo 1 por mais que no contrato com o Ministério da Saúde fosse caracterizado como consultor, era incorporado no coletivo da Política Nacional de Humanização para exercer a função de apoiador institucional já que a PNH trás no bojo de suas diretrizes e dispositivos a função apoio em detrimento do consultor, supervisor, analista institucional.

caracteriza o processo cartográfico, se deu por conta da escrita dos mesmos estar atrelada a um momento de sistematização, reflexão e análise da experiência, ou seja, a partir da trajetória da experiência fazia uma análise de como estava o processo, assim como os momentos mais intensivos em que conseguia por algum momento desestabilizar o instituído, identificar algumas forças que estavam atravessando o coletivo e produzir movimentos instituintes que pudessem forçar novas práticas de atenção e gestão. Assim estes produtos são um híbrido de relatório da ação e análise do processo, têm como referência memórias de reunião, memórias de oficinas, diários de bordo do apoiador, além de bibliografias relacionadas.

Além das narrativas extraídas dos produtos PNUD também apresento como material deste processo cartográfico as marcas que foram se efetuando no meu corpo, sendo estas estados inéditos que vão sendo produzido no corpo conforme vamos vivenciando a composição entre estados atuais e virtuais. As marcas são então acontecimentos, gêneses de devires.

Por meio da visita que faço aos produtos PNUD, ou mesmo aos fatos mais relevantes que destaquei ao produzir estes documentos, deparei-me e deparo com questões significativas, com acontecimentos, potências de afecção. Oliveira (2011) a partir do conceito de narrativas-acontecimentos coloca a função destas narrativas não como procedimento interpretativo, bloqueando a emergência de novos sentidos, tomando a diferença a partir do semelhante. Oliveira (2011) por meio de Passos, Barros (2009) propõe uma desmontagem das narrativas, ou seja, extrair destes acontecimentos mais significativos, a agitação de micro-casos como micro-lutas trazidas à cena, sendo então o processo de desmontagem a revelação da “espessura política da realidade do caso”.

> O procedimento de desmontagem aqui proposto implica “surfar” no fluxo de afetos produzido quando se entra em relação com a narrativa. Manobrar nos seus acidentes, saliências, dobras, diferentes velocidades, aquilo que denominamos cortes ou bifurcações. Habitar e explorar as forças que nos forçam a reagir (para sobrevivermos) e a pensar (dar passagem às forças ativas da natureza). (Oliveira, 2011,p.89)

Apresentarei a seguir quatro paisagens, ou melhor, narrativas-paisagens, ou paisagens/narrativas-acontecimentos, com o objetivo de introduzir o campo de intervenção e o campo de análise. Apresento algumas de minhas experiências como apoio institucional da Política Nacional de Humanização, buscando compreender o campo diagramático de forças que atravessam e nos produz enquanto sujeitos de enunciado.

3.2 Entre paisagens e processos: trajetórias de apoio em territórios caipiras

As quatro paisagens narrativas apresentadas a seguir em itálico tem em comum o fato de serem experiências de apoio institucional em territórios de municípios de pequeno e médio porte ou em regiões de saúde localizadas no interior do Estado de São Paulo, especificamente na região noroeste, composta majoritariamente por municípios de pequeno porte. Destas narrativas duas são experiências diretas com municípios, outra apresenta experiência de apoio a um Departamento Regional de Saúde (DRS), especificamente apoio a um Núcleo Regional de Educação Permanente e Humanização (NEPh) e por fim uma experiência de apoio a um espaço macro-regional de humanização composta por três Departamentos Regionais de Saúde abrangendo 12 CGR/CIRs e cerca de 161 municípios, sendo que 124 (77%) possuem menos de 20.000 habitantes.

Esta diversidade de experiências de apoio que vão desde apoio a serviços, como o Centro de Atenção Psicossocial, passando por apoio à rede de serviços de um município, até apoio à regiões de saúde, sejam regiões cuja área de abrangência seja um Comissão Intergestores Regional (CIR), um Departamento Regional de Saúde (DRS), ou uma macro região composto por mais de um Departamento Regional de Saúde, é para marcar que o apoio institucional da Política Nacional de Humanização ao contratualizar o apoio institucional não se utiliza de critérios prescritivos, sendo múltipla as suas entradas nos territórios, além do mais há um duplo movimento dependendo de onde e como se entra num determinado território. Quando a ação é muito extensiva abrangendo um território de um ou mais Departamentos Regionais de Saúde (DRS), composto por vários Comissão Intergestores Regional (CIR), municípios e serviços, pensa-se em estratégia de como capilarizar este movimento para mais próximo possível desses serviços suas

equipes e comunidades. Por outro lado, quando a entrada é via um serviço ou rede de serviços municipais busca-se fazer o movimento de contágio para que outras equipes/serviços, sejam do mesmo município, sejam de municípios vizinhos, possam ser envolvidas no processo, tendo como diretriz o movimento de regionalização abarcando a região de saúde onde este serviço e município esteja localizado.

Como vimos no decorrer deste trabalho, a Política Nacional de Humanização surge com a proposta de ser uma política instituinte na máquina do Estado produzindo outra conexão com as forças do coletivo. Para tanto questiona o método extensivo da Máquina Estatal propondo um outro modo de fazer mais intensivo.

Esta questão metodológica de reversão da extensividade em intensividade produziu algumas singularidades, como o fato da Política Nacional de Humanização não ter sido (e ainda não é) instituída por meio de uma Portaria, sendo que sua estratégia de operacionalização se dá a partir de um coletivo de consultores, que divididos por coletivos Regionais (Sul, Sudeste, Centro Oeste, Nordeste e Norte) trabalham como apoiadores institucionais em frentes intensivas por todo o território nacional.

Fica um desafio levantado por muitos atores, principalmente aqueles que não conseguem enxergar outra forma de funcionar da máquina estatal que não seja extensiva. Se a Política não tem portaria, que geralmente é o documento que estabelece critérios de acesso a uma determinada política e seus recursos, seja financeiro, tecnológico ou material, e seu método não é extensivo, qual o critério para “abrir” uma frente intensiva considerando a impossibilidade dos apoiadores estarem em todos os lugares?

Para isso a PNH utiliza-se das ferramentas da análise institucional como: análise da encomenda, análise da demanda, análise da oferta e análise da implicação.

Este processo de inflexão da prática de apoiador exige um movimento crítico de experimentação-reflexão que leve em consideração:

> [...] a) análise das implicações que ligam os diferentes sujeitos no campo da intervenção (trabalhadores, gestores, usuário e o próprio apoiador a quem se encomenda uma ‘intervenção institucional’); b) análise da demanda de apoio por meio da cartografia dos movimentos que produziram a encomenda de apoio (quando o apoio chega é porque já havia movimento naquele lugar, lembra-nos

> Rosana Onocko (Campos, 2003); c) análise dos efeitos e repercussões daquilo que se produz nos processos de agenciamento coletivo disparados pela função de apoio (o apoio é demandado por movimentos já presentes na instituição e sua ação se agencia a esses movimentos, disparando outros). (Pasche , Passos, 2010a, p. 443)

3.2.1 O apoio a uma equipe de CAPS demandando construir processo de apoio matricial junto a equipes de atenção básica

A experiência a seguir foi desenvolvida em um município com população de cerca de 66 mil habitantes e sede de CGR/CIR que agrega 13 municípios num total de 110.790 habitantes.

O apoio a este município foi sendo construído a partir de um e-mail enviado pela enfermeira do CAPS II à Coordenação do Coletivo de Consultores Sudeste II. Neste e-mail explicitava a encomenda: auxílio para preparar a equipe do CAPS a implantar o apoio matricial em Saúde Mental junto às Unidades de Saúde da Família.

Duas questões foram essenciais para que o Coletivo de Consultores ao analisar a demanda fizesse um parecer favorável a ida de dois consultores para o município para conversar sobre a encomenda, identificar a(s) demanda(s) e pactuar o apoio/oferta. A primeira questão estava relacionada ao fato de ser uma entrada num dispositivo de Saúde Mental, pois neste momento, no Ministério, estas duas Políticas estavam ensaiando uma articulação, além de, como exposto anteriormente, o tema Saúde Mental estar no centro de muitas questões envolvendo a saúde pública, como por exemplo as ações em relação ao uso do Crack. Outra questão é que o município é sede do Colegiado de Gestão Regional cujos serviços são referência para os municípios entorno, apostando que uma ação num serviço de referência deste município, no caso o CAPS, poderia desdobra-se em ações de amplitude regional, ou seja, a partir de uma entrada localizada num equipamento específico é possível acessar toda uma rede de serviços de saúde.

No primeiro encontro participaram nove pessoas entre representantes da Secretaria Municipal de Saúde, equipe do Centro de Atenção Psicossocial e apoiadores da Política Nacional de Humanização. Estabeleceu-se uma roda de

conversa para discutir sobre a encomenda. A equipe solicitou o apoio para implantar o apoio matricial do CAPS junto às Unidades de Saúde da Família, pois identificou alto índice de encaminhamentos feito pela Atenção básica para os serviços de Psiquiatria (ambulatório) e o CAPS, sendo grande parte destes encaminhamentos "casos leves e moderados" que poderiam ficar sob o cuidado da própria equipe da atenção básica. Ficou evidente a fragmentação da rede de saúde mental produzindo fila na porta dos serviço especializado, lista de espera de 3 meses para a psiquiatria, des-responsabilização e efeitos iatrogênicos como medicalização exacerbada.

Foram pactuadas algumas ações que poderiam ser desenvolvidas conjuntamente nas próximas visitas. Primeiramente, discutiram-se as formas de acionar as Unidades de Saúde da Família. Foi pensado inicialmente em fazer uma oficina com todas as equipes de Saúde da Família apresentando a PNH, suas diretrizes e dispositivos, destacando o apoio matricial, convidando as equipes que estiverem interessadas a participar deste processo. Porém ficou encaminhado que neste primeiro momento o CAPS iria iniciar a partir de um projeto piloto junto a três equipes da Estratégia de Saúde da Família. Ficaram de escrever um projeto de apoio matricial para "oficializar" a proposta.

Quinze dias após o encontro foi elaborado o projeto de Implantação do Apoio Matricial em Saúde Mental no Município.

Neste foi apontado às necessidades de instituir o processo de apoio matricial como: a carência na atenção integral à Saúde Mental; a fragmentada rede de cuidado com raros casos de articulação intersetorial; precariedade de espaços coletivos para a discussão desse panorama. Ficou evidenciado um modelo médico e procedimento centrado. Além das consequências desta articulação como: demanda reprimida, filas e desassistência aos usuários, cronificação de alguns casos, que necessitariam de intervenções multidisciplinares e a sobrecarga de trabalho e sensação de impotência dos profissionais que trabalham na rede.

Aponta como objetivos:

- *Iniciar discussão intersetorial sobre saúde mental com a criação de espaços coletivos;*
- *Ampliar a discussão a respeito do cuidado e assistência em Saúde Mental no município e assim a abrangência da rede de atenção;*

- *Mapear dispositivos existentes fora da rede de saúde que possam se articular na atenção à Saúde Mental;*
- *Dinamizar o fluxo de referência e contra-referência a atendimentos individuais – psiquiátricos e psicológicos – no município;*
- *Realizar parceria com Instituições interessadas em desenvolver projetos de atenção integral à Saúde Mental;*
- *Implementar projeto piloto de Apoio Matricial entre o CAPS II e três ESFs da rede para futuramente ampliar a discussão para todo o município.*

E estratégias:

- *Realizar parceria com a Diretoria de Saúde do Município;*
- *Salientar a importância da atuação em Saúde Mental dentro da Estratégia de Saúde da Família;*
- *Visitas periódicas de profissionais do CAPS aos PSF piloto para a discussão conjunta de casos em sofrimento mental através de reuniões de equipe, atendimentos compartilhados etc;*
- *Investimento em contratação, formação e capacitação de profissionais matriciadores;*
- *Investimento em capacitação dos profissionais da rede básica ;*
- *Reuniões periódicas entre os representantes dos dispositivos para auto-avaliação do processo;*
- *Encaminhamento de pacientes estáveis em seguimento psiquiátrico no Ambulatório de saúde mental para acompanhamento no PSF piloto de origem;*
- *Identificação da região de procedência dos usuários do ambulatório de saúde mental.*

Posteriormente ao primeiro foram realizados mais quatro encontros: Reunião com trabalhadores do CAPS e de 3 Unidades de Saúde da Família para apresentar o dispositivo Apoio Matricial (19 part.); Reunião com trabalhadores da Secretaria

Municipal de Saúde, CAPS e FE (fundação educacional) (16 part.); Reunião de Avaliação do primeiro mês de implantação do projeto de Apoio Matricial em Saúde Mental do Município. (32 part.); Reunião com a Equipe do CAPS II do município; (12 part.); Reunião com a Equipe CAPS II e representantes dos serviços de saúde mental da rede municipal: Especialização(CISARF), Centro Integrado de Saúde(CIS) e Centro de Saúde da Criança.(23 part).

Destaca-se alguns efeitos que estes encontros produziram:

- *produção de vínculo de confiança entre os apoiadores da PNH e Equipe do CAPS II;*
- *Estabelecimento de espaços coletivos de conversa entre os serviços da atenção básica e o CAPS II;*
- *Produção de autonomia já que o grupo produziu algumas intervenções independente da presença do apoiador;*
- *Estabelecimento de espaços coletivos de conversa entre os serviços de especialidades e o CAPS II;*
- *Elaboração do projeto "Implantação do apoio matricial em Saúde Mental no município";*
- *Processo de identificação e construção do Fluxograma Ambulatorial e do Fluxograma de Urgência de Saúde mental para pactuar com demais representantes da rede a Rede de Saúde Mental.*

Entretanto, nestes encontros emergiram outras demandas, além do apoio à equipe do CAPS para articular a rede de serviços. Os trabalhadores da equipe do CAPS explicitaram várias angústias em relação ao trabalho na Saúde Mental demandando espaços de conversa sobre esta condição de trabalhador do CAPS. Surge a necessidade de fortalecer a equipe CAPS enquanto equipe. Percebeu-se nestes encontros que esta equipe também reproduzia uma lógica dos especialismos, muito centrados na psiquiatra. Assim, em todas as visitas reservou-se um período para produzir um momento de reflexão, pois o processo de matriciamento demanda um outro modo de fazer que por sua vez convoca a repensarmos o que entendemos por produção de saúde, as alienações que produzimos e que é produzido em nós, e como a forma que o trabalho está organizado contribui para estas alienações. Ficou

claro que o processo de trabalho está sobrecarregado, pois tem que dar conta dos assujeitamentos que a alienação psíquica e social, além do próprio serviço, produzem, evidenciando o desafio de mudar o processo de trabalho para em vez de dar conta dos assujeitamentos, produzir sujeitos.

Nesse processo produziu-se uma série de ações que extrapolaram a encomenda inicial de ajudar a equipe do CAPS a implantar o apoio matricial junto às equipes da atenção básica. Um motivo para ter extrapolado é que quando entra em relação com as equipes, ou melhor, com as pessoas que estão envolvidas no processo, sejam da equipe, sejam da gestão, sejam da comunidade que usam o serviço, novas demandas emergem e se ampliam.

Apesar de estabelecer uma boa relação com a equipe do CAPS, percebeu-se a ausência da gestão municipal e seus representantes, indicando que trabalhos desta natureza não são prioridades para a gestão municipal que prioriza outro modelo de saúde centrado em tecnologias duras, procedimentos e especialidades.

3.2.2 O apoio à Gestão municipal demandando implementar o dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco

Esta experiência de apoio aconteceu num município com cerca de 80 mil habitantes. Faz parte junto com outros 7 (sete) municípios de um CGR/CIR que abrange cerca de 150 mil habitantes.

O Sistema Público de Saúde deste município está dividido em 3 (três) eixos principais de atenção: Atenção Primária : com 5 UBS e 11 ESF; Atenção Ambulatorial Especializada: com serviço laboratorial, vigilância em saúde, serviços especializados e medicamentos; Atenção Hospitalar: Hospital Municipal com 110 leitos.

A porta de entrada do Hospital Municipal é o Pronto Socorro, com funcionamento 24 horas. A média diária de atendimento no PS é de 450 consultas, sendo destas 38% atendimento infantil. Ocorre em torno de 420 internações por mês, sendo a Obstetrícia, a primeira causa de internação. O Hospital Municipal está classificado para atendimento de procedimentos de Média Complexidade, referenciando a Alta Complexidade para centros médicos maiores, através da

central de vagas de regional. Visto tratar-se de Hospital Público, os atendimentos são 100% SUS.

Esta frente de apoio intensiva começou a ser construída no final de 2010, após o Curso de Apoiadores de Humanização desenvolvido pelo Núcleo Regional de Educação Permanente e Humanização vinculado ao Departamento Regional de Saúde que o município faz parte. Devido à construção da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) o gestor municipal encomendou para o Coletivo de Consultores da PNH no Estado de São Paulo, a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco e Escuta Qualificada nas Unidades de Saúde.

Respondendo prontamente a encomenda inicial foi programada uma oficina de Acolhimento com Classificação de Risco com a Consultora Marilene Wagner para os trabalhadores das Unidades Básicas, Hospital Municipal, Ambulatório de Referência de Especialidades (ARE) e representantes do Conselho Municipal de Saúde. Esta oficina aconteceu no dia 02 de março de 2011 e contou com a participação de 44 pessoas.

Pode-se questionar se ofertar a oficina de Acolhimento com Classificação de Risco como primeira entrada no território foi uma boa estratégia, se não seria necessário um encontro anterior com a equipe de gestão para fazer uma primeira conversa para análise da encomenda. Porém, por outro lado, o processo da oficina foi importante para esta etapa de análise da encomenda em que se identificaram alguns analisadores[7] e a "presença" de várias outras demandas não explicitadas/contempladas pela encomenda inicial.

Observou-se a partir da fala queixosa dos participantes da oficina que o Sistema de Saúde do referido município caracteriza-se pela fragmentação da rede, baixa qualificação dos trabalhadores para trabalhar em coletivo, cultura autoritária ainda muito arraigada, cultura de saúde centrada em procedimentos médicos e

---

[7] Segundo Lapassade é o "o analisador que realiza a análise", sendo os analisadores produto de movimentos de desnaturalização, que revela a natureza do instituído, colocando em análise os efeitos das práticas institucionais que reproduzimos no nosso cotidiano, sem nenhuma "filtragem" crítica. "Os analisadores seriam acontecimentos - no sentido daquilo que produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise, que decompõe. Eles assinalam as múltiplas relações que compõem o campo tanto em seu nível de intervenção quanto em seu nível de análise." (PASSOS & BARROS, 2000, p. 73)

irrisória inclusão do usuário. Ou seja, para além da encomenda de implantar Acolhimento com Classificação de Risco havia outras demandas como a de organização dos serviços de saúde em Rede, a organização do processo de trabalho de modo mais coletivo e produzir espaços de conversação/co-gestão, porém os participantes não identificavam ter nenhuma prática de clínica degradada demandando pouca discussão em relação a ampliação da clínica mostrando pouca abertura em por em análise as próprias ofertas, tendendo a depositar num agente externo os maiores motivos pela não resolutividade do sistema público de saúde. Apesar destas características havia um cenário favorável: o apoio e participação do Gestor Municipal que estava convencido que a rede de saúde só funcionaria a partir de processos mais horizontais e coletivos; o Centro de Desenvolvimento e Qualificação do SUS do Departamento Regional de Saúde era bem organizado, atuante e parceiro e também apoiava este processo; o município contava com uma profissional exclusiva para apoiar processos de Educação Permanente e Humanização, o que amplia a autonomia do município em relação ao apoio. Assim, ficaram encaminhados novos encontros com os trabalhadores da rede de saúde e com o Conselho Municipal de Saúde.

Os objetivos para esta frente eram:

-Instituir e fortalecer espaço coletivo entre representantes dos serviços de saúde do município para refletir sobre o processo de trabalho e pactuar ações em rede (produção de transversalidade);

-Inclusão do Conselho Municipal de Saúde e outras redes representando os usuários dos serviços;

- Elaborar o Plano operativo para Implantação do ACCR;

-Produzir Manual de Informações – Rede Básica e demais serviços;

-Produzir Protocolo de Classificação de Risco.

Foram realizados mais cinco encontros além da Oficina de Acolhimento com Classificação de Risco: Reunião com Grupo de Trabalhadores da Rede de Serviços para implantar o ACCR (33 part.); Reunião com Conselho Municipal de Saúde e Grupo de Trabalhadores da Rede de Serviços para implantar o ACCR (45 part.); Reunião com Conselho Municipal de Saúde e Grupo de Trabalhadores da Rede de

Serviços para implantar o ACCR (47 part.); Oficina "Meu serviço, minha rede" (35 part.); Reunião com Grupo de Trabalhadores da Rede de Serviços para avaliar o processo de apoio. (33 part.).

Esta intervenção teve como efeito:

- Foi instituído espaço coletivo de encontro dos representantes dos serviços que compõe a rede de saúde municipal;

- Deu-se início ao processo de construção do plano operativo de implantação do ACCR;

-Deu-se início ao processo de identificação dos equipamentos de saúde e suas atribuições e ofertas para construção do Manual de Informações – Rede Básica e demais serviços.

3.2.3 O processo de apoio institucional da PNH ao Núcleo Regional de Educação Permanente e de Humanização a uma Regional de Saúde.

O Departamento Regional de Saúde em questão está localizado na região Noroeste do Estado de São Paulo. É composto por 19 municípios que se agrupam em dois CGR/CIR: Um composto por 11 municípios, e outro por oito municípios, abrangendo uma população de cerca de 420 mil habitantes.

A encomenda de apoio para o Coletivo de Consultores da PNH São Paulo foi construída a partir do Curso de sensibilização para a Política de Humanização com recursos da Educação Permanente. Dentre inúmeras encomendas apresentadas pelo grupo de municípios, e após a análise da demanda, ficou pactuado o apoio ao NEPh para a execução do Projeto "desencadeando rodas".

O projeto "Desencadeando as Rodas da Atenção Básica" foi identificado pelos dois Colegiados de Gestão Regional, como uma das ações prioritárias para a transformação das práticas dos serviços na região..

O projeto tinha como objetivo geral :

- *Desencadear a instituição de rodas em cada Unidade de Saúde dos municípios pertencentes ao dois Colegiados.*

O apoiador da PNH participou de sete encontros/atividades do NEPh visando implementar o referido projeto: Reunião do Núcleo de Educação Permanente e Humanização (19part.); Reunião do Núcleo de Educação Permanente e Humanização nos (26 part.); Oficina para elaboração do Plano de Trabalho para "desencadear rodas nos municípios" (34 part); Oficina de apoio para implantação de rodas nos municípios da DRS (44 part.); Reunião do Núcleo de Educação Permanente e Humanização (22 part.).

A partir da apreciação destes sete encontros foi sistematizado este processo em três momentos. O primeiro e segundo momento ficou caracterizado pela "resistência" da maioria dos municípios de disparar as rodas nos seus territórios. Nesta fase os encontros do NEPh eram marcados pelo enunciado dos municípios de que: "os gestores apesar de aprovarem este projeto não irão apoiar"; "os trabalhadores não vão participar pois não gostam de reunião"; "os usuários vão reclamar com o secretário se ver agente sentado fazendo roda em vez de atender a população".

Continuando o movimento do primeiro momento, o segundo momento foi marcado pela ênfase dos participantes de "não conseguirem fazer sozinho este processo", de "não estarem preparados", das "dificuldades de juntar as pessoas": "não sabemos fazer roda"; "o que fazer caso as pessoas começassem a brigar na reunião, pois as pessoas usam este espaço para lavarem roupa suja". Tanto no primeiro quanto no segundo momento a resistência de disparar o processo caracterizou ambos, porém, no primeiro momento as falas "queixosas" se dirigiam a um ente exterior, ora os gestores, ora os trabalhadores e, por vezes, os usuários. Já no segundo momento as falas que circulavam pela roda do NEPh denunciavam a insegurança dos próprios membros do NEPh, que apesar da responsabilidade de serem interlocutores da Educação Permanente e Humanização dos municípios que representavam, e de terem participado de inúmeros processos de formação, declaravam não estar em condições de articular as rodas no seus territórios, evidenciando a baixa qualificação dos trabalhadores em fomentar e conduzir grupos/grupalidades e de trabalhar em equipe na "lógica" da gestão participava.

Identificando estes movimentos o CDQ-SUS da DRS promoveu junto ao NEPh a "Oficina para elaboração do Plano de Trabalho para "desencadear rodas nos municípios"" e a "Oficina de apoio para implantação de rodas nos municípios da

DRS". Nestas oficinas as resistências e angústias geradas pelo início da execução do projeto foram explicitadas e analisadas. Aliás, o espaço de análise que as oficinas produziram foi fundamental para deslocar os participantes da posição reativa que se encontravam, o que caracteriza-se como o momento um e momento dois, para uma posição mais ativa/criativa, abertos a experiência de fazer gestão participativa, de colocar os trabalhadores em roda para discutirem o próprio processo de trabalho, de trabalhar os conflitos de outro modo, mais coletivo, extraindo destes suas potências criativas. Este deslocamento de posição e enunciados caracteriza o momento três deste processo. Assim sendo, a última reunião do NEPh teve como pauta não a queixa de "não podemos fazer", "não sabemos fazer", e sim o relato e o intercambio das experiências de desencadear rodas nos territórios.

3.2.4 O apoio a um espaço macro regional de Humanização

Os movimentos de encontros macroregionais foi uma estratégica para a descentralização das reuniões do Núcleo Técnico de Humanização da SES junto aos interlocutores de Humanização dos Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQSUS), dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS). A macrorregional em questão era composta por três Departamentos Regionais de Saúde abrangendo 12 CGR/CIRs e cerca de 160 municípios.

A demanda de apoio a este espaço macro regional veio de um dos CDQ que compunham esta macro, devido à identificação do esvaziamento deste espaço. A partir desta demanda ocorreram três inserções: Reunião de Planejamento das ações da Macro (16 part.); Reunião de pactuação do espaço coletivo da Macro com a discussão das seguintes questões: Macro para que? Para quem? (47part.); Oficina de Acolhimento e produção de redes de saúde (49 part.).

Os primeiros encontros do apoio foram para (re)pactuar e (re)significar o sentido deste espaço para os CDQs e municípios. Na primeira reunião estava poucos municípios e mais os integrantes dos CDQs. Discutiu-se sobre alguns pontos importantes para a constituição do espaço macro regional como: qual o objetivo dos encontros? Quais participantes? E qual o formato do encontro? Em relação ao

objetivo do encontro ficou encaminhado uma oficina com mais municípios presentes para levantar as necessidades e demandas em relação ao espaço macrorregional de humanização. Ficou acertado que os participantes seriam dois representantes de municípios por CIR/CGR e as instituições de saúde que integram a rede SUS regional.

Um dos encontros teve a participação de 47 pessoas entre municípios, prestadores de serviços, trabalhadores dos Departamentos Regionais de Saúde. A oficina teve como objetivo o relato de práticas e troca de experiências em relação à implantação da Política Nacional de Humanização nos territórios e serviços. A partir deste mote foram levantados alguns nós críticos, identificando assim algumas demandas e necessidades em relação ao espaço macrorregional. Foram dois os encaminhamentos: (i) pactuou-se que o formato do encontro seria aos moldes do Coletivo Ampliado de Humanização em São Paulo, ou seja, no período da manhã discuti-se um tema e/ou experiência e, na parte da tarde há a discussão dos processos nos territórios. (ii) O segundo encaminhamento veio da identificação pelo grupo de que uma das dificuldades de implantar a Política Nacional de Humanização (PNH) nos territórios está atrelada ao pouco conhecimento das diretrizes e dispositivos da PNH. Desta maneira ficou encaminhado que os encontros macrorregional devem funcionar como espaços de aproximação e formação permanente das diretrizes e dispositivos da PNH, sendo escolhido como o primeiro tema do próximo encontro o Acolhimento e produção de redes de saúde.

Assim, o encontro posterior teve como tema o Acolhimento e produção de redes de saúde e contou com a presença da apoiadora da PNH Marilene Wagner que abordou o tema do acolhimento na perspectiva de articulação de redes, a partir da então recém publicada portaria da Rede de Atenção a Urgência. Neste encontro foi encaminhado que cada representante dos CGR/CIR iriam multiplicar as informações da oficina aos demais municípios nas reuniões de Colegiado ou nas Câmaras técnicas vinculadas a este espaço de gestão. Também foi encaminhado atividade de dispersão para disparar processos de organização da rede municipal e regional com o objetivo de desencadear práticas nos territórios cujas experiências seriam discutidas no próximo encontro macro. Ou seja, o desenho ficou fechado da seguinte maneira: trazer consultores para falar sobre as Diretrizes da PNH e, posteriormente, cada instituição presente e município ficariam de multiplicar nas

respectivas instituições, municípios e CGR/CIR as informações e atividades de dispersão pactuadas no Encontro. O encontro posterior seria para compartilhar as experiências e vivências produzidas pelo ato de multiplicar e buscar implantar nos serviços o dispositivo discutido na reunião, alternando os encontros Macro entre oficinas de sensibilização e aproximação dos dispositivos, sempre vislumbrando alguma atividade de dispersão, e posteriormente as troca de experiência da vivência de implantar estes nos serviços, ficando o apoiador institucional da PNH para o território, com a função de apoiar as experiências disparadas nos territórios.

3.3 Desenhando redes de forças que atravessam o campo de intervenção: Diagramas e Agenciamentos

Como foi colocado no início deste capítulo, dentre as inúmeras características do método cartográfico está a função de desenhar a rede de forças na qual o objeto ou fenômeno encontra-se conectado, assim como as modulações nos discursos e práticas que esta rede de forças produz.

Utilizo do recurso da desmontagem das narrativas-paisagens apresentadas acima para esboçar um desenho dos campos de força que atravessam o campo de intervenção, ou seja, produzir cartografia. Para tanto é preciso retomar a definição de que todo objeto na sua multiplicidade implica elementos atuais e virtuais, ou seja, todo objeto definido na sua multiplicidade estabelece uma relação imanente entre o plano de consistência e o plano de estratificação, na qual “toda matéria formada ou estratificada é trabalhada internamente, e em vários graus, por uma matéria não formada” (Cardoso Jr, 2005, p. 241), sendo o conceito de acontecimento fundado nesta relação entre realidade atual e realidade virtual.

Uma rede de forças é então composta por matérias estratificadas e matérias não estratificadas, sem forma, e propor o desenho desta rede tem por objetivo identificar de uma lado as forças que produziram o movimento de estratificação, de sobrecodificação, assim como movimentos de desestratificação, linhas de fuga que possibilitam a produção de um porvir, atualização de realidades virtuais.

Desenhar redes de forças não só convoca a especificar bem este princípio ontológico da filosofia da multiplicidade, mas também adentrar em outros conceitos fundamentais para esta tarefa, mais especificamente os conceitos de diagrama e agenciamento de desejo.

Por meio do conceito de agenciamento de desejo Deleuze (1996) coloca que o desejo não é uma determinação “natural” ou “espontânea”, e que todo desejo procede por encontro, mas que este não espera pelo encontro, mas nele se agencia e se constrói, sendo que só há desejo agenciado ou maquinado, sendo estes agenciamentos sempre historicamente assinaláveis. Importante destacar que o agenciamento de desejo comporta dispositivos de poder diferentemente do que Foucault supõe. Os dispositivos de poder não são o que agenciam ou constituem, mas produto dos movimentos de desterritorialização dos agenciamentos de desejo, pois os dispositivos de poder surgem em toda parte para esmagar as pontas de desterritorialização dos agenciamentos de desejo, produzindo um movimento de reterritorialização.

> As linhas de fuga, os movimentos de desterritorialização, como determinações coletivas históricas, não me parecem ter equivalente em Michel. Para mim, não há o problema de um estatuto dos fenômenos de resistência: já que as linhas de fuga são determinações primeiras, já que o desejo agencia o campo social, são sobretudo os dispositivos de poder que se acham produzidos por esses agenciamentos, ao mesmo tempo em que os esmagam ou os colmatam. (Deleuze, 1996, p.18)

Assim, por meio dos agenciamentos de desejos e dos dispositivos de poder que estes comportam, é possível descobrir os estados de coisas e as enunciações, além dos movimentos de reterritorializações ou de desterritorializações que desencadeiam um agenciamento.

Segundo Deleuze (1988) os diagramas são um mapa, uma superposição de mapas que expõe as relações de força que constituem o poder. O diagrama, como conjunto de relações de força, produz realidades, modelos de verdade, impondo aos dispositivos concretos determinado modo de funcionamento embora seja imanente a estes dispositivos (Pelbart,1989) sendo que: “As máquinas concretas são os agenciamentos, os dispositivos biformes; as máquinas abstratas é o diagrama

informe” (Deleuze, 1988, p.49). No entanto é importante destacar que o diagrama é altamente instável e fluido, mistura matérias e constitui mutações e não age para representar mundos preexistentes, mas produzem mundos, realidades, modos de ser.

Os diagramas como máquinas abstratas é um conjunto de alianças que tecem uma rede flexível e transversal definindo uma prática, um procedimento, uma estratégia, compondo um sistema físico instável, sempre em desequilíbrio (Deleuze,1988). Já os dispositivos são máquinas concretas, um conjunto multilinear de linhas de naturezas diferentes, sejam linhas de sedimentação, sejam linhas de “ruptura” de “fratura”.

Deleuze delimita dois estados opostos do diagrama, marcados por um confronto histórico sob diversas formas. Quando falamos de diagramas podemos tanto remeter a ideia do diagrama como máquina abstrata que cobre todo o conjunto do campo social, enquanto plano que opera uma microunificação dos pequenos dispositivos de poder, o que denomina de **Estado- diagrama de poder**, estratos de organizações tanto do organismo quanto das organizações de poder que impõe ao plano de imanência um outro “plano” estratificado, sendo o Estado “o aparelho molar que efetua os microdados do diagrama entendido como plano de organização” (Deleuze, 1996). Ou **máquina de guerra- diagrama de linhas de fuga**, campo de imanência coletivo em que se fazem os agenciamentos e são traçados linhas de fuga, sendo a máquina de guerra o agenciamento que efetua os microdados do diagrama entendido como plano de imanência. (Deleuze, 1996)

Também se observa estes dois estados opostos quando definimos dois pólos dos agenciamentos: **Pólo estrato dos agenciamentos**, definido pelos agenciamentos sociais e seus códigos específicos (molares), caracterizado pelo funcionamento reprodutor que reduz o campo da experimentação de desejo a uma divisão preestabelecida. E **pólo máquina abstrata**, agenciamentos locais, moleculares, pequenas irregularidades que surgem a partir dos agenciamentos sociais, agenciamentos que fazem fugir e decodificar o agenciamento estratificado. (Zourabichvili,2004, p.09)

A seguir comporei alguns diagramas, ou melhor **Estado- diagrama de poder,** visando fazer análise do traçado das linhas duras que esquadrinham e/ou constrói

modos de visibilidade e práticas que atravessam o campo de intervenção e minha própria prática de apoiador institucional da PNH, introduzidas aqui pelas narrativas apresentadas acima. Trabalharei com três diagramas: um relacionado à biomedicina, outro relacionado à administração e relação político institucional entre o poder público e população nos municípios de pequeno porte e por fim relacionado ao modo como se dão as relações de trabalho no Sistema Único de Saúde nesses municípios.

Antes de continuar não posso deixar de evidenciar uma questão que emergiu e que pretendo desenvolver ,na conclusão (ou (in) conclusão) deste trabalho. Por que, apesar de propor como método a desmontagem de paisagens-narrativas a fim de produzir cartografia, extraindo dessas acontecimentos, somente dou visibilidade ao **Estado- diagrama de poder**?

3.3.1 Diagrama 01: Produção de ofertas e demandas no campo da saúde- a biomedicina e seus desdobramentos

Não é novidade trazer a biomedicina como uma força que atravessa as práticas de saúde, porém, por outro lado, não podemos ignorá-la. A biomedicina é a racionalidade médica da Medicina Ocidental Contemporânea. Segundo Queiroz:

> [...] o termo racionalidade médica foi definido operacionalmente como "um sistema lógica e teoricamente estruturado, composto de cinco elementos teóricos fundamentais", quais sejam: a) uma morfologia ou anatomia humanas; b) uma fisiologia ou dinâmica vital humana; c) um sistema de diagnósticos; d) um sistema de intervenções terapêuticas; e e) uma doutrina médica.(Camargo Jr., 2005, p.178)

Consideramos a biomedicina aqui como um diagrama, composto por múltiplas linhas (duras), linhas de visibilidade, de enunciação e linhas de forças que por meio de inúmeros dispositivos produzem subjetividades e condicionam práticas, ofertas e demandas no campo da saúde.

> A Biomedicina vincula-se a um "imaginário científico" correspondente à racionalidade da mecânica clássica, caminhando no sentido de isolar componentes discretos, reintegrados *a posteriori* em seus

> "mecanismos" originais. O todo desses mecanismos é necessariamente dado pela soma das partes – eventuais inconsistências devem ser debitadas ao desconhecimento de uma ou mais "peças". Resumindo, essa racionalidade pode ser delineada em três proposições:
> · dirige-se à produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individuais: *caráter generalizante*;
> · os modelos aludidos acima tendem a naturalizar as máquinas produzidas pela tecnologia humana, passando o "Universo" a ser visto como uma gigantesca máquina, subordinada a princípios de causalidade linear traduzíveis em mecanismos: *caráter mecanicista*;
> · a abordagem teórica e experimental adotada para a elucidação das "leis gerais" do funcionamento da "máquina universal" pressupõe o isolamento de partes, tendo como pressuposto que o funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes: *caráter analítico*.(Camargo Jr., 2005, p.179)

Esta empreitada pelo diagrama biomédico convoca a uma aventura pelos mapas e linhas que atualizam formas visíveis e funções enunciáveis por meio de agenciamentos concretos, ou seja, uma análise dos dispositivos concretos, sendo que cartografar é um processo de separar as linhas de um dispositivo. "Devemos separar em todo dispositivo as linhas do passado recente e as linhas do futuro próximo; a parte do arquivo e a do atual, a parte da história e a do devir, a parte da analítica e a do diagnóstico" (Deleuze, 1990).

Como vimos, a biomedicina é uma racionalidade médica que começou a se agenciar no final do século XII, por meio do advento da ciência clássico-moderna com a chegada da obra de Aristóteles ao ocidente via filósofos árabes interpretados pelos escolásticos (Martins, 1999).

> Este propunha uma ciência do universal, e não do particular e, para isso, um método lógico de demonstração de verdades universais e necessárias, enfatizando no entanto a importância da pesquisa experimental e da investigação da natureza.
> Isto porque, para Aristóteles, as essências, que são as formas, e que definem a universalidade das coisas, se encontram tão somente incorporadas na matéria (p. 85).

Com o tempo e a partir da leitura da escolástica dita tardia, os pensamentos de Aristóteles deixaram de ser tomado como resultado da prática e de sua observação e passou a serem verdades incontestáveis em si tornando-se dogmas.

Assim, o raciocínio segundo a lógica aristotélica separa-se da observação da natureza.

Nesta trajetória, mesmo em movimentos considerados neoplatônicos, como a importância dada à matemática na busca da verdade, resgatam os ideais da filosofia aristotélica: “alcançar ideias validas universalmente, leis universais que informem do mundo sua essência” (Martins, 1999, p.86).

Esta interpretação da filosofia aristotélica proporciona uma visão mecanicista dos fenômenos naturais, que se desenvolve definitivamente com Newton (1642-1727), com a teoria de que os corpos terrestres seguem uma mesma lei por meio do desenvolvimento da noção de força e a lei de gravitação universal e, Descartes (1596-1650) que por meio do “discurso do método” propõe princípios do reducionismo, do mecanicismo e do racionalismo em especial ao considerar o corpo como uma máquina e a razão separada deste, o que permitiu o projeto de objetivação da natureza, sendo a natureza-objeto passível de ser ordenada, dominada e manipulada, além de divisível em partes (p.86).

> Assim, ele criou a dicotomia entre mente (uma concepção divina, fora do alcance da ciência) e corpo (um organismo imperfeito que obedece a leis mecânicas). Nesse esquema, a doença aparece como um distúrbio de um dos componentes da máquina humana passível de ser reparado pela intervenção de uma medicina que detivesse o conhecimento das leis que operam essa máquina. O corpo humano perdia assim seu caráter divino, intocável. Pouco tempo depois, ocorreu uma demonstração ainda mais dramática da validade da postura mecanicista na descoberta de Harvey da circulação do sangue. (Queiroz, 1986, p. 311)

Laplace, em 1814, a partir do seu *Ensaio filosófico sobre as probabilidades* por meio da tese do determinismo universal reafirma a física clássica em seu mecanicismo, determinismo, reducionismo e positivismo, e o ideário científico moderno de reduzir a complexidade do mundo e seus contínuos devires às leis mecânicas que capturam seus movimentos complexos. (p. 88)

No campo da saúde este paradigma foi decisivo na emergência da biomedicina.

> A partir da Revolução Industrial, verificou-se uma ruptura fundamental entre saúde e medicina, com uma hegemonia flagrante desta última. Essa ruptura veio acompanhada da ruptura entre corpo e mente, eu e outro, pessoa e contexto, relações econômicas e comunitárias dentro de um mundo em intenso processo de burocratização e desencanto. Esse processo permitiu cada vez menos situar a doença entre a biografia individual e o mundo social, fator esse que, no nosso entender, explica a impossibilidade da medicina científica, então emergente, compreender um número muito grande de doenças de atualidade (Queiroz, 1986, p. 311).

Outros agenciamentos foram fundamentais para o desenvolvimento e hegemonia da medicina científica no ocidente como as descobertas de Pasteur e Koch no século XIX que por meio da teoria da origem específica das doenças, no campo da infecção, faz crer o poder da medicina de controlar todas as doenças por meio das descobertas de antídotos específicos contra causas específicas colocando o indivíduo biológico como objeto privilegiado de interesse, relegando em segundo plano outros fatores. Outro agenciamento foi:

> A reforma da profissão médica nos EUA, após o relatório Flexner (1910) consolida a hegemonia do paradigma mecanicista, ao mesmo tempo que consolida a formação de uma profissão médica com um grau sem paralelos de poder, riqueza e prestígio. A descoberta dos antibióticos a partir de 1930 e a sua comercialização depois de 1945 refletiram o auge desse paradigma, levando muitos a crerem que a resolução da maioria dos problemas de saúde deveria ocorrer no campo da quimioterapia (Queiroz, 1986, p. 312).

Inaugura-se no ocidente um novo estágio que condiciona a relação médico-paciente, a medicina de laboratório.

> Nesse processo consolida-se uma das vertentes da caracterização das doenças, que ao fim e ao cabo serão vistas não mais como um fenômeno vital, mas como a expressão de lesões celulares. O mais fundamental aqui, contudo, é a mudança de perspectiva que se opera: a nova concepção de doença passa a ser a categoria central do saber e da prática médica. Parafraseando Luz, a Medicina ocidental se torna, definitivamente, uma ciência das doenças, contrapondo-se, por exemplo, ao projeto hannemanniano de criar uma ciência da “arte de curar” [...] De qualquer modo, as dimensões da racionalidade médica ocidental estarão, desde então, sempre referidas às doenças. A doutrina médica traz implícita a ideia de que as doenças são objetos com existência autônoma, traduzíveis pela

> ocorrência de lesões que seriam, por sua vez, decorrência de uma cadeia de eventos desencadeados a partir de uma causa ou de causas múltiplas; o sistema diagnóstico é dirigido à identificação das doenças, a partir da caracterização de suas lesões. A terapêutica é hierarquizada segundo sua capacidade de atingir as causas últimas das doenças; a morfologia e a dinâmica vital servem, sobretudo, como auxiliares na caracterização do processo mórbido. A própria definição de saúde, apesar dos inúmeros esforços em contrário, é assumida como a ausência de doenças (Camargo Jr., 2005, p. 180-1).

Em todas as intervenções como apoiador deparo com os efeitos que a medicina científica produz nos territórios, desde desassistência, até práticas iatrogênicas e contraditoriamente altos números de procedimentos. É comum o relato de que nas cidades com porte populacional de até oito mil habitantes, a cada quatro meses os números de consultas médicas e outros procedimentos equivalem ao número populacional do município, ou seja, como se a cada quatro meses a cidade inteira passasse pela Unidade de Saúde tendo acesso a algum procedimento, como consulta médica e intervenções medicamentosas. Também é comum ouvir a queixa de gestores e trabalhadores sobre o alto número de demandas nas portas de entrada do sistema, principalmente aqueles que trabalham na lógica de Pronto atendimento, além da fala decorrente de que o usuário não sabe usar o serviço adequadamente, só quer passar por consulta médica e não aceita outra forma de cuidado como consulta de enfermagem, conversar com agentes comunitários ou outros membros da equipe e a maioria são refratários à oferta de trabalho em grupos. Os trabalhadores também apontam que muitos usuários chegam com “encaminhamentos” prontos demandando procedimentos como exames e intervenções medicamentosas contraditoriamente à queixa de que muitos não aderem ao tratamento. Ao mesmo tempo os próprios trabalhadores e gestores põem pouco em questão suas ofertas, seus modos de fazer atenção e produzir relação de cuidado com o outro. Por que fazemos tantos procedimentos e mesmo assim há baixa resolutividade? Por que o usuário vive vindo à unidade de saúde? Porque alguns não “aderem” ao tratamento? O que entendemos por grupo? Por que lançar mão deste dispositivo, com que intencionalidade?

Segundo Franco (2003):

> Diversos estudos vêm indicando que a crise que atravessa o setor saúde tem um caráter estrutural e denuncia o esgotamento de um modelo assistencial, formado a partir da diretriz biologicista no ensino médico, seguindo a matriz flexneriana; interesses de mercado das indústrias de medicamentos e equipamentos que influenciaram a produção da assistência à saúde, centrada na produção de procedimentos e no alto consumo de medicamentos. (Franco, 2003, p.108)

Este modelo demonstra-se cada vez mais insustentável, a partir da evidência de que o aumento de investimento em recursos de alta densidade tecnológica coexiste com a baixa resolutividade dos serviços, caracterizado pela alta reincidência dos usuários nos diversos equipamentos de saúde. Estes usuários conhecidos como poliqueixosos denunciam o esgotamento do modelo médico-hospitalocêntrico, que cria procedimentos, mas não produz cuidado à saúde.

Isto, porém, não ocorre só por causa da inexatidão conceitual da Atenção Primária em Saúde (APS) e seus inúmeros derivados conceituais e práticos, mas também porque as práticas de atenção primária são na maioria das vezes operacionalizadas a partir da lógica hospitalocêntrica, ofertando práticas clínicas degradadas, por meio da execução de um modelo de Pronto Atendimento na atenção básica.

> Enquanto o debate dentro da saúde pública se estendeu com poucos avanços efetivos nas práticas da Atenção Básica, foram justamente três atores sociais - os usuários, os médicos e os gestores municipais que definiram a presença maciça do Modelo de Pronto Atendimento (PA) em grande parte dos municípios do país. Os usuários seguramente incorporando as noções de direito à saúde garantidos na Constituição, assim como a ideia de saúde como bem de consumo, produziram pressões junto aos municípios por atendimento médico e remédios. Os médicos foram mais facilmente incorporados ao SUS através de PA's, porque conciliam uma clínica degradada, ou seja, com baixo gasto de energia pessoal e pouco vínculo, com uma inserção vertical, compatível com outros vínculos empregatícios, o que possibilita senão melhor remuneração, ao menos maior independência e consequentemente maior poder de negociação. Tudo isso associado aos interesses dos gestores municipais que entenderam o PA como uma solução politicamente viável, que contenta os dois referidos atores sociais. As consequências negativas do PA são bastante consensuais no campo acadêmico: medicalização, altos custos, baixa autonomia dos usuários, ineficácia para as doenças crônicas, baixo aproveitamento do potencial de outros profissionais de saúde e do trabalho em equipe e incapacidade de atuação em determinantes de saúde

> coletivos. No entanto, o PA está presente e, em muitas das vezes, viabiliza a "sobrevivência" de modelos de atenção burocratizados e ineficazes nas Unidades Básicas (Cunha, 2004, P.32).

É importante destacarmos a afirmação de Cunha de que foram três atores (usuários, médicos e gestores municipais) que definiram a presença maciça dos Prontos Atendimentos, numa complexa articulação de saúde como um direito e ao mesmo tempo um bem de consumo. Esta afirmação vai de encontro com outro apontamento de que o modelo tecnoassistencial para a saúde até agora tem como principal referência, no arranjo tecnológico de produção de cuidado, a incorporação de maquinaria e seu uso intensivo, realimenta processos de subjetivação, tanto de trabalhadores quanto de usuários, de que as máquinas representam a excelência técnica, fazendo com que a necessidade de saúde seja associada à necessidade de ter acesso às tecnologias duras (Franco, 2003).

Ao colocar em análise a biomedicina e seus dispositivos nos deparamos com diversas linhas, desde linhas de um passado longínquo, até linhas contemporâneas que atualizam linhas "antigas" ou outras linhas, novas linhas que se bifurcam e se expandem principalmente em momentos de crise. São nos momentos de crise que se descobre novas dimensões, novas linhas, sejam estas linhas para produzir novas formas e práticas, transformando relações de poder e inventando novas formas de subjetivação, pois busca-se manter e fortalecer uma força sobre a outra, sedimentando relações de poder, mas não menos criativa, pois estas também investem em formas de subjetivação, produzem subjetividades.

O saber biomédico foi se concretizando por meio de muitos agenciamentos concretos de linhas de visibilidade, enunciação, poder e subjetivação. Fiz, muito grosseiramente, uma genealogia da racionalidade científica moderna e da racionalidade médica ocidental para apontar como estas racionalidades, efeitos de agenciamentos concretos, condicionaram a formação e estratificação de linhas de saber e poder. Linhas que se agenciam concretamente na consolidação da organização do Estado Nação em aliança com o capitalismo industrial, no desenvolvimento da ideologia higienista do final do século XIX, na consolidação da medicina científica por meio da desqualificação e criminalização das práticas populares e tradicionais de saúde, muito frequentes no começo do século XX, e que foi alvo constante da medicina racionalista até esta tornar-se prática hegemônica.

Estas linhas continuam atravessando as práticas nos equipamentos do SUS visando enrijecer-se, solidificar-se mantendo a mesma correlação de forças no diagrama, porém, como vimos, todo diagrama é instável, efêmero, e todo dispositivo carrega teor de novidades e de criatividades, porém isto não significa que dispositivos duros como as políticas públicas de saúde produzidas pela(s) máquina(s) de Estado não possam ser apropriadas para produzir outros efeitos, aposta do SUS, assim como o SUS e seus equipamentos e dispositivos são constantemente apropriados para disseminar o paradigma biomédico, isto também vale para a Política Nacional de Humanização e seus dispositivos, assim como para a prática do apoio institucional.

3.3.2: Diagrama 02: A relação entre o poder público local e a população

São inúmeras as ferramentas que o apoiador caipira não pode abrir mão, pois elas possibilitam produzir análises micropolíticas, abrindo-se para o campo das forças que atravessam os serviços de saúde nos pequenos municípios, escapando da análise produzida apenas a partir das linhas molares. A geografia urbana, mais especificamente as produções que trabalham com o tema dos municípios de pequeno e médio porte, ofertam algumas destas ferramentas.

Ao trazer a geografia urbana como ferramenta do apoiador caipira não pretendemos aqui nos aprofundar no debate produzido pelas diversas pesquisas e literaturas deste campo, e sim transitar por alguns enfoques analíticos e procedimentos metodológicos para compreendermos as forças que atravessam estes territórios e produzem subjetividades, ou seja, como se dá o processo de produção do espaço urbano no mundo contemporâneo, em especial nas cidades ditas de pequeno e médio porte.

Henrique (2010), a partir de pesquisas empíricas no Estado Baiano, propõe roteiro metodológico para a apreensão do processo de produção do espaço urbano em cidades médias e pequenas da Bahia, mas que entendemos ser compatível com outras realidades brasileiras. O autor propõe quatro planos de análise, plano econômico, plano morfológico, plano político e plano cotidiano. Como nosso foco agora é o campo político institucional que afeta a produção das políticas públicas de

saúde nos municípios de pequeno porte, destacamos os seguintes planos de análise: **o plano político** no qual considera o aumento da representação dos partidos; a participação popular; e a gestão. E o **plano cotidiano** que busca analisar: os usos diferenciados dos espaços; a restrição do acesso a determinados espaços; as relações ruralidade-urbanidade e Individualização–superação, coletividade/vizinhança/famílias e novas formas de sociabilidade (Henrique, 2010, p. 56).

Soares e Melo (2010) buscando trazer elementos que orientem a compreensão da pequena cidade brasileira, apresentam, sem a pretensão de ser um modelo metodológico, parâmetros qualitativos para uma leitura atenta sobre estas cidades no contemporâneo como: a inserção no mundo da globalização; a relação entre o poder público local e a população; a relação com a natureza; o entorno rural e as ruralidades; a dependência do sistema urbano regional; o envelhecimento e a involução populacional; aspectos de sociabilidade na pequena cidade com destaque para:

- A relação entre o poder público local e a população: diz respeito às relações estabelecidas entre a população e a administração pública e os agentes políticos (p. 242).
- Aspectos de sociabilidade na pequena cidade: neste item é colocada em questão a sociabilidade nas pequenas cidades, como se dão, sendo que uma marca destes municípios é a pessoalização das relações devido ao alto grau de proximidade e contatos (p. 245).

Estes elementos analíticos são fundamentais na produção da cartografia do apoio institucional nas regiões de saúde compostas por pequenos municípios, pois contribuem para a análise do processo de produção do espaço urbano no mundo contemporâneo que está indissociável do processo de produção de subjetividades e produção de saúde, contribuindo para o desenho das redes de forças que atravessam estes territórios. Assim, vamos adentrar um pouco mais nas forças e dispositivos que condicionam as relações estabelecidas entre a população, administração pública e os agentes políticos.

Bacelar (2012) ao fazer uma análise da pequena cidade sobre o ponto de vista político-administrativo identifica na prática da gestão pública na maioria destes

municípios uma herança histórico-cultural ibérica marcada por forte patrimonialismo e assistencialismo. Segundo o autor, o resíduo da herança portuguesa ainda impregna o modo de vida e o estilo de administração pública. O autor aponta vários fatores que condicionam a relação da população com o poder público nestas localidades: relacionamento próximo da população com os gestores públicos que contribui para a construção de uma relação de favores e privilégios e não de direitos, o município como grande empregador e promotor de ações econômico-produtivas e sociais, sendo muito destes empregos oriundos de relações de nepotismo e apadrinhamento político, o que reflete num corpo de trabalhadores pouco capacitados para lidar com as complexidades que a gestão de um município requer, além da alternância deste corpo de trabalhadores, que muda conforme mudam prefeitos e vereadores.

Esta tradição ibérica produz relações patrimonialista e assistencialista que por sua vez contribuem para que as gestões nestas localidades sejam marcadas por forte autoritarismo e arbitrariedades, produzindo subjetividades assujeitadas, submissas e desapropriadas de um olhar crítico sobre estas práticas, transformando políticas de direitos em “politicagem” de favores.

Além da herança cultural ibérica, as relações políticas entre administração pública, cidadãos e agentes políticos também são marcados por uma forte influência da racionalidade positivista que foi a grande referência no processo de transformação do Brasil num Estado-Nação. A constituição dos Estados-Nação significou a ascensão da classe burguesa no poder do Estado antes ocupadas pelo Estado Imperial e monárquico. Isto representou uma grande mudança nos diagramas de força, pois passamos de um poder soberano a um poder disciplinar com a invenção de novos dispositivos. Esta ascensão representou uma estreita ligação entre o aparelho de Estado e o capital. Esta relação deu origem ao Estado Providência, um vasto e organizado aparelho público que ao mesmo tempo estimulava a produção incorporava o discurso de corrigir as desigualdades. Nesta lógica “A recompensa do mérito iria para os fortes; a assistência benévola iria para os fracos” (Bosi, 1992, p. 274). O advento do Estado-providência e da questão social se expressa pelo conjunto de desigualdades sociais engendradas pelo capitalismo contemporâneo, a produção de um grande contingente de população pobre.

> Como sabemos, no início da Revolução Industrial, especialmente na Inglaterra, mas também na França vai ocorrer uma pauperização massiva desses primeiros trabalhadores das concentrações industriais. A expressão questão social surge então, na Europa Ocidental na terceira década do século XIX (1830) para dar conta de um fenômeno que resultava dos primórdios da industrialização: tratava-se do fenômeno do pauperismo. (Yazbek, 2008, p77)

Assim, as políticas públicas no Estado moderno são constituídas em grande parte para legitimar as desigualdades e naturalizar as lógicas das compensações, estabelecendo relações de benevolência e assistencialismo que condicionou a relação entre o aparelho do Estado e a população numa lógica assistencialista, em que o que estava em jogo era a 'docialização' dos corpos. Este projeto burguês/racionalista/positivista também inaugurou uma forma de conceber a gestão das desigualdades sociais nas cidades. Chalhoud (1996) localiza dois pontos fundamentais desse modo de lidar com a diversidade urbana:

> O primeiro é a construção da noção de que "classes pobres" e "classes perigosas" – para usar a terminologia do século XIX- são duas expressões que denotam, que descrevem basicamente a mesma "realidade". O segundo refere-se ao surgimento da ideia de que uma cidade pode ser apenas "administrada", isto é, gerida de acordo com critérios unicamente técnicos ou científicos: trata-se da crença de que haveria uma racionalidade extrínseca às desigualdades sociais urbanas, e que deveria nortear então a condução não – política, "competente", "eficiente", das políticas públicas. Essas duas crenças, combinadas, tem contribuído muito, em nossa história, para a inibição do exercício da cidadania, quando não para o genocídio mesmo de cidadãos (1996,p. 20).

A gestão gerencial hegemônica cuja uma das vertentes foi a "gestão científica" da cidade excluiu qualquer participação do cidadão na construção das políticas públicas. Em nome da neutralidade científica das decisões administrativas pequenos grupos de *experts* passam a ditar os rumos da maioria das pessoas, consideradas ignorantes. A administração da cidade é constituída nesta cultura gerencial autoritária que inibe e desqualifica a participação do cidadão comum da vida da cidade

> É, então, muito evidente que nossos coletivos estão, atualmente, nas mãos de um enorme exército de *experts,* que acumulam o saber que

> lhes permite fazer com que as pessoas achem que precisem e solicitem aquilo que os *experts* dizem que precisam e que as classes dominantes lhes concedem. Então, os coletivos têm perdido, tem alienado o saber acerca de sua própria vida, o saber acerca de suas reais necessidades, de seus desejos, de suas demandas, de suas limitações e das causas que determinam estas necessidades e suas limitações. Eles têm perdido um certo grau de compreensão e o controle sobre que tipos de recursos e formas de organização devem dispor para resolver seus problemas. Mal podem organizar-se para resolver seus problemas se não conseguem saber, com precisão, quais são seus verdadeiros problemas e o que requer para resolvê-los (Baremblitt, 1992, p.17)

Para Chauí (2010) a sociedade auto organizada é vista como perigosa para o poder do Estado e para o funcionamento "racional" do mercado. A autora afirma que a sociedade brasileira ainda mantém marcas da sociedade colonial escravagista, o que denomina de "cultura senhorial" cuja principal característica é o autoritarismos social, sendo os seus principais traços a naturalização das desigualdades sociais e econômicas, naturalização das desigualdades de raça e gênero e naturalização de todas as formas de violência, principalmente aquelas executadas por agentes do Estado, como a violência policial e outras violências institucionais ora mais sutis ora mais gritantes. Na política este autoritarismo social exprime-se no funcionamento dos partidos políticos, clubes prives das oligarquias regionais que se relaciona com seu eleitorado por meio da cooptação, tutela, clientelismo e de promessas messiânicas. Ao atuar em municípios de pequeno porte deparo com muitas destas forças que atravessam o modo de se relacionar do poder público com a população.

3.3.3 Diagrama 03: "precarização" do trabalhado na saúde, da lei de responsabilidade fiscal às relações de autoridade

Para dar início a este terceiro diagrama retomo Orlandi (2002) que ao nos apresenta a ferida do plano de imanência da nossa contemporaneidade por meio do paradoxo de que nunca se presenciou entre nós uma tão acentuada potência de articular um conjunto ilimitado de forças presentes ou atuantes ao mesmo tempo em que nunca também se presenciou tamanho sucateamento da humanidade. Neste artigo intitulado "o que estamos ajudando a fazer de nós mesmos?" trabalha com duas vertentes: a do ilimitado, caracterizado pela percepção de que estamos

chegando a uma máxima potencia de combinação de forças atingidas pelos processos de saber, de poder e de subjetivação na contemporaneidade. A segunda vertente é a do sucateamento, que apesar do autor colocar no singular, chama-nos a atenção de que se trata de uma multiplicidade de velhos e novos sucateamentos. Destaca o aspecto do sucateamento da humanidade como subproduto da estratégia de produção cada vez mais dominante no nosso planeta e que impõe as relações de produção marcadas pelo sucateamento das qualidades físicos-químicas, vertente ambiental, e pelo sucateamento de crescentes contingentes de forças humanas de trabalho.

O campo da saúde no Brasil não escapa deste sucateamento da forças de trabalho caracterizada pela precarização dos vínculos trabalhistas. Este fenômeno de precarização da saúde surge e toma força a partir dos anos 90 devido a muitos aspectos.

Primeiramente por que paradoxalmente a ascensão do Sistema Único de Saúde com seus princípios de universalidade aconteceu concomitantemente com a crise do Estado de Bem Estar Social e o advento do neoliberalismo que tem como principal diretriz a estabilidade monetária, tendo como uma das principais conseqüências transformações do mundo do trabalho, não só pelo desenvolvimento no campo da robótica e da cibernética, mas pelo retorno as idéias liberais do Estado mínimo.

O advento do neoliberalismo no Brasil foi marcado pela chegada de uma grande reforma de Estado liderada pelo ex-ministro da Administração Federal e de Reforma do Estado, do governo Fernando Henrique Cardoso, Bresser-Pereira que no bojo das reformas propõe mudanças no processo de gestão de pessoal, instituindo, a partir da promulgação da EC nº 19/1998, práticas de flexibilização e precarização das relações de trabalho que passaram a ser amplamente adotadas, não só no âmbito do Governo Federal, mas também em boa parcela dos Estados e municípios. Estima-se que no Brasil cerca de 600 mil trabalhadores na área da saúde em condição de trabalho precário. (Brasil, 2006).

Os outros dois fatores estão interligados. Com a o processo de descentralização, fruto da implantação do SUS foi reformulado os papeis e funções dos entes federados, ao mesmo tempo aliados a este processo de descentralização

e municipalização foi institucionalizadas neste período uma gama de serviços a fim de garantir o direito universal e o acesso aos serviços de saúde, por meio da expansão da rede de serviços públicos de saúde. A conseqüência disso foi o aumento considerável de número de trabalhadores da área da saúde, sendo estes novos trabalhadores não mais vinculados a Federação e Estados mais aos municípios.

> Pode-se dizer que o SUS cresceu, estruturou-se e expandiu-se por meio dos municípios. Na década de oitenta, o total de empregos públicos de saúde era de ordem de 265.956 empregos, sendo que o setor público municipal representava 17,8% desse total. Já em 2002, estes números chegam a mais de 1 milhão de empregos, sendo que 66,3% são de responsabilidade municipal. (Brasil, 2006a, p.11)

Assim os municípios tornam-se os principais responsáveis pela contratação de trabalhadores, mas constrangidos pelas exigências da Lei de Responsabilidade Fiscal, criam como estratégia, parcerias com instituições prestadoras de serviços como Organizações Não Governamentais (ONGs) ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e contratos com cooperativas, precarizando os vínculos de trabalho.

Este diagrama da precarização do trabalho em saúde não é só composto por linhas de forças liberais que forçam os municípios a terceirizar seus quadros. O Brasil, principalmente no seu interior, há pouco tempo rural, sempre se deparou com relações de trabalho autoritárias marcado por relações de superioridade de uns, que mandam, e inferioridade de outros, que obedecem. Não é a toa que a frase “manda quem pode obedece quem tem juízo” é muito citada nas rodas de trabalhadores que participei enquanto apoiador institucional. Aliás, esta é uma das linhas que atravessam também o apoiador caipira. Como coloquei no capítulo anterior, dentre as várias linhas que constituem o caipira está a linha nômade, porém também o caipira é constituídos por outras linhas como a linha migrante, na qual sua “errancia”, em muitos casos, esta associada as relações de exploração e violência que sofriam dos senhores rurais.

Mais do que responder aos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal, não posso deixar de observar as linhas do autoritarismo, das relações de força, das

relações de apadrinhamento, das relações de desqualificação da coisa pública e do servidor público que também atravessam estas relações de precarização do trabalho na área da saúde. Estes vínculos instáveis, principalmente dos agentes comunitários, possibilita relações de mando marcados por forte autoritarismo.

A precarização do trabalho em saúde está em sintonia com o modelo gerencial que não só condiciona a relação de controle, desapropriação de saber e alienação do cidadão perante suas necessidades e capacidade de interferir nas concepções e rumos das políticas públicas da cidade, mas também condiciona a relação da administração pública com seus trabalhadores, o que Campos denomina de modelo Taylorista.

> A racionalidade gerencial hegemônica produz sistemas de direção que se alicerçam ao aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria. Estes sistemas, mais do que comprar a força de trabalho, exigem que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses, substituindo-os por objetivos, normas e objeto de trabalho alheios (estranhos) a eles (Campos, 2000, p. 23).

A correlação de forças dos diagramas apresentados aqui não é exclusividade das cidades de pequeno porte, estes atravessam a realidade na grande maioria das cidades brasileiras salve raríssimas exceções. Mas ao meu entender quando menor as cidades mais intenso são estas relações de força sendo maior as possibilidades de captura.

(In)conclusão: porque cartografar não tem fim....

“Pode ser que nada mude ou pareça mudar na história, mas tudo muda no acontecimento, e nós mudamos no acontecimento.” (Deleuze, Guattari)

Quando se coloca um problema, muitas vezes, vem embutida neste uma suposta resposta, uma solução, algo da ordem do ideal. Não se coloca o problema na sua potência experimental. Geralmente nos relacionamos com o problema como obstáculos para serem superados e, de preferência, rapidamente. Não se pega na mão de um problema e sai para passear, assim como não se segura um desconforto no colo e fica a devagar em frente a uma janela. Problemas são feitos para serem resolvidos, de preferência com respostas prontas, ou ignorado quando parece fugir do controle.

O trabalho na política pública de saúde é marcado pelo encontro constante com problemas, com situações incomodas e desconfortos que, frequentemente, pelo tamanho desses problemas, se é convocado a reponde-los prontamente ou simplesmente ignoramo-os.

Recolocar a questão do problema é fundamental, pois quando apresento tanto o apoiador cartógrafo quanto o apoiador caipira busco colocar em análise o modo como me relaciono com aquilo que no meu cotidiano enquanto apoiador institucional da Política Nacional de Humanização me atravessa e afeta enquanto problema.

Até que ponto enquanto trabalhador da saúde, sou convocado a responder e respondo prontamente questões complexas que habitam o cotidiano dos equipamentos de saúde, o cotidiano da gestão e do trabalho em saúde, marcado pelo encontro constante entre pessoas, sejam trabalhadores, gestores e usuários que por alguma necessidade depositam nestes equipamentos e equipes a expectativa de terem seus problemas acolhidos e resolvidos, considerando que a produção de saúde acontece no encontro entre: de um lado, uma pessoa com história de vida, condição social, cultura, saberes, concepções, valores e desejos singulares que busca alívio da sua dor, do seu sofrimento/incomodo; do outro, uma pessoa também com história de vida, condição social, cultura, saberes, concepções, valores e desejos singulares, portadora de um conhecimento técnico que pode

intervir no sofrimento e na dor do outro, mas também é portador de sofrimentos e incômodos?

Trago então duas questões para a presente análise: uma é a questão do problema: como trabalhamos os problemas que nos atravessam ou mesmo como identificamos e elencamos como problema aquilo que nos afeta? Segundo é o fato do trabalho em saúde caracterizar-se por ser um trabalho relacional, ou seja, só acontece em relação, assim como a produção de saúde.

O ponto chave do apoiador caipira tem estas duas questões entrelaçadas, já que o modo como identificamos, elencamos e trabalhamos os problemas que nos afetam no cotidiano do trabalho em saúde condicionam o modo como as relações são produzidas.

O método extensivo da máquina estatal em seus inúmeros problemas que busca responder, dentre eles, a de sustentar a própria engrenagem da máquina, tem também a questão de como fazer chegar aos quatro cantos de um país continental como o Brasil uma Política Pública de Saúde como o SUS, com seus princípios de universalidade, equidade e integralidade, sendo que a máquina é tão mais Estatal quanto maior sua capacidade de estender seus braços por toda a nação (Barros, Passos, 2008). Este modo extensivo de fazer da máquina a caracteriza como altamente normativa e totalizadora, excluindo as singularidades da experiência concreta.

Quando a Política Nacional de Humanização surge em 2003 com o objetivo de ser uma Política instituinte no seio da máquina Estatal, propõe por meio do método da tríplice inclusão (inclusão dos atores e suas histórias- ou lateralização; inclusão dos analisadores institucionais e inclusão dos coletivos, ou movimentos sociais e movimentos sensíveis) reverter o método extensivo por uma ação guiada por um método intensivo.

Como dispositivo do método da tríplice inclusão, a função apoio não trás como problema o aprimoramento da capacidade do Estado de estender seus braços por toda a nação, mas de como quebrar estas totalizações, produzindo políticas públicas singulares ao mesmo tempo em que produz singularidades.

Estamos falando de formas diferentes de estar em relação com o território que remete a diferentes maneiras de produzir e habitar o problema.

Quando o problema do método é o de produzir singularidades, o problema deixa de ser como reagir às demandas prontamente, e sim como produzir linhas de fuga, saídas frente às práticas de homogeneização, práticas totalizadoras. Quando uma política tem como diretriz a produção de singularidades ela se caracteriza como uma política pública menor.

Na introdução exponho o problema deste trabalho de três maneiras que se articulam e complementam: a primeira forma que o problema aparece é explicitada pelo título, “O Apoiador Caipira: o desafio/arte de articular redes regionais de saúde a partir de territórios/desejos singulares”. Posteriormente este problema se desdobra na questão trazida por Guizardi, Cavalcanti (2009) de como tornar as políticas públicas porosas ao movimento histórico, reconhecendo-o como potência de constituição de ser desprovida de verticalidade, escorregadia às totalizações. Por fim, articulo estas duas formas de expor o problema a uma terceira, o de como produzir políticas públicas menores extraindo da maioridade das Políticas extensivas suas menoridades.

Durante todo este trabalho estas questões me atravessaram constantemente, porém em nenhum momento do texto apresentei explicitamente o como produzir políticas públicas menores, nem mesmo ao desenhar os diagramas de força, pois só explicitei as linhas duras que cortam o campo de intervenção enquanto apoiador institucional (Estado-Diagramas-dispositivos de poder). Ou seja: apesar de ter anunciado como parte do método a desmontagem de paisagens-narrativas a fim de extrair destes acontecimentos mais significativos, a agitação de micro-casos como micro-lutas trazidas à cena, o que percebo é que evidenciei com mais força o **Estado-diagrama de poder** em detrimento do **máquina de guerra-diagrama de linhas de fuga**. Porém, mais do que buscar resposta aos problemas de pesquisa delimitados neste percurso, é característica da cartografia desdobrar-se em novos problemas, sendo que me deparo aqui com novas questões de pesquisa: Por que evidenciei o **estado-diagrama de poder**, ou seja, as linhas duras dos dispositivos de poder que capturam os desejos e ímpetos instituintes, em detrimento da **máquina de guerra-diagrama de linhas de fuga**? Por que não identifiquei e evidenciei as linhas de desterritorialização que dariam visibilidade ao modo de fazer mais intensivista do método proposto pela PNH e que realizaria a proposta de desmontagem das narrativas? Por que acabei privilegiando os Estado-diagramas de

poder? Será que estas forças estão tão impregnadas que não dei espaço para as forças que produzem linhas de fuga? Se algo me força para este lugar, o que será? Será que o percurso da pesquisa, ou o próprio objeto de pesquisa convocou a uma priorização do estado diagrama de poder?

Como este momento não é de conclusão, mas in-conclusões, não vou aqui buscar respostas a estas questões. Vou continuar me atendo as estas não para respondê-las e sim explorá-las. Apresentarei a seguir algumas pistas para análise a fim de que estas questões possam continuar a reverberar para além deste texto.

Uma primeira pista está relacionada com a questão da menoridade trazida por Deleuze e Guattari que afirmam que o problema é nada ser absolutamente livre, mas encontrar uma saída, ou então uma entrada, um lado, uma adjacência, extrair a menoridade das coisas que nos capturam produzindo linhas de fuga. Enfatizar os **diagramas de poder,** neste sentido, pode ser uma estratégia para dar visibilidade àquilo que podemos/temos que escapar.

Nesta mesma linha trago uma segunda pista a partir da discussão de Deleuze em relação aos dispositivos de poder e agenciamentos de desejo que abordei no capítulo 03. Deleuze (1996) reafirmando que o desejo não é uma "realidade natural" afirma que o poder é uma afecção do desejo, ou seja, não seriam os dispositivos de poder que agenciariam ou seriam constituintes de desejos, mas são os agenciamentos de desejo que precedem e forçam a formação de dispositivos de poder , isto porque os agenciamentos de desejo é constituído por dois pólos: **Pólo estrato dos agenciamentos** e **pólo máquina abstrata**[8]. Apesar de não ser novidade, as forças apontadas nos três diagramas de poder evidenciados neste trabalho, continuam a nos atravessar produzindo e condicionando nossos discursos e práticas tanto na atenção quanto na gestão do SUS, e consequentemente interferindo no modo como nos relacionamos seja entre trabalhadores-trabalhadores, seja entre trabalhadores- gestores e gestores/trabalhadores-usuários, ou mesmo a relação entre nós com nosso corpo, comunidade... É necessário então na prática do apoio dar visibilidade a estas forças que nos atravessam e constitui nossos valores, interesse, nossa concepção de público, de saúde, de corpo, que capturam desejos instituintes e produzem desejos instituídos, desejos de poder. Ou

[8] Ver definição na página 89 deste trabalho.

seja, ao mesmo tempo em que cito Deleuze para afirmar que o desejo vem antes e os dispositivos de poder se agenciam para capturar/(re)territorializar o desejo, também não é menos verdade que ao reterritorializar os agenciamentos de desejos, os dispositivos de poder produzem novos desejos, novos agenciamentos, mais territoritorializados, não nômades. Assim, esta segunda pista é o desdobramento da primeira, pois além de identificar por meio do diagrama de poder por onde podemos escapar, pode-se desdobrar esta questão em mais três: Quais os dispositivos de poder que constituem estes diagramas de poder? Que desejo estes dispositivos de poder capturaram ou visam capturar? Até que ponto nossos desejos são desejos instituintes ou meros desdobramentos dos dispositivos de poder, ou seja, desejos de poder?

Considerando as contribuições trazidas por Massaro (2010) quando disserta sobre o conceito de implicação, estas últimas questões remetem ao problema da análise de implicação colocado na apresentação deste trabalho. Segundo este autor:

> Não importando a escolha do nome, o que queremos é expressar, seguindo o rigor metodológico proposto pelos autores, a maneira pela qual nos atualizamos na vida, ou seja, de que forma nos colamos a fluxos que aumentam nossa potencia de existir, pensar e agir, ou ao contrário, fluxos de captura de poder. Dito de outra forma, ao sermos arrebatados por um fluxo tal que nos coloca em dada condições, que nos faz implicado, estaremos então falando de uma "espécie" de agenciamento, ou seja, fluxos desejantes onde colamos também nosso desejo, de algum modo já em cumplicidade. É isso que procuraremos demonstrar neste capitulo: de que forma explicamos a análise de implicação como agenciamento de desejo." (MASSARO, 2010. P.36)

MASSARO (2010) ao explicar a análise da implicação como agenciamento de desejos apoiando-se na filosofia de Espinosa e no conceito de diagrama em Deleuze:

> É, portanto, a partir das "lutas de cada época, do estilo de lutas, que se pode compreender a sucessão de diagramas ou seu re-encadeamento por sobre as descontinuidades" (Deleuze, 1988; pag. 53). Entendendo o diagrama, não como um arquivo áudio-visual do estratificado, relação de fatos ocorridos. Mas, a partir destes, como uma máquina abstrata, como um "mapa das relações de forças,

> mapa de densidade, de intensidade, que procede por ligações primárias não localizáveis e que passa a cada instante por todos os pontos, 'ou melhor, em toda relação de um ponto a outro'" (Deleuze, 1988; pag. 46).[...] Empresa que, pretendemos, nos levará a entender, a partir da compreensão do campo diagramático, de que forma nos ligamos a este processo, naquilo que entendemos como análise de implicação, ou seja, a atualização do desejo ligado a um fluxo desejante como agenciamento coletivo. (MASSARO, 2010, p.103 e 104)

.Eis aí um momento em que o apoiador institucional é convocado a ser cartógrafo, no movimento de análise das implicações, de identificar as forças que atravessam o processo de intervenção e de como estamos nos ligando a este processo, como estamos atualizando nossos desejos, ou melhor, a que fluxo desejante estamos conectados, que agenciamentos estamos imersos, quais fluxos de desejo estes agenciamentos nos concecta?

Por fim, a terceira pista retoma o problema do porquê não dei visibilidade aos diagramas-linhas de fuga. Por que não desenhei o diagrama das linhas de fuga? Quais as dificuldades de identificar desejos que escapam aos dispositivos de poder?

A partir desta terceira pista gostaria de expor alguns pontos em relação a estas dificuldades. Primeiramente, entendo que a produção de redes por meio de territórios/desejos singulares, ou como produzir políticas públicas menores, não são questões para serem respondidas, mas problematizadas. Outra questão é, se a Política Nacional de Humanização visa ser uma política instituinte dentro da máquina do Estado, não será ela mesma uma política pública menor, mesmo que pretensiosamente, sendo os seus dispositivos um. **máquina de guerra-diagrama das linhas de fuga?** Claro que um novo diagrama das linhas de fuga poderiam indicar a composição de novos dispositivos, ou mesmo o aprimoramento dos já instituídos o que é muito pertinente para o movimento HumanizaSUS[9]. Mas por outro lado, até que ponto é estratégico dar visibilidade aos diagramas linhas de fuga sendo que sempre estão a se produzir dispositivos de poder para capturá-los? Por fim, este trabalho cartográfico teve como objetivo "colocar na roda" algumas problematizações que me afetaram enquanto apoiador, mas está longe de ser um

[9] Podemos problematizar também até que ponto a Rede HumanizaSUS (RHS), enquanto espaço virtual de troca de experiências de Humanização na saúde não pode ser um espaço de traçado da máquina de guerra-diagrama-linhas de fuga.

trabalho de avaliação das minhas intervenções e seus efeitos, ou seja, não se trata de uma pesquisa avaliativa, se fosse teria que utilizar-se de outras ferramentas principalmente das pesquisas avaliativas da quarta geração[10] para ser coerente com os princípios e método da Política Nacional de Humanização. Mas posso afirmar que por mais que estas intervenções não produziram as transformações no modelo de gestão e atenção que desejaria, assim como impactos nos indicadores de saúde locais, os grupos e coletivos produzidos nestas frentes de ações intensivas, que já é linha de fuga, produziram sim muitos bons encontros, afecções alegres, acontecimentos, pequenas epifanias, lembrando o escritor Caio Fernando Abreu, mas que não consegui dar visibilidade.

Outros motivos por não ter dado visibilidade a estes acontecimentos, é pela própria dificuldade de materializar os acontecimentos, ora porque são, na maioria das vezes, efêmeros e de uma imaterialidade difícil de capturar, ora porque talvez a escolha por utilizar os produtos PNUD para extrair as narrativas-paisagens e desmontá-las não tenha sido o mais adequado para desenhar os diagramas linhas de fuga. Isto porque pode ser que as formas de narrativas que compõem estes produtos não permitiram que pudesse acessar algum plano mais impessoal de análise ou mesmo outras dimensões de análise, caracterizando uma sobreimplicação deste processo de pesquisa e análise. Sobreimplicação que observo quando afirmo a Política Nacional de Humanização como uma política pública menor já que há analises, talvez tão sobreimplicadas quanto a minha, que questionam se a PNH já não está demasiadamente instituída na máquina do Estado, desprovida atualmente de força instituinte.

Para encerrar gostaria de fazer mais algumas observações. Primeiro reafirmar que o apoiador cartógrafo e o apoiador caipira que, apesar de ter trabalhado ambos como dois personagens conceituais, não são distintos. Quando trago estes dois personagens conceituais é para afirmar um modo de fazer do apoio institucional da

---

[10] As pesquisas avaliativas de quarta geração são caracterizadas pela radicalidade na participação e pela inclusão de todos os atores envolvidos no processo de avaliação, e se contrapõe às pesquisas de terceira geração, marcadas pelo julgamento, pela incapacidade de incluir a diversidade de atores e projetos envolvidos em torno dos programas e políticas. Enquanto a pesquisa de quarta geração prioriza os métodos qualitativos, as de terceira geração, por portarem aspectos do paradigma positivista, desconsideram o contexto da avaliação, assim como priorizam os métodos quantitativos e a crença numa verdade única, desconsiderando outros pontos de vista em relação ao objeto avaliado.
Por falar em objeto, outra caracteriza que difere radicalmente as gerações avaliativas está na relação dualista. Enquanto as pesquisas avaliativas de terceira geração estabelecem relações de poder a partir deste dualismo investindo na produção de relações verticais com lugares fixos e imutáveis, como sujeito e objeto, as pesquisas de quarta geração borram estes lugares instituídos.

PNH enquanto dispositivo de uma política que visa reverter o modo de fazer da máquina estatal. Daí a segunda observação que gostaria de destacar. Em nenhum momento pretendi prescrever um jeito certo de fazer apoio, dizendo como se faz ou se deve fazer apoio. Como a cartografia é sempre uma cartografia de um caso singular busquei por meio do apoiador caipira e apoiador cartógrafo, não colocar em análise o apoio institucional ou a própria Política Nacional de Humanização, mas falar da minha experiência de apoiador institucional. Neste sentido o apoiador caipira e o apoiador cartógrafo diz de um modo de fazer apoio, tendo a nomadologia como método.

> [...] a nomadologia como método, envolve os encontros que fazem com que os estratos se desfaçam em problemas ou interrogações que os imantam, intensidades que os inseminam, em direção ao plano de consistência da matéria não formada [...] (Cardoso Jr, 2004, p.256).

Exponho meu desejo de, no papel institucional que for, estar sempre a convocar estes personagens, a do cartógrafo e a do caipira, que ao mesmo tempo que desenha a rede de forças imanentes a nós e que nos subjetiva e molda nossas condutas, faz o traçado da linha nômade, traça linhas de fuga, aumentando nossa potência de agir, de inventar, de habitar o intempestivo.

Por mais que estas regiões e municípios de pequeno porte pareçam dominados pela tradição ibérica de relacionamento público privado produzindo relações assistencialistas, patrimonialistas calcadas num autoritarismo institucional, na micropolítica das relações, há sempre linhas de fuga, devires insurgentes que escapam e desejam produzir outras relações. O apoiador caipira a partir da cartografia e das suas ferramentas de análise e intervenção visa à articulação e produção destas linhas de fuga, na atualização de devires insurgentes, apostando nas fissuras do modo hegemônico de relação entre a administração pública e a população, transformando a relação governo-Estado-políticas públicas, produzindo políticas que traduzam na prática desejos singulares e emancipatórios.

Referencias Bibliográficas

ACIOLE, G. G. Redes interfedearivas de saúde: um arranjo assistencial instituinte ou uma nova estratégia gerencial? **Ciência e Saúde Coletiva** (Impresso),v. 16, p. 1681-1683, 2011.

BACELAR, W. K. A. análise da pequena cidade sob o ponto de vista político-administrativo. In: Dias, P. C.;SANTOS, J. **Cidades médias e pequenas: contradições, mudanças e permanências nos espaços *urbanos***. 94. ed. Salvador: SEI, 2012. v. 1000. 238p

BARROS, R.B; PASSOS, E. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In. PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. (org.) **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

BAREMBLITT, G.**Compêndio de Análise Institucional**. Rio de Janeiro: 3a. ed., Rosa dos Tempos, 1996.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface** – *Comunicação, Saúde, Educação*. São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.

_____, R. B.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas públicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(3): 561- 571, 2005a.

BARROS, R. D. B. **Grupo: a Afirmação de um Simulacro**. 1a.. ed. Porto Alegre: Sulina/Ed UFGRS, 2007. v. 1. 347p

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

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Os caipiras de São Paulo**. São Paulo: Brasiliense,1983.

BOSI, Alfredo. **Dialética da colonização**. São Paulo: Companhia da Letras, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº. 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Brasília.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde.

Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS : DesprecarizaSUS : perguntas & respostas : Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: *Clínica ampliada e compartilhada.* Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: Gestão participativa: co-gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº. 4279**, de 30 de dezembro de 2010. Brasília.

_____. Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional Integrado do Ministério da Saúde***:* QUALISUS-REDE / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMARGO JR, K. R. A biomedicina. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.Suplemento, p. 177- 201, 2005.

CARDOSO JR., H.R. **Pragmática menor: Deleuze, imanência e empirismo**. Tese (Livre-Docência). Faculdade de Ciências e Letras de Assis- Universidade Estadual Paulista, 2005.

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

_____, G.W.S. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexão sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. In: BARROS, R.B; PASSOS, E(org.); **Formação de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

CANDIDO, Antonio. **Os parceiros do Rio Bonito**. São Paulo: Duas Cidades, 1987.

CHAUI, M. S. . O público, o privado, despotismo. In: Adauto Novaes. (Org.). **Ética**. 1ed.São Paulo: Companhia das Letras, 1992, v. , p. 345-390.

_____, M. S. . Escritos sobre a universidade. 1. ed. São Paulo: Editora da UNESP, 2001. 205p .

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. Tese de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2004.

DELEUZE, G. **Foucault.** Cláudia Sant'Anna Martins (trad.). São Paulo: Brasiliense, 1988.

_____, G. ¿Que és un dispositivo? In: **Michel Foucault, filósofo**. Barcelona: Gedisa, 1990, pp. 155-161. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento. Disponível em http://escolanomade.org/pensadores-textos-e-videos/deleuze-gilles/o-que-e-um-dispositivo. Acesso em 23/06/2013. Não paginado.

_____G. "Desejo e Prazer". In: Pelbart, PP e Rolnik, S (org.), **Cadernos de Subjetividade,** Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, num. especial, São Paulo, jun. 1996, p. 13 a 25.

_____, Gilles. A imanência: uma vida... In: VASCONCELLOS, Jorge; FRAGOSO, M. A. R. (Orgs.). **Gilles Deleuze: imagens de um filósofo da imanência**. Londrina: UEL, 1997. p.15-19.

_____, G. Nietzche e São Paulo, D.H. Lawrence e João de Patos. In: **Crítica e Clínica**. São Paulo: Ed 34, 1997. p. 45-63.

_____, G. **Bergsonismo**. Tr. Luiz Orlandi. São Paulo: Ed. 34, 1999.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F.. **O que é a Filosofia?** Trad. Bento Prado Jr. E Alberto Alonso Muñoz. Rio de janeiro: 34, 1992.

_____, G.; _____, F.. **Mil Platôs – Capitalismo e Esquizofrenia** *(Vol.5).* Trad. de Peter Pál Pelbart e Janice Caiafa. Rio de Janeiro: 34, 1997.

_____, G.; _____, F.. **Kafka para uma literatura menor**. Trad. Rafael Godinho. Lisboa: Assírio & Alvim, 2002.

ESCÓSSIA, Liliana da. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica . In: Passos, Eduardo; Kastrup, Virgínia; Escóssia, Liliana da. (Org.). **Pistas do método da cartografia:pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. 1aed.Porto Açegre: Editora Sulina, 2009, v. 1, p. 92-108.

_____, Liliana da. O coletivo como plano de criação na saúde pública 1414-3283. **Interface**. Comunicação, Saúde e Educação, v. 13, p. 689-694, 2009a.

FRANCO,T.B.**Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde**: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2003.

GUATTARI, Félix**. Caosmose**: um novo paradigma estético. São Paulo: Editora 34, 1° Ed., 1992. 208p.

_____, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Ed. Vozes, 5ª Ed., 1999. 327p.

HARDT, M. **Gilles Deleuze – um aprendizado em filosofia.** São Paulo: Editora 34, 1º Ed., 1996. 192p.

GUIZARDI, F.L. **Do controle social à gestão participativa**: perspectivas (pós-soberanas) da participação política no SUS. 2008. 258f. Tese (doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008.

_____.; CAVALCANTI, 2009. Por um mundo democrático produzido democraticamente (ou: os desafios da produção do comum). In: **Lugar Comum**, Rio de Janeiro, n.27, 2009, p. 103-124.

HENRIQUE, W . Diferenças e repetições na produção do espaço urbano de cidades pequenas e médias. In: LOPES,D.M.F.;_____. (Org.). **Cidades Médias e Pequenas da Bahia**: teorias, conceitos e estudos de caso. 01ed.Salvador: SEI, 2010, v. 01, p. 45-58.

KASTRUP, V BARROS, R. B.; Movimentos-Funções do dispositivo na prática da cartografia. In. PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. (org.) **Pistas do método**

da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**.** Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 76-91.

KIRST, P. B. A. G. Conhecimento e Cartografia: Tempestade de Possíveis. In: Tania Mara Galli Fonseca, Patricia Gomes Kirst. (Org.). **Cartografias e Devires**: A Construção do Presente. Porto Alegre: UFRGS, 2003, v. 1, p 91-101.

LEVY, T. S. . **A experiência do Fora**: Blanchot, Foucault e Deleuze. 1. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003. v. 1. 132p .

LOURAU, R. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. In: **René Lourau na UERJ- 1993**. Rio de Janeiro, Editora da UERJ, 1993.

_____. "Implicação e Sobreimplicação". In.: ALTOÉ, S. (Org.) **René Lourau. Analista Institucional em tempo integral**. São Paulo:HUCITEC, 2004A. p. 186-198.

_____. "Implicação: um novo paradigma". In.: ALTOÉ, S. (Org.) **René Lourau. Analista Institucional em tempo integral**. São Paulo:HUCITEC, 2004d. p. 246-258.

MASSARO, A. Redes Assistenciais:Como a ela nos ligamos? "Os jogos de Poder e Saber que tecem as rede". Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2010.

MONCEAU,G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal Revista de Psicologia**, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008. Jan./Jun, 20(1):19-26.

MACHADO, R. **Deleuze e a filosofia.** Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1° Ed., 1990. 242p.

MARTINS, A.. Novos paradigmas e saúde**. Physis**. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 83-112, 1999.

MASSARO, A. Redes Assistenciais: como a ela nos ligamos? "Os jogos de Poder e Saber que tecem as rede". Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2010.

MERHY, E.E.; Micropolítica do encontro intercessor apoiador-equipe, substrato para um agir intensivista. In: **Saúde em debate**, v. 34, p. 433-435, 2010.

NASCIMENTO, V. B. . SUS: Pacto federativo e gestão pública. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. .

NEGRI, A.; HARDT, M**. Império**. Rio de Janeiro/ São Paulo: Ed. Record, 4ª ed., 2002.

NIETZSCHE, F.W. **A Gaia Ciência.** São Paulo: Ed. Companhia das Letras, 2001.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador**: uma cartografia da função apoio. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2011.

OLIVEIRA, G. N. **Apoio Institucional** - Orientações metodológicas para o trabalho do Apoiador da Política Nacional de Humanização. Documento Técnico elaborado como produto da consultoria desenvolvida para a Política Nacional de Humanização (PNH)/Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://apoioparaosus.net/oliveiragn/2011/11/26/cinco-indicacoes-metodologicas-para-o-apoio/. Acesso em: 05/11/2012

ORLANDI, L.B.L. O que estamos ajudando a fazer de nós mesmos? In: RAGO, M.; ORLANDI, L.B.L; VEIGA-NETO, A.(Orgs). **Imagens de Foucault e Deleuze** – ressonâncias nietzscheanas, RJ, DP&A Ed., 2002, pp. 217-238.

PASCHE, Dário Frederico. et al.O paradoxo das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health**, v. 20, p. 416-422, 2006.

_____, D.F; PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudança na saúde- aposta da Política Nacional de Humanização. In: **Saúde em debate**, v. 34, p. 423-432, 2010.

_____, D.F; _____, E. O lugar do método na Política Nacional de Humanização: aposta para uma experimentação democrática radical. In: **Saúde em debate**. v. 34, p. 439-447, 2010a.

PASSOS, E; BARROS, R. B.; Complexidade, transdisciplinaridade e produção de subjetividade. In: Tania Mara Galli Fonseca; Patrícia Gomes Kirst. (Org.).

Cartografias e devires. A construção do presente. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003, v. 1, p. 81-89.

_____, E.; _____, R.B.; Clínica, política e modulações do capitalismo. **Lugar Comum** (UFRJ), Rio de Janeiro, p. 159-171, 2004.

_____,E.; _____, R. B.; Método na experiência clínico-política: reversão e desmontagem. Apostila transcrita, 2008. Disponível em: (http://docs.google.com/fileview?id=0Byhsw4JHq9gODdkZjdlOGUtYTNkMi00ZjBjLTgyYzMtNGI1Njg4NDUyYTA3&hl=pt_BR). Acesso em: 07 mar. 2013.

_____, E. ;_____, R. D. B. A Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Eduardo Passos;Virginia Kastrup; Liliana da Escóssia. (Org.). **Pistas do método de cartografia:** pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. 1aed.Porto Alegre: Sulina, 2009, v. , p. 17-31.

PELBART, P. P.. **Da clausura do fora ao fora da clausura**. 1. ed. São Paulo: Brasiliense, 1989.

PRADO JR, B. A idéia de “Plano de Imanência”. In ALLIEZ, E (Org.). **Gilles Deleuze: Uma vida filosófica**. São Paulo, Ed 32, 2000.

QUEIROZ, M. S.. O paradigma mecanicista da Medicina Ocidental Moderna: uma perspectiva antropológica. **Revista de Saúde Pública**. **(20):** 4, p.309-17, 1986.

RIGHI, L.B. Redes de Saúde: Uma Reflexão sobre Formas de Gestão e o Fortalecimento da Atenção Básica. In: Gustavo Tenório Cunha. (Org.). **Cadernos Humanizasus:** atenção básica. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, v. 1, p. 59-74.

SAIDÓN, O. *Redes.* Pensar de outro modo. In. **Devires da Clínica**. SAIDÓN, O. São Paulo: HUCITEC. 2008.

SANTAFÉ, V. L.. Tratado de Nomadologia: desejo e revolução. **Lugar Comum** (UFRJ), v. 2, p. 77-94, 2013.

SANTOS, L; ANDRADE, L.O.M. ***SUS*: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos:** *aspectos jurídicos, administrativos e financeiros*. Campinas-SP: Saberes editora, 2009.

SANTOS, L; **SUS: desafios políticos-administrativos da gestão interfederativa da saúde, regionalizando a descentralização**. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2012.

SCHAEDLER,L.I.*Pedagogia Cartográfica: a estética das redes no setor da saúde como política cognitiva e ética do ensino-aprendizagem em coletivos.* Tese de Mestrado.Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.

SILVA, S. C. B. M. Cidades pequenas e médias: reflexões teóricas e aplicadas. In:LOPES,D.M.F;HENRIQUE,W. (Org.). **Cidades médias e pequenas**: teorias, conceitos e estudos de caso. Salvador: SEI, 2010, v. , p. 93-108.

SILVA, Joseli Maria. Cultura e territorialidades urbanas- uma abordagem da pequena cidade. **Revista de História Regional**, Ponta Grossa PR, v. 5 n 2, n.2, p. 09-38, 2000.

SILVEIRA, C.R. *A epopeia Caipira: regionalismo e identidade nacional em Valdomiro Silveira.* Dissertação (mestrado em História) – Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista, Assis, 1997.

SOARES, B.R ; MELO, N. A. cidades médias e pequenas: reflexões sobre os desafios no estudo dessas realidades socioespaciais. In: LOPES,D.M.F;HENRIQUE,W. (Org.). **Cidades médias e pequenas:** teorias, conceitos e estudos de caso. Salvador: SEI, 2010, v. 1, p. 229-251.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. *Os anos de inverno da Análise Institucional francesa*. **Revista do Departamento de Psicologia** (UFF), v. 18, n2, p. 29-46, 2006.

ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir. Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, v. 2, n.1, p. 241-251, 1993.

_____, S. Novas figuras do caos. Mutações da subjetividade contemporânea. In: Lúcia Santaella; Jorge Albuquerque Vieira. (Org.). **Caos e Ordem na Filosofia e nas Ciências.** 1ed.São Paulo: Face e Fapesp, 1999, v. , p. 206-221

_____, S. Micropolítica. Cartografias do desejo. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. v. 1.

YATSUDA, Enid. O caipira e os outros. In: BOSI, Alfredo (org.). **Cultura brasileira Temas e situações**. São Paulo: 2° Ed., Ática, 1992.

YAZBEK, M. C.. Estado e Políticas Sociais. **Praia Vermelha** (UFRJ), v. 18, p. 72-94, 2008.

ZOURABICHVILI F. O vocabulário de Deleuze. André Telles (Trad.). 2004. Disponível em: <http://claudioulpiano.org.br.s87743.gridserver.com/wp-content/uploads/2010/05/deleuze-vocabulario-francois-zourabichvili1.pdf>. Acessado em 13/11/2013