**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Apoio como dispositivo: conexões, invenções e
provocações à produção coletiva do cuidado e da gestão
no município de São Bernardo do Campo**

Ana Cristina Sundfeld

**Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública
para obtenção do Título de
Doutora em Ciências.**

**Área de concentração: Serviços de
Saúde Pública**

**Orientadora: Dra. Laura Camargo
Macruz Feuerwerker**

**São Paulo
2016**

**Apoio como dispositivo: conexões, invenções e
provocações à produção coletiva do cuidado e da gestão
no município de São Bernardo do Campo**

Ana Cristina Sundfeld

**Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública
para obtenção do Título de
Doutora em Ciências.**

**Área de concentração: Serviços de
Saúde Pública**

**Orientadora: Dra. Laura Camargo
Macruz Feuerwerker**

**Versão Original
São Paulo
2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

O Marco Marciano – Lenine

Pelos altos falantes do Universo
vou louvar-vos aqui na minha loa
um trabalho que fiz noutra planeta
onde nave flutua e disco voa:
fiz meu Marco no solo marciano
num deserto vermelho sem garoa.

Bem na praça central um monumento
embeleza meu Marco Marciano,
um granito em enigma recortado
pelos rudes martelos de Vulcano;
uma Esfinge em perfil contra o
poente, guardião imortal do meu
Arcano.

Em gratidão ao Eterno Mestre Austro

AGRADECIMENTOS

A meus pais, Sérgio (in memoriam) e Nadya, pelo amor incondicional. Mãe, tuas palavras tem a força e a beleza de uma estrela e me acompanham sempre. Como te admiro!! Aos meus irmãos amados, Marcos e Luís, pelo carinho, amor e amizade. Aos sobrinhos queridos, Clara (Pequena Menina), João e Maria Luísa, que daqui a alguns meses estará entre nós, bem vinda querida! A minha cunhada Júlia, pelas palavras de incentivo e pelas boas vibrações. Para o coração não existe distância, estamos todos sempre juntos no amor!!

Agradeço a minha orientadora Laura, pela aposta, pela confiança e pela parceria, firme, presente, animadora, sobretudo nos momentos em que me senti paralisada por dúvidas e inseguranças. Foram muitos aprendizados, boas conversas e encontros, que sempre me lançaram mais longe nas reflexões, análises, desejos afirmativos e produtores de vida e de liberdade!

Aos Professores da banca examinadora Alexandre Henz, Ângela Capozzolo, Marília Louvison e Rossana Baduy, pelas preciosas contribuições e provocações que incentivaram novos escritos, imagens e cores à tese!

Ao Duplo Sol pelos ensinamentos, entregas amorosas e eterna aposta no melhor de todos nós! Aos companheiros do Grupo Phenix, por todos esses anos de convivência, de

aprendizados e de fraternidade. Entre acertos e tropeços, vivemos muitos crescimentos e compartilhamos belos momentos!

As forças cósmicas, visíveis e invisíveis, sempre por perto, atuantes, incansáveis, parceiras e aliadas da Vida.

A meu Tio Pacheco e Tia Tânia, pela torcida carinhosa e pelos momentos felizes que compartilhamos em Sampa.

A Rafa, minha prima querida, sempre me recordando que a vida é alegria e infinitas possibilidades!

A Tania, amiga querida de tantos anos, que carinhosamente compartilhou tantos momentos deste doutorado comigo, sempre me incentivando e me lembrando de que o caminho e o processo são repletos de potentes mudanças!

A Fabiana, amiga querida, pela escuta e pela parceria, companhia doce que me alegrou em tantos momentos de solidão e de cansaço. Valeu!

Ao Fábio, pelo carinho, pela cumplicidade silenciosa, pela presença possível.

As queridas amigas Vivian, Nadia, Karla, Clayse, Dani, Miriam, Janira e Camila, pelas palavras, atitudes, gestos, carinhos e presenças encorajadoras.

Aos companheiros do grupo de violão, com quem compartilho as tardes de sábado e vivo momentos de alegria, inspiração, risos, desafinos e canções! Ah, e cervejas também!!

Aos companheiros do grupo de pesquisa, aos nossos encontros inspiradores e instigantes de um pensar alegre, intenso, povoado de devíres!

Aos trabalhadores da Secretaria municipal de saúde de São Bernardo, em especial aos trabalhadores-apoiadores, parceiros que me acolheram desde o início da pesquisa, agradeço a receptividade afetiva e companheira que me ajudou a me sentir ainda mais “apoiadora”! A Debora Bertussi, pela acolhida generosa, pelas contribuições e cutucadas produtivas, em tantos momentos da pesquisa! Aos gestores e usuários, minha gratidão por compartilharem espaços de encontro e convites que me permitiram transitar com liberdade pelos territórios.

E a todos aqueles que participaram da elaboração desta tese, com ideias, palpites, vibrações, conversas, passeios, momentos de alegria, de festa, de vida. Valeu!!

A Capes, que possibilitou por algum tempo, dedicar-me integralmente ao doutorado.

RESUMO

A transformação nos modos de organizar e produzir atenção em saúde exige a invenção de dispositivos com potência para proporcionar espaços coletivos de análise acerca da produção da gestão e do cuidado. O apoio é tecido por múltiplas relações, interesses, projetos e agenciamentos. Fabricado no encontro, é um intercessor que pode favorecer reflexões sobre a micropolítica do trabalho, sobre os encontros entre trabalhadores e usuários, entre trabalhadores e entre trabalhadores e gestão, agenciando possibilidades de análise do cotidiano e interferências sobre os modos de cuidar e de gerir. As interrogações sobre o cuidado podem abrir zonas de visibilidade aos processos de trabalho, discursos, práticas e relações de poder. A pesquisa procurou analisar o processo de fabricação do apoio na rede de atenção à saúde no município de São Bernardo do Campo e seus efeitos. O município organizou nove núcleos territoriais em saúde, cada qual com um grupo de até cinco apoiadores constituído por trabalhadores com formações variadas. Ademais, conta com uma dupla de facilitadores de educação permanente, ligados à gestão nos diferentes departamentos da Secretaria de Saúde e orientadores de educação permanente que tem a função de dar suporte aos apoiadores e facilitar os processos de educação permanente nos territórios. No desenho de São Bernardo, o apoio é uma ferramenta estratégica para a construção do cuidado em rede e para a análise das práticas de saúde. Há uma forte aposta da gestão na criação de espaços coletivos e dispositivos de conexão entre os departamentos, serviços, gestores e trabalhadores na intenção de suscitar transversalidade e combater a estrutura vertical de sua organização. O município vive uma intensa criação de dispositivos mobilizadores de encontros, propostos para a construção de redes e de gestão compartilhada do cuidado. Por meio de andanças com os apoiadores em variados territórios, conversas, afecções, registros em diário de campo, narrativas e documentos, tecemos uma cartografia: composição de cenários, de perspectivas e de analisadores, sentidos abertos, múltiplos e conectáveis. A abordagem cartográfica acompanha processos, persegue rastros e traçados, se movimenta entre linhas, sustenta problemáticas; nela, somos pesquisadores in-mundos, nos infectamos, nos misturamos, sempre implicados e em

produção com os mundos pesquisados. Mesmo sendo uma aposta de governo, tensionamentos e conflitos acontecem no cotidiano, relacionados a diferentes prioridades, agendas, quebra de acordos, interrupção de projetos. As produções do apoio vêm fomentando conexões entre os serviços, contribuindo com o matriciamento de saúde mental e de outras especialidades na atenção básica e entre os trabalhadores da atenção especializada, fortalecendo redes, estimulando análises coletivas sobre o cuidado, criando estratégias e ferramentas, transformações em fluxos e na regulação. O apoio não é função somente do apoiador, pode ser agenciado por variados atores. Por fim, a auto-análise, quando acontece, potencializa o apoio como dispositivo, provisório, ativador de processos e de protagonismo coletivo.

Palavras-Chave: Apoio; Micropolítica do Trabalho; Produção de Cuidado; Gestão em Saúde; Rede; Integralidade; Cartografia.

ABSTRACT

The transformation in the ways to organize and produce attention in health requires the invention of devices with power to provide collective spaces of analysis about the production of management and care. The support is produced through multiple relations, interests, projects and movements. Produced in the encounter, support is an intercessor who can favor reflections on the micro-politics of work, on the relations between workers and users, between workers and between workers and managers, favoring analytic movements of the quotidian and interference on the ways of caring and manage. The questions regarding the care can open areas of visibility to the work processes, speeches, practices and power relations. The research tried to analyze the process of support production in the health care system in the municipality of São Bernardo do Campo and its effects. The municipality has organized nine territorial cores in health, each with a group of up to five supporters composed by professionals with different formations. In addition, there are facilitators of permanent education, linked to management in different departments of the Secretariat of Health and advisors of permanent education that have the function to give support to the supporters and facilitate the permanent education processes in the territories. In the St Bernard arrangements, support is a strategic tool for the construction of care in the health services system and for the analysis of health practices. There is a strong commitment of management in the creation of collective spaces and connecting devices between the departments, services, managers and workers, intending to arouse transversality and combat the vertical structure of the organization. The city lives an intense creation of living devices for encounters, construction of networks and of shared care management. By means of the supporters movements in different territories, conversations, affections, records in the field diary, narratives and documents, a cartography has been produced: composition of scenarios, perspectives and analyzers, senses open, multiple and connectable. The cartographic approach accompanies processes, persecutes tracks and traces, moves between lines, sustains problematic; in it, we are researchers in-worlds, always involved and in deep touch and interaction with the worlds researched. Although produced through an official proposal,

disputes and conflicts take place in daily life, related to different priorities, schedules, disagreements, interruption of projects. The production of the support foster connections between the services, contributing with the shared care in mental health and other specialties, collaboration between primary care and specialized care workers, strengthening networks, stimulating collective analyzes about care, creating strategies and tools, transformations in flows and in the regulation. The support is not only a role for the supporters, but a role played different actors. Finally, an auto analysis is a constitutive dimension of support, as critical exercise fundamental for its operation, always in movement, transitory, activator of processes and collective protagonism.

Key words: Support; Micro-politics of work; Production of Care; Health Management; Network, comprehensiveness; cartography.

SUMÁRIO

1. A FABRICAÇÃO DO APOIO COMO CAMPO PROBLEMÁTICO: INQUIETAÇÕES E INTERROGAÇÕES	15
2. A INVENÇÃO DO MUNDO DO TRABALHO EM SAÚDE	25
2.1. INVESTIMENTOS DA BIOPOLÍTICA E COMBATES CONTRA SUA VONTADE DE DOMESTICAR A VIDA	25
2.2. A PRODUÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE: DISPUTAS, CAPTURAS E RESISTÊNCIAS....	33
3. COMPOSIÇÕES, EXPERIÊNCIAS E INVENÇÕES CONSTITUTIVAS DO APOIO	43
3.1. AMPLIANDO A CAIXA DE FERRAMENTAS EM DEFESA DA INVENTIVIDADE NO COTIDIANO	43
3.2. O DISPOSITIVO APOIO COMO FÁBRICA DE CONEXÕES	53
4. CONSTRUINDO A PESQUISA: ESTRATÉGIAS E ALIADOS	69
4.1. PENSAR NÃO É RE-CONHECER, MAS INVENTAR NOVAS POSSIBILIDADES DE VIDA ..	69
4.2. APOSTAS DA GESTÃO PARA A POLÍTICA DE SAÚDE EM SB	73
4.3. EXPERIMENTAÇÕES CARTOGRÁFICAS	81
4.4. OLHAR - CORPO-PENSAMENTO-SENSIBILIDADE: LINHAS EM PRODUÇÃO	100
5. CENÁRIOS E ANDANÇAS NOS TERRITÓRIOS: PISTAS E ANALISADORES	111
5.1. O APOIO É INTERCESSOR, CONECTÁVEL E HETEROGÊNEO	111
5.2. ARRANJOS, PRODUÇÕES E TENSIONAMENTOS (IM)PRODUTIVOS NOS ENCONTROS APOIO E ATENÇÃO BÁSICA	126
5.3. PRODUÇÃO DAS AGENDAS PARA O APOIO: NEGOCIAÇÕES, EMBATES, CONFLITOS E DESTERRITORIALIZAÇÕES.....	133
5.4. ESPAÇOS COLETIVOS E FABRICAÇÃO DE (AUTO) ANÁLISE	140
5.5. A PRODUÇÃO DE REDES VIVAS NO ESPAÇO DA EP DE TERRITÓRIO	151

5.6. MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL E CONSTRUÇÃO COLETIVA DO CUIDADO.....166

**5.7. POTÊNCIAS DO DISPOSITIVO KANBAN: APRENDIZAGENS, INVENÇÕES E
SURPRESAS170**

**6. VEREDAS DA PESQUISA: CAMINHANDO ENTRE CONEXÕES, INUSITADOS,
AFECTOS, ALEGRIAS, APRENDIZADOS E ..E...E.....179**

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS193

ANEXOS

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO203

ANEXO 2 – NARRATIVAS205

CURRÍCULO LATTES

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Atenção Especializada
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CER	Centro Especializado de Reabilitação
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
EOT	Equipe de Orientação Técnica
EP	Educação Permanente
HC	Hospital de Clínicas Municipal
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PID	Programa de Internação Domiciliar
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSCentral	Pronto-Socorro Central
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SBC	São Bernardo do Campo
SAE	Sistematização de Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
VD	Visita Domiciliar

1. A FABRICAÇÃO DO APOIO COMO CAMPO PROBLEMÁTICO: INQUIETAÇÕES E INTERROGAÇÕES

Em cada um de nós há como que uma ascese, em parte dirigida contra nós mesmos. Nós somos desertos, mas povoados de tribos, de faunas e floras. (..) O deserto, a experimentação sobre si mesmo é nossa única identidade, nossa única chance para todas as combinações que nos habitam.

Deleuze

O cuidado não é algo dado, não tem um sentido prévio; sua produção, em ato, engendra múltiplos sentidos conectados a concepções sobre saúde, sofrimento, modos de vida, modos de constituir subjetivações, etc. As práticas de cuidado, constituídas por saberes e tecnologias, atravessados por interesses, crenças, desejos, efetuem políticas de subjetivação ou formas de existir. As tensões e disputas são imanentes a esta produção.

As possibilidades de cuidar sem subordinar me desafiam. A produção do cuidado me inquieta e interroga. Compartilho da ideia de que o cuidado acontece na imanência dos tensionamentos constitutivos do encontro e pode mobilizar a afirmação da diferença e também se valer de formas aprisionadoras e pré-estabelecidas. É no plano do encontro e de seus agenciamentos que se produzem discursos, práticas, saberes; que se tecem disputas, regimes de verdade, processos de subjetivação, modos de existência, paisagens éticas, estéticas e políticas.

O conceito de agenciamento efetua a desconstrução de noções a priori, ideias como transcendência, natureza humana e valores universais, afirmando que a natureza é fábrica. Não se trata de produzir um regime de representação, enunciado/discurso descrevendo estado de coisas correspondentes.

Ora, se a natureza não é algo dado, mas uma realidade que não para de produzir-se a si mesma, também as partes que a compõem e dela participam não param de ser produzidas e de participar da produção de si mesmas. (...) A natureza humana, seu meio específico e seus objetos estão em processo ininterrupto de modificação e produção de si nos devires, tempos e movimentos reais que atravessam a existência desse animal que se autodenomina homem (FUGANTI, s/d.).

A realidade se constitui como produção imanente, em variação, conforme o agenciamento que se efetua. Agenciamentos de poder capturante, agenciamentos afirmativos de potência, a questão é a qual tipo de agenciamento conectamos o cuidado que produzimos. E há sempre o inesperado, pois nunca controlamos os efeitos dos agenciamentos que produzimos nos encontros...

O encontro trabalhador- usuário é atravessado por protocolos, procedimentos, saberes, poder, afetos, interesses, que se misturam e desenharam modos de cuidar e práticas, produzidas com o outro e/ou sobre o outro. Como experimentação, o encontro pode embaralhar códigos, fazer porosidades, aguçar sensibilidades, provocar linguagens, corpos e desterritorializações.

Prenhe de devires, invenções, cortes, traçados, emaranhados de possíveis, casualidades: “achar, encontrar, roubar, ao invés de regular, reconhecer e julgar. Pois reconhecer é o contrário do encontro” (DELEUZE; PARNET, 1988, p. 16). Lugar de possíveis, de efetuação do acontecimento, no encontro algo pode se produzir e sugerir um espaço para a expressão da diferença, estranhamento, invenção que pode tomar diversas configurações:

(...) Tais configurações múltiplas, singulares e imprevistas, às vezes surpreendentes, fogem de qualquer pretensão de controle e, o mais importante, transbordam, sempre, definições muito fechadas (e heterônomas) sobre o que seria a forma correta de se fazer o cuidado (CECILIO, 2007).

O espaço intercessor é produzido em ato na interação de necessidades/saberes/expectativas forjadas micro e macropoliticamente, que vivem embates e disputas capazes de produzir fissuras no modelo instituído. O que devém

deste espaço intercessor é singular, é tecido artesanalmente, pode fabricar negociações e invenções.

Os intercessores fazem aparecer ruídos que cortam o silêncio cotidiano, revelam como as necessidades são acolhidas, como se dá a produção do cuidado e da vida no plano ético-político.

Por abrir possibilidades de análise do cotidiano, o encontro é analisador do modelo tecnoassistencial e de seus processos de trabalho. O encontro pode traçar linhas de fuga e sentidos inventivos para o trabalho em saúde e também pode produzir diminuição da potência de agir e pensar, favorecendo a conservação e a cristalização de práticas.

O trabalho em saúde se dá no encontro entre gestor, trabalhador e usuário; o trabalhador não age sobre um objeto estruturado, inerte, imutável, mas interage com (e como) um sujeito desejante. Merhy e Feuerwerker (2009) trazem à cena a situação de encontro entre trabalhadores da saúde e o mundo das necessidades, individuais e coletivas, dos usuários, como espaço de criação de acontecimento. Sim, pois neste encontro

há um intenso processo micropolítico que subjaz e que define a possibilidade, para além da particularidade e do genérico, de que o ato de cuidar seja visto como lugar de singularização dos modos de se definir de forma mais autônoma 'os modos de caminhar na vida' (p. 47).

O cuidado acontece neste plano da micropolítica, no qual se fabricam subjetividades, modos de agir, modos de cuidar em composição com a macropolítica que lhe atravessa. Os serviços de saúde não são pré-determinados pelas tecnologias e processos produtivos estabelecidos, é na vitalidade dos acordos e das negociações tecidas entre gestores, trabalhadores e usuários que se inventa o cuidado, no trabalho em ato.

A micropolítica é, portanto, o plano que nos interessa como observatório que permite a problematização dos encontros e seus efeitos para a composição das práticas de saúde. Neste plano é possível a produção de visibilidades para os

tensionamentos entre necessidades, ofertas, processos de trabalho e singularização do cuidado. Os encontros constituem um campo potente e mobilizador de questionamentos: o que passa, emperra, paralisa, bloqueia, limita e se efetua nos bons e maus encontros? É possível criar espaços nas instituições com porosidade para produção de análise sobre o que fazemos, o que pensamos, como fazemos e nos fazemos nas relações?

O interesse pela produção do cuidado e pela potência criadora do encontro estimulou minha pesquisa de mestrado, na qual abordei o cotidiano de uma equipe interdisciplinar num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): discussões de casos, elaboração de projetos terapêuticos, assembleias de usuários e trabalhadores, momentos festivos, cenas cotidianas da instituição. O olhar era aguçado pelos deslocamentos, misturas, composições singulares de saberes e práticas, tensões e produções do coletivo. Neste percurso um desfile de fissuras, atravessamentos, conflitos, racionalidades em disputa, labirinto de fios, planos e linhas. Tensões. Como refletir, dizer, escrever sobre esse tanto de afecções? Como dar passagem para a expressão da multiplicidade de planos que se atravessavam e armavam cenas que se desdobravam permanentemente em outras? Naquele momento, as ferramentas teóricas e metodológicas de que dispunha foram insuficientes para a conexão e problematização dos vários planos da experiência. Os diálogos com a perspectiva hermenêutica possibilitaram certa leitura do diário de campo, porém sensações, impressões e ideias seguiram vazando como ressonâncias e ecos que não puderam ganhar expressão. Fiquei amarrada no plano das representações. Um mal-estar me acompanhou por um longo tempo. Vago, impreciso, persistente.

Incômodos e indagações que recortaram o tempo e produziram vizinhança com minha passagem como psicóloga no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na época de sua implantação na cidade de São Paulo, em 2009. Nesta ocasião, estava bastante entusiasmada com a entrada no cotidiano das equipes de saúde da família; oportunidade de compor com práticas, territórios diversos e variados saberes. Apesar das diretrizes estabelecidas pela portaria 154 (BRASIL, 2008), parecia possível criar um NASF em que saberes e práticas instituídas pudessem conviver com misturas e

liberdade para arranjos criativos. No entanto, não tardou para prevalecerem demandas específicas por parte das equipes, como psicoterapia individual ou em grupo e psicodiagnósticos, além das planilhas e metas de produção estabelecidas pela gestão sem a escuta dos trabalhadores.

A invenção do cuidado como campo comum¹ foi sufocada pelas cobranças por atendimentos, diagnósticos e intervenções que geralmente recaíam sobre determinadas especialidades. Em meio a estas disputas, houve construções interessantes que se apoiaram, sobretudo, no desejo dos trabalhadores mais do que nas apostas da gestão. Alianças entre trabalhadores e comunidade ampliaram grupos e ações descolados de referências identitárias das categorias profissionais e ocuparam espaços como igreja, supermercado, ruas e unidades básicas de saúde.

Geralmente os serviços de saúde (re)produzem práticas pautadas na centralidade de saberes e de procedimentos distribuídos entre os trabalhadores, mantendo distinções e fragmentações que caracterizam um jeito de fazer o cuidado. Muitas vezes o encontro é determinado por condutas e protocolos e as ações tendem a ser definidas pelos profissionais, dentro dos limites de suas especialidades, com pouca abertura para produção da saúde como construção coletiva e implicada com modos de vida e singularidades.

O cotidiano do trabalho em saúde também é atravessado por práticas fragmentadas e planejamentos pautados por uma lógica quantitativa de produtividade. Em diversos momentos do NASF, esses atravessamentos provocaram desconfortos e questionamentos nas equipes. Os espaços coletivos eram momentos importantes para compartilhar e colocar em análise o dia-a-dia. No entanto, a discussão sobre os processos de trabalho e a urgência de mudanças era interrompida por recusas, hesitações e silêncios dos trabalhadores e da gestão, como se certo endurecimento bloqueasse os enfrentamentos necessários para rupturas e invenções.

¹ A noção de comum é pensada como: “uma espécie de “fundo de todo mundo”, um reservatório de experimentações, virtualidades, produção de saberes, poderes, técnicas e potências que são *de qualquer um* e que, de todo modo, seja qual seja (ou de quem seja), ele importa (Agamben, 1993)” (HENZ et.al, 2013, p. 181).

A intensidade destas experiências aguçou algumas perguntas: como produzir dispositivos para pensar e mobilizar outros modos de cuidar junto às equipes e gestores? Como agitar o pensamento, suscitando estranhamento, reflexão, surpresa, com potência para desmanchar noções a priori de saúde, doença, cuidado? Como criar espaços para a análise dos processos de subjetivação atuantes no plano de produção do cuidado?

Na construção do projeto de doutorado, estas inquietações traçaram problematizações. As leituras e discussões com o coletivo do grupo de pesquisa contribuíram com reflexões importantes para esta elaboração. Além disso, alguns apoiadores do município de SBC faziam parte do grupo e compartilhavam suas experiências cotidianas, aguçando minha curiosidade e interesse. Durante esse processo, conversei também com gerentes e trabalhadores do NASF da cidade de São Paulo. Estas conversas potencializaram perguntas, abriram bifurcações e atalhos, até que se desenhou um campo problemático: o apoio como dispositivo e sua potência para disparar movimentos, análises e transformações na produção do cuidado.

A investigação sobre o apoio em saúde pareceu uma aposta interessante: o apoio somente pode ser maquinado na imanência do encontro, ao mesmo tempo em que pode funcionar como intensificador de sua produção, abrindo possibilidades analíticas e visibilidades sobre discursos, ações, negociações, disputas, etc. O arranjo singular do apoio e suas práticas no município de São Bernardo dispararam desejo de percorrer suas linhas de criação. Poderia tal dispositivo operar como intercessor, contribuindo no combate de práticas prescritivas e provocando devires criativos para o cuidado?

O cuidado se fabrica na conexão de variados planos, o encontro entre apoiadores, trabalhadores e gestão opera potências, apostas e políticas de cuidado. O debruçar-se sobre a análise da fabricação do apoio se alimentou de variadas inquietações e, sobretudo, da aposta em sua potência para desalojar, problematizar, provocar visibilidade à heterogeneidade de regimes discursivos e de práticas.

Os movimentos da pesquisa percorreram os deslocamentos e as desterritorializações provocados pelo dispositivo apoio na micropolítica dos serviços de saúde em SBC e seus efeitos.

No município há um forte investimento da gestão na estratégia do apoio, na perspectiva de que pode engendrar transformações no trabalho em saúde, reconhecendo os serviços como arena de disputa, a necessidade de aproximar a gestão do cotidiano, a necessidade de criar espaços de diálogo e ampliação da caixa de ferramentas dos trabalhadores em saúde, entre outras. Este ponto de vista sobre o apoio tensiona e disputa com outros projetos que atravessam os departamentos de saúde, como veremos adiante.

Muitas vezes o cuidado é governado por condutas e prescrições, baseadas numa certa ideia de normalidade, que estabelece uma vida pré-determinada. Neste regime de verdade o jogo entre as singularidades e as diferenças são capturados pelas uniformidades que compõe categorias como o diabético, o hipertenso, a gestante de risco e outras, submetidas a uma normatividade reguladora. Entretanto, a vida implica em criação de novas normas, luta e expansão. O organismo existe na imanência de circunstâncias e sua atividade não se reduz a simples reação ou adaptação ao meio, pelo contrário, é produção de normas, atividade plástica, seletiva, criadora. O normal e o patológico não existem em si, somente nas relações entre organismo e meio.

A vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível, (...) a vida é polaridade e, por isso mesmo, posição inconsciente de valor, em resumo, a vida é de fato, uma atividade normativa. Em filosofia, entende-se por *normativo* qualquer julgamento que aprecie ou qualifique um fato em relação a uma norma, mas essa forma de julgamento está subordinada, no fundo, àquele que institui as normas. No pleno sentido da palavra, normativo é o que institui as normas. E é nesse sentido que propomos falar de uma normatividade biológica (CANGUILHEM, 2010, p. 86).

Há muitas composições que consistem na criação de novas normas orgânicas e escapam à dualidade normal- patológico, implicando modos de organização criativos, variações que vazam as categorias diagnósticas e sua pretensão totalizante.

Na produção do cuidado temos disputas entre distintas concepções de saúde, de clínica e de subjetivação. Acredito que nesta fabricação, o apoio pode ampliar porosidades entre os conhecimentos e disparar novas sensibilidades na medida em que supõe o cuidado como assunto que desaloja a compartimentalização dos saberes; pode proporcionar reflexões com as equipes, combate às fragmentações e aos reducionismos que empobrecem as discussões de caso e os projetos terapêuticos. Pode também operar com questionamentos ético-políticos sobre o tipo de vida que sustenta as apostas das equipes na elaboração do cuidado: concernem à ampliação criativa e ativa da vida ou ao empobrecimento de suas conexões e obediência às prescrições?

A produção do cuidado põe em cena necessidades, acordos, decisões, tensões. Relações entre trabalhadores, gestores e usuários, nas quais entram em jogo processos de subjetivação, afecções e disputas que também traçam modos de gestão. A gestão não é exterior aos serviços, não reside numa esfera central, não se reduz a portarias, normas e diretrizes, mas recorta o cotidiano, efetuando um determinado regime de forças ao mesmo tempo em que está em permanente (des)construção pelos variados atores, interesses, demandas e circunstâncias. Macropolítica e micropolítica implicadas, inseparáveis.

A composição dos atos de cuidar está conectada aos processos de análise, discussão, negociação, seleção e acordo entre os sujeitos; gestão e produção do cuidado são indissociáveis. Deste ponto de vista, o apoio em saúde pode contribuir para a análise dos processos de trabalho articulados à gestão, em seus variados planos e governabilidades, movimentos determinados verticalmente, construções de transversalidades.

A fabricação do apoio como dispositivo pode disparar espaços dialógicos e críticos e favorecer outras racionalidades e práticas para os modos de operar dos serviços de saúde. O termo dispositivo foi explicitado por Foucault como:

Um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais filantrópicas. Em suma, o dito e o não-dito são os elementos do dispositivo (FOUCAULT, 2006, p. 244).

Os elementos do dispositivo estão em relação, formam composições, sofrem modificações, como num jogo, respondem a movimentos estratégicos e geram efeitos que provocam produções variadas e outras acomodações entre seus elementos. É possível que os efeitos do dispositivo escapem ao domínio de sua função estratégica e ocasionem movimentos e reajustes, de modo que o efeito, desejado ou não, é reutilizado para diversos fins.

Como dispositivo, o apoio se relaciona com o imprevisível e com o risco, pode produzir afetações que ampliam ou empobrecem a potência do encontro e a produção do cuidado. A depender dos agenciamentos, temos reproduções, preconceitos, valorações que sustentam o instituído e temos acontecimento, o qual advém do inusitado, do acaso. Acontecimento atravessado pela experimentação que cria um devir outro que faz explodir identidades e significações que remetam aos seus termos, pois o que dele irrompe é pura diferença.

O dispositivo pode pôr discursos e práticas em análise, provocar estranhamento e desnaturalização das lógicas e dos processos de trabalho cotidianos. Protocolos, portarias e programas que muitas vezes engessam as práticas de saúde e estimulam encontros previamente padronizados, investidos de autoridade do conhecimento científico encarnado no sujeito do enunciado, podem ser interrogados, repensados, reinventados, transformados, em ato: “o enunciado é o produto de um agenciamento, sempre coletivo, que põe em jogo, em nós e fora de nós, populações, multiplicidades, territórios, devires, afetos, acontecimentos” (DELEUZE; PARNET, 1988, p. 65).

No encontro, o apoio como dispositivo é forjado como dobra que compõe uma figura provisória, agitada pelo jogo de forças do fora, paisagem que reúne elementos heterogêneos, o dito e o não-dito. Ao contrário do conceito, substantivo, algo

transcendente ou a priori, o apoio não é algo pronto, definido, delimitado, nem está contido num conjunto descritivo de funções ou atributos. Do ponto de vista do dispositivo, o apoio está inserido na malha do poder-saber, entrelaçando racionalidades, conflitos, pontos de parada, obstruções, fluxos, aquilo que emperra, vaza e seus múltiplos efeitos. São imanentes ao dispositivo, disputas e diferentes regimes de verdade: o que se diz, o que se faz, relações de poder e suas capilarizações.

O dispositivo, portanto, está sempre inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a uma ou mais configurações de saber que dele nascem, mas que igualmente o condicionam. (FOUCAULT, 2006, p. 244).

Mapear um dispositivo é problematizar suas dimensões constitutivas, quais sejam: o visível, o enunciável, as linhas de força que compõem o poder e o saber e as linhas de subjetivação (DELEUZE, 1996). Estas dimensões formam uma trama que não possui contorno definido, pois não cessa de se agitar, de se entrecruzar, em permanente fluxo. O dispositivo é móvel, mutante, comporta o impensável, invisível, indizível, metamorfose que recusa universais em proveito da criação e do devir. Neste movimento as linhas de força podem encontrar linhas mais duras, mais rígidas, que lhes enfraquecem, mas não lhes anula a potência de invenção e de ruptura.

A análise do dispositivo se faz na conjugação do pensamento e da sensibilidade, formas de apreensão que lhe tocam na imanência como acontecimento que dispara efeitos e logo em seguida transmuta-se, transforma-se em outro, em constante produção e afirmação da diferença, da criatividade: “desmaranhar as linhas de um dispositivo é, em cada caso, traçar um mapa, cartografar, percorrer terras desconhecidas” (Ibid., p. 83).

Esta pesquisa se fez por meio da cartografia, da intensa imersão no cotidiano do apoio, desenhando traçados, trilhas, curvas, atalhos... Vaivém de experiências, registros, análises, conversas, construção/desconstrução que possibilitaram estes escritos.

2. A INVENÇÃO DO MUNDO DO TRABALHO EM SAÚDE

2.1. INVESTIMENTOS DA BIOPOLÍTICA E COMBATES CONTRA SUA VONTADE DE DOMESTICAR A VIDA

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

Ceccim, R.B; Merhy, E.E.

Os saberes e as práticas que movimentam o campo da saúde são norteados por distintas racionalidades, produzem regimes de verdade e convivem num espaço de tensão, disputas e embates. Merhy (2007) lembra que a compreensão do fenômeno saúde–doença é imanente ao processo histórico e social, no qual ganha contornos e múltiplas significações.

No século XVIII o hospital tornou-se o lugar privilegiado para o olhar se debruçar sobre as manifestações e o curso das doenças. O corpo é submetido a um olhar que analisa, relaciona, distribui, classifica e ao mesmo tempo descreve o que vê por meio de uma linguagem rigorosa. Jogo entre o visível e o enunciável que cria saberes sobre disfuncionalidades orgânicas e parâmetros para definição do normal e do patológico (FOUCAULT, 1994).

O sofrimento foi se tornando sinônimo de doença, cada vez mais associado à patologização do corpo biológico com a exclusão de outros elementos constitutivos da produção da vida. O privilégio desta dimensão biológica, acrescido pelo avanço da

biotecnologia, vem contribuindo para a produção de encontros em que elementos como a escuta e o interesse pelas singularidades servem, sobretudo, para a efetivação de procedimentos e de protocolos.

Os territórios da saúde se constroem e são atravessados por formações discursivas inseparáveis das lutas de poder que desmancham noções como neutralidade e objetividade. As práticas são constituídas pelo e no jogo de tecnologias, procedimentos, interesses, negociações, afetos, necessidades e modos de construir a vida que atravessam saberes, políticas e encontros.

Saber e poder são indissociáveis e forjam regimes de verdade, o visível e o dizível, juntamente com mecanismos de controle e de regulação. No entanto, o poder não é exercido somente por meio dos saberes ou pela ação de alguns sobre outros, é exercido de modo difuso, não localizável, efetuado no domínio das relações em todo corpo social, permanente disputa por meio de variadas estratégias. O poder efetua-se no embate de forças que se exerce na relação, só existe em ato, consiste em “modo de ação sobre a ação dos outros” (FOUCAULT, 1995, p. 244).

Como nos diz Foucault (2003): “as relações de poder são relações de força, enfrentamentos, portanto, sempre reversíveis” (p.232). Luta, agitação, combate, produção. O poder existe em ato e como tal abre possibilidades de fissura, corte, rachadura, resistência:

não há, portanto, um confronto entre poder e liberdade, numa relação de exclusão (onde o poder se exerce, a liberdade desaparece); mas um jogo muito mais complexo: neste jogo, a liberdade aparecerá como condição de existência do poder (ao mesmo tempo sua precondition, uma vez que é necessário que haja liberdade para que o poder se exerça, e também seu suporte permanente, uma vez que ela se abstraísse inteiramente do poder que sobre ela se exerce, por isso mesmo desapareceria e deveria buscar um substituto na coerção pura e simples da violência) (FOUCAULT, 1995, p. 244).

A produção do cuidado se dá no atravessamento destas relações de força, num espaço de negociação, acordos, tensões, capturas, linhas de fuga, efetuados no encontro. Mais, o que se agencia é resultante da disputa, do embate que institui

subjetivações articuladas a modalidades de corpos: corpo biológico, corpo biotecnológico, hibridações, etc.

O campo da saúde, a partir da modernidade, foi produzido por meio de discursos e práticas ocupadas, sobretudo, em gerir, controlar, disciplinar e instituir modos de viver. Sob esta perspectiva, as necessidades de saúde e as expressões de adoecimento e sofrimento são reduzidas a uma interpretação de normalidade ou de patologia que não se interessa pelas singularidades e multiplicidades existenciais.

Desde o final do século XVIII a vida individual e coletiva emergiu como objeto de preocupação do Estado, inspirando políticas, estratégias de controle, intervenções e novos saberes. O biopoder se refere à gestão da vida, apoiado em saberes e práticas destinadas a regular, normalizar, otimizar, criar uma forma-homem ou modos padronizados de existência, operando a partir de uma dupla face:

por um lado as disciplinas, as regulações, a anátomo-política do corpo, por outro a biopolítica da população, a espécie, as performances do corpo, os processos da vida – é o modo que tem o poder de investir a vida de ponta a ponta.(...) Se as disciplinas se dirigiam ao corpo, ao homem-corpo, a biopolítica se dirige ao homem vivo, ao homem- espécie (PELBART, 2009, p. 11).

Foucault criou o termo biopolítica para expressar a política sobre a vida, a gestão e a governança da vida do indivíduo e das populações na modernidade. É quando a vida entra no campo do poder que domínios como a higiene, a alimentação, a sexualidade, a natalidade e outros se tornam objetos de administração e de controle, ampliando consideravelmente o campo dos saberes orientado para regular, qualificar, normalizar, equilibrar, ordenar a vida e seus processos.

As estratégias biopolíticas agem sobre os corpos e suas formas de existência, criando valores, hábitos, pensamentos, desejos, modulando gostos, consumos, gestos. De um modo difuso, estas estratégias heterogêneas assinalam aversão à diferença e à multiplicidade e investem na propagação de territórios existenciais reconhecíveis e domesticáveis, na produção de uma subjetividade capitalística (GUATTARI, 2006) que

(...), tal como é engendrada por operadores de qualquer natureza ou tamanho, está manufaturada de modo a premunir a existência contra toda intrusão de acontecimentos suscetíveis de atrapalhar e perturbar a opinião. Para esse tipo de subjetividade, toda singularidade deveria ou ser evitada, ou passar pelo crivo de aparelhos e quadros de referência especializados. Assim, a subjetividade capitalística se esforça por gerar o mundo da infância, do amor, da arte, bem como tudo o que é da ordem da angústia, da loucura, da dor, da morte, do sentimento de estar perdido no cosmos...(p. 33).

O conceito de saúde, sempre em disputa, na segunda metade do século XX é inserido numa trama mais complexa, a partir da perspectiva de que sua produção se liga a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, renda, educação, lazer, transporte e outros. As condições de vida são traduzidas como necessidades de saúde, problemas a serem governamentalizados² por meio de investimentos na prevenção, promoção, proteção e recuperação; políticas que devem operar não apenas nos processos biológicos, mas também sobre o subjetivo, o social, o afetivo, o econômico e suas conexões.

A concepção 'ampliada' de saúde legitima novas modalidades no governo das condutas que interferem em aspectos do cotidiano como alimentação, sexualidade, cuidados com o corpo, gestação e maternidade, tempo e tipo de lazer, variações de família, arranjos de moradia, etc.

As interferências do poder sobre o vivo se ampliam, se deslocam, modelo centrado no corpo, em suas variadas composições com as novas tecnologias, e modelo da promoção da saúde se enfrentam, se aliam e se conjugam, acima de tudo quando o interesse converge para difundir e mercantilizar representações sobre saúde, vida saudável e pessoa sadia.

Na atualidade a biopolítica da população é acrescida pela formulação da auto-gestão da saúde: o sujeito, responsável pela saúde e pela doença, obedece voluntariamente aos preceitos de adequação do corpo, ancorados nas normas científicas da saúde e/ou nos padrões da cultura obcecada pela perfeição. Este sujeito é efeito de um processo de construção do eu empreendedor de si mesmo, capaz de gerir a saúde com prudência e eficácia (ORTEGA; ZORZANELLI, 2010).

² Governamentalizado, ou seja, submetido a técnicas de governo difusas que operam em diferentes domínios e servem a condução dos sujeitos (FOUCAULT, 2003).

O autocontrole é a chave para comandar e para modelar alimentação, hábitos e consumos. O corpo torna-se objeto de vigilância por uma adesão da vontade. Esta aposta celebra a liberdade e a escolha, entretanto oculta agenciamentos de poder que investem num sim ao dever, numa obrigação traduzida como desejo. Trata-se, de investir, sobretudo, na produção de um sujeito comprometido com um jeito padronizado de viver, capturado por modelos de felicidade, de longevidade, de prazer.

A qualificação dos modos de existência se dá no agenciamento de relações de saber-poder, nos embates que criam o saudável, o desejável, o enfermo, o debilitado, o desviante. Este último é o que não possui controle sobre a própria vontade, não é capaz de responsabilizar-se por si mesmo, objeto de acusações, recriminações e culpabilizações. Dependentes ou adictos (de drogas, sexo, consumo, jogos de azar, etc.), desregulados (bulímicos, anoréxicos, portadores de síndrome do pânico ou fobias sociais), inibidos (distímicos, apáticos, não assertivos, estressados), deformados (obesos, sedentários ou envelhecidos), ‘tipos’ que encarnam sujeitos considerados incapazes de autocontrole e força de vontade (ORTEGA; ZORZANELLI, 2010).

A batalha contra os desviantes encontra reforços na cultura da medicalização que se espalha nas escolas, nos espaços de trabalho, na família, na mídia, nas redes sociais, multiplicando diagnósticos, tratamentos e estratégias preventivas. A versão atual do DSM (Manual de Estatísticas de Diagnósticos) da Associação de Psiquiatria Americana é um exemplo ilustrativo da tendência à medicalização da vida (BIDERMAN, 2013). Nele encontramos novas categorias diagnósticas que patologizam expressões de raiva, gulodice, tristeza e outras tantas que povoam o cotidiano.

A medicalização dispara processos de subjetivação que investem numa vida empobrecida de variações e experimentações; entregue à tutela de especialistas e outras tecnologias de invenção/administração do ‘eu’. Expressões de singularidade são continuamente capturadas e recodificadas em subjetividades serializadas, sob interferência de interesses econômicos ávidos pela produção de novos produtos e consumidores:

O capitalismo transforma o não-capital em capital, não só paisagens, ritmos, mas também maneiras de ser, de fazer, de ter prazer, atitudes, e nisso consiste sua inventividade nos últimos anos, na intuição de antecipar os desejos do público, com a importância crescente dos investimentos culturais e tecnológicos. Mercantilização da diferença, da originalidade – que, claro, logo se perde –, de um novo sentido, que também se esvai, gerando novas formas de inquietude e talvez novos limites (PELBART, 2009, p.23).

A intensa medicalização da vida reforça e é reforçada pela noção de risco, categoria que vem sendo fortemente investida para a organização da vida e também para sua capitalização pelo capital financeiro da indústria de medicamentos e pelos planos de saúde. Esta racionalidade conduz a vida a uma gestão baseada em cálculos, ganhos, proporções, estimativas. Os riscos devem ser combatidos e controlados, desde os genéticos até os decorrentes do estilo de vida: consumo de álcool, cigarro, gordura, etc.

A gestão dos riscos consiste em prever, planejar, manipular, aprimorar: olhar microscópico sobre o corpo que percorre o plano molecular por meio de sofisticada biotecnologia e se estende à patologização dos modos de viver. No plano ético-político, produções que decorrem da valoração, do juízo, da vontade de imposição e uniformização de subjetividades, condenando algumas vidas em nome da conservação de outras.

Esta operação valorativa se apoia em saberes que a justificam do ponto de vista da ciência. Saberes que criam cartilhas, prescrições e orientações atuam no cotidiano da saúde, armando lógicas que muitas vezes tornam-se naturalizadas para o profissional e para o usuário. Alguns hábitos, comportamentos e modos de vida são depreciados e relacionados à produção de doenças. Por exemplo, o cigarro mais o sedentarismo, é uma combinação potente para desencadear o câncer; associações que se multiplicam, raciocínios a priori que cercam a vida de atributos, selecionando o que é desejável, saudável, higiênico, benéfico, etc. As intervenções em defesa da saúde se ampliam e às vezes justificam práticas de controle, proibições na forma de leis, etc.

Esta racionalidade atravessada por valorações colabora para certa postura do profissional da saúde, centrado na lógica de seus saberes e pouco poroso para ser afetado pelas alteridades, empobrecendo a potência dos encontros. Outro efeito importante é a produção de acusações e culpabilizações dirigidas aos usuários, qualificados como desobedientes, irresponsáveis, teimosos, indisciplinados. O que não se encaixa nas recomendações e prescrições é alvo de críticas que muitas vezes passam despercebidas entre os profissionais.

No texto: “Para dar um fim ao juízo”, Deleuze (2006b), acompanhado das provocações de Nietzsche, Lawrence, Kafka e Artaud, assinala que o processo de instauração do juízo se deu num percurso de rupturas, bifurcações, transformações que o condicionaram à consciência de uma dívida impagável e infinita que lançou os homens, no cristianismo, à condição de devedores infinitos de um deus único: forma moral e teológica primeira, que relaciona existência e infinito.

O juízo repousa, de fato, numa espécie de agenciamento maquínico que visa a uma totalidade significante, a um organismo. O significante, a forma, a ideia superior povoam a doutrina do juízo. No topo da pirâmide desta sombria organização encontra-se a personagem conceitual do padre (LINS, 2004, p. 19).

Colonização do juízo que investe em condenar a existência à culpabilidade, à moral, ao transcendente, confinando o pensamento ao tribunal da verdade, da lei, o corpo a sistemas de controle e de punição. Triste armação de uma existência depreciadora da vida, da multiplicidade, das variações, do devir.

O juízo procede à organização dos corpos, dos desejos, da distribuição de intensidades: “o juízo impede a chegada de qualquer novo modo de existência” (DELEUZE, 2006b, p. 153). É ele mesmo consequência de um modo de viver colado a critérios preexistentes, pretensão legislador da vida.

Ora, somente pelo combate se escapa da anestesia aprisionadora do juízo que faz do existir uma sucessão de reproduções, de verdades a priori, de modelos. Criar para si um corpo sem órgãos (CsO), possibilidade de libertar a vida do que a aprisiona.

Um CsO é feito de tal maneira que ele só pode ser ocupado, povoado por intensidades. Somente as intensidades passam e circulam. Mas o CsO não é uma cena, um lugar, nem mesmo um suporte onde aconteceria algo. Nada a ver com um fantasma, nada a interpretar. O CsO faz passar intensidades, ele as produz e as distribui num *spatium* ele mesmo intensivo, não extenso (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 13).

O corpo sem órgãos é imperceptível, sem formas, é a criação de novas possibilidades de afetar e de ser afetado, de produzir outras conexões sensíveis, de pensar-sentir além da representação e da submissão do corpo aos órgãos. Jogo de forças que não consiste em se desfazer do organismo, mas experimentar outros agenciamentos e intensidades, conexão de desejos e movimentos de desterritorialização.

Corpo sem órgãos como uma prática, permanente invenção com potência para criar estranhamentos, escapar ao domínio do eu, desmontar a organização dos órgãos e da linguagem que interpretam, codificam e esmagam as variações. Contudo, há de se vigiar essa produção, há também o CsO do organismo que cria o CsO totalitário e o CsO fascista (desejo de estado, desejo de polícia, etc.).

Corpo-organismo e CsO. Operações, deslocamentos, mutações, limiares, composições que participam da produção da vida com implicações importantes para as práticas de saúde.

No cotidiano, o agir dos trabalhadores em saúde é atravessado por múltiplas forças. Derivações do juízo, noções como risco e autor-responsabilização podem atuar como imperativos de captura no encontro com os usuários. Racionalidades que apoiam um cuidado modelador, prescritivo, disputam com racionalidades interessadas na produção do cuidado, compartilhado e singular.

O encontro pode produzir a conservação do corpo-organismo, a experimentação do CsO, misturas e agenciamentos com potência para sacudir o juízo, desmontar noções a priori, experimentar desvios, combater tiranias, selecionar composições, criar porosidade para se deixar afetar por modos ativos de relação e encontros com singularidades impessoais. Há que se experimentar os movimentos de

desterritorialização com prudência, sem saltos e precipitações que poderiam resultar num gesto suicida; não se trata de se libertar dos estratos (organismo, subjetivação e significância), mas de criar novos agenciamentos e conexões de afectos (DELEUZE; GUATTARI, 1996). Conservação, experimentação, estratégias como protocolos, procedimentos e diagnósticos, o importante é pensar a que produção de vida se destinam, quais os valores que afirmam, sem condenações prévias.

2.2. A PRODUÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE: DISPUTAS, CAPTURAS E RESISTÊNCIAS

O agir em saúde se organiza em modelos de atenção. A definição de modelos assistenciais ou de atenção à saúde pode traduzir pelo menos três concepções: uma genérica que aborda a organização dos serviços, a gestão e o planejamento, pautada em documentos oficiais; uma noção mais ampla que reconhece no bojo desta definição um jogo de forças sociais, políticas, econômicas e éticas em disputa; uma concepção centralizada na dimensão técnica das práticas de saúde (tecnologias materiais e não materiais) presentes nos processos de trabalho (PAIM, 1999).

Situado como invenção de uma dada sociedade, imanente aos jogos de saber-poder, um modelo tecnoassistencial de saúde se refere ao arranjo das ações de intervenção no processo saúde-doença, processos políticos e estratégias de gestão, dinâmico e mutante (FEUERWERKER, 2014).

No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária pertenceu a um contexto de lutas pela democracia no país que se instalou no final da ditadura, pela defesa do direito à saúde e à vida. Diversos atores sociais se mobilizaram em busca de mudanças nos modos de pensar e fazer a saúde que possibilitaram a elaboração do Sistema Único de Saúde (SUS), norteado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Sua construção movimentou disputas e atravessamentos que se entrecruzam o tempo todo: a defesa da saúde como direito, universalidade no acesso

e equidade e a saúde como mercadoria regulada pela lógica do capital, com importantes efeitos para a definição das políticas.

O SUS é constituído pela variedade de saberes, práticas e políticas que desenham múltiplos cenários com diferentes apostas de modelos tecnoassistenciais. Logo, temos um processo em construção e distintas configurações de SUS a depender do jogo entre seus elementos:

A ideia de saúde, o lugar dos direitos em nossa sociedade, a própria produção da política e dos modos de governar, o modelo tecnoassistencial e a organização da gestão são todos elementos críticos na fabricação do SUS, pois interferem na produção ou desprodução da resistência à medicalização e ao modelo hegemônico; contribuem ou obstaculizam a mobilização e aglutinação de atores e agentes capazes de contribuir para a indispensável conquista de legitimidade política e social para o SUS (FEUERWERKER, 2014, p. 71).

No SUS temos a convivência de diversos desenhos organizativos que não estão alinhados com a produção de uma rede de cuidados e uma forma de gestão baseados na direção descentralizada, integralidade, regionalização e hierarquização. Dependendo do modo como se compreenda a efetivação destes princípios, o sistema é organizado em diferentes arranjos que podem se aproximar da forma de pirâmide ou da ideia de nós e fluxos dispostos como redes (BRASIL, 2005).

O modelo de atenção está relacionado ao plano da macropolítica com sua função de sobrecodificação, organizações binárias, investimentos no previsível e no controlável; atravessa e simultaneamente é atravessado pela micropolítica, pois

as duas formas não se distinguem simplesmente pelas dimensões, como uma forma pequena e uma grande; e se é verdade que o molecular opera no detalhe e passa por pequenos grupos, nem por isso ele é menos coextensivo a todo campo social, tanto quanto a organização molar (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 93).

A escolha do modelo tecnoassistencial traça os programas assistenciais, os modos de construir a gestão e os processos de trabalho em saúde. Embora conectado ao plano da macropolítica, o trabalho em saúde não é determinado por ele, pois a produção dos atos de cuidar se dá no espaço da micropolítica no qual também entram em jogo necessidades de saúde, interesses e projetos, que serão negociados e pactuados entre os atores. As produções do encontro são disparadas pelos agenciamentos em ato, afetações, enunciados, com potenciais de desterritorialização, nos quais todos disputam e exercem diferentes autonomias.

A micropolítica do trabalho em saúde é um terreno fértil para a resistência aos modelos assistenciais impositivos, onde, por meio do trabalho vivo em ato, trabalhadores/gestores podem operar deslocamentos e fissuras no instituído, apostando em modos de produzir saúde engendrados num plano de relações interessadas nas singularidades.

O trabalhador de saúde utiliza caixas de ferramentas tecnológicas para operar no encontro com o usuário (MERHY, 2002): tecnologias duras, ou seja, equipamentos tecnológicos como máquinas, normas e estruturas organizacionais; tecnologias leve-duras ou saberes estruturados que compõem o saber-fazer dos profissionais e podem ser flexibilizados pelas afetações produzidas pelas porosidades abertas no encontro; tecnologias leves ou território do trabalho vivo e das criações com potência para a produção de acolhida e de singularização. A combinação destes arranjos tecnológicos configura diferentes modelos de atenção à saúde e sua análise é imprescindível para a compreensão e a mudança da produção do cuidado.

O encontro entre trabalhador e usuário, com suas disputas e tensões, produz espaço intercessor. Os intercessores abrem potências para criação, questionamento, insubmissão, produção de acontecimento, passagem para a diferenciação:

É possível produzir diferença naquilo que se repete, assim como diz o poeta: repetir, repetir, repetir, até fazer diferente! O encontro que produz cuidado deve ser sustentado por uma aposta de que é possível produzir diferença, mesmo ali, onde em princípio, nada se movimenta (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010, p. 68).

Atravessado por distintas racionalidades e disputas entre necessidades forjadas macro e micropoliticamente, no encontro operam forças em embate, apostas no habitual, linhas liberadoras de fluxos inventivos. Possibilidades de captura e de criação de linhas de fuga.

Como obra aberta, o plano da micropolítica pode ser governado por relações de dominação e de assujeitamento, perigos da reprodução da segmentaridade molar que atravessa o modelo de atenção e subjuga os atos de cuidado a protocolos, normas e prescrições, capturando a potência do território dos encontros.

A ação do trabalhador nesse caso é centrada em procedimentos que empobrecem a dimensão cuidadora do encontro e sua produção compartilhada. O usuário é concebido como objeto das ações de saúde, insiste-se em silenciar expressões que não se encaixam nas ofertas pré-fabricadas dos serviços. A ele é destinado um lugar de submissão às imposições e lógicas conduzidas pelos trabalhadores, num movimento de dominação que se orienta pelas regularidades e normatividade de saberes e práticas. Disputas entre a lógica ordenadora dos modelos de atenção e os territórios vivos da produção do cuidado:

Por tal visão, as pessoas devem ser “adequadas” à racionalidade do “sistema de saúde”, que se manifesta em dois componentes principais: primeiro, os serviços de saúde têm missões claras e bem estabelecidas, de modo que há “problemas para a rede básica”, “problemas para a média e alta complexidade”, e “problemas para os serviços de urgência”. Nessa idealidade, a confusão feita pela população entre os “lugares adequados” para o atendimento seria fruto da ignorância, desinformação e/ou má-fé e, portanto, deverá ser enfrentada com mais “educação”, “informação” e, claro, controle (CECILIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014, p. 57).

A despeito das tentativas de enquadramento, o usuário cria seus próprios itinerários, escapa dos fluxos estabelecidos, produzindo e experimentando circuitos, compondo rizomas e redes vivas de cuidado.

O trabalho vivo se constitui nestes tensionamentos, com possibilidades de configurar espaços de resistência, de criação, de invenção de práticas de cuidado e de processos de subjetivação singulares. Distintas aberturas para afetar e ser afetado

podem mobilizar composições e construção de projetos terapêuticos de acordo com as lógicas de vida do usuário e suas necessidades.

Consideramos como centralmente terapêutico os processos de produção do cuidado medidos pela capacidade de manter ou enriquecer as redes de conexões existenciais de alguém, e não simplesmente fazer os processos de remissão de sintomas ou sinais, por ideias de curas como simples recuperações de funções orgânicas (MERHY, 2013, p. 257).

Quando trabalhador e usuário se implicam numa rede de conversação que ultrapassa os saberes e as tecnologias estruturadas, os preconceitos e o falar pelo outro, é possível a construção de processos relacionais acolhedores da diferença e da alteridade. É no encontro que se tecem agenciamentos criadores de mundos, com potência para a fabricação de um cuidado singular e atento à ampliação de territórios existenciais.

O enfrentamento da ordenação endurecida do sistema de saúde levanta algumas questões para as equipes e suas relações com os usuários e com o território. As equipes olham o usuário para além de seu diagnóstico (diabético, hipertenso, etc.) e outras referências identitárias? Conhecem o território vivo existencial, o fora do muro? Há conexões entre os trabalhadores e as redes vivas de cuidado que se armam no cotidiano, às vezes fora do campo da saúde *stricto sensu*? Estas dimensões ganham visibilidade e operam na fabricação do cuidado?

Embora se reconheça a necessidade de transformação das práticas de saúde e do modelo tecnoassistencial, geralmente investe-se em estratégias normativas, baseadas na transmissão de conhecimentos ou de estímulos materiais e financeiros, que resultam na continuidade do distanciamento em relação ao cotidiano dos serviços, na ausência de um projeto ético-político compartilhado entre gestão, trabalhadores e usuários (FEUERWERKER, 2014).

Modos de gestão baseados em uma racionalidade gerencialista bastante presente nos serviços de saúde limitam a autonomia dos trabalhadores ao instituírem normas administrativas e padronizações técnicas no intuito de controlar os processos

de trabalho. Neste contexto os conflitos e as tensões são abafados pela disciplina e pelo controle da gestão. Organização vertical, relações marcadas por hierarquias, fiscalização de práticas e de comportamentos, toda uma lógica tradicional de gerência que inibe a reflexão e tende à captura da produção dos encontros.

Dada à complexidade do mundo do cuidado, a transformação dos modos de organizar e produzir atenção à saúde não corresponde apenas ao estabelecimento de novos procedimentos organizacionais e reformas no financiamento. É essencial provocar mudança no modo como os trabalhadores se relacionam com a vida e com o sofrimento. O espaço da micropolítica é estratégico para a produção de novas possibilidades de encontro e de atos de saúde.

O encontro entre trabalhador e usuário é um acontecimento aberto para caminhos não completamente previsíveis, já que tanto trabalhador como usuário são portadores de forças e poderes que se colocam em jogo no ato do encontro. Esse lugar, onde de modo imanente o poder circula e se exerce, é o campo da micropolítica e no caso da saúde é de modo privilegiado o lugar de circulação e exercício do trabalho vivo em ato (MERHY, 2013, p. 264).

Operar transformações no espaço do encontro trabalhador-usuário e ampliar as conexões entre o cotidiano do trabalho e os processos de gestão, táticas potentes para a construção de serviços de saúde comprometidos com a defesa da vida e com vínculos mais solidários.

Ademais, interrogar e colocar em análise a noção de saúde, as diversas estratégias para sua produção e vizinhanças com a medicalização. Situar a política como fabricação cotidiana de todos os atores, cuja implementação, formulação e modificação são intensamente disputadas (FEUERWERKER, 2014).

A gestão não é apenas organização dos processos de trabalho, tampouco se trata de um lugar de onde se tomam decisões; apostamos na “gestão como elemento-passagem entre fluxos de trabalho/saberes; fluxos de subjetivação/sujeito; fluxos de relação/poder” (BARROS; BARROS, 2007, p. 64).

No encontro, os diferentes atores (usuários, trabalhadores e gestão) disputam sentidos, negociam projetos, tomam decisões e fazem acordos. Todos os atores governam. Todos fazem gestão. A depender dos agenciamentos, se disparam devires com potência para embaralhar lugares identitários, trabalhador-usuário, trabalhador-gestor, usuário-trabalhador, usuário-gestor, diferentes combinações que abrem possibilidades de fissuras no instituído.

O trabalhador, com seus saberes estruturados, experimenta necessidades de saúde, é um potencial usuário; o usuário que traz necessidades de saúde também possui suas teorias e conhecimentos; e todos se movimentam, fazem gestão no sentido de negociar ou mesmo impor seus projetos, com distintas governabilidades. Mais, cada categoria usuário, trabalhador e gestor, expressa uma multiplicidade em si, ou seja, há distintos usuários, distintos trabalhadores, distintos gestores em produção.

Não há uma predominância da macropolítica sobre a micropolítica ou vice-versa, ambas atravessam a gestão dos processos de trabalho e dos serviços, cujos arranjos são constituídos pelos agenciamentos no plano do trabalho vivo.

O espaço da micropolítica pode produzir visibilidade para os processos de trabalho e sua dinâmica em relação aos modelos de atenção, além de analisadores sobre as articulações entre processos de trabalho e gestão. É essencial a fabricação de dispositivos com potência para interrogar o cotidiano, suas tensões, disputas, processos instituídos e processos instituintes. Estes últimos compreendidos como:

momentos de transformação institucional, (..) estas forças que tendem a transformar as instituições ou também estas forças que tendem a fundá-las (quando ainda não existem), a isso se chama o *instituinte*, forças instituintes (BAREMBLITT, 1998, p. 32).

No mundo do trabalho em saúde as rodas de conversa também acontecem no cotidiano, em espaços informais e vão compondo pontos de vista e conhecimentos sobre os usuários, sobre os modos de cuidar, sobre estratégias de gestão que podem fabricar olhares, alternativas e práticas. Estas produções favorecem reflexões e novos arranjos, como também podem fortalecer jeitos cristalizados e prescritivos de cuidar.

A aposta na criação de espaços para colocar a micropolítica em análise, as implicações dos trabalhadores e da gestão na produção de relações, de cuidado, de articulações e de convivência, pode produzir visibilidade para os arranjos cotidianos, com seus ruídos e tensões.

A educação permanente (EP) é uma estratégia de gestão que pode movimentar vivências e reflexões sobre as práticas, trazendo para a análise coletiva o território do trabalho vivo, seus incômodos, invenções, disputas, racionalidades, negociações, etc. Educação permanente baseada no protagonismo dos atores, na centralidade do trabalho como objeto de análise conectado aos fluxos saber-poder-subjetivações.

Olhar para o dia a dia, no mundo do trabalho, e poder ver os modos como se produzem sentidos, se engravidam as palavras com os atos produtivos, tornando esse processo objeto da própria curiosidade, vendo-se como seus fabricantes e podendo dialogar no próprio espaço do trabalho, com todos os outros que ali estão, não é só um desafio, mas uma necessidade para tornar o espaço da gestão do trabalho, do sentido do seu fazer, um ato coletivo e implicado, a serviço da produção de mais vida individual e coletiva (FEUERWERKER, 2014, p. 104).

A produção das práticas é um território de formação permanente que acontece no encontro. A depender dos agenciamentos, trabalhador e usuário aprendem e ensinam. Em alguns serviços de saúde a proposta do cuidado não convida para a experiência ensinar-aprender, mas opera um corte; por exemplo, alguns grupos de hipertensos e diabéticos se transformam em depositários de informações e orientações de especialistas que ignoram como o usuário compõe a vida, suas conexões e modos de manejar o cotidiano, transversalidades que rompem com uniformizações diagnósticas. Opera-se então um arranjo que põe de um lado o usuário, que tem que aprender o jeito ‘certo’ de se cuidar e de outro, o trabalhador que sabe e por isso está autorizado a ‘ensinar’. Cenas que ilustram tentativas de agir sobre o outro com efeitos variados: obediência, acordos, negações, indiferença, etc. Trazer cenas como essas para análise do coletivo pode provocar indagações, desconstruções de processos naturalizados, deslocamentos e outros sentidos para a produção dos encontros.

O encontro produz territórios com potência para agenciar aprendizagens que convoquem o pensamento sobre o que nos afeta, o que se passa e nos desafia, o que faz vibrar o corpo, ativando novos sentidos e novos mundos. Aprendizagem que pode fabricar dimensões polissêmicas e abertas para o cuidado e outras apostas para os processos de subjetivação.

Temos também a formulação de dispositivos como acolhimento, projeto terapêutico, equipe de referência, matriciamento e apoio, inventados para provocar outras configurações para os processos de trabalho e para a produção do cuidado na perspectiva da integralidade e da imanência gestão e cuidado.

A criação de estratégias para ampliar as conexões entre gestão e processos de trabalho, gestão e produção do cuidado, tem efeitos potentes como a publicização de decisões e de práticas, o compartilhamento de arranjos criativos, reflexões e interrogações sobre o cotidiano. Constitui uma aposta ético-política que conjuga e engendra processos de subjetivação, relações com o trabalho, com o sofrimento e com a vida numa perspectiva inventiva.

3. COMPOSIÇÕES, EXPERIÊNCIAS E INVENÇÕES CONSTITUTIVAS DO APOIO

3.1. AMPLIANDO A CAIXA DE FERRAMENTAS EM DEFESA DA INVENTIVIDADE NO COTIDIANO

Ali mesmo onde algo está constituído como único possível, uma multiplicidade de possíveis pululam, como heterogêneos modos de fazer, sempre também possíveis (...). Interferir intensivamente neste estado de coisas é, então, treinar os ouvidos para este ronco surdo que se machuca naquilo que se repete como sempre repetição. É ouvir este silêncio que grita na concha fechada do instituído e reverbera numa fissura capaz de abri-la para a expressão instituinte. Interferir é, então, ferir dentro daquilo que está interdito ou homogeneizado para que, ao se dizer, passagens se criem por entre heterogeneidades, fazendo ganhar a cena vozes minoritárias, o entre os ditos.

MAIA, A.B.; NEVES, C.A.B.

O apoio é marcado pelos agenciamentos de múltiplos referenciais teóricos, práticas de gestão e interesses que organizam os processos de trabalho e a produção do cuidado. Estas conexões fabricam diferentes arranjos que assinalam a heterogeneidade do apoio.

As primeiras formulações sobre o apoio (CAMPOS, 2007) destacam sua especificidade em relação à ideia de supervisão tal como aparece nas teorias de administração, em especial no taylorismo. Essa distinção relaciona o apoio ao compartilhamento, à (auto) análise crítica e à formulação de práticas sempre no/e com o coletivo, ao passo que a supervisão numa perspectiva clássica opera sobre o coletivo por meio de fiscalização, avaliação e ajustes em direção a normas e metas previamente estabelecidas.

A supervisão comporta vários desenhos de acordo com o arranjo organizacional e a concepção administrativo-gerencial que lhe sustenta.

Na gestão tradicional se reconhece a necessidade de aproximação do cotidiano, mas para controlar o trabalho. Essa é a velha ideia da supervisão vertical, muito familiar à enfermagem. A supervisão proposta por esta modalidade de gestão tem o intuito de transmitir e verificar o cumprimento de normas, protocolos e procedimentos na intenção de corrigir erros e aprimorar o funcionamento ótimo do serviço em termos da adesão e da reprodução das regras e modelos instituídos.

Apesar de ser intitulada supervisão, na saúde mental esse dispositivo foi instituído para apoiar o processo de reforma psiquiátrica, contribuindo para novos modos de pensar e cuidar em saúde mental. Neste campo, em diálogo tanto com a produção da análise institucional, como com a psicanálise, há o reconhecimento da necessidade da análise da implicação ou da transferência –dependendo da referência – e aí o apoio vem engravidado de outras possibilidades.

A supervisão em saúde mental, já praticada há um bom tempo, foi transformada em elemento da política nacional de saúde mental por meio de Portaria em 2005; tinha um caráter clínico-institucional, ou seja, estava comprometida com reflexões e análises sobre a produção do cuidado por meio da discussão de casos clínicos, articulando-os a dinâmica institucional, a rede e a gestão com foco na reorganização das práticas dos trabalhadores na saúde mental (BERTUSSI, 2010). Muito embora haja polêmica em torno desse caráter misto, pois há os que defendem separar a supervisão clínica da institucional.

Dentre os variados referenciais teóricos que refletem sobre a gestão e os coletivos, temos o movimento institucionalista que contribui com conceitos-ferramentas dedicados à produção de processos de auto-análise e autogestão. A análise institucional aposta na criação de dispositivos para que os coletivos produzam (auto)análise dos conflitos e tensões, das implicações e potências criativas. Aqui o coletivo é visto como produto dinâmico e processual, capaz de produzir protagonismo no cotidiano:

As hierarquias, neste caso, são mediadas pela potência e capacidade de produzir em processos singulares, não a hierarquia de poder de imposição de vontade de um sobre o outro, mas na disputa de projetos, interesses e desejos. Há produção de desafios ético-políticos, invenção de mundos, de novidades e de realidades. Neste sentido, os trabalhadores de saúde passam a ser considerados coletivos em produção, implicados com a saúde que produzem, enquanto se produzem como coletivos, atividade finalística da produção da saúde (BADUY, 2010, p. 94).

A racionalidade gerencial hegemônica, baseada sobretudo no método taylorista de gestão, concebe o trabalhador como objeto a ser adaptado ao trabalho; gestos, ritmos, pensamentos e desejos são submetidos ao controle que distribui, determina, regula e fiscaliza os corpos, num incessante embate dedicado a impedir iniciativas, criações e autonomia.

No mundo do trabalho em saúde, este jeito de operar a gestão agencia investimentos de desejo dos trabalhadores sobre suas práticas, vínculos e implicações, desgastando, consumindo, reduzindo as intensidades, com riscos de cristalizar movimentos e capturar desterritorializações, fazendo vingar uma faceta conservadora do instituído.

Ademais, propõe um modo de organizar o trabalho e os processos de decisão que favorecem a redução do trabalho em saúde a procedimentos, doenças ou partes do corpo, empobrecendo consideravelmente a qualidade do vínculo e da responsabilização entre profissionais e usuários. A fragmentação do cuidado operada dentro do serviço recorta as necessidades do usuário e as distribui em ações de saúde isoladas; fora dos serviços, contribui para o não compartilhamento do cuidado em rede. Essa ordem gerencial também colabora para a valorização de determinados saberes e serviços em detrimento de outros, comprometendo aproximações entre atenção básica e serviços especializados e, mesmo dentro das equipes de saúde, tende a provocar pouco diálogo interdisciplinar e relações de poder com excessiva assimetria (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Autores que ao longo dos anos 80 e início dos anos 90 se reuniam em torno do Laboratório de Planejamento e Política em Saúde, na Unicamp, numa perspectiva chamada de “defesa da vida”, ocuparam-se de construir dispositivos e conceitos que possibilitassem romper com a fragmentação do cuidado e a burocratização das relações de trabalho impostas pelo controle sistemático do trabalho vivo na saúde.

Inspirando-se na experiência acumulada no campo da saúde mental/luta antimanicomial, trouxeram para a saúde coletiva conceitos como acolhimento, vínculo, referência, ferramentas para colocar em análise o processo de trabalho em saúde, arranjos do processo de trabalho, como as unidades de produção, que possibilitassem trabalho compartilhado e criatividade. Nesse movimento vem também a ideia do apoio, fortalecida pelo diálogo desses autores com a análise institucional, como uma estratégia de aproximar a gestão do cotidiano do trabalho e de favorecer a auto-análise das equipes em relação aos arranjos e processos de trabalho.

Sem constituir um método ou criar nomes específicos para as várias estratégias usadas, esse grupo apoiou o desenvolvimento de experiências em vários municípios do Brasil ao longo dos anos 90, colocando em prática vários desses dispositivos. O livro “Inventando a Mudança na Saúde”, publicado pela editora Hucitec em 1994, em São Paulo, reúne experiências e reflexões coletivas desse grupo. No livro “Agir em Saúde”, publicado na sequência, em 1997, embora ainda uma produção coletiva desse mesmo grupo, já começam a aparecer diferenças importantes entre eles. Essa foi a última obra produzida em conjunto por esses autores.

No início dos anos 2000, Campos propõe o método Paideia, que articula vários elementos dessas experiências anteriores, só que agora organizadas em um método com dispositivos definidos. Em suas palavras, seus objetivos são o fortalecimento dos sujeitos e a construção da democracia institucional por meio da criação de espaços coletivos compreendidos como “arranjos concretos de tempo e lugar, em que o poder esteja em jogo; e onde, de fato, se analisem problemas e se tomem deliberações” (CAMPOS, 2007, p. 42). A gestão democrática e participativa passa necessariamente

por tais espaços de poder compartilhado, com potência para ativar a co-gestão, combinando coeficientes de liberdade ou de autonomia e graus de poder e de dominação.

Campos propõe a superação da visão instrumental de recursos humanos para a produção de sujeitos e de coletivos comprometidos com a instituição, participantes ativos nos processos decisórios e na formação de vínculos com o trabalho que lhes proporcione realização profissional; um sistema de gestão capaz de instituir compromissos e coeficientes de autonomia entre os sujeitos.

A gestão de coletivos inclui o objetivo de ampliar a capacidade de análise da realidade e de si mesmos; trata-se de um dispositivo para construção de novas subjetividades, para a formação de sujeitos com graus de autonomia. Esses espaços coletivos podem proporcionar aprendizagem, novos arranjos e práticas em saúde.

O organograma tradicional, com seu desenho rígido e hierárquico, dispõe departamentos de acordo com funções ou especialidades, sugere tomada de decisões ‘de cima para baixo’ e consequente subordinação. O método da roda propõe a substituição desses organogramas por um desenho sugerido pelos próprios trabalhadores, constituído por coletivos organizados em unidades de produção.

Uma organização pode ser recortada em várias Unidades de Produção, segundo a identificação de equipes que operem com objeto de trabalho e objetivo comuns. Uma Unidade de Produção, nesse sentido, seria um Coletivo Organizado em potencial, já que juntaria sob uma mesma direção, diferentes profissionais e especialistas, todos envolvidos com certo processo produtivo (CAMPOS, 2007, p. 155).

Alguns espaços coletivos pertencem ao organograma das instituições como é o caso dos conselhos de saúde assegurado pelo SUS; colegiados de gestão, assembleia entre trabalhadores e usuários (como se faz nos CAPS), sessão para discussão conjunta de casos, oficinas de planejamento, etc. são outros que podem ser criados no cotidiano, de acordo com a necessidade.

Na formulação de Campos, a figura do apoiador institucional é responsável pela construção de espaços coletivos, estimulando a escuta, o diálogo e a análise reflexiva das necessidades e conflitos. O apoio é montado como função e a relação do apoiador com a equipe é mediada por contratos construídos com o coletivo que versam sobre objetivos, expectativas, métodos de trabalho, dentre outros, voltados para a gestão e organização dos processos de trabalho.

As equipes de referência e o apoio matricial constituem uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, além de arranjos organizacionais com potencial para ampliar o poder das equipes quanto ao processo de trabalho a partir de negociações, trocas de saberes e práticas e decisões conjuntas (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A proposta de equipe de referência se apoia no conceito de unidade de produção como espaço coletivo participativo e deliberativo. É constituída por distintos especialistas cuja tarefa é atender as necessidades de saúde do usuário. Esta equipe permanece responsável pelo cuidado dos usuários inscritos em seu cadastro, com a ressalva de que a adscrição da clientela corresponde a temporalidades diversas conforme o serviço (UBS, hospitais, centros de referência, unidades de urgência ou emergência, et.). Espera-se a qualificação do vínculo, além do investimento na fabricação de relações dialógicas e solidárias entre os profissionais, de modo que as diferenças sejam enriquecedoras para o coletivo e seu poder de gestão seja fortalecido.

O apoiador matricial é um especialista que contribui com seu núcleo de conhecimento e experiências para complementar a atuação da equipe de referência e promover, em parceria, estratégias de intervenção que aumentem sua capacidade de resolver os problemas de saúde da população. Juntos, apoiador e equipe de referência constroem um projeto terapêutico integrado. A articulação entre equipe de referência e apoiadores pode se dar através de atendimentos e intervenções conjuntas; intervenções específicas dos apoiadores em situações específicas relacionadas ao seu núcleo de saber precedidas de negociações e de discussões a priori com a equipe de referência; diálogo entre apoiador e equipe para troca de conhecimentos e ajustes nas condutas, se necessário.

O apoio matricial sugere uma reconfiguração na relação entre profissionais de referência e especialistas de apoio, estimulando um contato direto com possibilidade de relações horizontais, participativas e cooperativas ao invés da rigidez e da segmentação que operam a lógica do encaminhamento geralmente caracterizada por relações verticais e pela transferência de responsabilidade. Esta metodologia transforma o papel das centrais de regulação, pois a decisão sobre o acesso a um apoio especializado fica a cargo das negociações entre profissional de referência e apoiador, exceto em situações de urgência.

Os conceitos de núcleo e de campo foram formulados para dar visibilidade aos deslocamentos e composições de conhecimentos juntamente com suas especificidades nos arranjos das equipes de referência e apoio matricial. Núcleo se refere ao conjunto de conhecimentos que pertencem ao domínio de determinada disciplina ou especialidade; campo é o conhecimento resultante das trocas, do espaço de interdisciplinaridade e interprofissionalidade que acontece nas equipes em torno da resolutividade de uma dada situação/demanda.

Campos faz uma distinção entre apoio institucional e apoio matricial. O apoio institucional está relacionado à ampliação da capacidade de análise e de participação dos trabalhadores na gestão por meio do diálogo e da corresponsabilização; o apoio matricial se refere às ofertas de conhecimentos dos variados núcleos profissionais e suas articulações para a composição do cuidado integral e centrado nas necessidades do usuário.

Tenório (2009) descreve dois tipos de apoio matricial: o apoio gerencial e o apoio temático. No primeiro caso, a função apoio é integrada pela gestão ao organograma no intuito de ampliar a capacidade de análise e intervenção das equipes. Com o apoio temático temos o especialista que contribui para o processo de adscrição generalizada da clientela, a partir da atenção básica, discutindo casos compartilhados entre os serviços ou contribuindo para uma melhor compreensão de temas relacionados ao seu núcleo de conhecimento junto às equipes de outros serviços. O autor faz uma ressalva a respeito do risco de se aumentar o poder do especialista que

pode contribuir para a intensificação de condutas medicalizantes a partir da instrumentalização das equipes ao invés de agir como potencializador de práticas comprometidas com a autonomia dos usuários.

Ainda no começo dos anos 2000, várias dessas proposições foram organizadas e sistematizadas no âmbito da Política Nacional de Humanização, proposta por Campos quando de sua passagem na secretaria executiva do ministério da saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH) tem o propósito de mobilizar os modos de gestão e de cuidado em saúde na afirmação de um plano ético político institucional centrado em valores humanitários, concebidos como produções capazes de combater as iniquidades no acesso e melhorar a qualidade das práticas em saúde (PASCHE; PASSOS, 2010). Um dos desafios desta proposta é escapar dos sentidos gastos do termo humanização, geralmente associado a algo positivo, moralizante, restaurador de princípios naturalmente humanos, para construir uma aposta ética na diferença por meio de relações dialógicas e negociações entre os atores, com efeitos para a transformação da gestão e das práticas de cuidado. Não se trata de instalar práticas humanizadas ou cartilhas para o cuidado tampouco negar as diferenças e conflitos que mobilizam disputas cotidianas, mas de construir coletivamente a humanização como método de inclusão, como modo de fazer inclusivo.

A PNH adota e difunde o método paideia, sendo compreendida como um método de inclusão, disparador da criação coletiva de cuidado e estratégias de gestão numa perspectiva democrática, que decorre do acolher e incluir as diferenças com os tensionamentos implicados em tal processo:

A inclusão produz, portanto, a emergência de movimentos ambíguos e contraditórios, os quais devem ser sustentados por práticas de gestão que suportem o convívio da diferença e a partir dela sejam capazes de produzir o comum, que pode ser traduzido como projeto coletivo (PASCHE; PASSOS, 2010, p. 426).

A inclusão provoca desestabilização de papéis pré-estabelecidos. Convida os trabalhadores a atuarem ativamente nos processos de decisão, com interferência sobre a gestão; mobiliza os usuários a se engajarem na produção do cuidado como

protagonistas, trazendo seus saberes, interesses, expectativas e desejos para a composição de projetos terapêuticos singulares, nos quais a autonomia do usuário é uma dimensão central. Incluir os sujeitos em relação, armando redes de conversação com abertura para negociações e acordos construídos entre diferentes, onde não haja a dominação de uns sobre os outros pela negação da alteridade, mas a criação de contratualidades numa relação de lateralidade, de vizinhança, de convívio na diferença. Estes movimentos implicam a invenção de atitudes éticas, experimentações de processos de subjetivação e apostas em transformações das práticas de saúde e de gestão, planos inseparáveis.

O método da tríplice inclusão: inclusão dos sujeitos com suas histórias, seus interesses e saberes (lateralização); inclusão dos conflitos ou pontos de tensão que resultam da primeira inclusão e que devem ser entendidos como analisadores institucionais; inclusão, por fim, do coletivo que se consolida no exercício inclusivo (Ibid., p. 430).

Pasche e Passos (2010) situam a função do apoio como exercício do método da PNH: “um modo de incluir novos parceiros, multiplicando os agentes de contágio da política pública de saúde” (p. 429). O apoiador tem a função de referência, acompanha os atores na invenção de caminhos que não seguem uma rota a priori, pelo contrário, são linhas de força, abertas, maleáveis e fluidas. Trata-se de dar movimento a uma dada realidade institucional por meio da inclusão de vozes, de pensamentos e de desejos que podem acionar mudanças pelo “poder de contágio”. O sentido do modo de fazer o apoio na PNH sugere a construção de posicionamentos em permanente movimento e experimentação.

Conversando com a proposta dos autores acima, Merhy (2010) interroga o efeito que os encontros provocam no apoiador como dispositivo na medida em que nas relações com o coletivo, é um elemento que agencia novos processos de subjetivação, mas não se mantém na exterioridade do processo: é afetado e sofre os efeitos do encontro com a diferença em si e no outro. Assim, é importante que se coloque em linha de fuga de si mesmo, atento aos engessamentos e riscos de tornar-se reproduzidor de uma proposta a priori, que se orientaria na contramão da inclusão da

diferença que a PNH propõe. Para o autor, a potência e a fragilidade desta aposta de apoio estão na necessidade de produzir abertura à diferença em si e no outro a cada encontro, em ato, e na recusa da oferta de soluções prévias silenciadoras da polifonia de vozes que habitam o território da saúde.

Merhy veio desenvolvendo a perspectiva micropolítica de análise do trabalho em saúde, reconhecendo também as relações de poder e as disputas de projeto que habitam o cotidiano do trabalho em saúde, independentemente da gestão. Propõe dispositivos para colocar coletivos em análise e produzir novos sentidos para o trabalho em saúde, reconhecendo as múltiplas e mútuas afetações entre gestores, trabalhadores e usuários, em processos mutáveis de subjetivação. Cada lugar em sua composição singular, vivendo processos singulares a cada momento, requer o desenvolvimento de estratégias específicas para produzir movimentos de mudança em direção ao cuidado centrado nas necessidades dos usuários e não nos profissionais e nos procedimentos.

Para Merhy, o apoio é uma aposta, proposto como um dispositivo. A função de dispositivo tomado como disparo, marcado pela transitoriedade, exige do apoiador uma permanente linha de fuga de si mesmo, recusa de capturas que podem instalá-lo no lugar de porta-voz do outro, munido de um saber que supervisiona, decide e governa pelo outro. Por isso o apoiador precisa também se colocar em análise, pois também é afetado e corre o risco de captura.

Apoio é algo que se produz no encontro, partindo das tensões e questões do cotidiano – da gestão e da atenção –, é produzido a partir de múltiplas relações que afetam e mobilizam e que devem ser analisadas pelo próprio grupo. Muitas vezes causam desconforto. Esse desconforto e a possibilidade de reflexão crítica são fundamentais para a produção de novos arranjos e saberes (BRASIL, 2014).

O apoio acontece no momento do encontro entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários, então, é importante pensar no momento do encontro. Quando o trabalhador de saúde, independente do lugar em que atua e de sua formação profissional, encontra-se com outro, que pode ser outro trabalhador ou um

usuário, ele pode ter uma atitude de detentor exclusivo do saber; ou de escuta e de cooperação. Pode, apesar das diferenças, também abrir-se e afetar-se com as histórias e dificuldades do outro.

No encontro, é possível afetar uns aos outros, construir espaços de vizinhança de afetos, de ações e de conceitos e, assim, construir novas possibilidades de produção, singulares, produzidas em ato, e em cada momento da interação com o outro. Pode-se produzir assim um intenso processo intercessor, que redefine a ação como um comum no entre do encontro, abrindo-o para a aparição de situações inusitadas e criativas, sem definição a priori. Pelo qual, novidades e questões não pensadas vazam. Isso é importante: deixar-se interrogar pelo inusitado, sem ficar aprisionado nas ofertas e respostas previamente existentes.

É importante o debate sobre o lugar dos saberes ou conhecimentos nos encontros. O saber não pode ser o sujeito na construção dos encontros (como há o risco de ocorrer muitas vezes nos apoios matriciais e em certas experiências de apoio institucional), mas sim ferramenta. Não um a priori, mas uma ferramenta para a construção das respostas necessárias.

3.2. O DISPOSITIVO APOIO COMO FÁBRICA DE CONEXÕES

O apoio é uma estratégia, a função do apoiador é acompanhar processos, atento às afecções e seus efeitos na produção de si e do coletivo, produtos que engendram produções no encontro.

O apoiador como função é uma alteridade no grupo e uma alteridade do grupo, isto é, seu trabalho é o de disparar processos de mudança no grupo que possam alterar o significado que o grupo tem de si. Dessa maneira, sua atitude é a do 'reposicionamento de si' do/no grupo. A coerência ao método exige atitude reflexiva ininterrupta de análise das implicações. Quando apoiador e grupo se confundem na forma instituída da identidade do grupo talvez esteja se anunciando a dissolução da função apoio (PASCHÉ; PASSOS, 2010, p.444).

O apoio é um recurso para a produção de mudanças nos planos da gestão e do modelo de atenção por meio da ampliação da democracia institucional. O apoiador se constitui como referência para o coletivo ao longo do tempo e de certa estabilidade de encontros que possibilitam a construção de relações de confiança e o compartilhamento de dificuldades, dúvidas e tensionamentos; apoiador e coletivo estabelecem contratos de trabalho com espaço para a análise e discussão do processo de grupalização, no qual o apoiador se inclui na condição de um 'não-lugar', provisório e fronteiro.

Voltar ao mesmo coletivo, suportar a crítica ou a explicitação de situação que inviabilizou a realização do que foi acordado, reposicionar-se, insistir, mudar a velocidade ou abandonar caminhos (mesmo aqueles que nos custam tanto a abandonar, que pareciam tão promissores...), recontratar, avaliar junto ao coletivo, comemorar avanços, compreender e superar as derrotas, buscar mais e novos suportes conceituais, dialogar com eles, jogar alguns fora, procurar novas explicações (porque as que tínhamos já não dão conta do que a vida foi demandando)... tudo isto faz parte do cotidiano do apoio e compõe a dinâmica de trabalho do apoiador (PAULON; PASCHE; RIGHI, 2014, p. 813).

As experimentações do apoio vêm produzindo variados efeitos e ganhando espaço no debate acadêmico e na formulação das políticas, com investimento na formação de apoiadores e de novos arranjos para o apoio. A proposta de São Bernardo foi se constituindo no diálogo com múltiplas referências e com experiências de apoio em municípios como João Pessoa e Londrina.

Bertussi (2010) e Baduy (2010) analisam respectivamente experiências de apoio desenvolvidas nos municípios de João Pessoa e Londrina. Nos dois casos, embora construídos desde lógicas diferentes, os apoiadores trabalhavam de modo articulado o debate sobre os casos e sobre os processos de trabalho, ou seja, sem separar apoio institucional das discussões clínicas, assim como em muitas experiências da saúde mental.

Além da articulação intensa entre cuidado e organização e relações estabelecidas no processo de trabalho, as duas experiências estudadas mostram que cada apoiador se constitui de modo diferente (a partir de sua história, formação,

potências, fragilidades), fabricando preferencialmente um tipo de apoiador (mais ou menos autoritário, mais ou menos permeável, mais ou menos solidário, etc). Mas mesmo esse perfil singular é modificado dependendo da cena e dos agenciamentos.

Agregam também a consideração de que todo gestor pode ter dentro de suas funções o papel de apoiador e que todos trabalhadores da saúde têm a função apoiadora como uma possibilidade entre suas ofertas, tanto no âmbito da relação com os demais trabalhadores, como em relação ao apoio que pode ser desenvolvido com o usuário no ato da produção do cuidado.

Mesmo com arranjos e pontos de partida diferentes, nessas duas experiências estudadas, o apoio era realizado tanto por uma equipe de apoiadores, contratada e formada para realizar esse trabalho na rede, como por outros profissionais do cuidado e da gestão, que também entravam fortemente em um processo que visava apoiar as equipes de saúde em situações de saúde individuais e coletivas complexas existentes nos territórios.

Nesse processo, eles agenciavam o compartilhamento de experiências, sensações e saberes para enfrentar os problemas identificados. Produziam muitas trocas, discutiam casos, articulavam conexões com outros serviços da rede, faziam visita domiciliar junto com as equipes. Assim, a partir da problematização do cotidiano, iam produzindo relações de cooperação para lidar com os conflitos e tensões do dia-a-dia.

Em ambas as situações houve um investimento muito forte da gestão para propor a função apoiadora como constituinte dos processos de trabalho na rede. Para isso, a ferramenta de educação permanente foi mobilizada (MERHY; FEUERWERKER, 2013). Múltiplos espaços coletivos de encontros foram criados: entre apoiadores e equipes nas unidades, entre as equipes de apoiadores e a gestão central. Numa dessas experiências, foram constituídos espaços de articulação territorial como dispositivos para a articulação da rede e o engendramento de pactuações coletivas para o

enfrentamento das dificuldades. Nesses espaços se encontravam os diferentes serviços do território, equipamentos de referência municipal, os apoiadores e representantes do nível central.

Não basta instituir o apoio nos serviços e estimular espaços coletivos, uma vez que nestes se pode apenas reproduzir o instituído, sustentar cristalizações e processos relacionais determinados por hierarquias de saberes e poderes. Por isso é tão importante problematizar o apoio, suas práticas e efeitos: está disparando reflexões e questionamentos sobre a organização do cotidiano, a produção dos encontros, as possibilidades de cooperação e de compartilhamento de responsabilidades entre profissionais e equipes, as modalidades de cuidado e sua fabricação?

O vigor do apoio está na possibilidade de colocar o instituído em análise, desestabilizar pré-conceitos, lógicas, hierarquias, territórios; movimentar experimentações no plano das relações entre trabalhadores, gestão e trabalhadores, trabalhadores e usuários, com potência para agenciar espaços de fala, escuta, olhares, afetações, cujas produções constituem matéria-prima para o cuidar como criação singular, de vida, intensa e desejante.

O apoio pode contribuir para a mudança das práticas de atenção à saúde, favorecendo a consolidação dos princípios básicos do SUS: universalidade, equidade e integralidade. Tais princípios, inter-relacionados, expressam os propósitos da reforma sanitária brasileira e constituem norteadores para a organização do sistema de atenção à saúde:

O princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas a integralidade nos desafia a saber e fazer o “quê” e “como” pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um (AYRES, 2009, p. 13).

A integralidade, uma das diretrizes básicas do SUS estabelecida na Constituição Federal de 1988, remete ao atendimento integral, incluindo ações preventivas além das assistenciais. Entretanto, já é reconhecido como um conceito polissêmico, que

pode indicar a ampliação do conceito de saúde e ser tomado como um princípio para, tomando as necessidades de saúde e os usuários como centro, pautar as práticas de atenção, os modos de gestão e a organização das políticas de saúde. Domínios esses que se implicam mutuamente, uma vez que “a participação muda a atenção e a gestão; a gestão muda a atenção e a participação; a atenção muda a participação e a gestão” (BRASIL, 2005, p. 98).

O sentido da integralidade, portanto, ultrapassa o indicado no texto constitucional; porta um conjunto de valores e acena produções de modos de viver.

Cada serviço precisa realizar uma escuta das necessidades de saúde e das singularidades que compõem os modos de vida: “colocar os usuários como centro da gestão e da atenção é o primeiro caminho para a integralidade” (Ibid., p. 97). Ou seja, a escuta, a sensibilidade, a receptividade e a acolhida do usuário são os primeiros passos na construção de um cuidado integral.

A integralidade da atenção pode ser compreendida como: “o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual” (CECILIO, 2012). O interesse pela tradução e compreensão da demanda aproxima equipe e usuário, colabora na construção de uma relação de confiança e de respeito, na qual, juntos, profissionais e usuários podem refletir e criar estratégias mais potentes para o cuidado. Daí a importância da escuta do profissional, do respeito às diferenças como expressões legítimas de alteridade de modo que o encontro entre os atores pode desmontar uma lógica pré-estabelecida relativa às tecnologias-equipamentos e saberes e construir novos agenciamentos.

A integralidade como prática social é construída pelos sujeitos nos encontros em que se abrem possibilidades de produção de saberes e ações criativas em linhas de fuga relativas à racionalidade científica. Temos então na integralidade um dispositivo político de crítica aos discursos e práticas instituídas no campo da saúde, além da potência de pôr em jogo a circulação de poder e seus efeitos na vida cotidiana dentro e fora dos serviços (PINHEIRO; GUIZARDI, 2008).

Trata-se, portanto, de uma construção coletiva, derivada das trocas entre o saber-fazer dos profissionais e o universo dos usuários que podem provocar, a partir destes diferentes olhares e sensibilidades, processos reflexivos e novas práticas em saúde.

Ora, a integralidade perpassa o apoio, é uma das múltiplas linhas que o compõem, movendo-se, articulando-se com outros elementos, suscitando processos, desafiando os atores para a fabricação de devires. O apoio é uma aposta na produção de conexões entre gestores, profissionais, usuários, familiares e serviços de saúde no território e na potência criativa da composição de redes.

É um dispositivo que pode suscitar integralidade por meio de diferentes entradas: ao fomentar problematizações sobre a organização dos processos de trabalho e suas práticas; ao trazer para a cena os encontros entre trabalhadores e usuários, suas afecções, incômodos, surpresas, produções e processos de subjetivação; ao estimular a aproximação da gestão, dos trabalhadores e dos usuários para conversarem sobre o cotidiano, fazeres, dificuldades e invenções; ao pôr em discussão os projetos terapêuticos, sua formulação em vista das necessidades dos usuários e seus efeitos para a construção de modos de vida; ao propor a circulação de diferentes saberes e racionalidades que podem se articular como amplificadores na produção de modos inventivos de cuidar; ao tecer a rede no território com a promoção de espaços para o encontro entre os diversos atores, espaços de interrogação, de análise, de possíveis alternativas para as práticas de saúde.

Vasconcelos; Morschel (2009) relacionam o objetivo central do apoio ao do analista institucional. A figura do apoiador fomenta a análise coletiva da dinâmica de relações, de poderes e de prática constituídas no serviço. O apoio se localiza no entre, no entre dos serviços, no entre atenção e gestão, no entre trabalhadores e usuários e, nessa condição, se movimenta, arma encontros, nos quais é possível disparar processos, ampliar porosidades com potência para construção de fazeres inventivos. Num espaço de transversalidade busca problematizar as ofertas clínicas, os projetos de intervenção e a gestão dos processos de trabalho.

“Habitar os espaços, eis uma potência anunciada via apoio institucional” (Ibid., p. 733). Manter-se a espreita, colocar-se em guerrilha contra os engessamentos (em si e nos outros) e burocratizações que capturam os dispositivos e agenciamentos criadores de movimento e de transformação. De maneira dialógica, o apoio analisa o instituído, provoca o olhar ao trazer as cristalizações que operam nos serviços, dispara experimentações, faz mover os lugares engessados e a racionalidade excludente e binária que institui relações, afetos e cuidados. O apoio tem a função de construir espaços coletivos de análise do cotidiano, movimentando conexões e composições, potencializando a produção de redes. Faz articulações, conecta, cria possibilidades, produz novos territórios, “eis onde acreditamos se localizar a potência do apoio institucional: a possibilidade de atuar como intercessor, agenciar encontros e fomentar zonas de comunalidade” (Ibid., p. 734).

A análise institucional (AI) traz conceitos-ferramentas que costuram e colorem paisagens para o apoio. Com Lourau (2004), a noção de instituição ultrapassa a equivalência a estabelecimento/organização e/ou sistema de regras e normas que definem a vida dos indivíduos e dos grupos sociais. Geralmente compreendida por um raciocínio positivista e funcionalista, a instituição é situada como algo exterior e em relação de coação aos sujeitos; imposta pela sociedade para exercer a função de regulação social. Lourau argumenta que estas concepções reduzem as instituições ao aspecto do instituído, no entanto a instituição é construída e mantida pelos sujeitos, comporta uma atividade/poder instituinte que a cria e pode colocá-la em questão. Logo, instituído e instituinte são forças que coexistem, agonizam e se atravessam com efeitos para o recrudescimento, transformação e ruptura do instituído.

Ao operar a desnaturalização do conceito de instituição, a AI o devolve a imanência, a inventividade e a processualidade. A instituição é, portanto, fabricada e o que nela acontece são produções que movimentam e recortam formas de ser nas figuras de trabalhadores, usuários e gestores. A condição de produto-produtora, instituída-instituinte, traça possibilidades para experimentação, para fazer diferir, para transformar a instituição e o trabalho em saúde. Neste processo, todos estão implicados, todos agem na produção de valores, interesses, acordos, desejos, modos

de trabalhar; a análise permanente das implicações é uma necessidade que traz visibilidade ao inusitado, as experimentações, as recusas e as capturas que operam no jogo de fabricação do instituído e processos de institucionalização.

Neste enredo o apoio se produz em ato, está em permanente criação, se faz na experiência, ativando movimentos de análise, recusando o modo substancializado de conceber trabalhadores e serviços para acompanhar os processos de produção da realidade no plano de forças em jogo, produtivo, movente e conectivo.

Ao aceder a essa dimensão movente, a função apoio pode afetar as condições de gênese das realidades instituídas, cristalizadas e sacralizadas, e assim intervir e fazer derivar, por meio de um processo de diferenciação, novas outras formas de trabalhar ainda não atualizadas. Diríamos, em outras palavras, que se trata de uma aposta na capacidade dos viventes de hesitar, liberando os trabalhadores dos automatismos, fazendo-os diferir, suspender ou variar respostas antevistas pelas prescrições. As ações visam a produzir um padrão de comunicação enviesado que deixa vazar outros processos de invenção no trabalho, de produção de saúde e de sujeitos. Função apoio que se faz a partir de um “não-lugar”, oferecendo-se como deslocamento dos trabalhadores para o lugar de analistas de sua atividade (BARROS, 2014, p.1110)

O movimento de análise desestabiliza as formas constituídas, dando passagem às múltiplas conexões que engendram a realidade e a um plano de transversalidade que traça estranhamentos, vizinhanças e fissuras, agitando e fazendo fugir as diferenças.

O apoio investe na produção de espaços coletivos, fomenta grupalidades. Geralmente a ideia de grupo está relacionada ao um, unidade garantida por objetivos comuns, dotada de características identitárias que diluem as diferenças. Abolimos esta concepção juntamente com dicotomias entre indivíduo/grupo, grupo/sociedade. Ao invés da noção de indivíduo (e sua pretensa continuidade), pensamos em termos de subjetividades produzidas, modos de existência, processuais e imanentes às condições de produção e de efetuação do saber e do poder, dadas certas conjugações de forças e máquinas que se põe em funcionamento. Os processos de subjetivação são coletivos.

A produção da fala, das imagens, da sensibilidade, a produção do desejo não se cola absolutamente a essa representação do indivíduo. Essa produção é adjacente a uma multiplicidade de agenciamentos sociais, a uma multiplicidade de processos de produção maquínica, a mutações de universos de valor e de universos históricos (GUATTARI; ROLNIK, 2000, p. 32).

O apoio se faz no encontro em composições com o outro (também em si) e os arranjos que tecem o viver, territórios habitados por desejos, pensamentos, gestos, enunciados, penumbras, virtualidades e processos de subjetivação. A produção de grupalidade é objeto de análise, afinal, o que os processos relacionais potencializam?

Guattari distingue dois modos de funcionamento nos processos grupais: grupo sujeito e grupo sujeitado. O grupo sujeitado é marcado por hierarquias, relações verticais, manobras que repelem o dissenso, a discordância, a diferença, a ruptura. Em nome da autoconservação, impede a criação e investe no habitual, na repetição. O grupo sujeito opera por graus de abertura e coeficientes de transversalidade, misturas, composições, que acolhem a provisoriedade e a processualidade de suas invenções. Ao contrário de formas essenciais ou naturais de grupo, são vertentes que se comunicam, que se deslocam, grupos-sujeitos podem derivar de grupos-sujeitados e vice-versa. Importa destacar que:

O grupo é o entre, aquilo que está no meio, mas não aquilo que se debate entre totalidades capturantes/capturadas que almejam se manter, acima de tudo, como identidades imutáveis. O grupo é o entre quando também ele abandona, se esvai, das totalizações substancializadoras que o transformaram ao longo deste século em mais uma identidade, um outro Um. O grupo é o entre quando, em qualquer um de seus pontos-movimentos, falas expressas, afetos experimentados, se abre como conexão para outras bricolagens (BARROS, 2009, p. 292).

Os processos de trabalho em saúde operam em rede, articulam usuários, trabalhadores, gestão, saberes e práticas na produção do cuidado. A concepção de rede de práticas cuidadoras estimulou a criação de linhas de cuidado, configuradas horizontalmente por fluxos que envolvem ações resolutivas das equipes de saúde e constituem um diagrama singular que se enlaça com práticas exteriores ao sistema formal de atenção à saúde. Os traçados desta malha de cuidados ininterruptos são transformados de acordo com os projetos terapêuticos dos usuários e orientados pela

integralidade: “numa malha não há maior e menor, anterior e posterior, partida e chegada, topo e base; tudo o que há é o tramado, as ligas, as conexões: *rizoma*” (CECCIM; FERLA, 2006, p. 167). Contudo, estas conexões podem sofrer interdições ou capturas que contribuem para o domínio do previsível, das repetições, da serialização do cuidado.

As redes são construídas na micropolítica dos encontros, estão em constante movimento e processualidade, se fazem e se refazem, sua potência também depende do investimento e do cuidado com os espaços coletivos. A entrada do apoio pode fabricar agenciamentos de rede por meio de aberturas para experimentações nos encontros com possibilidade de disparar novas maneiras de afetar e de ser afetado. Experimentações que efetuam a construção de redes vivas, produzidas na diferença, produtoras de mundos e de novas sensibilidades.

A rede transversaliza porque nos abre a um plano mais ampliado de comunicação e de composição, mas ao mesmo tempo transdisciplinariza, porque solicita a criação de zonas comuns (BARROS, 2014, p. 105).

O comum vaza das fronteiras estabelecidas para compor uma zona de encontro, de partilha. As experiências de apoio podem fazer emergir o cuidado como campo comum que movimenta, desloca, agencia outros arranjos que não pertencem a nenhum território disciplinar, mas se constituem pela interferência entre as disciplinas e a produção de vida dos usuários (que não responde a disciplina nenhuma). Produção coletiva que se tece pela construção de espaços de partilha das experiências, dificuldades e bloqueios; compartilhamento de escolhas, decisões e projetos terapêuticos. O apoio estimula a análise e a gestão compartilhada dos processos de trabalho, produz visibilidade para o grau de transversalidade que recorta as relações, instabilizando fronteiras disciplinares e profissionais.

Em sua tese de doutoramento, Bertussi (2010) analisa o processo de produção do apoio na gestão municipal em saúde em João Pessoa e constrói o conceito de apoio rizomático, cuja armação teórica e invenções práticas dialogam com a perspectiva de autores como Deleuze, Guattari, Foucault, Rolnik, Feuerwerker, Merhy, dentre outros.

No apoio rizomático não se faz a separação entre os planos da gestão e da produção do cuidado. Considera-se que os dois são profundamente interconectados e pedem para ser trabalhados de modo articulado.

A autora constrói planos para analisar as possibilidades de apoio a partir de sua potência para fabricar encontros, construir conexões entre produção e gestão do cuidado, considerando que o agir apoiador opera, sobretudo, na micropolítica. Destacamos a potência desses planos como amplificadores do apoio como dispositivo, disparadores de novas lógicas e maquinações, tais como o devir apoiador como experimentação de si mesmo e abertura ao inusitado.

O devir não é imitação, nem semelhança, passagem de um ponto a outro para tornar-se, encarnar formas, objetos ou sujeitos molares. Todo devir é molecular, emissão de partículas em função de suas relações de movimento e de lentidão; se passa entre e movimenta relações que operam zonas de indeterminação ou de incertezas: “um devir não é um nem dois, nem relação de dois, mas entre-dois, fronteira ou linha de fuga, de queda, perpendicular aos dois” (DELEUZE; GUATTARI, 1997a, p. 91).

O devir-apoiador produz ultrapassagem de uma subjetividade estratificada no eu, diferenciações de si mesmo, desembaraço do costumeiro: “Não se abandona o que se é para devir outra coisa (imitação, identificação), mas uma outra forma de viver assombra ou se envolve na nossa e a ‘faz fugir’”(ZOURABICHVILI, 2004, p. 48). Devir que arrasta significações prévias e categorizações que capturam os encontros e os processos de produção do cuidado.

Outro plano importante é como se produzem as relações no organograma – de modo arborescente ou rizomático. Esses modos convivem e estão em permanente disputa. O arranjo rizomático do organograma descentrado propõe relações produtoras de conexões entre os variados pontos, em todos os sentidos, ao invés de uma estrutura baseada num organograma rígido e hierárquico, ampliando a potência dos coletivos. A autora considera que o matriciamento é uma aposta na produção desta transversalidade, misturando atores, movimentando conexões, potencializando

relações de cooperação e de responsabilização. As relações de poder operam nos espaços coletivos, agenciadas pelos modos de organização arborescente e rizomático, tensionando, agitando disputas e confrontos entre regimes de verdade, mobilizando resistências. O apoiador entra em cena nestes espaços de disputa, fazendo interferência, buscando criar encontros com potência para o diálogo e para a análise dos modos de trabalhar e gerir o cuidado.

Como Baduy em sua tese, traz a caixa de ferramentas do apoiador e sua incessante fabricação, comprometida em favorecer novas práticas em saúde. Segundo Baduy (2010), caixa de ferramentas que monta-desmonta, em permanente produção, combinando tecnologias leves, leve duras e duras. A caixa de ferramentas do apoiador abriga tecnologias leves e leve-duras, é construída em ato e pode contribuir para ampliar porosidades, mobilizar desterritorialização e invenções de novos territórios cuidadores.

A formulação do apoio em São Bernardo é atravessada pela heterogeneidade das produções sobre o tema e traz uma forte aposta no apoio como agenciador de conexões que ao engendrar processos se configura em novos arranjos, em permanente movimento.

São múltiplas estratégias de apoio em cena que interrogam os processos de trabalho e funcionam como suporte para a função apoio. Foram criados também espaços coletivos de articulação que reúnem diferentes serviços dos territórios, departamentos da gestão, apoiadores e a gestão do apoio.

A educação permanente vem mobilizando discussões e disputas. A produção de análise, embora reconhecida em sua potência criativa, constitui um desafio em pauta que enfrenta dificuldades e resistências.

Na proposta do município, o apoio atua na produção do cuidado e da gestão, não há distinção entre apoio institucional e matricial. No entanto, esta diferenciação apareceu em alguns momentos da pesquisa, sinalizando que a experiência do apoio é fabricada de várias maneiras a depender da demanda, do serviço e outros planos que operam nos encontros.

“Eles [trabalhadores da unidade] buscam a gente muito mais como apoio de matriciamento. Não que o institucional não apareça, mas a gente percebe, pelo menos eu percebo, que a demanda é menor neste sentido. Eles tem a lógica deles e acabam buscando a gente muito na questão do matricial, prá ajudar a formação com agente comunitário, para ajudar nas VDs, para fazer orientações de domicílio, para fazer essa amarração com a rede, muito menos no institucional dentro daquele espaço” (Conversa com uma apoiadora)

“A forma predominante [de aproximação com a produção do cuidado] ocorre no âmbito institucional (...) envolve auxílio na organização de agenda, organização de dados epidemiológicos do território, avaliação institucional quanto à demanda atendida para então pensar junto com os trabalhadores propostas que atendam as necessidades de determinados grupos populacionais, compreensão das relações estabelecidas entre os profissionais dos serviços, conhecimento da rede de atenção em saúde do município, discutir desconfortos que as relações interpessoais geram e muitas vezes afetam a produção de cuidado do serviço, entre outros. Outra forma de aproximação ocorre no âmbito matricial, em que situações específicas de determinada pessoa, família ou território são discutidas e geram uma atuação mais direta tanto relativa ao meu núcleo de conhecimento (...) como em conhecimentos cotidianos que auxiliem em uma intervenção”. (Narrativa de uma apoiadora)

César et. al (2014) analisaram 12 experiências do apoio selecionadas para uma pesquisa sobre o modo como os exercícios do apoio institucional vem se atualizando nos territórios e serviços. Os encontros deram visibilidade à polifonia que constitui o apoio no que se refere à produção de modos de cuidar, analisar e transformar processos de trabalho, produzir coletivos e ativar redes³.

³ De modo geral, os objetivos da pesquisa se voltaram para a investigação sobre as práticas do apoio e suas interfaces em relação à garantia do direito à saúde e a integralidade. A pesquisa envolveu um coletivo de pesquisadores advindos do Instituto de Medicina Social – UERJ, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – ESPJV/FIOCRUZ, Fundação Getúlio Vargas FGV- Direito- UERJ, Universidade Federal do Espírito Santo – UFES e Universidade Federal Fluminense – UFF. Os caminhos da pesquisa (estratégias noções emergentes e resultados) foram publicados na coletânea PINHEIRO, R. et. al (Orgs.) **Práticas de apoio e a integralidade no SUS:** por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa. Rio de Janeiro: CEPESC/ ABRASCO, 2014.

Em algumas experiências, o apoio apareceu colado à figura do apoiador, espécie de supervisor ou consultor que executa um trabalho programado, com metas e definições a priori. Neste caso o apoio se conjuga aos verbos conduzir, prescrever, estabelecer... Este ponto de vista convive com a ideia do apoio como método singular, processo construído junto com o coletivo e comprometido com a análise dos processos de trabalho e reorganização dos serviços.

Alguns trabalhadores exercem o apoio como atividade paralela às tarefas cotidianas de seus postos de trabalho, o que lhes impede uma dedicação exclusiva e um tempo maior de investimento para as demandas do apoio. Embora “pesado” e “cansativo”, os trabalhadores se mantinham na função de apoio mobilizados por uma aposta ético- política na força deste dispositivo para o coletivo.

As diferentes construções do apoio também estão relacionadas à organização do trabalho e as formas de gestão (mais ou menos verticalizadas, segmentadas, etc.). Dependendo dos arranjos, a movimentação dos coletivos exige grande esforço que pode ser vivido como algo individual. As rodas de conversa podem provocar análise das resistências, isolamentos, suspeitas, como efeitos dos modos de trabalho e suscitar outras criações.

A sobreposição de tarefas também produz experiências de sofrimento e de sobreimplicação⁴. Como recurso para driblar esta situação, alguns territórios mobilizam os trabalhadores da gestão para assumirem a função apoio, presumindo que os trabalhadores da assistência estejam mais sobrecarregados com as atividades dos serviços. A vinculação do apoiador com a gestão pode aproximar gestão e atenção e oportunizar problematizações sobre a inseparabilidade entre cuidar e gerir. No entanto,

Em alguns casos, o fato de o apoiador ser um trabalhador da gestão parece gerar mais distanciamento do que aproximação, na medida em que a equipe ainda enxerga o apoiador como alguém da secretaria, a quem eles direcionam todas as demandas de infraestrutura dos serviços, e que, no entanto, continuam sem respostas (CÉSAR et.al, 2014, p.155).

⁴ De acordo com Lourau (2004): “A sobreimplicação não só produz sobretrabalho, estresse rentável, doença, morte e mais-valia, como também *cash-flow* - benefício absolutamente nítido consagrado ao reinvestimento e, portanto, ao crescimento indefinido da empresa-instituição” (p. 195).

O apoio é indicado como um *ethos*, um modo de estabelecer relações com o trabalhar que recorta os variados espaços e funções nos serviços (seja como gestor, psicólogo, coordenador, apoiador, etc.), exigindo permanente análise da produção de subjetividades, de práticas e seus efeitos. O apoio pode se vincular a uma missão salvadora, difícil e árdua, que suscita culpa, obrigação e sacrifício, processos ligados à sobreimplicação, ou seja, dificuldade de fazer análise de implicações. Como as instituições operam em nós? Quais os mandatos sociais que nos atravessam? Na ausência destes questionamentos, corre-se o risco da militância, do ativismo, da burocratização.

O exercício de análise das implicações vem acontecendo em muitas das experiências de apoio pesquisadas, em espaços coletivos nos quais os apoiadores analisam modos de trabalho, estratégias, afetações, construindo redes de solidariedade e de apoio mútuo.

4. CONSTRUINDO A PESQUISA: ESTRATÉGIAS E ALIADOS

4.1. PENSAR NÃO É RE-CONHECER, MAS INVENTAR NOVAS POSSIBILIDADES DE VIDA

O que aparece na rivalidade entre os dois modelos⁵ é, antes, o fato de que, nas ciências ambulantes ou nômade, a ciência não está destinada a tomar um poder e nem sequer um desenvolvimento autônomo. Elas carecem de meios para tal, porque subordinam todas as suas operações às condições sensíveis da intuição e da construção, seguir o fluxo de matéria, traçar e conectar o espaço liso. (..) Seja qual for sua fineza, seu rigor, o “conhecimento aproximativo” continua submetido a avaliações sensíveis e sensitivas que o impelem a suscitar mais problemas do que os que pode resolver: o problemático permanece seu único modo.

Deleuze e Guattari

Assim como não nos cabe submeter o pensamento a imposições que nos chegam de conceitos representativos de algo, também não nos cabe repetir um método de investigação como caminho de conhecimento seguro desse algo. Conceitos e métodos devem ser permanentemente agitados em função de procedimentos de apreensão das surpresas que nos chegam da alterabilidade daquilo que estudamos.

De certo modo, é essa, em síntese, a lição conceitual e metodológica que nos chega da sensibilidade das filosofias da diferença para com a essencial alterabilidade das coisas: não há nelas uma essência imutável e incondicionada a ser desvendada pelo intelecto humano. A realidade não guarda significações prévias, cujos sentidos são traduzidos pela linguagem por meio de uma relação de correspondência entre a coisa em si e o conceito.

⁵ Os dois modelos se referem às ciências régias e as ciências ambulantes.

A “essência” [“*Essenz*”], a “essencialidade” [“*Wesenheit*”], é algo de perspectivo e já pressupõe uma multiplicidade. No fundo, jaz sempre “o que é isso pra *mim*? (para nós, para tudo o que vive, etc.) (NIETZSCHE, 2008, p. 291).

Foi necessário um longo percurso para que vingasse a crença no conhecimento como produto da relação entre o sujeito, de um lado, visto como unidade determinada pela consciência, sinônimo do pensamento e a realidade, de outro. Em suas obras, Nietzsche argumenta que as noções de eu, consciência, corpo, vontade, pensamento, são ficções criadas pela religião cristã e pela metafísica, dirigidas a realização de determinados valores e modos de vida.

Estas invenções escondem, ao menos, dois aspectos: a supervalorização da consciência em detrimento da natureza instintiva e inconsciente das ações e dos pensamentos, contribuindo para a falsa oposição entre consciência, alma, espírito e sentidos, impulsos, instintos; a indissociabilidade sujeito e mundo, sempre ligados por uma afecção e, como tal, constituindo-se ambos como multiplicidades, efeitos circunstanciais e provisórios.

Não existe o sujeito universal, dotado de uma natureza racional, que se inclina sobre o mundo para conhecê-lo e desvendá-lo, pois pensar não é algo natural, espontâneo e predisposto para o verdadeiro. Sujeito e objeto são resultados de uma interpretação dual, binária, dicotômica, povoada por outros pares antagônicos como dentro-fora, subjetivo-objetivo, verdadeiro-falso que determinam uma imagem do pensamento como reconhecimento e reconhecimento. Nestes termos, o pensamento nada mais é do que produção de identidade, do mesmo, repetição.

Porque são os mesmos limites que o conhecimento racional fixa à vida, mas também que a vida razoável fixa ao pensamento; é ao mesmo tempo que a vida é submetida ao conhecimento e que o pensamento é submetido à vida. De qualquer maneira, a razão ora nos dissuade, ora nos proíbe de ultrapassar certos limites: na medida em que é inútil (o conhecimento existe para prever), na medida em que seria mau (a vida existe para ser virtuosa), na medida em que seria impossível (não há nada que ver, nem que pensar para além do verdadeiro) (DELEUZE, s/d., p. 151).

Somos forçados a pensar por algo que nos afeta e é neste embate de forças que se cria uma perspectiva, ou seja, sentido, valor, consistência, realidade: “cada coisa tem vários sentidos que exprimem as forças e o devir das forças que agem nela” (DELEUZE , 2006a, p. 156). Tudo o que existe é composto por uma pluralidade de forças irreduzíveis e em relação umas com as outras.

Toda interpretação é determinação do sentido de um fenômeno. O sentido consiste precisamente numa relação de forças, segundo a qual algumas *agem* e outras reagem num conjunto complexo e hierarquizado. Qualquer que seja a complexidade de um fenômeno, distinguimos bem forças activas, primárias, de conquista e subjugação, e forças reactivas, secundárias, de adaptação e de regulação. (...) Porque a essência da força é estar em relação com outras forças: e, nesta relação, ela recebe sua essência ou qualidade (DELEUZE , s/d., p. 21).

O sujeito não está no mundo numa posição de transcendência, é também manifestação das forças que dele se apoderam numa dada relação. Ou seja, o sujeito é destituído de primazia em relação ao mundo, não está aí previamente como doador de sentido ao que é, mas se produz juntamente com ele, num incessante embate de forças.

Não existe um ponto de vista exterior ao mundo, não há nada senão interpretações produzidas sob uma certa perspectiva. As ideias de todo, síntese, um, são quimeras, haverá sempre interpretações condicionadas pela variedade de perspectivas em jogo.

A atividade de conhecer e as consequentes relações causais e explicativas que buscam definir e ordenar o real são arbitrárias. Nietzsche as denuncia como crenças necessárias para a conservação da espécie: “não “conhecer”, mas sim esquematizar, impor ao caos tanta regularidade e tantas formas quantas sejam suficientes à nossa necessidade prática” (NIETZSCHE, 2008, p. 291).

Logo, a verdade não repousa sobre um fundamento, é nada mais do que uma perspectiva sobre algo numa dada circunstância de forças em luta. O que interessa é o sentido e o valor das forças que determinam o trabalho do pensamento:

As categorias do pensamento não são o verdadeiro e o falso, mas o nobre e o vil, o elevado e o baixo, consoante a natureza das forças que se apoderam do próprio pensamento. Do verdadeiro e do falso, temos sempre a parte que merecemos: existem verdades da baixeza, verdades que são as do escravo (DELEUZE, s/d., p. 157).

A verdade e o absoluto são demolidos do pensamento, uma vez que conhecer é indissociável de permanecer na incerteza, na suspeita. Ao invés da verdade, é o valor do conhecimento que está em questão. O pensamento não deve ser avaliado pelo verdadeiro ou pelo falso, esses critérios são apenas abstrações, o que importa é a produção de um pensamento como poder afirmativo da vida, capaz de distender limites, lançar-se na incerteza, na invenção de novas possibilidades. Libertar o pensamento do jugo de uma vida reativa, marcada por ressentimentos e lutas contra o risco e a dúvida, liberar o pensamento das amarras das repetições, liberar o julgamento do erro como falha e do falso como desvio para abraçar a inquietude de interrogar sem cessar a que vida nos leva o pensamento.

O conhecimento, no domínio deste tipo de pesquisa, é fatalmente marcado por uma importante provisoriedade de métodos e conceitos, que em nada depõe contra o esforço intelectual. Ao longo do tempo, foi preciso inventar estratégias metodológicas e de conceituação não impositoras de moldes ao que escorre, mas que fluam na imanência com aquilo que se move, com aquilo que precisam exprimir em movimento. Disso resultam interpretações provisórias, num combate teórico que faz variar significações possíveis, combate que não pode ser esquecido sob pena de cairmos na velha esperança de uma verdade absoluta, uma reificação da realidade e da linguagem, como se fosse possível estabelecer essências fixas de objetos através de conceitos fixos.

A pergunta pelo que é animou a produção de conceitos empenhados em definir, estabelecer, esclarecer, explicar, o que uma coisa é. No lugar da representação de algo, nos interessam o movimento, a produção de paisagens e seus deslocamentos, os processos de subjetivação a que dão passagem. Em oposição a uma suposta

realidade natural, estável, regular, afirmamos com Nietzsche que “o único ser verdadeiro do mundo é o devir, com suas metamorfoses perpétuas” (GRANIER, 2009, p. 82).

A atividade de conhecer produz vida e a vida instiga o pensamento, num movimento incessante de criação. Pesquisar sobre a fabricação do apoio é transitar pelos encontros, abrir-se ao que neles acontece, desafio de experimentar invenções cotidianas.

Caminhar em involução, nem de onde, nem para onde, mas habitar as múltiplas temporalidades num único instante. E perguntar, que é que insiste aqui? Que é que pede passagem na língua? Que é que ganha verbo no que acontece? (COSTA; ANGELI; FONSECA, 2012, p. 46).

4.2. APOSTAS DA GESTÃO PARA A POLÍTICA DE SAÚDE EM SB

A pesquisa foi desenvolvida em São Bernardo do Campo, município que vem apostando na produção do cuidado e de novos arranjos para a rede de saúde desde a gestão iniciada em 2009 (REIS; BERTUSSI; FUENTES, 2014).

Em decorrência de desinvestimentos políticos e financeiros anteriores, a rede pública de saúde do município havia sofrido um intenso desgaste que contribuiu para a precarização dos serviços e do atendimento ao usuário. A atenção básica era constituída principalmente por unidades básicas de saúde tradicionais com foco no procedimento médico e uma relação inconsistente com os demais pontos da assistência, resultando na manutenção de um baixo compartilhamento da responsabilidade entre os serviços. Além disso, não havia articulação entre a saúde mental, pronto-atendimento e demais especialidades.

Desde 2009, a gestão vem investindo na ampliação da rede pública de saúde com reformas e construção de novos espaços físicos e serviços. Atualmente conta com a seguinte rede assistencial⁶: 34 Unidades Básicas de Saúde com equipes de Saúde bucal, 2 Centros de Especialidades Odontológicas, 4 Centros de Especialidades, 1 Centro Especializado de Reabilitação (CER), 8 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) entre serviços destinados a transtornos psíquicos severos e ao uso abusivo de álcool e outras drogas, 6 Residências Terapêuticas, 2 Repúblicas Terapêuticas, 1 equipe de Consultório na Rua, 1 Pronto Atendimento de Psiquiatria, Hospital de Clínicas Municipal (HC), Hospital Anchieta (HA), Hospital e Pronto-Socorro Central (HPSC), Programa de Internação Domiciliar (PID), Hospital Municipal Universitário (HMU), ao qual estão vinculados o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), a Casa da Gestante, o Programa de Atenção às Vítimas de Violência e Abuso Sexual (Pavas), 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 1 Laboratório Municipal de Saúde, 1 Serviço de Verificação de Óbitos (SVO).

O organograma da secretaria de saúde do município contempla secretário, secretário adjunto e seis departamentos (administração da saúde; atenção básica e gestão do cuidado; atenção especializada; atenção hospitalar, urgência e emergência; proteção à saúde e vigilâncias; apoio à gestão do SUS) organizados de modo vertical. Há uma tensa convivência entre esta organização e os dispositivos transversalizadores propostos pela mesma gestão; ou seja, a gestão fabrica o que fortalece o vertical e o que transversaliza, ou seja, duas máquinas que operam simultaneamente numa disputa explícita de projeto, constitutiva do desenho de SBC. A gestão é múltipla e se faz de diferentes lugares, já que não somente a gestão formal, mas todos os trabalhadores e usuários fazem gestão; não é definida por um projeto único, mas abriga combates permanentes de projetos, interesses e estratégias. Há intensas disputas na gestão central, na gestão local, entre gestão central e local, entre trabalhadores-gestores e usuários-gestores; em todos estes espaços habita a multiplicidade e a diferença que conecta, fissura, desloca.

⁶ Disponível em <http://www.saobernardo.sp.gov.br/o-guia-da-saude>

Os espaços de transversalidade não produzem efeitos homogêneos, os departamentos investem de modos diferentes e em tempos distintos em apostas e possibilidades de fazer porosidade, constituindo cenários com diferentes aberturas, proposições e produção de governabilidades.

Em São Bernardo, a Estratégia de Saúde da Família foi organizada numa modalidade ampliada, a qual incorpora dois médicos especialistas (ginecologista, pediatra ou clínico) à equipe multiprofissional a fim de oportunizar o matriciamento dentro das equipes.

Além disso, a atenção básica alcançou a cobertura de 100% do território com agentes comunitários de saúde e a implantação de diferentes arranjos de acolhimento nos serviços, estratégias que visam a aproximação com as necessidades do usuário e conhecimento do território. Algumas linhas de cuidado foram definidas como prioritárias (Materno-Infantil, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Saúde Mental), ocasionando articulações na rede, sobretudo entre as UPAs e a rede básica.

O município vive uma produção intensa de dispositivos mobilizadores de encontros para fabricação de diálogo e construção da gestão do cuidado entre gestão e trabalhadores, entre os trabalhadores e entre trabalhadores e usuários. Como espaços mobilizadores da qualificação do cuidado, entre outros, foram ofertados cursos de especialização em gestão do cuidado em rede, em saúde mental e em saúde da família, misturando gestores e trabalhadores.

O apoio é outra ferramenta estratégica para a construção do cuidado em rede e para a análise das práticas de saúde cotidianas. A aposta original do apoio no município de São Bernardo presumia a circulação dos apoiadores nos territórios com o objetivo de fabricar redes e conexões para o cuidado. A fabricação do apoio se deu entre percalços, contratempos e acidentes.

Apesar de todos os departamentos e o gabinete da secretaria terem participado do desenho original do apoio no município, no início da operação somente os departamentos de atenção básica e a coordenação de educação permanente

assumiram a sustentação do processo. Cada um puxando o apoio para um lado: a reestruturação da atenção básica e a produção de redes usando a educação permanente como estratégia. Assim, entre disputas, os apoiadores se inseriram nas unidades básicas, com a demanda de colaborarem para a organização da estratégia de saúde da família, do processo de territorialização e da estruturação das equipes.

Ao mesmo tempo, foram criados espaços de interação territorial, que reuniam apoiadores, gestores de todos os serviços do território, representantes de serviços de abrangência municipal e de todos os lugares da secretaria (diferentes departamentos, área administrativa etc.). Esse espaço territorial inicialmente era operado a partir de uma dinâmica sistemática de educação permanente, organizada a partir do mencionado curso de especialização em gestão do cuidado em redes. Esse espaço territorial de educação permanente foi fundamental para trazer a produção do cuidado para o centro das agendas dos diferentes serviços/departamentos e para a ampliação da caixa de ferramentas de cuidado e gestão.

Os diferentes departamentos, serviços e territórios entraram na aposta da centralidade do cuidado e da produção de redes em tempos diferentes. Mas já ao final da especialização em gestão do cuidado havia um desconforto geral em relação ao fato de a agenda dos apoiadores ser consumida pelas UBS; tão intenso era esse movimento que os demais serviços, à época, os identificavam como apoiadores da atenção básica.

Uma das apostas para enfrentar essa dinâmica de captura em relação aos apoiadores foi a criação do espaço de gestão do apoio com o papel de coordenar e fortalecer o projeto de apoiador de rede. Constituído pela equipe de direção da secretaria (todos os diretores de departamento), superintendentes dos hospitais, facilitadores e orientadores de educação permanente dos territórios, este espaço foi estratégico para afirmar o apoio como dispositivo de rede, agenciando a participação de outros departamentos na articulação com os apoiadores e na facilitação de sua movimentação pelos territórios. Aos poucos, esse movimento foi ganhando consistência, por exemplo, com a entrada dos apoiadores nas UPAs e com os casos

difíceis que acionavam sua circulação em variados serviços. Cada grupo de apoiadores se produziu de um jeito, com diferentes fabricações para se constituírem como apoio de rede.

As equipes de apoio são constituídas por trabalhadores com formações variadas como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, educação física, terapia ocupacional, nutrição, sociologia, enfermagem, etc. Tem arranjos singulares, heterogêneos e mutáveis: em alguns casos, se distribuem como referência para os serviços, com presença mais cotidiana nas UBS e na UPA; em outros, se organizam como referência por projetos (mortalidade infantil, saúde mental, violência, etc.), circulando na rede e fazendo transversalidade no território. São vários jeitos de organizar a entrada do apoio e suas articulações com os serviços, movimentados pelas agendas disparadas pela gestão, pelos afetos, pelos vínculos e parcerias construídos, em constante processualidade.

Cada território possui um grupo de até cinco apoiadores, com exceção do território 7, que, por suas dimensões, dispõe de 10 apoiadores, com formações variadas também.

Cada equipe de apoiadores conta com uma dupla de facilitadores de educação permanente ligados à gestão nos diferentes departamentos da Secretaria de Saúde que dá suporte à análise dos processos de trabalho como organização das agendas, discussão de casos complexos e articulação com outros serviços. Ademais, conta com orientadores de educação permanente com a função de facilitar os processos de educação permanente nos territórios.

Mensalmente acontece uma reunião de educação permanente denominada EP do apoio com a presença de todos os apoiadores, facilitadores do apoio e referências do território (são membros da equipe de gestão da atenção básica designados para acompanhar determinados territórios) com o objetivo de produzir análise das práticas cotidianas, planejamento e pactuação de ações apoiadoras nos territórios.

A EP é uma ferramenta indispensável para a qualificação do trabalho de gestão e de cuidado pela capacidade potencial de provocar olhar analítico para os processos de trabalho na perspectiva dos atores, com demandas e movimentos pertencentes a eles, não pautados de cima. Esta aposta na educação permanente (EP) como dispositivo de gestão vai além dos encontros cotidianos do apoio com as equipes nos serviços e das reuniões de EP do apoio. Nas chamadas reuniões de EP de território, temos também a participação dos apoiadores, orientadores e facilitadores de educação permanente.

Os nove territórios foram concebidos como espaço vivo, mutante, que abriga num mesmo campo multiplicidades e contrastes relativos à geografia, urbanização, vulnerabilidade social, cultura, etc. A idéia que estimulou a criação da EP de território foi produzir visibilidade para as disputas que operam na construção dos projetos de saúde no cotidiano, provocar reflexões e problematizações sobre os modos de cuidado, além da construção de acordos e pactos com base em novos sentidos produzidos para o trabalho e para os problemas.

Atualmente, outro espaço disparador de conexões é o Kanban, reunião que acontece no Pronto-Socorro Central (PSCentral) e no Hospital de Clínicas (HC) para discussão de casos envolvendo trabalhadores do hospital e apoiadores. O propósito destes encontros é pensar a gestão do cuidado dentro do hospital, a administração de recursos e leitos e a articulação de rede para a continuidade do cuidado. Nestas reuniões são abordados procedimentos, situação do paciente e seguimento do cuidado. É amplamente reconhecida na rede de SBC como uma composição potente para gerar projetos de cuidado no território por intermédio dos apoiadores.

A fabricação do apoio como dispositivo de rede enfrenta desafios e disputas entre os departamentos com suas apostas, projetos e interesses que resultam em variadas possibilidades de produção e também capturas. Vamos a um olhar rasante, departamento a departamento.

Atenção Básica. A política nacional de AB vem investindo fortemente na Estratégia de Saúde da Família como meio para consolidação de uma atenção básica organizadora do cuidado. Em seu documento norteador apresenta uma série de normatizações que pautam princípios e diretrizes para AB, processos de trabalho e atribuições das equipes, condições para transferência de recursos, etc. Tais regulamentações contribuem para uma constante disputa pela criação de agendas, processos de trabalho e articulações de rede que tensionam entre as necessidades do usuário, recursos do território, singularidades das equipes e determinações gerencialistas, ocupadas com procedimentos, padronizações e normas. Este tensionamento aparece com frequência no cotidiano, reduzindo a porosidade do departamento de atenção básica às apostas da gestão municipal, com implicações para a relação gestão e trabalhadores, organização dos processos de trabalho e ofertas de cuidado. Neste sentido, muitas proposições não se efetivaram: o matriciamento das equipes de saúde da família ampliada não aconteceu em todas as unidades, pois sua realização implicava a capacidade do médico especialista (sua aposta neste dispositivo, interesse e investimento), a mobilização dos gerentes, a disposição das equipes, etc.; a organização dos processos de trabalho seguiu pautada principalmente pelas atividades programáticas, com poucas UBS fabricando o acolhimento como dispositivo para construção de novos processos relacionais, análise das ofertas e modos de produzir saúde.

Na maior parte dos municípios brasileiros, a trama de produção do cuidado pressupõe grande resolubilidade da atenção básica e o encaminhamento dos casos complexos da AB para as especialidades, porém o especialista não conhece a vida do usuário tampouco os recursos do território e nem está dada uma relação cooperativa ou compartilhada entre esses lugares da atenção. O resultado tem sido baixa capacidade resolutiva da atenção básica e longas filas nas especialidades.

Neste sentido, é imprescindível a criação de encontros entre as equipes para a discussão dos casos e enriquecimento de ofertas para o cuidado. Em SBC, foram colocadas em análise as filas para consultas e para procedimentos. O departamento de atenção especializada foi acionado para interrogar e reorganizar os habituais

ambulatórios médicos de especialidade. Cuidado especializado disponível em rede, sim. Ambulatório de Especialidades, não necessariamente.

Especialistas foram mobilizados para regular os encaminhamentos e ofertar matriciamento em dermatologia, pneumologia e otorrinolaringologia para os médicos generalistas. O matriciamento entrou na agenda do município, inclusive entre especialidades. A análise dos encaminhamentos vem acontecendo para as especialidades com demasiadas filas de espera, com o objetivo de qualificar e reorganizar o cuidado, com análise de ofertas e criação de estratégias na rede.

A entrada do apoio na AE foi intensa junto à saúde mental, cuja rede foi totalmente construída durante esta gestão. A promotoria e o ministério público ampliaram a interlocução com a saúde mental. São muitos os avanços, porém a articulação desta rede com os hospitais ainda é incipiente, os trabalhadores não entram nos serviços hospitalares para matriciamento dos casos e as conexões do consultório na rua com as UBS ainda precisam ser fortalecidas.

A conexão com o Departamento de Proteção e Vigilância em Saúde provocou efeitos interessantes nos territórios. Com atuação ampliada, baseada não apenas na vigilância, mas na proteção à saúde, o departamento fez/faz movimentos junto a AB, AE, UE. A notificação de tentativas de suicídio virou assunto dos territórios; a vigilância epidemiológica produziu contribuições para a clínica, interferindo diretamente no cuidado com informações fundamentais sobre doenças relacionadas às particularidades do município, cujo meio urbano se mistura com área de mananciais e vetores de doença peculiares a região.

Assim, quando um departamento enxerga a potência produtiva da conexão com o apoio, com o território e com outros departamentos, investe nesta capilarização para inventar fabricações criativas dando espaço para apostas que mobilizam os trabalhadores a deslocarem-se da caixinha, a produzir outros sentidos, vaivém que toca a vida no território e que pode ampliar porosidades dentro e fora.

Dentre os dispositivos da gestão, a regulação viva é uma formulação política que está transformando a lógica da regulação da Urgência e Emergência, criando conexão entre regulação e hospitais, regulação e UPAS. Diariamente as equipes conversam com a regulação e decidem, de forma articulada, a ocupação dos leitos e a transferência de usuários, produzindo uma regulação ‘a quente’, com priorização baseada na análise das necessidades dos usuários. A Urgência e Emergência têm investido também na produção de linhas de cuidado em rede, tendo como exemplo mais sofisticado o cuidado compartilhado em rede para o infarto agudo do miocárdio.

Existem muitos planos de produção sobre a construção da saúde no município de São Bernardo, estratégias, discursos e práticas. O discurso oficial da secretaria da saúde entra em composição com o cotidiano, atravessando, transformando, tensionando, num movimento incessante e inseparável: macro e micropolítica. Cuidado e subordinação. Composição e sobreposição. Movimentos incessantes.

4.3. EXPERIMENTAÇÕES CARTOGRÁFICAS

As andanças produziram platôs⁷ de produção compostos por variadas linhas, constituindo perspectivas dentre tantas possíveis. Durante um ano e dois meses acompanhei o dia-a-dia dos apoiadores, seus deslocamentos e movimentos de conexão entre unidades de saúde, Centro de Atenção Psicossocial, Pronto-Socorro, Hospitais, escola, conselho tutelar, etc. A pesquisa se fez percorrendo territórios e construindo interlocução com os atores no intuito de compartilhar os processos de trabalho cotidianos, movimentos, desterritorializações, ritmos, variações, reterritorializações e seus efeitos.

⁷ DELEUZE e GUATTARI (1995a) remetem a ideia de Platô a Gregory Bateson que assim a define: “uma região contínua de intensidades, vibrando sobre ela mesma, e que se desenvolve evitando toda orientação sobre um ponto culminante ou em direção a uma finalidade exterior” (p.33).

Os deslocamentos possibilitaram conhecer diversos territórios, com características peculiares e contrastes expressivos. Acompanhei os apoiadores de três territórios; dois deles (A e B) eram áreas urbanas, cujos serviços de saúde de referência como UBS, UPA, Centro de Especialidades e CAPS se concentram nos limites de sua abrangência e vizinhança próxima; o terceiro (C) constitui região de manancial, com áreas diferenciadas e acesso por meio de balsa, cobertura de UBS e UPA, e demais serviços de saúde localizados na região central do município. Geografias que também agenciam diferentes necessidades, vulnerabilidades, processos saúde-doença e criação de estratégias. A distância de serviços como CAPS e ambulatório de especialidades, dificuldades com o transporte público e a qualidade do clima, mobilizam vínculos solidários e construção de parcerias entre os serviços.

Experimentei diferentes entradas e aberturas das equipes para participar dos espaços cotidianos. Ao longo do processo, mergulhei numa rotina intensa, me misturando com a/os apoiadora/es em variadas situações; se construíram agenciamentos que favoreceram o compartilhamento das tensões e dos desconfortos, produção de convites que me incluíam ativamente nas discussões, reflexões e construção de estratégias. Mergulhos e vivências na produção do apoio em ato, junto com o coletivo.

O apoio não é efeito de uma metodologia prévia, não se esgota num conceito estabelecido, se produz como dobra, conectada aos agenciamentos e processos de subjetivação atuantes no encontro, cujas afecções disparam afetos, ondas de multiplicidades que seguem abertas a outras composições. Não nos interessavam sua representação na forma de conceito e definição, mas as pistas e vestígios de sua produção em ato no encontro por meio da abordagem cartográfica.

A cartografia recusa a ideia de desvelamento do objeto como se sua existência fosse a priori para afirmar sua produção a partir do encontro com aquilo que compõe e atravessa: afetos, ideias, ações, subjetivações, desejos. É somente na imanência que o campo é experimentado e é possível saber com o outro ao invés de falar pelo outro ou sobre o outro. Assim, a singularidade dos territórios pesquisados foi se desenhando

por meio da escuta, das afetações, do olhar atento, da atenção aos discursos e seus agenciamentos, das linhas de fuga e sucessivas tentativas de captura e restauração do instituído.

Desejo de traçar cartografias. Percorrer, movimentar, acompanhar, mergulhar, afetar, alguns infinitivos que se conectam nesta geografia móvel e instigante que é a cartografia. Caminhar com uma mochila de preocupações e apostas, mas sem destino prévio, seguir rastros e vestígios, sem acomodar o olhar e a sensibilidade a impressões, sensações, ideias precipitadas.

Os itinerários foram desenhando espaços de convivência e de conexão: sujeitos – experiência- sensibilidade -pensamento, num mútuo afetar-se. No decorrer da pesquisa desdobraram-se processos de subjetivação, diferenciações que se produziram movidas pela multiplicidade de afetações:

Afetar denuncia que algo está acontecendo e que nosso saber é mínimo nesse acontecer. Sinaliza a força de expansão da vida e da atividade que podemos viver. A tensão se instala. O que se passa? (LAZZAROTTO; CARVALHO, 2012, p. 26).

Os encontros fabricaram agenciamentos diversos: alegrias, cumplicidades, silêncios, queixas, angústias. Em muitos momentos questionava minha postura, não estava ali como observadora desinteressada, portanto: deveria participar mais ativamente das discussões? Compartilhar minhas impressões? Problematicar questões delicadas? Como? Em que circunstâncias? Estas e outras tantas questões perpassaram todo o processo, se colocaram às vezes em ato, no momento mesmo do encontro, às vezes no processamento dos afetos.

O mergulho da pesquisadora nas intensidades possibilitou uma mistura com os fazeres do apoio. Na perspectiva cartográfica, sujeito-objeto se implicam, tensionam juntos, se afetam, numa provocação às formas cristalizadas do pensamento, permanente convite à invenção de si e do mundo: “sujeito e objeto se fazem juntos, emergem de um plano afetivo”(BARROS; KASTRUP, 2009, p.73). Diferente do mapa, cujas rotas estão traçadas em direção a um destino previamente estabelecido, a

experiência cartográfica propõe um conhecer fazendo, acompanhado de surpresas, do inusitado, da criação que exige colocar em risco certezas, pressuposições, conceitos. Dependendo dos encontros e das afecções, certas visibilidades são produzidas, outras, não.

Os deslocamentos pelos variados territórios propiciaram o contato com a multiplicidade viva expressa nos modos com que os apoiadores compõem e inventam o apoio nos encontros, diferentes apoios disparados pela mesma equipe, diferentes apoios disparados pelos sujeitos em produção. Cada coletivo de apoiadores tem uma história, jeitos variados de lidar com os processos de trabalho, emaranhados de relações de poder, tensões, encontros atravessados por afetos, hierarquias, disputas. Multiplicidade de processos de subjetivação, instáveis e mutantes.

O olho se afeta com um monte de coisas: provocações, sensações, sensibilidades. Gira. Pausa. Incessante produção de um corpo, de um olhar, de uma escuta, ativamente produzida como aberta e vibrátil aos fios que tecem a experiência de fabricação do apoio. O cartógrafo se define por um tipo de sensibilidade para acolher as mutações da produção da realidade, nele mesmo. O corpo, afetado pelo devir do real, se fabrica na imanência dos encontros. Atravessado por sensações, sensibilidades, dores, prazeres. Em instantes tudo se mistura e se agita. Durante a pesquisa houve momentos de saturação, de bloqueio, de cansaço, de confusão, dada a intensidade das afetações: “é no corpo pensante e vibrante que uma perturbação engendra a vida que cria: corporificação e afetabilidade”(POZZANA, 2013, p.335).

Estas fabricações nos dizem da impossibilidade de um sujeito conhecedor, apartado das percepções e sensações imanentes ao encontro e da ilusão de um mundo estável, regular. As ideias de unidade e identidade relativas ao sujeito e ao mundo são suposições a serviço da desvalorização do múltiplo, do complexo, do diverso, desejo de rebater a diferença na uniformidade.

O caminhar se fez acompanhando a polifonia do real e não se preocupou em obedecer a uma lógica pré-estabelecida, mas percorrer o movimento, passear pelas mudanças, visitar conceitos, na tentativa de lidar com a diferença. A problemática que moveu a pesquisa foi suscitada pela paixão, pela insistência de questionamentos e incômodos que provocaram e convocaram a sensibilidade a lançar-se na experimentação. Interesse pelas singularidades, multiplicidade e variações do apoio como dispositivo. Desafio de pensar sem recusar o provisório, o fugaz, as transformações. O cartógrafo não se alia ao desejo de conservação do pensamento e da verdade; ao contrário, é

um experimentador das perdas que o conhecimento impõe. Ele também quer perder-se, pois é o único modo de ganhar: ganhar a experiência de se rever e de manter um certo grau de desprendimento perante a pesquisa e conhecimento produzido (KIRST, 2003, p. 97).

Abordar as situações sem pretender o esgotamento, as comparações ou valorações. Como funciona, o que produz, foram perguntas-guias que conduziram a pesquisa. Compartilhei com os apoiadores minha posição como pesquisadora interessada e implicada. Com cada coletivo esta conversa se fez de modo singular, atravessada por diferentes afetações e aproximações, maior e menor porosidade.

Essa pesquisa tem muitos começos, um deles é uma manhã de sexta-feira, às 10h, quando me reuni com as apoiadoras e com a facilitadora/referência da AB para apresentação do projeto. Cheguei ao local pelo menos meia hora antes do horário previsto. Aguardei sentada na sala de espera, ansiosa para conhecer as pessoas, falar, escutar, combinar as primeiras atividades, experimentar o dia a dia do apoio. Quando todas chegaram, nos acomodamos ao redor de uma mesa, numa sala espaçosa. Apresentei a proposta da pesquisa, falei das curiosidades que me instigavam a estudar a fabricação do apoio e a estratégia da cartografia. As cinco apoiadoras e a facilitadora/referência ouviram com ar de interesse; outra questão atravessou esse encontro, somente mais tarde pude pensar que a escolha do território A se dera porque havia conexões prévias com o grupo de apoiadoras. Entre uma frase e outra, o grupo fez perguntas, comentários e questionamentos:

- Porque a escolha desta equipe? Deste território? É interessante conhecer outros também porque as realidades são muito diferentes umas das outras. Este território não define o que é o apoio em SBC, disse uma apoiadora com ar de surpresa.

- Uma pesquisadora nos acompanhou por alguns meses e não deu nenhum retorno. Não sabemos o que ela escreveu sobre a gente, acrescentou outra apoiadora.

A facilitadora/referência da AB fez o seguinte comentário: - Incomoda ver o trabalho exposto e sujeito a críticas, dá uma sensação de persecutoriedade, mas ao mesmo tempo pode ajudar trazendo uma visão de fora que pode auxiliar com ajustes e melhorias.

- Nossa equipe é uma das poucas que está junta desde o início, com a mesma composição, falou uma apoiadora.

Ao ouvir esse comentário, pensei: - Legal, elas viveram diferentes momentos do processo de apoio juntas, tem muitas histórias e vivências para contar!

Uma das apoiadoras me olhou nos olhos e disse: - É para trabalhar junto e não sugar.

Nesse momento as pessoas se olharam meio sem graça e a sensação de calor subiu: pude sentir minha roupa colando de suor, o rosto quente, os cabelos molhados!

As falas expressavam incômodos, suspeitas e desconfiança. Eu quase podia ouvir seus pensamentos, enquanto me olhavam atentas: - será mais uma pesquisadora que veio nos observar e aplicar questionários, sem compartilhar suas impressões, guardando mistérios sobre seus escritos e análises?

Durante a conversa fui invadida pela sensação de desconforto e pela preocupação com a construção das relações, não queria que me grudassem à imagem da doutoranda invasiva. No decurso da reunião, tomamos café, reclamamos do calor e me vinham sensações, palavras e pensamentos: - aquela pesquisadora sabida que

vinha fiscalizar, averiguar, avaliar, se meter; meu interesse era me misturar, estar junto, aprender.

Seria possível diluir estas posturas defensivas e construir parceria com as apoiadoras? O discurso racional acadêmico somado a certa postura militante foi mostrando sua fragilidade. A vontade era encerrar aquela conversa e sair correndo. Sustentei a ansiedade, mal tínhamos começado a reunião.

Combinamos que as andanças pelo território seriam pactuadas de acordo com a agenda, a disponibilidade e as sugestões do grupo, assim o caminho seria traçado a cada semana e o tempo de permanência definido durante o processo. Ao final da conversa, uma apoiadora me disse: - uma tarefa de casa, ler o PMAQ⁸.

Parti levando angústias, receios e interrogações. Começo (in)tenso, acompanhado de expectativas e incertezas, preocupação de ser aceita e reconhecida pelas apoiadoras pelo interesse em conhecer a produção do apoio, mergulhando no cotidiano delas. De volta para casa no ônibus, indagações atravessaram a fabricação da 'pesquisadora em mim', medos, inseguranças e dúvidas: serei acolhida nos espaços? Construiremos vínculo de confiança? O que fazer com as dificuldades, os percalços e o não sei?

Pensamos que o contato prévio do grupo com a Laura seria favorável à aproximação e a construção de alianças, mas parece que agiu como mais um ingrediente-revês e agenciador de desconfiança e de estranhamento, ao menos no primeiro encontro!

No dia seguinte, pela manhã, encontrei com as apoiadoras para participar de uma reunião de equipe numa UBS. Fui recebida com simpatia e logo me senti mais à vontade; após falar sobre a pesquisa, uma ACS comentou que era uma pena eu não vir para o município trabalhar como psicóloga: - precisamos tanto de mais psicólogas!

⁸ PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica é uma iniciativa do Ministério da Saúde que toma uma avaliação externa quantitativa como móvel principal para produzir novos pactos e movimentos junto à gestão e as equipes da atenção básica nos municípios brasileiros.

A reunião aconteceu em uma sala reservada, distante dos barulhos da unidade e contou com a presença do médico generalista, enfermeira, ACS e a equipe de saúde bucal. A conversa seguiu acalorada após o seguinte comentário do médico: - a proibição da internação compulsória às vezes prejudica o usuário, em alguns casos a internação é necessária.

Os ACS se agitaram nas cadeiras, a apoiadora permaneceu em silêncio. Em seguida, uma ACS manifestou descontentamento com os trabalhadores do CAPS e disse exaltada: - nos sentimos sozinhos, o pessoal vem, faz a visita e vai embora dizendo que o usuário não quer o acompanhamento. E a gente, faz o que nesses casos? O usuário continua sendo nosso!

A apoiadora sugeriu: – vamos levar os casos para discussão no matriciamento, assim conversamos com o pessoal do CAPS e decidimos juntos.

Ao final da reunião, a enfermeira combinou com os ACS a organização conjunta dos dados para a avaliação do PMAQ.

Novas experiências, lugares, pessoas e encontros. Voltei para casa tomada, animada e curiosa também! O que acontece nessas reuniões de matriciamento?

Fui conhecendo as equipes, os gerentes, me misturando nos espaços coletivos, conhecendo o território com as apoiadoras e as ACS, além da UPA e das UBS. As unidades estavam reformadas, com fachada e pintura novas, espaço de recepção e salas de atendimento com acomodações confortáveis. Escutei este comentário de uma ACS: - após a reforma, aumentou a procura, as pessoas gostam de vir para a unidade depois que ela ficou bonita.

A assistente social da UPA tinha uma vinculação importante com as apoiadoras, sobretudo na discussão e acompanhamento dos usuários que buscavam o serviço com frequência. As situações de violência, de uso de drogas e abuso de idosos eram comuns no território.

Acompanhei intensamente a agenda de uma dupla de apoiadoras; reuniões de equipe, reuniões de matriciamento de saúde mental, visitas domiciliares, atendimento compartilhado, etc. As unidades se localizavam em bairros com predomínio de casas e conjuntos habitacionais populares, movimentados por lojas e tráfego de ônibus intenso. Muitas realidades escondidas no território, ruas estreitas, becos e vielas apertadas, casas de tijolo, sem reboco, com janelas pequeninas de madeira velha, vários fios pendurados entre uma casa e outra, gatos de toda sorte: luz, TV a cabo, etc... Diferentes vulnerabilidades, recursos e redes de solidariedade entre vizinhos, famílias, igrejas e projetos sociais que ajudavam as pessoas com cesta básica, transporte, enxoval para bebês, etc.

Ao longo dos meses, meu contato com o restante do grupo se deu apenas nos momentos de reunião de EP de território e de EP do apoio. Não fui convidada para participar da reunião das apoiadoras, espaço que juntava o coletivo para o planejamento e análise de suas produções⁹.

Manhã de quinta-feira. As apoiadoras me convidaram para ajudar na organização dos prontuários de usuários acompanhados pelo psiquiatra na unidade, para verificar quem são, de onde vem, frequência das consultas, atendimento no CAPS, etc. O cuidado desses usuários era um assunto complicado na unidade, o psiquiatra queixava-se do excesso de demanda e de dificuldades no matriciamento dos médicos generalistas. Uma apoiadora falou sobre a organização destes prontuários: - precisamos identificar os usuários e suas necessidades para conversar sobre o jeito que estamos cuidando senão as consultas podem ficar reduzidas à renovação de receita. Tem os que desistiram do acompanhamento ou estão em atendimento no CAPS também.

⁹ No cotidiano, o grupo de apoiadoras se distribuía em uma dupla e um trio; entre eles diferentes vinculações, conflitos e divergências, com espaços reduzidos para autoanálise e problematização coletivas.

Foi uma manhã produtiva. Em meio à poeira e ao mofo, o número de prontuários foi diminuindo à medida que encontrávamos óbitos, mudanças de endereço, transferências de unidade, altas, encaminhamentos, etc.. Uma apoiadora expressou aliviada: - temos menos demanda do que parecia!

A construção de parceria com a dupla de apoiadoras foi se dando em função destes convites e momentos de compartilhamento. Penso que o arranjo do grupo também contribuiu para a criação de acessos e barreiras, selecionando espaços e o compartilhamento de experiências. Caminhei de acordo com a disponibilidade e com as possibilidades que se traçaram nos encontros. Caronas, horários de almoço, intervalos de reuniões, vários foram os momentos de conversa. A desconfiança inicial deu lugar a espaços de compartilhamento, em que as apoiadoras expressaram descontentamento, solidão, obstáculos e alegrias da função apoio e eu dividi meus anseios, dúvidas e surpresas.

Pausa para almoço, comida caseira de uma padaria perto da unidade com direito a sobremesa. Aquela manhã não tinha sido fácil, acompanhei uma reunião de equipe com as apoiadoras. A enfermeira chegou atrasada, o médico estava em atendimento, os ACS não paravam de falar entre eles.

- Foi um sufoco produzirmos algo juntos, falou uma das apoiadoras, com aparência cansada.

Idas e vindas aos territórios, perguntas insistentes: o que se passa nessa cena que incomoda, impressiona, provoca? Como o apoio é tecido nesse encontro? O que acontece? Por que e como acontece? O que fazer com a agonia que atravessa algumas circunstâncias? Eleger a experimentação da cartografia não é nada fácil, em várias ocasiões me sentia vulnerável e afetada por uma multidão de sensações. Pessoas e cenários diversos, desconstruções, surpresas, inquietações. Mergulho intenso nas andanças com os apoiadores. Diferentes encontros, vínculos e afetos.

O cartógrafo experimenta devires no decurso da pesquisa; por isso é importante que ele sustente uma atitude de análise acerca de sua implicação no campo, permanente atenção e indagação sobre os afetos, inquietações e movimentos que nele operam:

O pesquisador in-mundo emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo, é atravessado e inundado pelos encontros (ABRAHÃO et. al, 2013).

A análise de implicações é uma ferramenta fundamental para debruçar-se sobre as forças que atravessam o encontro, questionando as práticas de saber-poder e suas produções. Ao considerar a atividade de conhecer o efeito de um interesse, um processo inventivo no qual está em jogo a criação homem-mundo, recusamos a postura do especialista/sábio, munido de saberes e respostas prévias, que age sobre a realidade, supostamente dissociado da mesma.

No decurso da pesquisa, sempre que chegava à unidade ficava um tempo conversando com as pessoas da recepção, encontrava os apoiadores e tomávamos um café na copa. Nesse dia me falaram do caso de um usuário com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); ele sofria de tosse e de falta de ar, já não podia subir escadas nem andar de ônibus. A ACS que lhe acompanhava disse, com expressão de crítica:

- Ele fumou a vida toda, não estava nem aí quando o médico disse pra ele parar, achou que era brincadeira! Queria ficar no bar, fumando e bebendo com os vizinhos. Agora está sofrendo e dando trabalho para a mulher e a filha. Quem mandou?

Muitas vezes são produzidos juízos morais: em relação aos usuários, às famílias, entre grupos de trabalhadores, entre serviços.

Me lancei à pesquisa entusiasmada e com várias perguntas/apostas/expectativas sobre o apoio: pode este dispositivo provocar pensamento, produzir desejo? Pode colocar o cotidiano em análise e fazer algo diferir?

Pode inventar arranjos coletivos e auto-gestionários? Pode interrogar preconceitos, medos, repetições e riscos que atravessam os encontros entre trabalhador e usuário? Pode inventar possibilidades de cuidado em conexão com singularidades existenciais?

Tomada por tantas conjugações do verbo poder e tantos desejos para o apoio, não tardou para me sentir contrariada e decepcionada com as discussões de caso descontextualizadas, presididas por valorações morais e preconceitos; angústias e questionamentos.

Um dia, quase ao final de minha imersão de pesquisa, andando por uma ruela da região, uma apoiadora indagou: - quantas vezes eu consigo entrar nas reuniões de equipe, fazer VD, acompanhar as intervenções? Construir problematização exige presença e tempo.

Nesse território havia muitas estratégias que não conseguiam mobilizar interesse nos trabalhadores: espaços de matriciamento de saúde mental vazios, para os quais ninguém levava casos nem fazia perguntas, maus encontros...

Segunda-feira à tarde, dia de reunião de equipe. O horário combinado era às 13 hs, mas geralmente a reunião começava perto das 14 hs. As pessoas iam chegando atrasadas e se sentando ao redor das duas mesas que ocupavam quase todo o espaço da sala. O sol entrava pelas frestas das persianas e aos poucos o calor aumentava, deixando o ar quente, causando movimentação de cadeiras e de corpos. O tempo se arrastava e as falas aconteciam após provocação da apoiadora que perguntava aos ACS: - vocês têm caso para trazer hoje? Silêncio. A apoiadora insistia e então um e outro ACS relatavam algum caso. A equipe seguia apática, as reuniões aconteciam com muito esforço, olhares entediados e silêncios prolongados. Uma médica especialista não tirava os olhos do celular, um ACS oferecia balas, outro médico raramente opinava, a enfermeira se queixava de que não tinha agenda para acompanhar as atividades do ACS, eles se queixavam do excesso de fichas para preencher, questionando: - para que servem?

Nos dias que se passaram senti uma sensação de naufrágio que aos poucos contagiou o corpo, enrijecendo a pele e reduzindo poros, aberturas, entradas. Momentos em que escritos-catárticos misturaram-se a relatos angustiados. Irritabilidade, impaciência, desânimo. Marcas do que 'não dava certo' recobriram outros olhares, obscurecendo os bons e os maus encontros, as construções e desconstruções.

Em meio à tempestade afugentei os desapontamentos usando os conceitos na produção de discussões que destacavam o bem-sucedido e apenas superficialmente abordavam as instabilidades e as adversidades. Formulações genéricas e hesitantes citavam desconfortos, tensões e desassossegos ao mesmo tempo em que evitavam sua problematização.

Passagem difícil, dolorosa e tensa, embates entre o ideal e a produção viva, rachaduras que se abriram sobre expectativas, teorizações, apostas e desejos, liberando pouco a pouco diálogos e análises em fluidez com as experiências, retomadas da memória intensiva com gosto, cheiro, som, imagens: o que se passou, como, o que é potência, o que é problemático, como estes aspectos se conjugam. Outros escritos, outras produções, outras visibilidades...

Travessia entre o desencanto e a positividade quase absoluta que me valeu a possibilidade de apreender que tudo se mistura, não é sempre legal, não é sempre insucesso. Os percalços, incidentes, acasos e reveses são componentes da produção da vida. Tantos aprendizados produzidos nesta imersão!

As táticas de aproximação com o campo foram ferramentas que se montaram e se desmontaram, produzidas em ato, aberta às incertezas e paisagens que se desenharam ao longo do caminho. A análise permanente dos encontros e seus efeitos são ingredientes imprescindíveis da cartografia, uma vez que as afetações submetidas à análise também atuam como bússolas que sugerem novos itinerários e desenharam as estratégias para a pesquisa.

O recurso da produção da pesquisa foi o encontro, com suas afetações e efeitos: ansiedade, problematizações, dúvidas, surpresas, curiosidades. Por meio do encontro se criaram possibilidades de aproximação com os apoiadores e suas múltiplas ferramentas e invenções. Acompanhando o itinerário vivo, armado no cotidiano, fiz conexão com variados atores, espaços e movimentos disparados pelo apoio, gestão e trabalhadores.

Na complexidade de cenários que forja o campo da saúde convivem redes de saber-poder com distintos regimes de verdade em conflito e disputa, cuja problematização é necessária não do ponto de vista da busca da verdade, mas de seus efeitos em termos da produção de realidades. Em vista disso, é indispensável engendrar um pensar ativo contra o pensamento da representação, uma crítica na reflexão; montar conceitos como caixas de ferramenta potentes, lentes amplificadoras dos discursos, práticas, tensionamentos, fabricações e rupturas.

A construção do conhecimento é inseparável de uma aposta ético-política que implica o pesquisador desde suas interrogações iniciais. A opção pelas experimentações cartográficas está ligada a afirmação de um conhecimento implicado, crítico, processual, interrogativo, que convida a reflexões éticas e desconstrução da imagem tradicional do pensamento.

O pensamento ocidental privilegia a imagem de árvore-raiz para se referir ao exercício do pensar e ordenação das ideias. A árvore fixa um ponto, uma ordem de onde tudo parte. Propõe uma organização hierárquica relativa à existência de um modelo gerativo, ou seja, galhos e ramificações estão em relação de continuidade, de semelhança, inclusive no que se refere aos sistemas de significações que codificam os elementos produzidos: “A árvore ou raiz inspiram uma triste imagem do pensamento que não pára de imitar o múltiplo a partir de uma unidade superior, de centro ou de segmento” (DELEUZE; GUATTARI, 1995a, p. 26).

O que me interessou no apoio como dispositivo foi sua produção incessante e permanente mudança de natureza, que contrariam a idéia de unidade primeira e de relação de continuidade referente a um eixo. Imagem de rizoma.

(..) oposto aos decalques, o rizoma se refere a um mapa que deve ser produzido, construído, sempre desmontável, conectável, reversível, modificável, com múltiplas entradas e saídas, com suas linhas de fuga (Ibid., p. 32).

Cartografar os processos, desenhar mapas, seguir as conexões e variações do rizoma sem, contudo, estabelecer uma dualidade entre estes dois regimes, decalque e mapa, atribuindo valorações antagônicas entre eles. Vale lembrar que em todo rizoma

faz-se uma ruptura, traça-se uma linha de fuga, mas corre-se sempre o risco de reencontrar nela organizações que reestratificam o conjunto, formações que dão novamente o poder a um significante, atribuições que reconstituem um sujeito (Ibid., p. 18).

São possíveis agenciamentos diversos de mapas-decalques, rizomas-raízes: “no coração de uma árvore, no oco de uma raiz ou na axila de um galho, um novo rizoma pode se formar” (Ibid., p. 24). Os diferentes espaços e encontros que constituíram a pesquisa são expressões de múltiplos planos. A análise de seus atravessamentos exigiu atenção ao trânsito e agenciamentos entre eles. Acompanhar o rizoma e seu devir, romper com o pensamento que dispõe as relações em eixos horizontal e vertical e, em seu lugar, transversalizar, ou seja,: “considerar esse plano em que toda a realidade se comunica” (BARROS; PASSOS, 2012, p. 241).

O método analítico se compôs por meio de movimentos, vaivém de encontros: leitura e reflexões do diário de campo, seus agenciamentos compartilhados na orientação onde emergiam outros agenciamentos e ideias ganhavam consistência, dando visibilidade às relações que constituíam uma cena, uma impressão, uma sensibilidade. A análise não foi uma etapa realizada ao final do processo, a atitude de análise esteve em curso durante toda a pesquisa. Sem isso não seria possível prosseguir, tamanha a euforia e/ou a sufocação.

A ferramenta diário de campo foi fundamental no processo de pesquisa. Registro de ideias, afetos, impressões, desejos, cenas, cuja leitura provocava desdobramentos, surpresas, olhares distintos. Diferentes encontros, vínculos e afetos. Aprendizado que se fez nas relações, num tempo estabelecido pela sensibilidade e pelas afetações que imprimiram ritmos próprios ao escutar, perceber, sentir, falar, esperar, calar. A análise permanente destas afetações ia armando outros modos de estar com os apoiadores, outras texturas de sensibilidade e de escuta, outras produções de subjetividade nos encontros.

O diário de campo foi ganhando volume e consistência; outros olhares, ideias, perspectivas, afetações, de onde pouco a pouco foram se desenhando mapas analíticos da experiência, do cotidiano, dos encontros. A análise foi feita debruçando-me sobre os planos de produção em jogo, os quais engendram numa co-emergência pesquisador-mundo. Por isso a análise é sempre análise de implicação, na qual nos colocamos em questão, nos interrogamos. Neste processo de problematização analítica foram construídos analisadores ou “acontecimentos ou fenômenos reveladores e ao mesmo tempo catalisadores”(LOURAU, 2004, p. 132). O analisador não é uma categoria prévia, pelo contrário, é fabricado pela sensibilidade, escuta e reflexão de afetos, problemas, conflitos, acordos, tecidos no encontro vivo da pesquisa.

Após quase um ano de andanças pelos territórios, pedi aos apoiadores uma narrativa sobre sua contribuição para a produção do cuidado: - escrevam algo que lhes toca no dia a dia, algo que é forte ou muito fraco, é livre.

Combinei diferentes ocasiões com dois apoiadores de cada território. Café e biscoitos animaram as conversas, espantando o sono que se insinuava naquelas manhãs. Antes de propor a narrativa, conversamos sobre aspectos que apareceram nas falas de apoiadores e nos espaços coletivos como os ditos nós críticos na fabricação do apoio. Apontei as relações apoio-facilitador; disputas freqüentes com os

gerentes das UBS; dificuldade de produzir sentido para as práticas do apoio junto aos gerentes e equipes; espaços de EP do apoio e EP do território e possibilidades de análise. Os apoiadores escutaram com atenção e contaram como se sentiam afetados por algumas situações no cotidiano.

É preciso sublinhar que a construção das relações com o facilitador é diferente nos territórios e com cada coletivo. Um apoiador comentou com empolgação:

- a nossa facilitadora é parceira, ajuda a gente na organização da agenda, ainda mais nesse período em que estamos com duas colegas de licença médica e precisamos priorizar algumas atividades. Ela é bem crítica e de vez em quando pergunta se estamos fazendo apoio com as equipes ou fazendo o trabalho no lugar das equipes.

Uma apoiadora com ar preocupado, enrugou a testa e disse:

- Outro dia conversamos com a facilitadora sobre uma unidade em que não há reunião geral e apenas uma equipe se reúne toda semana, as outras não fazem reunião. É difícil trabalhar lá e nós temos dúvidas sobre como agir em relação à gerente, pois ela não se envolve no cotidiano da unidade. Nossa facilitadora escutou e decidiu pedir ajuda para a referência da AB, dizendo que ela não pode cobrar esse tipo de coisa. Sabe, é um assunto delicado.

Em outro momento, uma apoiadora critica: - a agenda do facilitador reduz minha disponibilidade para encontrar, ele faz mil coisas e a gente tem que se virar.

Depois de quase uma hora (as costas doíam na cadeira), em um momento mais tenso da reunião, vem uma pergunta e o desabafo:

- Às vezes não está claro o papel do gerente e o papel do apoiador. Há momentos em que fazemos cobranças e encomendas para as equipes, mas e o gerente? Alguns jogam a responsabilidade para o apoio, como se nós tivéssemos que cobrar prazos e produtividade.

Um apoiador acrescentou com expressão de desânimo: - Às vezes bate o cansaço porque depois de muita conversa e acordos com equipes e gerentes, na hora H as coisas não acontecem e a gente precisa correr atrás.

Agitação, caretas, vivacidade de olhares; o enredo das falas, dentre outras coisas, suavizou algumas defesas. A solidão e exposição apareceram quando uma apoiadora disse:

- A EP do apoio e EP do território nem sempre são lugares para discutir os problemas e fazer análise, às vezes estamos angustiados para falar e o tempo é tomado por uma agenda da gestão central; às vezes todos conhecem as dificuldades, mas elas não aparecem, ninguém leva para a roda e a gente também não vai se expor sozinho.

Já era quase entardecer, quando um dos apoiadores me perguntou de supetão:

- a tese vai responder o que é o apoio? Porque há muitos jeitos de fazer o apoio nos territórios. Como você vai enfrentar esta diversidade?

Naquele momento só consegui responder que queria escrever sobre os muitos apoios, sem fazer comparações ou juízos. O legal era contar sobre estes muitos jeitos de fazer apoio.

Espero estar sustentando esta aposta- resposta.

As horas se passaram e me dei conta de que já não havia tempo para a escrita das narrativas. O que fazer? Combinar outro momento? Quando? Desfilaram na mente as falas dos apoiadores: não temos tempo, estamos ocupados com muitas demandas, não estamos dando conta, etc. Fui tomada por sensações de desconforto que me impediram de sugerir outro encontro naquele cenário de correria. Retomei o assunto das narrativas, pedindo para enviarem por email, quando pudessem. Sentia que estava quase desaparecendo, sumindo debaixo da mesa, com um eco na minha cabeça: você ainda vem com encomenda pra gente?!

Depois de uns dias recebi uma narrativa por email, depois outra, um pedido de desculpas pela demora, outro pedindo mais tempo para escrever e nada mais. Não trouxe o assunto de novo. Refletindo sobre este acontecido, perguntas e dúvidas ocuparam o pensamento: talvez a escrita fluísse ali, no calor da conversa? Talvez eu pudesse compartilhar o incômodo que me pegou pelas vísceras ao invés de partir com a impressão de criar demanda para o outro, como uma pesquisadora inoportuna?

As narrativas das apoiadoras descreveram uma variedade de contribuições do apoio para a produção do cuidado: reuniões com as equipes de saúde, articulação dos serviços da rede, auxílio na organização de agenda, organização de dados epidemiológicos do território, orientações aos próprios pacientes e/ou familiares, visita domiciliar e atendimento compartilhado com algum membro da equipe, etc. Mas essas atividades só são possíveis quando se produz disponibilidade entre apoio e trabalhadores, às vezes sob interferências de diferentes tempos, objetivos e lógicas de cuidado.

As apoiadoras analisaram que sua entrada em variados serviços do território contribuiu para fortalecer a rede, no entanto, reduziu seu tempo em cada serviço, provocando, em alguns momentos, um descompasso entre sua disponibilidade e as demandas dos trabalhadores. Esta circulação pela rede, também as obrigou a priorizar alguns espaços em detrimento de outros, impossibilitando, por exemplo, o acompanhamento cotidiano das reuniões das equipes nas unidades; escolhas acompanhadas de angústias e receios de descontinuidade de discussões, ações e projetos.

Os registros do diário de campo e as narrativas abordaram as vivências do apoio marcadas por diferentes tensões e agenciamentos, contribuindo para enriquecer e expressar a multiplicidade imanente a esta produção. É importante destacar que no plano da cartografia não se propõe explicar os acontecimentos por meio da análise, pois a atividade analítica consiste na fabricação de sentidos abertos, conectáveis e dinâmicos.

A pesquisa foi se compondo por meio de fontes variadas. Considerando que fonte não é sinônimo de informante, no sentido de quem presta informações para análise de outro. Cada sujeito da pesquisa foi tomado como autor, expressão viva e produtora de sentidos que, na relação, movimentou regimes de visibilidade e de dizibilidade, como mosaicos distintos e singulares.

Documentos, diário de campo, narrativas, conversas, textos, afecções, o diálogo com estas diversas fontes suscitou problematizações, questionamentos e composições acompanhados de uma atitude de crítica e de suspeita, de recusa a qualquer totalização ou ideia de verdade:

Todas as entradas são boas, desde que as saídas sejam múltiplas. Por isso o cartógrafo serve-se de fontes as mais variadas, incluindo fontes não só escritas e nem só teóricas. Seus operadores conceituais podem surgir tanto de um filme quanto de uma conversa ou de um tratado de filosofia. O cartógrafo é um verdadeiro antropófago: vive de expropriar, se apropriar, devorar e desovar, transvalorado (ROLNIK, 2006, p. 65).

O que segue como produção está conectado a um campo de discursos, práticas, operações, saberes e poderes, múltiplo, contingente, aberto, provisório.

4.4. OLHAR - CORPO-PENSAMENTO-SENSIBILIDADE: LINHAS EM PRODUÇÃO

Para experimentar vista-se de não senso. Abandone a cronologia e habite o tempo que flui no movimento de pensar. Opte por seguir pelas passagens de novos sentidos e faça do absurdo a matéria do pensamento. Crie palavras para acolher os afetos que se produzem neste percurso. Deixe o método, a explicação e a interpretação desamparados.

Lazzarotto, G.D.

Quais as implicações de pesquisar sob a interferência da filosofia da diferença?

Quais provocações advém dessa perspectiva?

Traçar cartografia é acompanhar movimentos e processos que desenham paisagens móveis e mutantes. Neste percurso, o traçado se fez por meio das forças atuantes nos encontros, afetos e sensações produzidas ali. Onde o imperativo de convocar um corpo vibrátil, pulsante e sensível às intensidades. Uma superfície mais lisa, um olhar atento, uma escuta aberta, micropercepções capazes de captar o imperceptível.

Necessidade de cuidar dos afetos, do que se passa e de seus efeitos. Pois o estado de um corpo se modifica quando sofre a ação de um outro corpo, gerando-lhe uma afecção ou ideia de afecção que faz variar a potência de agir, seja para aumentá-la, seja para diminuí-la. Alegria e tristeza são as paixões que definem o aumento e a diminuição de nossa potência de agir ou força de existir. Vivemos uma sucessão de encontros e efeitos, ou seja, ideias, que determinam variações contínuas da potência de agir (DELEUZE, 2002). O cuidado aqui se faz essencial, dado que a alegria e a tristeza podem provocar maior ou menor porosidade ao encontro, ao outro, à diferença.

O que se inscreveu no corpo? Cansaço, paradas, bloqueios, tormentas, ventos suaves, surpresas e alegrias. Variadas afetações se agitavam, me sentia animada, ansiosa, curiosa, angustiada, desconfortável, etc...

Foi mais de um ano de idas e vindas ao município de São Bernardo. Transitei por diferentes territórios, geografias físicas e afetivas, regiões mais urbanas e áreas de manancial cercada de vegetação; diversos trabalhadores e serviços, mobilizados por distintas necessidades, ideias, práticas, discursos, subjetividades. A pesquisa entrou na vida de tal modo que quase todos os dias alguma agenda me interessava e entre conversas, reuniões, almoços, o tempo era tomado por intensidades, experimentações, aprendizados.

Na condição de cartógrafa, me sentia como uma viajante conectada aos movimentos, falas, silêncios, fazeres, pausas, acontecimentos. Estava ali como observadora interessada, implicada e aos poucos, participando de algumas práticas junto aos apoiadores. Tão intensa a presença e em tantos momentos, lugares e

encontros que houve situações em que fui abordada por trabalhadores com solicitações como se eu fosse apoiadora. Reações de surpresa: - ah, você não é apoiadora nova?

O mergulho na experiência ganhou intensidade e experimentei forte ressonância com as preocupações, questões e dilemas dos apoiadores. Essa vizinhança provocou inquietações e atravessamentos importantes, cujo cuidado foi essencial para que eu seguisse viagem.

Sobretudo quando ações e estratégias dos apoiadores eram interrompidas, silenciadas, recusadas; momentos de tensão e de disputa; quebra de acordos; encontros difíceis, cujos efeitos provocaram incômodos, irritação, frustração. Necessidade de processar a desconstrução como imanente ao processo, ao movimento, à fabricação do apoio. Possibilidade de recuo e criação de novas estratégias!

Ademais, alguns discursos e práticas mobilizaram mais desconfortos. A lógica padronizante das normas, diretrizes e protocolos em saúde favorece um jeito de cuidar que serve à biopolítica, ou seja, ao controle e governo das condutas por meio do corpo. Certas práticas, por exemplo, como a visita domiciliar, podem tornar-se um meio de inspeção e de verificação do cumprimento de hábitos e regras, que pauta uma discussão de caso acompanhada de juízos e valorações morais que as reforça, produzindo domesticação ao invés de cuidado. Em algumas reuniões de equipe, nas unidades de saúde, esta racionalidade comandava a resistência às interrogações e movimentos de análise. Nestes instantes a sensação era de cansaço, tristeza, perturbação. Desejo de fazer combate, motim, provocar insubordinação!

As reuniões do Kanban no PS Central suscitavam tensões, perspectivas terapêuticas distintas, discussões que em muitos momentos iam além de prescrições e procedimentos técnicos para abordar a vida que vinha junto com o usuário,

disparando interessantes construções coletivas de modos de cuidar implicados com a autonomia e a singularidade. Surpresa, desconstrução de preconceitos, alegria, aumento de potência!

É por meio de disputas que se desenha o cuidado: dominância de forças reativas e valores que sujeitam a existência, dominância de forças ativas e criadoras de múltiplos territórios existenciais. Os encontros flertam com o inusitado. O pronto-socorro, supostamente visto como serviço mais 'duro' por sua tecnologia de cuidado e alta rotatividade de usuários também pode ser espaço de produção de porosidade e de práticas inventivas. Trata-se sempre de composições, de criações, de agenciamentos.

A escuta e a sensibilidade nos encontros de orientação foram fundamentais para o processamento dos tantos efeitos destas travessias. Muitas vezes eu chegava transbordando, vazando palavras, sensações, agonias, incompreensões, espanto. E nossas conversas ecoavam dias e dias, provocando desterritorializações, conexões e mais indagações.

Estas produções de análise de implicação perpassaram a pesquisa e deram visibilidade às expectativas e frustrações atuantes no trajeto, pois se avizinhavam ideias sobre o apoio e me animava certa potência deste dispositivo de modo que fui constantemente provocada pelo movimento de análise e de desconstrução de a priori e de representações. Já na apresentação do projeto para o grupo de pesquisa, um colega lançou a provocação: - parece que o apoiador tem superpoderes! Ressonância de apostas e desejos, cujas diferenciações se deram no tempo, na experimentação, nos encontros, em ato.

(..) neste movimento de interrogação e criação propiciado pela análise de implicações há sempre uma inseparabilidade e uma contínua construção do plano do impessoal daquele que pesquisa e do campo pesquisado, desconstruindo e problematizando a lógica dominante centrada no eu (COIMBRA; NASCIMENTO, 2012, p. 132).

A noção de intercessores inventada por Deleuze diz daquilo que é produzido no encontro e que engendra movimento no pensamento, ruptura dos pressupostos da representação. Sem os intercessores não há criação. E o que agiu como intercessores nesta produção cartográfica?

Reflexões com a Laura, partilha do diário de campo com o grupo de pesquisa, conversas com apoiadores e trabalhadores do município de São Bernardo: outros olhares e impressões, deslocamentos; passeios, filmes, literatura, música: paisagens, línguas, sensibilidades, provocações; encontros filosóficos sobre o Anti-Édipo e Mil Platôs com o filósofo e escritor Amauri Ferreira, cursos com os professores Márcio Fonseca e Peter Pál Pelbart do departamento de filosofia e com o professor Edson Passetti do departamento de ciências sociais, docentes da PUC: leituras e discussões das filosofias de Deleuze, Guattari, Nietzsche e Foucault sob miradas distintas. Planos que se conectaram, armando devires para o pensamento, instigando, animando, provocando, produzindo, distendendo o pensar e o sentir como um arco, desterritorializando.

Intercessores que agiram ‘a golpes de martelo’ fabricando outras conexões para o pensamento, desconstruindo generalizações, julgamentos, causalidades e pré-conceitos, ingredientes de um pensamento sedentário que se insinuou em distintos momentos do processamento das experiências. Sacudidas, quebras, mortes, criações, devires, processos acompanhados de dores, recuos, reflexões, variadas velocidades e tempos.

A imagem árvore do pensamento é investida socialmente pelos mecanismos de poder, fazendo funcionar um pensar separado de sua potência. Há também o desejo pela árvore, “todo mundo pede raízes” (DELEUZE; PARNET, 1988, p. 35), por isso a urgência de atitudes permanentes de espreita e de estranhamento, resistência à dominação do pensamento. Desmontar, desalojar e liberar o pensamento de uma função de controle, transcendente e apaziguadora, descolada dos afetos, centrada em objetivos e métodos, reconhecimento. Criar, traçar o plano de imanência, construir,

compor, inventar, maquinar um pensamento nômade: “um pensamento acontecimento, hecceidade, em vez de um pensamento-sujeito, um pensamento-problema no lugar de um pensamento-essência ou teorema” (DELEUZE;GUATTARI, 1997b, p. 48).

O que me moveu a pesquisar a produção do apoio em saúde foram preocupações e apostas que mobilizavam certa sensibilidade sob a perspectiva da filosofia da diferença. O que interessava era a fabricação do apoio como espaço entre, dentro-fora, borda, margem, suas práticas cotidianas, invenções de caixas de ferramentas e efeitos. Ora, tais propósitos já me lançaram de antemão no desafio de engendrar um pensamento e uma sensibilidade que implicava experimentar a imanência, o processo e a provisoriedade.

A experimentação cartográfica exige armar outro pensar para o pensamento, estar atento a suas capturas. Requer a desconstrução e a subversão do pensamento povoado pela lógica do começo, da finalidade, do desenvolvimento, da linearidade dos processos, das aproximações comparativas, das sínteses. Exercitar uma subjetivação como produção incessante, provisória, na imanência do corpo e do inconsciente, maquinados pelos agenciamentos social e político.

Não tendo o suporte de estruturas identitárias, psicológicas ou sociais, nos vemos sempre confrontados com o estranho: uma vertigem que impede a útil geometrização do espaço-temporal das coisas em manuais de instrução, mas permite a abertura para uma ética dos encontros, do deixar-se afectar em um adensamento da complexidade e singularidade do problematizar (FONSECA;COSTA, 2012, p. 221).

Recusar uma interioridade que insiste, um investimento na consciência, sinônimo de eu, como totalidade perceptiva, sensorial, racional. Escapar da escrita como sobrecodificação, ou seja, escrita que institui o sentido, substituindo a multiplicidade pela identidade baseada em teorias, conceitos e definições. Armadilha de uma linguagem que pressupõe a interpretação como desvelamento, o conhecimento como operação transcendente de um sujeito sobre um objeto.

Experimentação cartográfica: proceder em meio aos processos, em passagem, em produção, na imanência dos afetos, criação do pensamento.

O Abstrato nada explica, devendo ser ele próprio explicado: não há universais, nada de transcendentais, de Uno, de sujeito (nem de objeto), de Razão, há somente processos, que podem ser de unificação, de subjetivação, de racionalização, mas nada mais. Esses processos operam em “multiplicidades” concretas, sendo a multiplicidade o verdadeiro elemento onde algo se passa. São as multiplicidades que povoam o campo de imanência, um pouco como as tribos povoando o deserto sem que este deixe de ser um deserto. E o plano de imanência deve ser construído; a imanência é um construtivismo e cada multiplicidade assinalável é como uma região do plano. Todos os processos se produzem sobre o plano de imanência e numa multiplicidade assinalável: as unificações, subjetivações, racionalizações, centralizações não têm qualquer privilégio, sendo frequentemente impasses ou clausuras que impedem o crescimento da multiplicidade, o prolongamento e o desenvolvimento de suas linhas, a produção do novo (DELEUZE, 1992, p. 182).

No encontro com os apoiadores, muitas questões me capturavam e me lançavam dúvidas, deveria perguntar, anotar, opinar, silenciar, aguardar? Ora era possível dar passagem aos questionamentos no instante em que se apresentavam, ora precisava sustentar indagações e inquietações que às vezes reapareciam em outros cenários, com novos sentidos. Os campos problemáticos se agitavam na dinâmica dos agenciamentos nos distintos territórios, serviços, atores. As questões se avolumavam, se dispersavam, se desmanchavam, acompanhadas de angústia e de inquietações, arranjos heterogêneos e móveis. A processualidade imanente à cartografia implica o verbo diferir, cujos sentidos incluem ser diferente, distinguir-se; discordar, divergir¹⁰. Sua conjugação se faz na indissociabilidade sujeito-mundo, pesquisador-campo, na produção de afetos e modos de expressão em diferenciação.

As produções do apoio seguiam conectadas a outros dispositivos da gestão, disparando novos arranjos que incessantemente agitavam imagens sedentárias do pensamento, desmanchando impressões que se faziam num dado momento, embaralhando traçados. Esta processualidade inventiva suscitou conversas com diferentes atores e tempos para o processamento dos encontros. O trânsito dos apoiadores pela rede propiciou minha entrada em diversos serviços, contato com

¹⁰Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=diferir>

fluxos e articulações para a produção do cuidado, aproximações com conceitos e formulações da saúde coletiva até então muito distantes, como o universo da proteção e vigilância em saúde, discussões sobre o cuidado e elaboração compartilhada da alta hospitalar.

Cartografar: traçar os movimentos de desterritorialização e processos de reterritorialização que se fazem nos agenciamentos, conjugação de linhas. Toda sociedade, todo indivíduo é feito de linhas, conjunto de linhas. Linhas de segmentaridade dura, molar; linhas de segmentaridade mais flexível, molecular; linhas de fuga ou de ruptura. Embora de naturezas diferentes, estas linhas são inseparáveis, imanentes umas às outras. Não há dualismo entre o molar e o molecular, entre os planos de organização transcendente e de consistência imanente:

é das formas e dos sujeitos do primeiro plano que o segundo não para de arrancar partículas entre as quais não há senão relações de velocidade e de lentidão, e é também sobre o plano de imanência que o outro se eleva, trabalhando nele para bloquear os movimentos, fixar os afetos, organizar formas e sujeitos. (...) Não falamos, portanto, de um dualismo entre duas espécies de coisas, mas de uma multiplicidade de dimensões, de linhas, de direções no seio de um agenciamento. (DELEUZE; PARNET, 1988, p. 154).

A linha molecular não está livre de riscos, pode inventar reterritorializações que fixam os movimentos e esvaziam o devir, reconstituindo o que desfaz:

(..) a segmentaridade flexível suscita seus próprios perigos, que não se contentam em reproduzir em miniatura os perigos da segmentaridade molar, nem em decorrer destes perigos ou compensá-los: como já vimos, os microfascismos têm sua especificidade, eles podem cristalizar num macrofascismo, mas também flutuar por si mesmos sobre a linha flexível, banhando cada minúscula célula (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 110).

É do jogo incessante das linhas que se compõem territórios existenciais, produzidos na coexistência molar e molecular, macropolítica e micropolítica, plano de transcendência e plano de imanência, inseparáveis e complementares. Para compor a tessitura destas linhas, é necessário combinar o olho molar com o olho vibrátil,

desgrudar do campo da representação, do molar, para transitar no campo molecular das intensidades, percorrer a passagem de uma linha a outra, suas mutações e criações,

(..) pois o que quer [o cartógrafo] é apreender o movimento que surge da **tensão fecunda** entre fluxo e representação: fluxo de intensidades escapando do plano de organização dos territórios, desorientando suas cartografias, desestabilizando suas representações e, por sua vez, representações estancando o fluxo, canalizando as intensidades, dando-lhes sentido (ROLNIK, 2006, p. 67).

É a dimensão processual, a dimensão do plano de forças que interessa, rizoma que se produz conectando, misturando, conjugando, desmanchando. No domínio da pesquisa esta dimensão implicou um pensamento sensível às composições, suas derivas e efeitos.

Durante o processo da pesquisa, foi um desafio acompanhar a transversalidade da fabricação do apoio, as forças em jogo, disputas e lógicas. Em SBC há múltiplas estratégias para esta produção – apoiador, facilitador, orientador de educação permanente, etc. - e espaços que também interrogam os processos de trabalho. Entretanto, constantemente fui capturada por problemáticas que me sensibilizavam como alguns discursos e práticas de gerentes e trabalhadores, perpassados por valorações morais e pouca porosidade a reflexões, análise e autocrítica. Quando esta problemática aparecia no encontro com o apoio em espaços como reunião geral, reunião de equipe, matriciamento de saúde mental, etc. era afetada por intensos questionamentos que arrastavam e capturavam o olhar e o pensamento.

Esta captura ia e vinha, provocando recuos, dispersão, recusas, indagações. Quando tomada por estas afetações, a análise do diário de campo tornava-se difícil. Em muitos momentos, a pergunta insistia: como produzir intercessores com potência para interrogar e disparar análise crítica sobre as práticas de cuidado e seus efeitos?

Conversas e mais conversas, análise destes atravessamentos, desconstruções, retomadas. Como um zigue-zague a análise de implicação andou junto com a análise das experiências, dando lugar a composições e escritos sensíveis à complexidade da

fabricação do apoio, seus movimentos e tensões. O texto da tese foi se constituindo por meio de processamentos analíticos e de movimentos: montar, recortar, desmanchar, criar, mobilizando intensos aprendizados, tensões e alegrias.

5. CENÁRIOS E ANDANÇAS NOS TERRITÓRIOS: PISTAS E ANALISADORES

5.1. O APOIO É INTERCESSOR, CONECTÁVEL E HETEROGÊNEO

O apoio é fabricado no encontro, na imanência das relações. O encontro dispara ideias, afetos, pensamentos e variados efeitos, sendo, o apoio, intercessor que pode engendrar vínculos, escuta e confiança, momentos de maior ou menor porosidade à transformação das práticas de saúde.

Nesta fabricação, dispositivos de captura também podem entrar em cena: construções, relações e engessamentos, maus encontros que despotencializam o apoio. Uma captura importante é o agenciamento do apoio como instrumento de fiscalização da gestão, relacionada às modalidades de supervisão tradicionais ainda atuantes nos serviços, que contribuem para um devir fiscal do apoiador, efetuado ou desconstruído, no encontro apoiador e gestão, apoiador e trabalhador, no qual todos são produtores do espaço intercessor.

Todos atuam e exercem forças nesse encontro, um sobre o outro, com os efeitos os mais variados e dos tipos mais variados. Essas forças que atuam nesse encontro são de muitos tipos de intensidade. Há forças que vêm de que os que aí estão já pensam coisas *a priori* sobre o encontro, já possuem interesses e fazem apostas do que vão levar desse momento. Há forças que não são tão visíveis, que estão operando nos corpos como afetos. Há forças não conhecidas, mas que estão ali. Há simpatias e antipatias (MERHY, 2013, p. 253).

O apoio fabrica e ao mesmo tempo é fabricado pelos planos de produção da gestão, das relações das equipes e dos processos de trabalho, conectados e inseparáveis. Gestão, trabalhador e usuário são operadores que sofrem transversalizações: o trabalhador faz gestão no cotidiano de suas práticas ao mesmo tempo em que é potencialmente um usuário dos serviços de saúde. São lugares móveis com variadas possibilidades de arranjos de acordo com os agenciamentos que podem efetuar múltiplas composições: devir gestor do trabalhador/apoiador/usuário,

devir usuário do gestor/trabalhador/apoiador e outros. Gestão, trabalhador e usuário não se repartem em identidades fixas e papéis pré-estabelecidos, são multiplicidades e fluxos.

Os apoiadores estão imersos em uma multiplicidade de tensões e são atravessados por todos os lugares. Transitar, atravessar, cortar, seguir, mover, verbos indissociáveis do apoio, riscos de captura e criação de linhas de fuga. Invenções singulares e locais. Devir controle. Devir solidariedade. Devir subordinação. Devir cuidado. Todos misturados.

O encontro pode convocar o usuário no trabalhador, o gestor no trabalhador, mobilizando trânsitos e favorecendo ou não deslocamentos. O que o encontro movimenta: aproximações, conversa, escuta, interesse, resistência, recusa? Quais as lógicas e racionalidades em jogo? Qual a implicação dos trabalhadores nos espaços de encontro e disponibilidade para a análise dos processos de trabalho? Quais as afetações dos apoiadores nestes encontros, e seus efeitos?

A sala de reunião da unidade estava lotada naquela tarde. Era dia de reunião geral e além dos trabalhadores e da gerente, estavam duas apoiadoras e a referência da AB. A gerente conduzia a reunião entre barulhos, cochichos, entra e sai de pessoas. Vez ou outra alguém falava mais alto: - silêncio, gente!

Muitos assuntos entraram em pauta: informe sobre o fluxo do CAPS AD; dias e horários dos grupos de artesanato e dos encontros de EP sobre saúde da mulher; apresentação da psicóloga recém-chegada ao serviço; queixas dos médicos sobre as faltas dos usuários na consulta e aumento dos encaixes por meio do acolhimento, etc.

Num certo momento, um dentista levantou a mão e disse: - esta semana um usuário alcoolizado invadiu a unidade. Ele chegou perto do final do expediente quando o serviço estava quase vazio e fez confusão, queria entrar direto na sala.

Uma apoiadora perguntou: - vocês pediram ajuda?

Com as faces ruborizadas, ele respondeu agitado: - o pessoal ficou com medo, o usuário se recusou a esperar na triagem. Gritava e falava palavrões. Não é a primeira vez. A polícia ajudou. Já veio duas vezes por causa desse usuário.

Em seguida a referência da AB pontuou: - a UBS é um espaço público, é um lugar de cuidar das pessoas. Não se pode negar atendimento a ninguém.

Este comentário causou alvoroço. As pessoas se inquietaram e começaram a falar entre si. Não pude deixar de pensar que aquele rebuliço também era uma reação à colocação normativa e pouco sensível à situação. Cuidar não é algo dado, acontece nos encontros e pode mobilizar muitas coisas, preconceitos, bloqueios, dúvidas, medos.... Esta fala da referência da AB não respondia ao pedido de ajuda do profissional e não acolhia sua angústia.

Um recepcionista sentado mais ao fundo da sala disse baixinho para uma ACS: - falar é fácil, nós é que sabemos o que é ficar aqui nesse horário. Não temos a quem pedir ajuda e esse bar aí da frente fica cheio de bêbados!

Ela concordou e, mexendo nos cabelos, disse: - pois é, o que se vai fazer?

- Não é uma questão de recusar o atendimento, mas naquela situação do usuário ninguém teria condições de atender, explicou o dentista, tentando conter a irritação.

A resposta acima pareceu uma reação defensiva e expressou evidente mal-estar. A tensão aumentou e a atmosfera da reunião ficou pesada. O assunto era a conduta do profissional ou uma situação que envolvia a unidade?

Outra apoiadora, num tom acanhado, sugeriu: - O CAPS AD pode ajudar.

A frase ficou no ar. Com expressão contrariada, o dentista baixou os olhos e ficou em silêncio.

Aos poucos a agitação e o barulho das vozes amenizaram. A gerente abordou a pauta seguinte. Logo depois o dentista se retirou da sala.

No cotidiano da unidade acontecem situações que misturam preconceito, moral, medo, dúvidas. Quando os trabalhadores trazem essas cenas para a roda, abre-se a possibilidade de conversar sobre as angústias do coletivo, dificuldades e atitudes. Neste caso, por exemplo, era possível construir acordos com o bar vizinho? Quais as alternativas além de acionar a polícia? Como as pessoas que estavam na unidade reagiram a esses episódios?

Esses espaços de conversa e de reflexão podem acontecer ou não. Naquele momento as respostas das apoiadoras e da referência da AB não dispararam esse convite para os trabalhadores; a conversa foi abafada por orientações e prescrições. Além disso, a gerente não se implicou com a questão. O encontro não produziu escuta, acolhimento e apoio para as necessidades e incômodos que afetavam o coletivo. Diferenças e desacordos não acolhidos, tensões não trabalhadas. Silenciamento normativo.

A entrada do apoiador e o convite que se arma são estratégicos para a produção do apoio, se trata de agenciamentos que conectam afetos, representações, racionalidades, subjetivações. Esta produção pode ou não operar deslocamentos, bloqueios, análises, diferentes porosidades que compõem bons e maus encontros.

Sendo assim, o apoio é sempre produto de agenciamentos que disparam sentidos e compõem ações e processos de subjetivação. Esta produção mistura a convocação das pessoas, como acionam o apoiador, suas demandas e a construção de ofertas.

Inicialmente os apoiadores tiveram dificuldades de mobilizar e produzir implicação junto com os trabalhadores. Quando a estratégia principal do apoio é o convencimento, não se produzem novos sentidos, sentidos compartilhados e as ações não entram na agenda das equipes, provocando desgaste e frustração de todos os envolvidos.

As produções do apoio são variadas e movimentam ferramentas construídas em ato. Atendimento compartilhado, visita domiciliar, discussão de caso e construção de projeto terapêutico, articulações na rede, produção de agendas, etc.

O que parece potente na ferramenta é sua força disparadora de deslocamentos, de problematizações e de construções coletivas. A narrativa, por exemplo, é uma ferramenta que convida os trabalhadores a contarem o trajeto do usuário por dentro da unidade e da rede, dando visibilidade e voz às impressões, pontos de vista, singularidades.

A unidade estava cheia naquela manhã. Fazia muito calor e as pessoas se refrescavam com leques e garrafinhas de água. As cadeiras da recepção estavam todas ocupadas; mulheres, crianças e idosos aguardavam atendimento em frente às salas. Duas crianças corriam pelos corredores quando sua mãe lhes deu uma bronca: - obedeçam e parem agora, meninos!

Fui para a copa, bebi água e fiquei aguardando o horário da reunião de equipe. Cada um que entrava comentava sobre a movimentação na unidade. Uma ACS entrou apressada e disse: - puxa, hoje está uma loucura e pra piorar continuamos sem médico na minha equipe!

As pessoas foram chegando para a reunião (três ACS, um dentista, uma apoiadora) que aconteceu numa sala espaçosa e arejada. Sentamos em círculo e a enfermeira lembrou que a orientadora do curso de Especialização em Saúde da Família (ofertado pela secretaria de saúde) estava ali para construir um projeto terapêutico junto com a equipe.

- Bom dia, gente. Lembra que combinamos que vocês iam escolher um caso pra gente construir uma narrativa sobre as necessidades do usuário e as ofertas da equipe? - disse a orientadora.

Uma ACS respondeu animada: - ah, eu tenho um caso! Todo mundo aqui conhece, é o Luis, filho da Dona Maria, lembram?

- É claro que sim! Tudo o que a gente oferece, ele recusa!! - respondeu um ACS.

- Ah, não é bem assim! Eu gosto de fazer visita lá, ele me trata bem e a mãe dele é muito dedicada. Mas deixa eu contar o caso: o Luis tem 32 anos, é um rapaz bonito, forte, ele ficou cadeirante porque levou um tiro num assalto, já faz quase dez anos. Ele era muito vaidoso, fazia academia, foi muito triste o que aconteceu.

- Ele mora com os pais, o irmão mora em São Paulo e a mãe é a única cuidadora, completou a enfermeira.

- Ela faz tudo por ele, se sacrifica por aquele filho! O marido ajuda, mas o dia a dia é com ela, comentou o dentista.

A orientadora perguntou: - E como é o dia a dia do Luis?

-Ah, ele gosta de computador, fica um tempão na internet. Tem uma rotina tranqüila, disse uma ACS.

- De vez em quando o pessoal da igreja vai na casa do Luis, tem um rapaz de lá que é seu amigo, leva o violão e ficam cantando, contou um ACS.

A orientadora questionou: - e como é a relação dele com vocês?

Sorrindo, uma ACS respondeu: - ah, é legal. Ele gosta quando eu vou lá, a gente conversa. Acho que a gente tem um bom vínculo com ele, né?

- Teve uma época que ele estava com feridas por causa da cadeira de rodas. Eu fiz umas visitas e orientei a mãe com os curativos, ele melhorou bastante, faz tempo que não se queixou mais, contou a enfermeira.

O dentista disparou uma crítica: - É, mas ele é muito acomodado, só quer saber de ficar trancado em casa, no computador.

- Porque você acha isso? - perguntou a apoiadora.

-Ah, a gente encaminhou ele para o CER e ele recusou. Ele é jovem, precisa sair de casa e....

Um ACS interrompeu o colega, dizendo: - Também a mãe dele faz tudo por ele, por isso ele é assim!

-Mas porque ele recusou o CER? - insistiu a orientadora, olhando diretamente para o dentista.

Sem dar tempo para o colega responder, uma ACS falou: - gente, é um sufoco pra sair de casa, tem que subir e descer a escada, a D. Maria não agüentou esse esforço, tinha que pedir ajuda pro vizinho.

-É, mas ele disse que se a reabilitação fosse na UBS, ele viria. Que nada! - resmungou o dentista, incrédulo.

A orientadora lançou uma provocação: - Pessoal, parece que o desejo do usuário é diferente do desejo da equipe. Estou enganada ou tem um conflito aí?

O dentista retrucou, com indignação: - Acho que não tem conflito nenhum, apenas pensamos no que é melhor pra ele, um rapaz jovem que ...

Uma ACS interrompeu: - mas gente, ele está bem cuidado!

- Ele fez terapia por um tempo, depois não quis mais. Outro dia eu ofereci para ele conversar com a psicóloga e ele recusou, comentou um ACS.

A enfermeira disse: - a D. Maria ajuda com os exercícios que a fisio recomendou, ela tem boa vontade!

A orientadora perguntou, sem rodeios: - então o que incomoda vocês?

- Nada, respondeu o dentista, sacudindo os ombros.

Ela então insistiu: - o incômodo é por causa da recusa de algumas ofertas?

- Talvez seja, resmungou um ACS.

- Mas o Luis tem alguma demanda para a equipe? - questionou a apoiadora.

- Fora o cuidado com as feridas, não. Ele diz que está bem, concluiu a enfermeira.

Um ACS comentou algo baixinho com o dentista. Ambos balançaram a cabeça num gesto de crítica e de desaprovação.

- Então, o que se passa? Vocês tem pena do Luis? - perguntou a orientadora.

- Ah, eu tenho sim, ele é muito jovem, disse uma ACS.

Com o rosto contraído, o dentista respondeu: - eu tenho pena é da mãe dele, coitada. Ela não tem vida, não sai de casa, só cuida do filho e do marido, não é justo!

- Ah, e vocês pensaram em oferecer algo pra ela? - questionou a orientadora.

- Podemos convidá-la para o grupo de bem com a vida! Ela é uma pessoa bem ativa, acho que seria legal, disse uma ACS.

- Parece que não tem uma demanda do Luis, ele está adaptado a sua nova condição, não é? - comentou a orientadora.

- É mesmo, não é fácil, mas ele reorganizou sua vida, considerando seus limites, ponderou a enfermeira.

E com satisfação, acrescentou: - o mais importante é que nós temos um bom vínculo, ele sabe que a unidade está aberta e sua mãe também, eles podem contar com a gente.

Uma ACS comentou com entusiasmo: - ah, de vez em quando ela vem por aqui, passa na consulta com o médico, eu acho que ela se cuida bem!

- Neste caso parece que o projeto terapêutico é para Dona Maria, comentou a orientadora.

Em seguida, acrescentou: - Juntos, vocês construíram uma narrativa bacana sobre o caso do Luis, alguém quer acrescenta algo? Cada um pode registrar no papel suas percepções e sentimentos sobre o caso, além das estratégias da equipe. Na próxima semana trago a síntese da narrativa de vocês e a gente faz uma reflexão, OK?

As interferências da orientadora atuaram como dispositivo de apoio, armando aprendizagem, análise e outras perspectivas sobre o cuidado: “Nos interessa pensar as interferências naquilo que produzem de ruídos na comunicação oficial, como efeitos de contágios e ressonâncias plurais, fazendo aparecer outras línguas, sentidos e arranjos coletivos” (MAIA; NEVES, 2014, p.823).

A aposta da gestão não se esgota em criar apoiadores, mas movimentar atores (referências, facilitadores, orientadores e outros) e lugares com potência apoiadora, com possibilidades de ampliar a função apoiadora e construir apoio rizomático (BERTUSSI, 2010). O apoio não é produção exclusiva do profissional denominado ‘apoiador’, se engendra nos agenciamentos e conexões, dispara linhas e as percorre, se transforma ao mesmo tempo em que as linhas mudam de natureza: rizoma.

O apoio é rizoma, procede por conexões que conectam planos e engendram multiplicidades (DELEUZE; GUATTARI, 1995a). O rizoma é feito de linhas; linhas de segmentaridade, linhas de desterritorialização, linhas de linha, que estão a se insinuar, cortar, cruzar, prolongar, umas às outras, rompendo dualismos ou dicotomias.

Acompanhar a produção rizomática do apoio é seguir as linhas, caminhar pelo mapa, aberto, conectável, mutante, sujeito a capturas, estratificações, linhas de fuga. Nesse regime de produção, a caixa de ferramentas do apoiador nada garante de antemão, são os agenciamentos que fazem algo funcionar, disparando criações, conexões, liberando a diferença, sobrecodificando, etc.

Questionamentos sobre as relações e o cuidado produzidos pela equipe com o usuário nas discussões de caso podem fabricar outras aproximações entre equipe e entre equipe e usuário, além da elaboração de projetos terapêuticos centrados nas necessidades do usuário.

Era a última reunião de equipe de uma das ACS. Em clima de despedida, as colegas levaram bolo, refrigerantes e salgadinhos. Após três anos na unidade, ela pediu demissão. Com um sorriso tímido, disse:

- Estou muito cansada e preciso cuidar do meu neto. Vou sentir falta, a gente acostuma, né?

A assistente social do território fora convidada para a reunião; também estavam presentes duas apoiadoras, uma enfermeira e três ACS.

Logo no início da reunião, uma ACS falou: - estou preocupada com uma família. As três meninas (9, 10 e 16 anos) moram com a mãe e com a avó. A mãe trabalha à noite e os vizinhos se queixam de movimentação na casa durante este horário. Será que é ponto de venda de drogas?

- Pode ser, respondeu outra ACS com desconfiança.

- Também não duvido, aquele povo é esquisito, acrescentou a colega, falando baixinho.

- Esquisito como? - perguntou uma apoiadora.

-Ah, a avó é uma pessoa muito calada, sabe? Às vezes eu passo por ela na rua e ela nem me cumprimenta, anda de cabeça baixa, falando sozinha... A filha é o contrário da mãe, está sempre batendo perna por aí com umas amigas, toda arrumada, com umas saias curtas e sandálias de salto! Eu acho estranho visitas assim durante a noite, não é normal! - disse a ACS, balançando a cabeça, num gesto de censura.

A assistente social questionou com firmeza: - ainda não entendi porque você trouxe esse caso. O papel da unidade é cuidar da saúde e não investigar a suspeita dos vizinhos. Qual a sua dificuldade com esta família?

- Ah, elas não me recebem bem, às vezes não me deixam entrar na casa e a gente conversa no portão mesmo. O lugar é muito sujo, bagunçado. A mãe disse que a vacinação das crianças estava em dia, mas não mostrou a carteirinha, respondeu a ACS, como se estivesse embaraçada com a pergunta.

Uma das apoiadoras indagou: - Como está o acompanhamento da família na unidade? Quando as crianças passaram no pediatra?

A ACS desceu para buscar o prontuário. Esperava-se verificar o registro de consultas e exames. Rapidamente ela voltou, abriu o prontuário e disse, com expressão de surpresa: - gente, não consta quase nada!

- Uma das crianças tem lábio leporino e dificuldade de fala, uma voz fanhosa, acrescentou.

- Será que a mãe trouxe a criança para avaliação com a fono? - perguntou a assistente social.

Buscando nas folhas do prontuário, a ACS respondeu: - aqui não está registrado. Eu acho que não, as crianças não parecem bem cuidadas. Eu poderia oferecer uma consulta com a fono, o que vocês acham?

Uma das apoiadoras indagou: - qual a necessidade da família? Você não acha importante melhorar sua aproximação para conhecer a família? A gente não sabe o que ela precisa, como vamos oferecer algo?

A ACS ficou em silêncio por uns instantes, passou a mão pelos cabelos e disse angustiada: - eu me preocupo com as crianças! O ambiente da casa é muito ruim, as meninas são quase adolescentes, o que será que acontece lá durante a noite?

A assistente social pontuou: - você pode criar um vínculo com esta família para conhecer como ajudar no cuidado, mas se você se colocar com esta desconfiança, dando ouvidos aos vizinhos e se precipitando com julgamentos, é impossível uma aproximação.

A ACS parou um pouco, como se estivesse pensando no que acabara de escutar e disse: - é, faz sentido. Eu estive poucas vezes com esta mãe, acho que conversei com a avó duas ou três vezes. Eu não conheço a família! Acho que preciso mudar o jeito como estou lidando com esta situação! É que penso nas minhas meninas que tem a mesma idade dessas crianças...

Às vezes a discussão de caso e a visita domiciliar produzem as mesmas ofertas: consulta, remédio, exame. O apoio pode questionar a equipe: quem é o usuário? O que sabemos de suas conexões com a família, com os vizinhos, com o território? Quais suas necessidades? Podemos criar outras ofertas? A escuta, o olhar e a sensibilidade perdem muito de sua potência de serem afetados pela alteridade quando preenchidos por pré-conceitos que empobrecem a curiosidade, o interesse e a potência cuidadora do encontro. Estas problematizações podem mobilizar a equipe para pensar o próprio trabalho, conhecer o território e o universo existencial do usuário, com efeitos para um cuidar com o outro e não pelo outro.

A sala estava abafada, mesmo com as janelas abertas, a sensação de calor persistia. Uma ACS trouxe uma jarra de água gelada e alguns copos e colocou sobre a mesa. Naquela tarde a reunião começou com atraso e contou com a médica generalista recém-chegada, o médico clínico, a pediatra, a ginecologista, três ACS, uma

psicóloga e três apoiadoras. Em poucos meses, houve muitas mudanças na composição da equipe: entrada da enfermeira que veio de outra equipe, pedido de demissão da médica generalista e contratação de uma nova profissional, além da saída de uma ACS.

- Eu trouxe uma pendência do acolhimento e queria a ajuda do apoio. Uma usuária pediu para trocar a guia de exame pra fazer na rede, disse uma ACS.

- Onde ela recebeu esta guia? - questionou o clínico.

A ACS estava com o papel na mão, entregou ao clínico e respondeu:

- De uma entidade filantrópica.

Outra ACS inclinou o corpo pra frente na cadeira, olhou para a médica generalista e fez o seguinte comentário:

- Ah, eu sei quem é essa usuária. Ela chegou no acolhimento toda nervosa e impaciente. E ainda reclamou da Dra. X. Disse que sua mãe estava com a diabetes descompensada e a doutora apenas solicitou um exame.

- Ela quer que seu pai volte a ser atendido pelo clínico, completou uma das ACS.

Outra ACS falou num tom exasperado: - é, mas seus pais nem moram com ela, eles são de Diadema. Eu sei por que eu é que faço visita lá. Ela nunca está em casa e ninguém atende! Ela quer exigir o que? Nesse caso, eles nem teriam direito à unidade.

- O acesso é universal, portanto eles têm direito, pontuou o médico clínico.

Um ACS balançou a cabeça em sinal de desaprovação e disse: - se todo mundo vier aqui pedindo atendimento ...

Estes desacordos me chamaram a atenção, parece que houve uma confusão entre direito e privilégio. Será que a equipe conhece os direitos do usuário?

- Tudo bem, se o usuário quer ser atendido pelo clínico, não tem problema, ponderou a médica generalista, com o rosto enrubescido.

-Sim, se o problema é esse, está resolvido, concordou o médico clínico.

Para além da solução dada ao 'problema', algumas perguntas me inquietaram: por que a usuária quer ser atendida pelo clínico? Talvez por que sinta confiança no profissional, haja um bom vínculo entre eles? Se ela procura a unidade, não será porque reconhece um cuidado? Que cuidado é esse?

Uma das apoiadoras olhou para a ACS e sugeriu: - você e a Dra. X podem fazer uma VD para a usuária.

- Pra que? Os pais dela não moram na casa! - respondeu imediatamente a ACS.

Um ACS sorriu e comentou: - hum.. se avisar da visita é capaz dela trazer os pais pra fingir que eles moram junto com ela.

- Gente, a visita não é para verificar se eles moram ou não na casa, falou uma apoiadora.

-A gente já sabe que eles não moram mesmo! - retrucou um ACS, batendo na mesa com a caneta.

Uma das apoiadoras disse: - a visita é para esclarecer a usuária sobre o atendimento. Os pais dela têm direito ao atendimento, mas como eles não residem no território, eles só podem ser acompanhados pelos médicos matriciadores, não terão consulta com a generalista nem VD.

A visita domiciliar pode servir pra muitas coisas, não seria interessante discutir com a equipe a função e o sentido desta estratégia? A VD está a serviço de flagrar o usuário? Dar provas de algo? Equivale a uma inspeção? Esse tema não foi problematizado nesse sentido... a fala da apoiadora não me pareceu potente para provocar uma discussão, repercutiu como uma explicação!

Uma ACS fez um gesto com a mão e disse: - Ela não está nem aí pra isso, o que ela quer é o atendimento com o clínico!

- Mas está dentro do direito dela como usuária! - insistiu a apoiadora.

A médica generalista olhou para a ACS e perguntou: - você entendeu o motivo da visita?

- É, é pra explicar sobre os direitos, né? - respondeu a ACS num tom insatisfeito.

Uma das apoiadoras pontuou: - é importante a usuária entender a responsabilidade dela com o cuidado também, conhecer os seus direitos.

- Tudo bem, nós vamos, né? - disse a ACS, fazendo uma careta.

A discussão de caso pode fazer visíveis desacordos e tensões entre equipe e usuário em relação às necessidades, ofertas e projetos terapêuticos; entre equipe e apoio, sobre como os trabalhadores acionam o apoio, o que esperam do apoiador quando abordam um caso e os efeitos desse encontro. Às vezes acontecem divergências entre o que se pede e o que o apoiador fabrica; as discussões de caso não mobilizam reflexões ou implicação da equipe, mas resultam no cumprimento de protocolos ou de encaminhamentos. São produções que colocam em questão o encontro apoiador e equipe, que pode agenciar prescrições, orientações, movimentos de análise. Mais uma vez um encontro que poderia ser fértil em análises e debates não é aproveitado para problematizações e as diferenças ficam aprisionadas na mútua irritação.

Os casos também agenciam encontros do apoiador na rede e possibilitam fabricar conexões. Um exemplo é a reunião mensal proposta pela Equipe de Orientação Técnica (EOT), ligada à Educação, em que são identificadas necessidades de cuidado nas escolas e propicia a busca de suporte no território por meio dos apoiadores que acionam diversos profissionais de acordo com a demanda, misturando rede básica, CER, CRASS, EOT, etc. Os apoiadores juntam as informações trocadas por

email e os casos são discutidos na reunião: de onde vem o usuário, como é seu território existencial: vínculos, moradia, situação econômica, diagnóstico, percurso na rede, quem está acompanhando este usuário e a família.

Este encontro é um espaço fértil, em que apoiador e profissionais refazem o trajeto do usuário na rede, identificando, por exemplo, encaminhamentos inadequados, intervenções e seus efeitos, produzindo um mapa analítico do cuidado. As conversas geram projetos terapêuticos compartilhados e baseados nas necessidades dos usuários, acionando a produção de uma rede viva, que mobiliza variados profissionais: a fonoaudióloga do território, atua como referência na escola, orientando professores e equipe escolar; o apoiador faz contato com a regulação e com a equipe da UBS; a EOT troca informações com o psicólogo da UBS; uma fonoaudióloga do CER faz atendimento com o CAPSi. Intensa produção de rede.

Sendo assim, é o exemplo de uma reunião com potência para proporcionar um olhar coletivo sobre as ofertas da rede e suas composições com o usuário, oportunizando reflexões sobre o plano das relações dos trabalhadores e usuários, trabalhadores e trabalhadores, além dos processos de trabalho. Trata-se de um momento rico para análise e fabricação de práticas inventivas de cuidado. Em uma das reuniões, a distância e a dificuldade de deslocamento dos usuários moradores da região do Riacho Grande (território C) foram citadas repetidas vezes como obstáculo ao acompanhamento semanal no CER. Essa problemática suscitou sugestões de outros espaços para atendimento da população com a equipe do CER, como a ONG Aldeia SOS, que já tem parceria com a UBS Santa Cruz ou mesmo uma sala na própria unidade. A mobilização, o engajamento e os movimentos analíticos fortalecem uma aposta na produção de vida, na produção de um cuidado singular, na afirmação de uma ética aliada a autonomia, que deixaram em mim rastros de alegria e de entusiasmo! Afetações potentes também perceptíveis no coletivo, onde a fabricação de ações apoiadoras entre os trabalhadores pode sustentar um espaço de cuidado, de escuta e de confiança.

5.2. ARRANJOS, PRODUÇÕES E TENSIONAMENTOS (IM)PRODUTIVOS NOS ENCONTROS APOIO E ATENÇÃO BÁSICA

O apoio é fabricado pelos diferentes agenciamentos que implicam gerentes, referências, facilitadores, apoiadores e trabalhadores. Nestes diversos cenários, apoio pode ser sinônimo de suporte, fazer a gestão no lugar de, resolver/diluir conflitos, cobrir faltas, etc. Esta composição é produzida no cotidiano, permeada por disputas de projeto que movimentam saberes, poder, hierarquias e tensões. Discursos e práticas relativos ao cuidado, à gestão e organização dos processos de trabalho.

O apoio pode ser acionado pelo gestor da unidade para discussão e planejamento de processos de trabalho, organização da agenda dos profissionais, elaboração da reunião geral, etc. O agendamento, por exemplo, estava atrapalhando o acesso do usuário a uma UBS do território B, pois a agenda era aberta mensalmente e muitos usuários não conseguiam marcar retorno, ao passo que outros vinham à consulta duas ou três vezes no mesmo mês. A recepção e o acolhimento às vezes antecipavam a consulta sem observar o prontuário. A gerente pediu que o apoio acompanhasse a abertura da agenda junto ao acolhimento e a recepção para reorganizar o processo e identificar “necessidade de capacitação”. O apoio organizou um fluxo para o acolhimento e a marcação junto com as ACS, recepção, técnicos do acolhimento e equipes. Neste dia a gerente não compareceu como combinado; o apoio conduziu os processos, esclarecendo o fluxo aos usuários e respondendo as insatisfações daqueles que não conseguiram marcar consulta.

Este episódio foi discutido pelas apoiadoras que se sentiram encarregadas de organizar e acompanhar a abertura da agenda sem a presença da gerente da unidade. O grupo decidiu conversar com ela e abordar algumas de suas posturas como: ausência/cancelamento de reuniões importantes, suspensão e mudança dos combinados sem conversar com o apoio e demais pessoas envolvidas. Esta cena deu visibilidade a alguns conflitos e questionamentos sobre a disponibilidade da gerente para o trabalho conjunto/articulado com o apoio. Por sua vez, a gerente se queixou de

que as apoiadoras estavam mais ausentes da unidade, antes participavam regularmente do cotidiano. Como articulador de rede, o apoio transita entre vários serviços, não é apoio exclusivo da AB. As apoiadoras estavam de acordo que a conversa foi importante, porém não apostavam em mudanças efetivas, dado o cansaço causado pelas tensões que se repetiam no cotidiano.

As conexões gerente e apoiadores engendram múltiplas produções e usos do apoio, fabricando cenas nas quais muitas vezes o apoiador deixa de ser um suporte e torna-se responsável pelos processos. Dependendo da produção e do encontro, o gerente compartilha, faz junto, se desresponsabiliza, transfere para o apoiador a gestão do processo de trabalho, bloqueia sua entrada, etc.

Os apoiadores também ajudam no planejamento da agenda dos profissionais. Esta produção coletiva da agenda pode ser uma ferramenta de análise das práticas e possíveis negociações e ajustes: o que ofertamos, como organizamos nossas ofertas, que efeitos produzimos. Recolher e processar efeitos pode ser dispositivo de deslocamento. A organização da agenda varia entre os gerentes, com maior ou menor abertura para decisões em conjunto com os técnicos e com os apoiadores.

As apoiadoras do território B se reuniam uma vez por semana para conversar sobre agendas, projetos, parcerias, prioridades, etc. Desde minha entrada no território fui convidada para acompanhar as reuniões, que me ajudaram a entender a dinâmica do apoio nos serviços e as articulações da rede.

Numa destas reuniões, após conversas acaloradas sobre as dificuldades do acolhimento nas unidades, uma apoiadora falou em tom de comemoração: - finalmente nosso território tem uma nutricionista!

Outra apoiadora terminou de tomar um cafezinho e perguntou: - Vocês já a conheceram?

- Sim, fizemos uma reunião com ela e com a gerente da unidade. O combinado na unidade X é que ela vai rever as guias e chamar as pessoas para consulta de acordo com a prioridade. Depois vamos fazer o levantamento dos usuários obesos, com dores articulares por excesso de peso e com dieta especial para montarmos grupos, respondeu uma apoiadora, bastante animada.

Outra apoiadora comentou: - Vai ser legal se os grupos e o matriciamento forem prioridade!

Com ar de dúvida, sua colega suspirou e disse: - É, se a gente conseguir produzir isso junto com a nutricionista, as gerentes e as equipes vai ser legal mesmo!

- Na unidade Y o combinado com a gerente e com a nutricionista foi organizar a agenda, distribuindo horários para o matriciamento com as equipes, VD e grupos, comentou uma apoiadora.

Movimentando bruscamente o corpo na cadeira, outra apoiadora perguntou: - Você não está sabendo? A gerente reservou um dia para consulta, já até abriu agenda!

- Sério? Não foi o que combinamos, estive com ela ontem na unidade e não me falou nada dessa mudança! - disse a apoiadora visivelmente aborrecida e com a face ruborizada.

Algumas decisões compartilhadas com apoiadores e trabalhadores são alteradas pelo gerente; os acordos e pactuações fazem aparecer disputas de projeto e tensionamentos em relação aos processos de trabalho e à lógica do cuidado e ora se sustentam, ora são quebrados; ora é possível armar negociações, ora prevalecem decisões 'de cima'. A organização da rede básica é atravessada por diretrizes normativas que pautam a Estratégia Saúde da família, com importante influência da lógica das ações programáticas e tentativas de aprisionamento do trabalho vivo. Apostas em visitas domiciliares e matriciamentos disputam com consultas e

procedimentos centrados no especialista; a organização de uma agenda viva é dificultada pela determinação de horários reservados para determinado tipo de clientela.

Após certo tempo de pesquisa, o acolhimento apareceu como um tema problemático em mais de um território. Queixas e insatisfações eram freqüentes em diferentes unidades, nos encontros dos apoiadores, nas reuniões de equipe e nas reuniões gerais.

Naquela sexta-feira tinha encontro do apoio às 14h. Estava desde cedo na unidade. Pela manhã, depois de uma reunião de equipe, acompanhei uma apoiadora e uma ACS numa VD, foi uma longa caminhada. Estava cansada, mas contente por participar de diferentes momentos e práticas com as apoiadoras!

Uma recepcionista indicou a comida da padaria próxima, disse que era gostosa e eles entregavam na unidade. Aguardei com impaciência! A copa estava movimentada no horário do almoço; na mesa estávamos eu, uma apoiadora, uma enfermeira e dois auxiliares. A conversa seguiu animada. Finalmente era sexta-feira! Depois do meio dia, o ambiente estava mais tranquilo, a recepção mais silenciosa e a farmácia sem fila para retirada de medicação.

Aos poucos as apoiadoras foram chegando para a reunião; comentários sobre o calor e a correria do dia. Num certo momento, a conversa abordou o acolhimento. Perguntei para o grupo: - o que acontece com o acolhimento nas unidades? Nesses meses escutei muitas queixas, aqui e no outro território também!

Uma das apoiadoras levantou as sobrancelhas, suspirou e disse: - o acolhimento é um problema antigo nas unidades, melhorou um pouco....

- Melhorou? Na unidade Y e Z os usuários fizeram várias queixas, tipo: o funcionário não olha na cara da gente; repete a mesma pergunta várias vezes; no horário de almoço às vezes não tem ninguém pra atender. Eu acho que a gente ainda tem muito o que melhorar! - falou outra apoiadora, desanimada.

- Na unidade Y os médicos também estão reclamando que o acolhimento está lotando a agenda deles com troca de receita! - comentou uma apoiadora.

Uma colega balançou a cabeça e se queixou com impaciência: - o pessoal do acolhimento não olha o prontuário!

Notei que as apoiadoras estavam enfadadas: críticas, reprovações e insatisfações dominaram as falas. Então perguntei: - e como o apoio poderia ajudar?

Uma apoiadora se apressou em responder: - a gente tá pensando pela milésima vez!

- No ano passado a gestão trouxe o SAE (Sistematização de Assistência de Enfermagem) como referência e aí todo mundo que vai agendar consulta tem que passar pelo acolhimento com o pessoal da enfermagem (enfermeiros e auxiliares), disse outra apoiadora.

- Mas é uma referência ou um padrão para todas as unidades? - questionei.

- Ah, eles colocaram esse modelo, mas falaram que as unidades teriam autonomia pra mexer, respondeu uma apoiadora.

- É, mas a gente viu o que deu na unidade Z. Teve aquela reunião com o SAE, a referência da AB, a gerente, os médicos, as enfermeiras e o apoio. Os auxiliares não foram convocados, a gerente disse que não podia tirar o funcionário do atendimento. Ninguém discutiu o modelo de acolhimento, nem apareceram as queixas dos usuários, contestou a colega, irritada.

- É verdade e o acolhimento continuou dividido em queixa e marcação, feito pela enfermagem e auxiliares. Geralmente eles nem conversam sobre o que acontece no acolhimento, falou uma apoiadora.

- E o acolhimento vira problema de quem está no plantão, entende? Não é um problema da unidade, que envolve as equipes, completou.

Por uns instantes todas ficamos em silêncio. O ar ficou pesado, as expressões sérias, uma apoiadora baixou a cabeça, outra ficou folheando um caderno. Até que uma delas se levantou e disse: - alguém quer café?

Seguiu-se um momento mais descontraído com comentários sobre os planos para o final de semana. Após o cafezinho com bolachas, retomei a conversa: - vocês fizeram alguma proposta nesta reunião na unidade Z?

- Não temos um diálogo legal com a referência da AB, não nos encontramos com frequência. Mas conversamos com a facilitadora antes e achamos que uma reunião mensal com os enfermeiros e com os auxiliares pode ajudar, um espaço para falar sobre o acolhimento, o que está passando pelo acolhimento, quais as condutas, pra gente construir junto, envolver as equipes também. É um começo e a gerente aceitou a idéia, a enfermagem também gostou, respondeu a apoiadora.

- Sim, pra gente organizar e conversar, tem as vagas para demanda espontânea, as vagas para as equipes, enfim, disponibilizar melhor, senão fica uma coisa complicada que ninguém quer mexer e é de todo mundo!, enfatizou uma apoiadora.

Esta conversa com as apoiadoras contribuiu para eu entender a complexidade do acolhimento como campo de disputas, com diferentes apostas que movimentam o departamento de AB, suas referências, gerentes, equipes e apoio. Pontos de vista divergentes, interdições, silenciamentos, aproximações e propostas de parceria.

O apoio é tecido nessa multiplicidade de planos de relações que reúnem conflitos, dúvidas e dilemas, nos quais se articulam e se misturam apoio e facilitador, apoio e referência da atenção básica, apoio e gerentes de unidade, com efeitos para a entrada do apoiador nos serviços, para a construção de propostas e de práticas.

Todos os territórios possuem uma referência da atenção básica que deve atuar como uma ponte entre a UBS e o departamento. Organizados por referências temáticas, geralmente estes atores seguem uma agenda vertical, cobrando ações programáticas, produtividade, etc. Este traçado fragmentado e centralizador faz

aparecer uma tensão permanente e constitutiva da gestão: um organograma vertical formado por departamentos junto com dispositivos transversalizadores. Um arranjo que pode favorecer conexões, a depender de múltiplos atravessamentos, dentre os quais a aposta do departamento que ajuda, atrapalha, captura, cria resistências, etc.

O agenciamento facilitador-apoio favorece ou não interlocuções. A figura do facilitador foi proposta para promover aproximação dos departamentos com o apoio e EP para os apoiadores. Quando há produção de diálogo, o encontro entre facilitador e apoiadores mobiliza análise do cotidiano, construção de estratégias e planejamentos. Às vezes este agenciamento produz cobranças e imposições. Estas produções dependem do jeito como se armam essas aproximações, das apostas e de como se experimenta o apoio e suas possibilidades.

Muitos temas e arranjos vão e voltam. Nunca estão concluídos. Os rearranjos produzem novos problemas. Nem sempre os apoiadores sustentam essa noção de processo.

Também há novidades inesperadas. Em um território depois de anos de vai-e-vem, foi a presença da Residência em Medicina de Família e Comunidade que provocou a reviravolta em relação ao acolhimento, incluindo não somente o médico, mas toda a equipe no encontro com as demandas do território. Acolhimento que produz respostas de acordo com as necessidades, resolve problemas, contribui para o vínculo e a responsabilização. Mas, destaque-se que a proposta vinda por meio da Residência difere radicalmente da proposta da SAE – em perspectiva, conteúdo e responsabilização. Disputa de projeto dentro da gestão central!!! A gestão central também é muitas!!!

5.3. PRODUÇÃO DAS AGENDAS PARA O APOIO: NEGOCIAÇÕES, EMBATES, CONFLITOS E DESTERRITORIALIZAÇÕES

Ao mesmo tempo em que é acionado pelo cotidiano do serviço, o apoio é convocado pela gestão central, com encomendas que produzem agendas para os trabalhadores. Em alguns momentos, estas demandas entram em conflito, fazem aparecer divergências de prioridades e geram tensões. A classificação de risco dos hipertensos orientada por um protocolo da secretaria não entrou na agenda de todas as equipes, apesar das variadas estratégias do apoio junto às equipes, como a produção de analisadores fabricados com dados de diferentes serviços (PID, CER, UPA, PS Central); planilha de usuários com consequências graves da hipertensão; levantamento dos usuários hipertensos e oferta para colaboração na classificação de risco em grupo. No encontro da EP do apoio, os apoiadores pediram a aproximação da referência da AB para fortalecer a proposta nos territórios, além de sugerirem a discussão do protocolo junto às equipes com o objetivo de produzir deslocamentos e conversas entre a produção singular dos trabalhadores e as diretrizes da gestão.

O apoiador dispara processos, mas se a equipe não vem junto, ou seja, se não há produção coletiva de sentido para determinada tarefa, nada acontece, os acordos não se mantêm. Esta classificação de risco já acontecia nas unidades. De modos distintos, os trabalhadores fazem a identificação do hipertenso e, talvez, a introdução de um protocolo sem o diálogo com esta produção não fomente a implicação do coletivo. Determinadas ações respondem às necessidades da gestão, mas se esvaziam se não conversam com as necessidades e práticas dos trabalhadores. Além disso, é fundamental a produção de responsabilidade compartilhada entre referência, gerente e trabalhadores. Caso contrário, a demanda torna-se mais uma tarefa do apoio e para o apoio. Gestão que pauta, mas não apoia. Gestão que pauta, mas não se responsabiliza. Gestão que muda a partir dos efeitos. A gestão também é muitas!!!

No mesmo movimento, a construção da rede de cuidados dos hipertensos e diabéticos provocou articulações entre PSC e HC, adoção de novo protocolo de classificação de risco nas UPAs e nas UBS, com a convocação dos apoiadores para

identificar ofertas de cuidado nas UBS e disparar discussões junto às equipes, fortalecendo o processo na rede. A organização da entrada do apoio no kanban do HC também mobilizou discussões e negociações entre apoiadores e gestores.

Nas mudanças da atenção especializada, um outro disparador da gestão foi a reorganização do cuidado na ortopedia, devido ao alto número de encaminhamentos para a especialidade vindos da UBS, PSCentral e AE. A composição de mapas e sua análise por território indicou baixa oferta multiprofissional para o cuidado das dores crônicas, mostrando que ele era centrado em consulta médica e dispensação de medicamento. Os apoiadores mobilizaram-se para repensar as ofertas junto a AB, acompanhando as equipes na organização de grupos de dor e oferecendo formação em práticas integrativas como Tai Chi Chuan, Liang Gong, etc. As unidades estão em momentos diferentes deste processo: com arranjos nos quais o apoiador entra apenas como suporte; outros em que a equipe já está manejando as práticas sem acionar o apoio e ainda cenas em que o apoiador é responsabilizado pela sua condução, aquele que “faz acontecer”. Os apoiadores questionaram a implicação e a atuação da referência da AB e dos gerentes para estimular a apropriação das equipes e mobilizar outra lógica junto aos médicos com o reconhecimento do valor das ofertas para o processo de cuidado.

Durante minhas andanças (um ano e dois meses), me senti bastante afetada com as angústias dos apoiadores em relação ao trabalho nas unidades e as dificuldades de fabricarem e sustentarem parceria com as equipes sem fazer no lugar do outro. Em alguns momentos os apoiadores sabem que estão nesse lugar de “fazedor” e para alguns, isso implica uma tensão que pode ser pensada assim: os trabalhadores da AB pedem e questionam: você não vai ajudar a fazer? O apoiador pondera: se eu não faço, isso pode prejudicar meu vínculo com a equipe e/ou gerente, ao mesmo tempo problematiza: mas fazer apoio não é estimular autonomia? Então estou fazendo o que não deveria fazer??

Estes questionamentos podem ser intensificados por encomendas que chegam da gestão central e mobilizam a agenda do apoio. Nestas cenas os apoiadores vivem o desafio de não grudar em responsabilizações, buscar apoio e compartilhamento de responsabilidades. Entretanto, há também outros agenciamentos e produções em jogo: desejo de fazer a gestão pelo outro, de ocupar o lugar do gestor, atitudes de mando, prescrições, etc., possíveis fabricações para o apoio.

Fazia um frio intenso naquela manhã. A proximidade da represa aumentava a sensação de umidade e logo cedo o céu parecia recoberto por uma bruma que aos poucos se dissipou. Era dia reunião de EP de território. Há menos de um mês estava acompanhando os apoiadores no último território da pesquisa (C).

A unidade, localizada numa rua calma, era cercada de casas. Era uma região menos urbanizada, com recantos despovoados e muitas árvores. Sentamos em círculo numa sala grande; as janelas estavam entreabertas, dando passagem à luz do sol que aquecia o ambiente.

A reunião começou pouco depois das nove, estavam presentes dois apoiadores, duas referências da AB, duas facilitadoras do apoio (dos departamentos de AE e de Proteção à saúde e Vigilâncias), a orientadora de aprendizagem, um técnico da vigilância ambiental, uma técnica do ambulatório de especialidades, a coordenadora do complexo hospitalar, um coordenador da saúde mental, duas gerentes de UBS e uma gerente da UPA e uma enfermeira de UBS.

Logo no início uma das facilitadoras disse: - Numa reunião de gestão do apoio foi compartilhada uma experiência de recolhimento dos efeitos do apoio e da EP de Território. Muitos gostaram da ideia e resolvemos fazer uma cartografia.

- E como vai ser? - perguntou uma referência da AB.

- Vamos conversar com as equipes, levar perguntas e depois fazer uma síntese, disse a facilitadora.

A orientadora tirou alguns papéis de uma pasta e foi passando para o grupo: - nós trouxemos um roteiro pra cada um.

As pessoas estavam começando a ler quando a gerente da UPA indagou: - Mas vamos fazer essa conversa em todos os serviços?

- Sim, respondeu uma das facilitadoras.

- Vamos acompanhar a leitura do roteiro juntos, assim tiramos as dúvidas, propôs a orientadora de aprendizagem.

- É apenas um roteiro, nós podemos adaptar à nossa realidade, comentou a facilitadora antes de começar a leitura. As perguntas são: que apoio as equipes enxergam que existe (em relação aos apoiadores, gestão local, gestão central, facilitadores e referências da AB), que apoio as equipes necessitam (em relação aos mesmos atores), e como enxergam a capilarização das EPs nos serviços (como se dá, como poderia ser mas efetivo). Tem também o item processos de trabalho, a ideia é perguntar sobre a classificação de risco de hipertensão e diabetes, acolhimento e o matriciamento de saúde mental.

Todos acompanharam a leitura, atentos. Cruzando as pernas e pousando os óculos na testa, uma das referências da AB indagou: - O que se espera com esta avaliação?

Uma das facilitadoras do apoio explicou: - há uma lacuna no processo de EP, os territórios estão em diferentes momentos, o que não é um problema. A secretaria vê a EP como uma estratégia de gestão que será mantida e capilarizada.

A seguir, a orientadora completou: - sim, a ideia é perguntar como está acontecendo a EP nos territórios, ampliar a escuta para os profissionais que não estão aqui. A expectativa é mexer nos processos de trabalho.

Nesse instante uma apoiadora e uma referência da AB começaram a falar ao mesmo tempo. A apoiadora continuou com expressão séria: - eu fico pensando em qual o impacto da EP nos processos de trabalho. Em relação à saúde mental, ficamos quase um ano discutindo nas unidades e o processo foi interrompido por outras demandas. Precisamos retomar com os trabalhadores. Essa falta de continuidade me angustia.

O comentário causou certa agitação. Uma gerente de UBS pediu licença para atender o celular e saiu da sala.

Uma das referências da AB disse com ar preocupado: - A escuta das equipes vai trazer questões a serem enfrentadas.

- Sim, mas não teremos respostas para todas as questões, pelo menos no momento da reunião, falou uma gerente de UBS, após um suspiro prolongado.

O técnico da vigilância ambiental sorriu e disse: - Mas precisamos produzir mudanças, novas propostas e estratégias. Entrar diferente nas unidades.

- Vai ser um desafio produzir uma síntese. Temos que incluir as diferenças, a opinião de todos. Não podemos negar olhares e falas, observou uma das facilitadoras do apoio.

A gerente da UPA fez anotações em sua agenda, em seguida olhou para os apoiadores e perguntou: - A relatoria será do apoio?

Os apoiadores se olharam e um deles pontuou com voz firme:- podemos participar da construção e da síntese, mas não vai dar para acompanhar a atividade em todos os serviços.

- Eu tenho dúvidas sobre o questionário e preciso de ajuda, falou uma das gerentes de UBS, agitando as pernas cruzadas.

- Acho que é tranquilo para os apoiadores ajudar a adaptar o roteiro, né? - perguntou uma das facilitadoras do apoio.

A outra facilitadora complementou, olhando para a colega: - Eu e você também podemos ajudar.

Um dos apoiadores disse: - precisamos combinar a agenda, não podemos entrar em todas as reuniões com todas as equipes.

Uma apoiadora fez um gesto com a mão e concordou: - sim, com certeza. Vamos ajudar, mas não podemos assumir tudo sozinhos.

Uma das facilitadoras do apoio olhou o relógio, levantou a cabeça e afirmou: - sim, hoje combinamos uma agenda para discutir o roteiro de questões e propor adaptações para cada serviço. E na próxima EP de território podemos conversar sobre o roteiro adaptado e se necessário, fazemos ajustes. O que vocês acham?

Um tensionamento que apareceu em outras cenas de produção do apoio: uma forte delegação para os apoiadores, quando se tentava depositar neles a responsabilidade pelas tarefas e a aposta numa função apoiadora de 'todos nós'. Estas produções se misturaram ao longo da pesquisa com efeitos importantes, pois se esperam ações e decisões do apoiador (afinal, não é a pessoa contratada pra essa função?) e às vezes essa postura descompromete os outros e pode fabricar atributos idealizados para o apoio (resolvedor, fazedor, etc.).

O apoio transita entre demandas, interesses e tensionamentos. As necessidades do cotidiano do serviço são atravessadas por pautas e demandas vindas de todos os lados, inclusive dos diferentes lugares da gestão central. Esta tensão entre as agendas se agrava na atenção básica, que possui programas em demasia (programa bolsa família, saúde na escola, rede cegonha, vigilância alimentar e nutricional, etc.) e ações geralmente desconectadas que provocam inquietações entre os apoiadores: como produzir o seguimento do cuidado com as equipes, quando o apoio está

acompanhando outros processos na rede e as equipes ocupadas com atividades programáticas organizadas muitas vezes de modo descontextualizado e burocrático. Além disso, a agenda pactuada coletivamente disputa com agendas construídas pelos trabalhadores de modo individual ou combinado isoladamente entre partes do grupo, atrapalhando o planejamento e ações das equipes.

A necessária produção da continuidade do cuidado orientou a reorganização da atenção especializada e movimentou o diálogo de diversos serviços e do apoio com a atenção especializada, com impactos para a regulação. Algumas estratégias entraram na agenda para armar conexão entre a atenção especializada e o território: o matriciamento para os médicos generalistas nas especialidades de dermatologia, pneumologia, otorrino e a análise dos encaminhamentos das unidades, disparando problematizações sobre o cuidado e possibilidades de compartilhamento. Os apoiadores contribuíram para o levantamento das necessidades de matriciamento nas unidades a partir dos encaminhamentos e de conversas com os trabalhadores e também na própria montagem de matriciamento, em alguns casos.

A convocação combinada entre diferentes atores da gestão central para o apoio andar pela rede funcionou como uma estratégia que ajudou a combater a captura dos apoiadores pela atenção básica, provocando reorganizações e novas agendas. Cada equipe de apoiadores maneja estas agendas de modos diferentes, inventando possibilidades. O movimento do apoio para fora da atenção básica foi construído aos poucos, mobilizou angústia nos apoiadores que se sentiam responsáveis por alguns processos e ações das equipes e temiam por sua interrupção, suscitando momentos de análise sobre o agenciamento apoio “fazedor” e suas capturas.

Com estas andanças, o apoio ganhou legitimidade em diferentes espaços como UPA, CAPS, PSCentral, HC, CER, escolas, CRAS, Vigilância, etc. A ampliação das conexões fez chegar os casos complexos, vindos de todos os lados, fomentando interrogações sobre o cuidado no território, dentro e fora da saúde.

A circulação do apoiador com o Kanban no PS Central e no HC provocou mistura dos apoiadores, criando novas grupidades e intensificando encontros que contribuíram para desfazer certa competitividade fabricada entre os apoiadores enquanto se mantinham restritos aos seus territórios. Os apoiadores distribuíram os territórios e a tarefa de registrar os casos das reuniões do kanban, o que estimulou aproximações e cooperações entre eles, necessidade de comunicação e conhecimento sobre outros territórios.

5.4. ESPAÇOS COLETIVOS E FABRICAÇÃO DE (AUTO) ANÁLISE

Os dispositivos de apoio para o trabalho do apoiador são espaços com potência para a (auto) análise das fabricações cotidianas e para a ampliação da caixa de ferramentas. Falar, escutar, compartilhar, refletir sobre vivências, barreiras, porosidades, desencontros e frustrações, é fundamental para o trabalho do apoiador. É no compartilhamento que se tecem aproximações, parcerias e estratégias. Vaivém de produções imanentes: encontro-reflexão-auto-análise-construções sobre o apoio.

Colocar as práticas em análise é ocasião para pôr em questão uma visão idealizante e abstrata sobre o apoio, que muitas vezes acomete os próprios trabalhadores-apoiadores, e que pode, na experiência cotidiana, sufocar o apoio como exercício em construção. Nesse sentido, a análise das práticas permite desnaturalizar o que parece evidente, reencontrando as aberturas, os bloqueios, os jogos de força, as discontinuidades e os processos múltiplos que compõem o campo fértil das práticas em saúde, e nelas o apoio (BARROS, 2014, p. 86).

A EP do apoio foi formulada para reunir apoiadores, facilitadores do apoio e referências do território. É um espaço de informação sobre serviços e projetos, de trocas e de aprendizados que se constitui e se transforma junto com as experimentações e apostas para o apoio. Em permanente movimento, se configura como um espaço tenso e disputado, que ora agencia reflexões e análise das práticas com os apoiadores, ora se ocupa de pautas determinadas pela gestão central/departamentos. Há tentativas de captura, com as entradas dos departamentos

e suas agendas que consomem tempo e às vezes provocam angústia nos apoiadores que demandam este espaço para discutir e processar as novas configurações que vão se armando no cotidiano.

Estes encontros têm a potência para produzir dimensões formativas entre os apoiadores ao compartilharem estratégias, táticas, experimentações, desconstruções, desacertos. O exercício de auto- interrogar a produção e o sentido das práticas produz visibilidade aos atravessamentos, tensões e disputas, inclusive entre os próprios apoiadores, com possibilidades para fertilizar novas aprendizagens e fazeres.

A oportunidade de se colocar em análise na EP do apoio esbarra em tensionamentos importantes. Em alguns momentos acontece e é produtivo, em outros momentos os apoiadores guardam suas angústias e silenciam os conflitos.

Numa quinta-feira, após o encontro de EP do apoio, voltei para SP de carona com duas apoiadoras. Chovia muito e enfrentamos um trânsito pesado, pista molhada e os carros numa velocidade absurdamente lenta. Durante o trajeto, uma apoiadora fez o seguinte comentário:

- Ah gente, nessa reunião de EP do apoio as pessoas não falam toda a verdade, né?

Esta fala me pegou de surpresa, estava distraída escutando música. Então perguntei: - Porque vocês acham que isso acontece?

A outra apoiadora abriu um pouco a janela do carro e respondeu: - Ah Ana, imagina, não se diz tudo! Imagina, com aquele monte de gente, ainda mais com a gestão, você acha que alguém vai levantar a mão e dizer: olha, eu não vejo sentido naquilo que eu tô fazendo.

- E tem outra coisa: o ego das pessoas! Você está ali num espaço que você vai mostrar o seu melhor, então as dificuldades acabam não aparecendo, completou a colega.

Enquanto ouvia estas opiniões minha cabeça se enchia de pensamentos e de perguntas. O medo de se colocar, de ser mandado embora, de ser criticado pelos colegas, conflitos que podem silenciar o apoiador: falar e enfrentar os riscos (esses e outros) ou calar? Não se tratava de posicionamentos fáceis e não pude deixar de me sentir angustiada ao pensar na situação.

Uma das apoiadoras seguiu com o assunto, acrescentando: - a nossa equipe coloca o que tem de melhor, as outras equipes a mesma coisa, aí fica a impressão: ah, todo mundo está fazendo ótimo porque ninguém vai colocar as dificuldades porque não quer colocar suas fragilidades, tem medo. As pessoas se preocupam com o reconhecimento do outro.

Com uma expressão séria, a outra apoiadora falou: - mas no começo a gente falava, a gente colocava nossa dificuldade, mas às vezes as respostas que vinham eram muito subjetivas, então a gente fazia o que achava que tinha que fazer, ainda mais quando a nossa facilitadora não tinha tempo pra reunião.

- Às vezes dava uma impressão que estava tudo tão bonito, eu saía de lá tão angustiada! Fica uma disparidade entre o que você vive e o que você vê, lamentou a apoiadora.

Estas questões não tinham fácil solução, abordavam algo complexo e com tantas facetas! A mesma gestão propõe as políticas e o espaço para sua análise nas reuniões de EP: é possível criar visibilidade para as múltiplas racionalidades e práticas em disputa? Como construir um espaço protegido entre técnicos e gestão com escuta para os desconfortos e desacertos?

O espaço da EP de apoio pode ser desgastante para os apoiadores e em alguns momentos provocar sofrimento em virtude de conflitos e silenciamentos. No entanto, uma das apoiadoras encerrou a conversa com a seguinte reflexão: - pelo menos a gestão aqui tem essa vantagem enorme de permitir que esses espaços aconteçam, é um começo.

Os encontros de EP do apoio trouxeram a complexidade das conexões e da fabricação dos processos de cuidado; paisagens habitadas por emaranhados, rizomas, labirintos com traçados e rastros do apoio nos diferentes territórios. Esta mistura com os apoiadores nas conversas e discussões sobre o cotidiano foi bastante potente, com afetações para problematizações e curiosidades sobre seus processos de trabalho, estratégias e composições com os departamentos da gestão.

Movimentos de autoanálise propiciaram a produção de mapas analíticos sobre o plano das relações constitutivas do apoio e tensionamentos vividos pelos apoiadores. Problematizações em grupo, misturando os apoiadores dos diversos territórios, deram visibilidade a alguns incômodos como a dificuldade de fabricar análise sobre os processos de trabalho com as equipes e compartilhamento de responsabilidades com equipes e gerentes; conflitos entre produtividade e processos devido às diferenças de tempo entre os serviços (por exemplo, UBS e PS Central), suas demandas e produções; necessidade de ampliar a caixa de ferramentas e de construir estratégias de monitoramento das ações.

Conversas sobre os efeitos das EPs para os grupos de apoiadores caracterizam a processualidade do espaço e sua conexão com o cotidiano do trabalho do apoio. Organização das agendas; encontros mais periódicos com gerentes das unidades e referências da AB; construção de pautas para discussão com outros serviços (CAPS, UPA, etc.) foram alguns movimentos apontados pelos apoiadores. As encomendas da EP de apoio também provocam reorganizações de outros espaços coletivos, como a EP de território, gerando discussões que transversalizam os territórios, como o tema da educação permanente nos serviços.

Na EP do apoio aparecem conflitos, dúvidas e dilemas que conectam apoiadores, apoio e facilitador, apoio e referência da AB, apoio e gerentes de unidade. Há tensões que se repetem com certa regularidade entre apoio e gerentes de unidade/referências da atenção básica: disputa de projetos e de agendas; descontinuidade de ações; ruptura de acordos e responsabilização dos apoiadores.

A figura do facilitador perde potência junto a alguns grupos de apoiadores pela falta de tempo em decorrência de uma agenda sobrecarregada de atividades. Mais, a ausência de alguns facilitadores na EP do apoio sugere distintos interesses e implicações, com efeitos para a relação com o apoio e para a aposta de criar transversalização entre os departamentos da gestão e os territórios. Os facilitadores são indicados pelos diretores de departamento e nem sempre se conectam aos movimentos do apoio (dependendo de quem são eles e também das apostas dos departamentos). Cada um vem de um departamento, com certas ferramentas, maior ou menor abertura ao aprendizado e novas experiências, atravessamentos que interferem nas produções com o apoio. Estes impasses operam no cotidiano e espera-se que a oferta de EP para os facilitadores, prevista para o próximo ano, contribua para o enfrentamento dessas questões.

Cada grupo de apoiadores se encontra para conversar sobre o cotidiano, compartilhar informes, elaborar estratégias, etc. A reunião do apoio movimenta diferentes pautas: discussão de casos acionados pela UPA, Kanban, EOT e matriciamento de saúde mental; situações de tensão entre trabalhadores nas reuniões de equipe; movimentações para a produção do cuidado no território; planejamento de ofertas com os trabalhadores como grupo de tabagismo, grupo de obesidade e da formação em práticas integrativas como Liang Gong, Tai Chi Chuan, dentre outras. A produção de ferramentas e da auto-análise do grupo precisa ser constantemente problematizada, senão estes elementos podem se tornar fragilidades do apoio.

Certa manhã, após uma reunião do Kanban no PS Central, eu e duas apoiadoras fomos almoçar num restaurante próximo da unidade, que oferecia comida caseira por um bom preço. Conversávamos sobre os casos do território relatados na reunião, quando uma apoiadora interrompeu o assunto, dizendo:

- Às vezes precisamos de ferramentas para fazer análise junto às equipes: como fazer a passagem do caso para a reflexão e a análise dos processos de trabalho?

- É verdade, às vezes a gente fica só passando o caso e mais nada. Não conseguimos mobilizar discussão com as equipes, comentou a colega.

-Precisamos de ferramentas e nem sempre usamos os espaços para pensarmos sobre isso e construirmos juntas! - lamentou a apoiadora.

Nesse momento, chegou mais uma apoiadora e sentou-se a mesa: - Gente, a reunião de equipe terminou tarde, só consegui sair pra almoçar agora!! E vocês?

Uma das apoiadoras respondeu: - Saímos da reunião do kanban direto pra cá. Estávamos conversando sobre a caixa de ferramentas, às vezes acho que a gente poderia produzir mais coisas junto com as equipes e ...

Estava curiosa sobre esta questão e empolgada, interrompi a apoiadora, perguntando:- nas reuniões do apoio, vocês não conversam sobre esse assunto?

- Às vezes essa questão da ferramenta aparece. Nós construímos a avaliação do matriciamento em dermat, inventamos um pequeno roteiro para os médicos, mas o que pega mesmo é a reunião com as equipes, às vezes ficamos tentando convencer as pessoas e não dá certo! - disse uma das apoiadoras, num tom enfático.

Pousando os talheres no prato, a colega levantou a cabeça e disse: - sim, montamos também aquela planilha dos hipertensos, lembra? Mas no final a discussão foi muito superficial. Precisamos de mais espaços para isso, inclusive com outras equipes de apoio; trocar ideias, sabe?

- E fazer uma análise de nosso próprio trabalho também, não é? - completou a colega, exaltada.

Fez-se um silêncio. Uma apoiadora baixou os olhos e voltou a comer. A outra pediu um cafezinho. Percebi que o assunto causou incômodo entre elas. Aguardei um pouco e perguntei:

- Vocês têm esse espaço de análise entre vocês?

Logo em seguida duas apoiadoras responderam, quase ao mesmo tempo:

-Sim...

- Mais ou menos, né? - interrompeu a colega, acrescentando: nosso grupo tem dificuldade de comunicação, às vezes eu nem sei o que está rolando na outra unidade, nem sempre as coisas são ditas. E também temos problemas que não enfrentamos...

Nisso, uma das apoiadoras não parava de mexer nos cabelos. Movendo o corpo pra frente, apoiou os cotovelos na mesa e disse:

- É, é difícil. Já aconteceu de eu ser a referência do caso e a colega tomar a frente, fazer combinados, decidir coisas e nem falar nada. Puxa, porque não vem conversar? Fiquei sabendo depois. Não acho legal esse tipo de coisa e acontece na nossa equipe!

- E vocês conversaram sobre isso? - indaguei.

A resposta veio como um desabafo: - dessa vez não. Já tivemos essa conversa antes, inclusive com a facilitadora junto e aconteceu de novo! Acho que precisávamos de mais tempo e de ajuda pra esse tipo de conversa, para olhar a colega e dizer: olha, eu penso isso e isso, não é nada pessoal.

- Acho que a gente se perde no dia a dia e não para pra refletir, entende? Por isso essas coisas às vezes passam, a gente não fala e é chato porque as coisas ficam mal-resolvidas e voltam, comentou uma apoiadora com expressão contrariada.

Uma das apoiadoras olhou o relógio, disse: - preciso voltar para a unidade, hoje tem reunião de equipe.

Todas já tínhamos acabado de almoçar. As demais logo se movimentaram, buscando as bolsas. Pagamos a conta e nos despedimos, minha agenda daquele dia com as apoiadoras terminava ali.

A produção de grupalidade entre os apoiadores acontece de jeitos diferentes, com momentos de compartilhamento em que os apoiadores pensam coisas diferentes e comuns; criam estratégias e conversam sobre os conflitos e também momentos em que se ocultam tensões e se abafam os desconfortos. Os espaços de conversa potencializam aproximações e construções de vínculos e podem favorecer diálogos sobre diferenças e divergências. A presença e o apoio do facilitador podem ajudar nesse processo. Às vezes é preciso ainda mais mediação... orientadores, coordenação do apoio, etc.

A construção da educação permanente dentro dos serviços é também um desafio: quem sustenta esta aposta no arranjo de SBC?

No dia a dia do mundo do trabalho acontecem rodas de conversa entre os trabalhadores com possibilidades de reflexões, análises e invenções que fomentam novos sentidos e arranjos como também criam barreiras ao cuidar. Espaços de encontro informais que se dão no momento do café, nos corredores dos serviços, com potência para agenciar processos coletivos. O cotidiano é uma escola permanente. Esses processos podem ser ativados na intenção de provocar novas visibilidades e dizibilidades capazes de operar redes de conversa produtoras de mudanças (MERHY, 2015).

A formação em saúde se dá no território do trabalho vivo, espaço de encontros, negociações e produções nos quais todos disputam e nas relações constroem atos terapêuticos. Território de criação e de liberdade, que jamais é plenamente capturado pelos dispositivos de poder.

A educação permanente em saúde é formulada segundo diversas perspectivas. Há propostas relacionadas à atualização e ao aprimoramento dos trabalhadores como recursos sobre os quais se investe com conteúdos e tecnologias; há processos de ensino/aprendizagem centrados na análise dos processos de trabalho pelo coletivo de trabalhadores, que tomam o mundo do trabalho cotidiano como prática pedagógica e os trabalhadores como atores/gestores.

Projetos de educação permanente que apostam em cursos, capacitações e atualizações, mas não dialogam com o cotidiano, mostram-se limitados e pouco potentes na mobilização de aprendizados significativos, pois se mantêm exteriores as situações vividas, aos conflitos, dúvidas e dramas cotidianos que mobilizam trabalhadores, gestão e usuários.

A responsabilidade pela construção de espaços de problematização e sua capilarização dentro dos serviços não está suficientemente contemplada no arranjo previsto em São Bernardo. Nos encontros da EP do apoio esta lacuna apareceu, junto com a necessidade de potencializar, nos serviços, problematizações que mexam nos processos de trabalho, com a solicitação aos apoiadores para colaborarem com os gerentes na produção de EP nas unidades. No PSCentral alguns pedidos de EP foram disparados pelos trabalhadores, afetados pelo kanban e pelas discussões sobre a complexidade da produção do cuidado.

Esta pauta da gestão provocou interrogações sobre como vem se armando os espaços coletivos nos serviços; se há fabricação de caixa de ferramentas para mobilizar modos de encontro que disparem reflexões e ajudem a pensar o cotidiano; e como se reconhece o espaço das reuniões. A reunião geral, por exemplo. Nem todas as unidades tem agenda para esta reunião e seu arranjo varia, com pautas elaboradas com a participação do coletivo; centralizadas na gerência; compartilhadas entre gerente e apoio; ocupadas com informes; mais abertas para conversas sobre conflitos e revisão de processos de trabalho.

Diante disso, os apoiadores movimentaram discussões nos encontros de EP do território, em que apareceram confusões entre EP e educação continuada, matriciamento e capacitação de profissionais, além de críticas aos espaços de EP por não provocarem mudança nos processos de trabalho devido à distância entre suas propostas e os trabalhadores, bem como entre trabalhadores, gestão e departamentos. Este é um analisador importante, pois muitas vezes as ofertas de capacitações são chamadas de EP, embora descontextualizadas do cotidiano dos serviços e reduzidas à transmissão de conhecimentos. Este tipo de oferta não opera

reflexões e vivências sobre as práticas cotidianas, mas investe em prescrições, em ensino de habilidades, desconectadas do trabalho vivo. E batizadas de EP ajudam a confundir o conceito, os sentidos e as apostas. Disputas de projeto entre diferentes lugares da gestão central...

No desenho original do apoio em SBC, a educação permanente estava prevista como parte do trabalho articulado entre gestão e apoio, mas para tanto eram previstos mais de cem apoiadores, para haver possibilidade de acompanhamento mais cotidiano das equipes em todos os serviços. Mas decidiu-se iniciar a operação (e assim permaneceram) com 50 apoiadores e esse número de apoiadores, com uma tarefa tão importante na produção e sustentação de conexões, não é suficiente para sustentar a EP junto a todas as equipes. Muito embora, o tempo todo, a EP seja parte de sua caixa de ferramentas na operação junto a gestores e trabalhadores. Há uma gerência de educação permanente em saúde (EPS) prevista no organograma da secretaria (aquela que no início disputou a condução do apoio com a atenção básica), mas depois de intensos conflitos, a condução do apoio foi transferida para o gabinete da secretaria e a gerência de EPS ficou encarregada principalmente da gestão da educação (estágios, relação com as universidades e escolas técnicas etc.).

A produção do cuidado põe em ação uma dimensão pedagógica que evidencia hábitos, valores, formas subjetivas e institui certos corpos, muitas vezes corpos obedientes e submissos a boas condutas; educação forjada no embate de forças, nas redes de saber-poder, nos regimes de visibilidade e de enunciados, circunstanciais e mutantes (MEYER; FÉLIX; VASCONCELOS, 2013). O cuidado é pedagógico para os usuários e para os trabalhadores; o espaço do encontro desafia novas aprendizagens.

Os processos de trabalho definem práticas e, a depender da porosidade ao mundo do outro, podem suscitar experimentação, singularização, centralidade nas necessidades do usuário. Podem também sustentar um agir sobre o outro, dominado por prescrições, orientações e silenciamentos. Fabricar processos de educação permanente implica olhar para estas produções cotidianas, levantar tensões,

interrogar o cuidado, colocar o trabalho em cena e produzir análise sobre o que se faz; as relações poder-saber entre trabalhadores, entre trabalhadores e usuários; olhares sobre e com o usuário e seus lugares na produção das práticas.

Esta perspectiva de educação permanente aposta em espaços coletivos que reúnam trabalhadores, usuários e gestão, além de ferramental/experimentações para a discussão e fabricação de práticas de saúde que dialoguem com os saberes e as experiências de todos os atores e disparem a invenção de outras formas de subjetividade. Colocar em análise o cotidiano e as implicações do coletivo é uma estratégia fundamental para o reconhecimento de que na produção em saúde todos agem como produtores/inventores das práticas: trabalhadores, gestores e usuários.

Tornar a EP uma estratégia de gestão é reconhecer a convivência de distintos projetos em disputa, sendo o projeto político do gestor mais um, é apostar na potência dos coletivos e dar visibilidade à complexidade constitutiva do mundo do trabalho em saúde, organizado por vários planos – encontros, lógicas, atores – multiplicidade de cenas.

É preciso problematizar a questão de que o complexo mundo do trabalho não é lugar do igual, mas da multiplicidade, do diverso e da diferença, da tensão e da disputa. É importante desmistificar a ideia de que o ambiente de trabalho é harmônico em si mesmo. Reconhecer a diversidade, os processos de formação das subjetividades, a forma singular de produção do cuidado, trabalho vivo dependente, que revela os afetos, a potência produtiva e a riqueza da práxis (MERHY; FEUERWERKER, 2013, p. 17).

Os processos de EP acontecem com a movimentação de vários atores. O apoio pode contribuir com entradas problematizadoras, junto com as referências da atenção básica, facilitadores e gerentes, fazendo parceria para potencializar discussões, mas a sustentação desse espaço depende do investimento cotidiano dos gestores e da fabricação da aposta coletiva no debate e na reflexão que misture gestores, trabalhadores e usuários. Estas produções requerem negociações, acordos, retomadas, ajustes, movimentações que exigem tempo, disponibilidade e presença no cotidiano e por isso não podem ser atribuídas apenas aos apoiadores. O mesmo tipo de processo pode acontecer em outras unidades como as UPAS, os CAPS, etc.

O apoio produz ofertas de EP, às vezes acionada pelos trabalhadores, às vezes atendendo a demanda dos gestores: oficinas sobre saúde mental nas unidades, conversas sobre nutrição com residentes e acompanhantes terapêuticos nas residências terapêuticas, formação em práticas integrativas como Lian Gong e Tai Chi Chuan, etc. No entanto, a função do apoio é disparar processos, compartilhar experiências, agenciar conexões que potencializem outros movimentos e invenções, que continuem se processando, sempre inacabados. Nesta dinâmica, o apoiador faz entradas e interferências, porém na condição de dispositivo, transitório e temporário.

Os arranjos existentes até o momento para a produção de conexão no território e de movimentos analíticos não são suficientes para capilarizar a EP para dentro dos serviços e não envolvem diretamente os usuários.

A EP de território, por exemplo, não resolve o problema de fazer EP nas unidades, pois quem se ocupa dessa fabricação? Quem movimenta este espaço no cotidiano dos serviços? Sendo assim, a EP dos trabalhadores segue como uma questão em aberto, arena de disputas habitada por diferentes lógicas que às vezes não se articulam, não favorecem mudanças nos processos de trabalho e tornam-se tarefas a serem cumpridas, esvaziadas de sentido e de conexão com o trabalho vivo. Os dispositivos podem constituir cenário de conversações, construções e desconstruções, porém é imprescindível cuidar dos espaços, cuidar da fabricação dos encontros e de seus efeitos para que não percam sua potência inventiva e processual.

5.5. A PRODUÇÃO DE REDES VIVAS NO ESPAÇO DA EP DE TERRITÓRIO

A EP de território foi proposta como um dispositivo para favorecer a produção de rede. Reúne gestores, profissionais de diferentes serviços do território como UBS, UPA, CAPS, Hospitais e outros, apoiadores, orientadores, facilitadores do apoio e referências do território. Trata-se de uma aposta com potência para produção de

análise sobre as práticas de cuidado, arranjos, feitos, efeitos, novas apostas e também “lugar de identificar referências, fazer redes¹¹”.

A organização da reunião depende da articulação entre apoio, facilitadores e orientadores. É um espaço em permanente construção, em que entre um movimento e outro se tecem práticas e invenções, com atravessamentos que também podem paralisar e silenciar o coletivo. Às vezes o espaço não dispara interesse e participação. Por se armar sobre o modo como os atores se conectam, suas apostas, movimentos e transversalidades, a EP de território é colocada em análise em outros espaços como gestão do apoio, EP do apoio e reunião dos apoiadores, com problematizações sobre sua produção, convites e ferramentas. A processualidade constituinte deste espaço alia-se ao conceito de transversalidade que “permite, exatamente, que não pensemos nos grupos como solidamente identificados a estruturas, mas se constituindo em graus de abertura e fechamento” (BARROS, 2014, p. 98).

São muitos os planos que compõem este encontro, relacionados aos vínculos, a abertura para compartilhar dificuldades e pedir ajuda, a fabricação de autoanálise e mobilização. Dentre as múltiplas composições em ato temos as conexões que o orientador de educação permanente produz, movidas pela sensibilidade para se misturar ao coletivo e disparar questões, além do uso de ferramentas de análise capazes de provocar problematizações que possibilitem reflexão sobre os processos, aprendizagens compartilhadas e efeitos das ações cotidianas.

Nas EP de território acontecem discussões de casos, geralmente casos ‘difíceis’ que mobilizam as equipes e desafiam arranjos e ofertas dos serviços. A problematização coletiva ajuda a construir apoio às equipes por meio de agendas compartilhadas, alternativas de cuidado e fortalecimento da rede. Às vezes são construídos planos compartilhados para enfrentamento de problemas importantes, como a descentralização da saúde mental, a construção dos matriciamentos, arranjos para prevenção e cuidado a casos de violência, projetos de transformação do trabalho de unidades básicas de saúde em transição para a saúde da família, acompanhamento

¹¹ Fala de um apoiador na EP do apoio.

em rede de casos internados, etc. Estas discussões possibilitam construção compartilhada, autoanálise, invenção de arranjos, etc. E também trazem para a roda o cansaço, a impotência, os preconceitos e julgamentos valorativos produzidos no encontro com o outro na figura do usuário, cujo debate é fundamental para a produção de outras possibilidades. Em alguns territórios, entretanto, a EP de território é um espaço interditado, em que as pessoas não falam. Ninguém fala dos problemas temendo acirrar conflitos. Apesar dessa variação, este espaço de modo geral no mínimo proporciona conhecimento sobre fluxos e protocolos e maior apropriação do território.

A potência da EP é ampliada pelo uso de ferramentas de análise que favorecem reflexões sobre os desconfortos que afetam gestores, trabalhadores e apoiadores como os limites da autonomia para enfrentar problemas, propor e efetivar soluções, além de tensionamentos entre a democracia de processos e pressões sobre falas em espaços coletivos. A proposta de transversalização da secretaria amplia os encontros entre gestão central e territórios, mas são constitutivas as disputas de projeto, os conflitos, ruídos, nós críticos e diversas reações de enfrentamento, de silenciamento, de negação, etc. A aposta na transversalização amplia as possibilidades de manejar essas disputas, nunca as elimina.

Primeiro contato com o encontro de EP do território (A). Estava curiosa para conhecer as pessoas, os temas, as discussões e as produções do coletivo. Cheguei ao departamento de zoonoses bem antes do horário combinado e aguardei na recepção. A reunião estava marcada para as 8h30. Logo depois chegaram a facilitadora, a orientadora de EP, um médico psiquiatra e duas apoiadoras. Fui apresentada à orientadora e nos dirigimos para uma sala grande, com muitas cadeiras, algumas caixas encostadas nas paredes e uma lousa. Ajudei a dispor as cadeiras em círculo e enquanto aguardávamos os demais, conversei com a orientadora e com o médico psiquiatra sobre a pesquisa, a perspectiva de andar pelos territórios, conhecer os diferentes apoios no dia a dia.

As pessoas chegavam pouco a pouco. Enquanto isso a orientadora, aborrecida, queixou-se do atraso:

- O que aconteceu? Combinamos de chegar às 8h30 para começar no máximo às 9h.

A reunião começou perto das nove e meia. A orientadora propôs uma rodada de apresentação. Eram tantos rostos, nomes e funções que eu me senti perdida e ansiosa. Pessoas de muitos lugares: uma referência da AB, uma facilitadora do apoio (departamento da AE), a orientadora de EP, um médico psiquiatra, a coordenadora do HMU, uma psicóloga do CAPS AD, uma enfermeira do CAPS adulto, a psicóloga de uma UBS, uma psicóloga do HMU, duas gerentes de UBS, uma enfermeira de UBS, uma assistente social da UPA, um dentista de uma UBS, uma assistente farmacêutica, uma referência do departamento de Zoonoses e cinco apoiadoras.

Após as apresentações, a orientadora disse: - na última reunião combinamos que hoje seria a apresentação do CAPS AD.

A psicóloga do CAPS AD ajeitou o corpo na cadeira e disse: - bom dia gente, eu não preparei nenhum material para apresentar, pensei numa conversa, eu vou falando e vocês podem perguntar...

Em seguida, continuou: - o CAPS AD realiza acolhimento 24 hs, é um serviço de porta aberta. No momento estamos sem psiquiatra e clínico. Oferecemos grupos de terapia, orientação psicológica (a psicóloga junto com a assistente social), atividade física, T.O., grupo de familiares, grupo de homens e grupo de mulheres.

Logo, a enfermeira de uma UBS, interrompeu e perguntou: - e como eu faço pra abordar o usuário? Os familiares me procuram e eu não sei como ajudar.

A psicóloga do CAPS AD respondeu: - é importante discutir o que é a dependência, o que é a droga para o usuário.

A enfermeira prosseguiu em tom exaltado: - de drogas eles passam para pequenos furtos, pra mim é um problema social e emocional.

A orientadora interrompeu e disse: - vamos voltar para a apresentação. Como são os grupos?

A enfermeira insistiu: - é uma situação horrorosa.

- Há um grupo de música facilitado por um ex-usuário. Há também a medicação assistida. Toda sexta-feira tem apresentação do serviço e construção do PTS. Há dificuldades de fazer VD por causa de transporte, continuou a psicóloga do CAPS AD.

Quando a psicóloga retomou a apresentação do serviço, percebi que a enfermeira lhe fitou demoradamente com uma expressão descontente. Talvez ela esperasse que seus incômodos e dúvidas fossem escutados e de algum modo atendidos. Naquele instante me senti mal com a interrupção da orientadora; as falas da enfermeira misturavam preconceitos, valorações morais e inquietações importantes, contudo, olhei para as pessoas e elas estavam em silêncio. Por um momento certo desconforto roubou minha atenção!

- E como são as articulações entre os serviços para compor o PTS? - perguntou a orientadora.

- Temos um caso complicado de um usuário que estava com ordem restritiva por violência, não podia entrar em casa. Quando estava mal, buscava a UPA, contou a psicóloga do CAPS.

A assistente social da UPA disse: - quando necessário fazemos contato com o CAPS. A UPA tem uma demanda enorme de usuários com problemas de álcool e drogas. Como assistente social, tenho limitações, não tenho conhecimento clínico. É difícil conversar sobre algumas questões com os médicos, é necessário envolver mais profissionais.

Uma enfermeira do CAPS adulto comentou: - os pacientes psiquiátricos não são cuidados igualmente pelos profissionais da saúde, há preconceito.

Uma das gerentes de UBS discordou: - Há controvérsias. Já melhorou bastante.

A orientadora sugeriu: - É interessante estruturar este caso para a próxima EP. Tudo bem o apoio ajudar o pessoal do CAPS com a apresentação do caso?

- Sim, a gente monta junto, respondeu uma das apoiadoras.

Com a face avermelhada, a enfermeira de uma UBS falou: - há também os casos de TB (tuberculose), o usuário que não usa medicação, faz uso de drogas, o irmão pede ajuda do SAMU, é um desespero. Tem as rodas de fogo, que são áreas com uso de droga e promiscuidade. Eles mudaram de área, agora são pequenos furtos, mas está tudo ligado: drogas e roubos. Na escola são vários meninos e meninas usando.

Esta fala trouxe situações concretas que acontecem no território e chegam ao cotidiano dos serviços, mobilizando, inquietando e angustiando os trabalhadores.

- É importante articular com o consultório de rua. Há um aumento nos casos de gestantes usuárias de drogas, comentou uma referência da AB.

- Houve uma oficina que reuniu o CAPS, a AB e o consultório de rua. Mas é preciso esclarecer o fluxo com o consultório de rua. Podemos convidar para uma próxima reunião, sugeriu a orientadora.

-Às vezes os usuários têm comportamento fora do normal e ficam agressivos, disse a psicóloga do CAPS AD.

Balançando a cabeça, nem gesto de lamento, a enfermeira de uma UBS desabafou: - as pessoas estão doentes. Como dar autonomia a elas? Os inocentes é que sofrem!

Uma enfermeira do CAPS adulto pontuou: - é importante mudar a visão dos profissionais que trabalham com os usuários. A educação continuada ajuda.

- É importante o conhecimento técnico, uma discussão mais aprofundada sobre como lidar com essa realidade. Podemos convidar alguém para isso, propôs uma referência da AB.

Um fluxo de perguntas movimentava meus pensamentos: porque as pessoas não discutiram sobre o mal-estar, as dúvidas e os desconfortos em relação ao cuidado dos usuários? Porque não apareceram relatos de cuidado 'bem-sucedidos'? Além do conhecimento teórico/técnico, o que poderia ajudar nesta discussão?

Franzindo as sobrancelhas, com uma expressão tensa, a coordenadora do HMU comentou: - me preocupam as gestantes usuárias que entram na maternidade e o caso se transforma numa questão jurídica. Há um corte entre o que vai para vara da infância e a saúde, como se não fosse uma questão de saúde pública.

Uma das apoiadoras falou: - neste caso é fundamental uma articulação entre as secretarias.

A psicóloga do CAPS AD olhou para a apoiadora e disse: - o CAPS está aberto para a atenção básica, vamos nos articular.

- Os dentistas não sabem lidar com os usuários da saúde mental. Vocês podem dar uma capacitação sobre o assunto? - pediu o dentista de uma UBS.

Uma facilitadora do apoio sugeriu: - vamos incluir dentista no matriciamento da saúde mental.

Uma das gerentes de UBS, em tom animado, relatou: - estamos fazendo várias coisas na unidade: passamos um vídeo sobre redução de danos com as ACS, disponibilizamos um livro didático sobre drogas para as equipes e um curso para ACS sobre redução com vistas a sua atuação como multiplicadoras. Acho que a entrada da psicóloga vai ajudar!

A referência do departamento de Zoonoses falou, com convicção: - O curso com o pessoal do CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas) ajudou muito! A droga é uma questão muito complexa. A gente precisa aprender o que defende do vício. Este curso ensinou que a droga é consequência de várias coisas. A sociedade usa droga, a questão é o uso com limites sem perder a autonomia psicológica, os valores, o lugar da família e do trabalho na vida. E a pessoa dependente perde tudo isso, ela só quer saber de usar a droga, é triste!

Em seguida, a orientadora olhou o relógio e disse: - Pessoal, sugestões para a próxima EP: o apoio vai montar o caso com o CAPS AD, podemos convidar o consultório de rua também e conversar sobre a questão das gestantes e do abrigamento, tudo bem? Já passamos do meio-dia, acho que podemos ficar por aqui hoje....

Foi surpreendente a variedade de questões e de problemáticas abertas neste encontro! Ao final pensei na importância das conexões e do compartilhamento para o trabalho em saúde. E no sofrimento que a solidão pode causar nestes cenários.

A EP de território é um espaço que mobiliza os apoiadores. Às vezes os encontros fortalecem as conexões e as construções do coletivo, às vezes esbarram em bloqueios e resistências que dificultam parcerias. E nem sempre os efeitos podem ser compartilhados com os facilitadores e com os orientadores de EP, intensificando a angústia dos apoiadores.

Naquela tarde, após a reunião de equipe, permaneci na sala com as duas apoiadoras. Há uns dias eu vinha pensando sobre a EP de território (como era um espaço potente e ao mesmo tempo difícil!). Curiosa para saber o que elas pensavam, comentei:

- Eu achei bem interessante a reunião ontem, é legal ter esse espaço com pessoas de outros serviços. O que vocês acham?

Uma das apoiadoras respondeu: - Depende. Às vezes acho que as pessoas ficam inibidas, gerente junto com departamento.

A outra apoiadora suspirou e disse: - É complicado se expor, expor as fragilidades.

- Vocês têm espaço para falar desse desconforto? - perguntei.

Uma das apoiadoras disse baixinho: - ah, eu acho que não.

-A gente cansou um pouco. Depois de muito tempo ouvindo que estava tudo bem, nós resolvemos falar da dificuldade com o CAPS, que a relação não estava funcionando, não do jeito que estavam dizendo, contou uma das apoiadoras.

A outra apoiadora colocou a garrafa de água sobre a mesa e, apertando as mãos, disse: - pois é, e foi horrível. Todo mundo ficou com um olho meio arregalado, a orientadora desconcertada, enfim, ficou aquela discussão sobre o que íamos fazer e não ficou nada definido. Depois a sugestão foi que nós fizéssemos uma conversa no serviço.

- Foi muito chato porque é como se fosse um espaço de mentira, não se pode dizer as coisas, falar dos problemas! - falou uma apoiadora com expressão contrariada.

- A gente pensa muito antes de se colocar nesse espaço! - comentou outra apoiadora.

- Mas ajuda na construção de rede? - perguntei.

A apoiadora olhou para a colega, levantou as sobrancelhas e respondeu: - Depende de com quem você fala! Essa construção não acontece com todo mundo não!

A produção da EP de território é coletiva e aberta a múltiplas composições. Pode parecer ao apoiador “um lugar inóspito, pois ele enxerga situações difíceis, mas o

que aparece lá na reunião é muito bonito¹²”, produzindo imobilidade. Os agenciamentos podem favorecer ou não a expressão de tensionamentos e a construção do cuidado entre o próprio grupo. A potência da EP de território pode ser capturada e esvaziada como possível espaço de conversa, propiciando o silenciamento e o abafamento das tensões. Ou pode servir para todas as produções já mencionadas.

A reunião aconteceu numa sexta-feira pela manhã. Estávamos em meados de dezembro e em algumas salas da unidade havia decorações natalinas. As pessoas iam chegando e colocando sua contribuição numa mesa que aos poucos estava repleta de sucos, refrigerantes, pães, bolos e biscoitos. Nos acomodamos sentados em círculo e seguimos as apresentações. No grupo tínhamos a orientadora de EP, seis ACS, uma gerente da UPA, duas gerentes de UBS, a gerente do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), um profissional de arte educação (facilitador de grupos nas UBS), a assistente social do território (B), uma referência da vigilância sanitária, uma facilitadora do apoio (departamento de UE), quatro apoiadoras e uma técnica do sistema de informação.

A gerente do CEREST fez uma apresentação sobre saúde do trabalhador, abordando as relações entre trabalho e identidade, trabalho e saúde e os riscos decorrentes da organização do trabalho.

Em seguida, a orientadora de EP comentou:

- O grupo vinha conversando sobre a relação entre sofrimento e processos de trabalho. Falamos sobre três momentos: antes do adoecimento, durante (com afastamento em alguns casos) e o retorno. Discutimos sobre a acolhida da equipe, a escuta do gerente e também a especificidade do trabalho em saúde. Temos muitos casos de depressão.

Repentinamente uma ACS indagou: - Quem vai ouvir o trabalhador?

¹² Fala de um apoiador na EP do apoio.

- As reuniões de EP e as reuniões de equipe podem ser espaços de apoio para o trabalhador, respondeu a orientadora.

Outra ACS perguntou baixinho: - E há espaço para isso?

- Às vezes lavamos roupa suja entre nós, sem o médico e o apoio, comentou uma ACS.

- Nem sempre tenho quem me escuta quando necessito! - lamentou outra ACS.

As falas acima provocaram comentários entre o grupo.

A orientadora aguardou os ruídos cessarem e disse:

- Há momentos de solidão no trabalho. Temos espaços para cuidar dessa solidão? Vamos pensar juntos. Vocês podem se organizar em pequenos grupos e responder: quais as situações ou espaços que geram sofrimento, quais espaços que existem ou que podem ser criados para produzir saúde. Cada grupo escolhe um relator.

As pessoas se organizaram em três grupos. No grupo em que eu me reuni estavam uma apoiadora, duas ACS e uma técnica do sistema de informação.

- e então quais os espaços que vocês acham que gera sofrimento? - indagou a apoiadora.

Logo uma ACS respondeu: - ah, quando tem falhas operacionais na recepção é horrível! Fica uma confusão e todo mundo fica atrapalhado!

- e o povo não quer nem saber! - completou outra ACS.

- Sim, às vezes acontece. O sistema falha mesmo! A gente se empenha pra não acontecer, comentou a técnica do sistema de informação.

- E o que mais? - provocou a apoiadora.

A porta se abriu e uma pessoa chamou uma das ACS.

- Volto já, ela disse para o grupo.

- Eu acho que o que pega mesmo é quando a gestão fala algo que ela mesma não acredita! - disse a técnica do sistema de informação.

- A incoerência entre o dito e o feito? - perguntou a apoiadora.

A técnica balançou a cabeça num gesto afirmativo e continuou:

- Também! E o pior é que você vê que aquela pessoa está dizendo algo só por dizer por que no fundo ela mesma sabe que é mentira!

De volta, a ACS apressadamente disse: - E as reuniões de equipe?

- O que você acha? - questionou a apoiadora.

- Ah, às vezes tem o espaço físico e mais nada. As pessoas não se ajudam, lamentou a ACS.

- Eu acho que as reuniões podem ser de fortalecimento do coletivo, opinou a técnica do sistema de informação.

Olhando para sua colega, uma das ACS disse: - A gente nem tem reunião de ACS!

- Mas isso pode acontecer em qualquer reunião, reunião de equipe, reunião geral, pontuou a técnica.

- Nós podemos pensar em fazer uma reunião nossa, comentou uma das ACS.

- Outro aspecto importante é a gente pensar nos processos de trabalho e fazer mudanças, disse a apoiadora.

Depois de um tempo, a orientadora pediu: - Gente, vamos voltar para a grande roda e o relator de cada grupo apresenta uma síntese da conversa.

Uma apoiadora, com a caderneta na mão, apontou para as componentes do grupo e disse: - Esse é o grupo. Nós conversamos sobre as situações ou espaços que geram sofrimento, como as falhas no sistema operacional e as incoerências da gestão que às vezes diz uma coisa, mas parece duvidar daquilo. Sobre os espaços que existem ou que podem ser criados para produzir saúde, achamos que são os espaços de reunião, reunião de equipe e geral. Pensar sobre os processos de trabalho, o que precisa mudar, também ajuda a produzir saúde.

- O que eu quis dizer é que a gestão pede coisas e às vezes cobra coisas que ela mesma sabe que não dá pra fazer, nem ela acredita naquilo! - explicou a técnica do sistema de informação.

Uma das gerentes de UBS ficou com uma expressão séria, franziu a testa e reagiu num tom hostil: - Não é tão simples assim! Nós também sofremos cobranças!

Neste instante fui tomada por uma enxurrada de questionamentos e pensamentos: será que as 'incoerências' são somente da gestão? Em que medida refletimos sobre o que fazemos e/ou apostamos no que dizemos? Os discursos e práticas são atravessados por interesses, poderes, reações, silenciamentos e tantas outras coisas! Criticar o outro às vezes é uma esquiva para não se colocar em análise. Além disso, dependendo da situação, as pessoas se referem à gestão como algo de cima, do outro. O assunto provocou uma resposta defensiva e embaraço nas pessoas que ali representavam a 'gestão'...

Outro relator rapidamente começou a falar. Leu o nome das pessoas do grupo e disse: - Nós identificamos vários espaços de adoecimento, mas também temos sugestões. As pessoas se queixaram da rotina, da falta de escuta dos gestores, do excesso de demandas gestão e administrativo, de sofrimento quanto à adaptação ao PSF, falta de apoio e de sentido nas reuniões de equipe.

- Alguns médicos reclamam que vão ter que deixar de atender certos pacientes com o PSF, comentou baixinho uma ACS.

A assistente social do território se queixou: - às vezes me sinto exausta pra dar conta dos casos sociais.

- Rotina tem em todo lugar, falou uma ACS.

Observei movimentos na sala. Algumas pessoas falavam entre si; outras mexiam no celular.

Uma das gerentes de UBS deu um suspiro e disse: - é estressante ser porta-voz.

A orientadora de EP sublinhou: - Todos somos gestores, lembram? Nós já discutimos isso. É necessário pensar no espaço de governabilidade que cada um tem e nos papéis também, às vezes nos colocamos em certos papéis, por quê?

A gerente permaneceu em silêncio.

O relator do grupo continuou: - bem, tem também as propostas: qualificar as reuniões, grupos de arte e dinâmicas para os trabalhadores, encontros inter serviços para discutir casos, parcerias com instituições próximas, espaço de escuta para o trabalhador com agenda fechada e grupos de apoio mútuo com mediação e autonomia.

- Criar novos grupos pode ser interessante, mas porque não aproveitar os espaços que já existem? Eles podem ser lugares de produção de saúde, falou a facilitadora do apoio.

- É importante pensar sobre o sentido desses espaços. A reunião de equipe, por exemplo, pra que serve? - provocou a orientadora de EP.

Outro relator comentou: - Qualquer espaço pode levar ao adoecimento! Nosso grupo discutiu que jeitos diferentes de trabalhar, falta de incentivo profissional, baixa

remuneração, alta demanda, excesso de jornada e falta de reconhecimento são coisas que adoecem. Mas há coisas simples que ajudam como o elogio no trabalho, também decisões mais coletivas, ter espaço físico para descanso, abertura para diálogo e troca de experiências.

As pessoas já se movimentavam nas cadeiras. Uma e outra levantam para pegar um café.

A facilitadora do apoio fez o seguinte comentário: - esse exercício em grupo foi bem bacana, vocês perceberam que a fabricação da saúde foi relacionada à qualidade das relações?

- E a possibilidade de construção compartilhada de decisões também! - acrescentou a referência da vigilância sanitária.

A orientadora de EP sorriu e encerrou o encontro num tom animado: - Eu acho que nossa manhã foi muito produtiva e esse é um exemplo de que os espaços coletivos podem ser potentes! Continuaremos a discussão depois do almoço.

O que vale destacar é que somente a criação de espaços ou arranjos coletivos não é suficiente para definir sua operação. Os agenciamentos e as possibilidades de operação são múltiplos e todos os espaços e arranjos precisam ser cuidados. Quer dizer, é preciso refletir sobre sua produção, incômodos, invenções, disputas, eliminar barreiras, atuar favorecendo a potência. Nada está automaticamente dado. A produção de redes é imanente aos processos de trabalho em saúde, têm potência para desenhar mapas com variadas conexões, trajetos, bifurcações, saídas. Contudo, as redes podem cristalizar conexões, determinar rotas, repetindo métodos desgastados de produção e gestão do cuidado.

As redes podem se fazer, como na experiência de grupos sujeitados, como redes frias, cujo efeito é o de homogeneização, de equivalência e de equalização da realidade. Mas também como redes quentes, como nos grupos sujeitos, atentos ao que estão fazendo, visando à construção de vínculos afetivos e de tecnologias relacionais, que incluem a gestão coletiva dos processos de trabalho no dia a dia dos serviços (BARROS, 2014, p. 100).

Daí a necessidade de análise dos espaços coletivos e de suas produções, pois a rede está em permanente fabricação, com distintos investimentos e remanejamentos entre grupidades. Ora se produz como rede fria, ora se produz como rede quente. Ora como rede formal, ora como rede viva. E várias vezes como tudo isso ao mesmo tempo.

5.6. MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL E CONSTRUÇÃO COLETIVA DO CUIDADO

A reorganização da saúde mental na rede tem sido uma temática bastante discutida em todos os territórios. Desde 2009 a rede substitutiva de saúde mental vem sendo construída no município de SBC. Até então a internação e o tratamento psiquiátrico ambulatorial eram as principais ofertas do modelo assistencial. Mesmo os dois CAPS existentes seguiam a lógica ambulatorial psiquiátrica e contribuíam para o encaminhamento das demandas ao Hospital Lacan (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, s.d). Atualmente a rede substitutiva conta com 3 CAPS transtorno, CAPS Infantil, CAPS Álcool e Drogas (Adulto e Infanto-Juvenil), Residências Terapêuticas, Consultório de Rua, República Terapêutica e Núcleo de Trabalho e Arte (NUTRARTE – Núcleo de geração de renda).

Com o fechamento do ambulatório de psiquiatria e a descentralização dos casos, os usuários com transtornos leves deveriam passar a ser cuidados na rede básica com o suporte do matriciamento nos serviços. Cada território produziu/está produzindo diferentes arranjos e movimentações para acolher os usuários e ampliar a capacidade acolhedora e cuidadora de todas as equipes em relação ao sofrimento mental. Os apoiadores foram acionados para identificar os usuários em acompanhamento nas unidades e organizar discussão em equipe com suporte do CAPS para seguimento na unidade ou encaminhamento para outros serviços. Com estas ações, buscou-se organizar a agenda do psiquiatra e do psicólogo, disponibilizando tempo para o matriciamento com os generalistas e consultas compartilhadas.

Com isso, é possível evitar práticas que levam à “psiquiatrização” e à “medicalização” do sofrimento e, ao mesmo tempo, promover a equidade e o acesso, garantindo coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário. Isso favorece a construção de novos dispositivos de atenção em resposta às diferentes necessidades dos usuários e a articulação entre os profissionais na elaboração de projetos terapêuticos pensados para cada situação singular (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

“Precisa de alguém para conversar”, “chora muito”, frases encontradas em alguns encaminhamentos médicos para a psicóloga de uma UBS. Em reunião de equipe, uma ACS pediu ao médico uma VD para o marido de uma usuária: ele estava triste e não queria sair de casa; recomendação do profissional: buscar o CAPS. Exemplos de produções cotidianas nos serviços de saúde, onde o sofrimento às vezes é abordado com receios e pré-conceitos que transformam expressões de dor e de angústia em demandas para especialistas.

Com a reorganização do cuidado, o assunto saúde mental entrou com mais vigor no cotidiano das unidades, as ACS trouxeram mais casos para as discussões de equipe movimentando conversas e produzindo, com o apoio, visibilidade para preconceitos, medos e dúvidas.

Os apoiadores produziram diversas contribuições para este processo: levantamentos de temas para o matriciamento dos generalistas na unidade; construção de fluxos; organização em parceria com psicólogos, ACS e outros membros das equipes de grupos de acolhimento e escuta dos casos de sofrimento psíquico; planejamento de EP com as equipes com o objetivo de qualificar os encaminhamentos e discutir a relação equipe e usuários da saúde mental com discussão de casos; acompanhamento dos trabalhadores em visita aos CAPS para conhecer sua rotina e processos de trabalho.

O matriciamento de saúde mental foi sendo criado de modos diferentes nos diferentes territórios e serviços, com a participação do apoio no planejamento junto aos matriciadores, definindo eixos pactuados com as equipes (medicação, discussão de casos e temas); fazendo articulações de agenda; movimentando as equipes para deliberação dos casos a serem discutidos.

Foi necessário um longo processo para a construção do matriciamento como espaço reconhecido e requisitado pelas equipes para conhecer referências e fluxos, ajustar comunicação, fazer conexões entre os serviços e, finalmente, ser dispositivo para o cuidado compartilhado. Apoiadores e gestores das unidades apostaram em acordos, estratégias e combinados para mobilizar as equipes e produzir o matriciamento como processo de aprendizagem.

Num primeiro momento os encontros de matriciamento reuniam psiquiatras e médicos generalistas que abordavam dúvidas sobre medicamentos e diagnósticos. Embora o matriciamento não se reduza a esta dimensão, esta etapa foi fundamental para a discussão sobre o manejo medicamentoso e suas possibilidades por parte dos médicos generalistas. Com a qualificação do cuidado, tem sido possível combater o reencaminhamento do usuário para o psiquiatra ou a simples renovação da receita. Depois vieram para o matriciamento os demais trabalhadores do CAPS (psicóloga, terapeuta ocupacional, enfermeira, etc.) e não só o psiquiatra, o que agenciou outras produções e convidou outros trabalhadores, mobilizando outras discussões e agendas, envolvendo os serviços com o compartilhamento do cuidado.

A insuficiente periodicidade do matriciamento em relação à demanda de casos (uma vez ao mês) obrigou o coletivo a buscar canais de comunicação como contato via email ou por telefone, outras estratégias para constituir vínculos entre os serviços, ocasionando também discussões em equipe para definição dos casos prioritários. Estes tensionamentos foram produtivos para ampliar a responsabilização compartilhada e a perspectiva de que o usuário é da rede e não deste ou daquele serviço.

Publicizar as reuniões por meio de cartazes e criar painel de casos foram estratégias sugeridas pelos apoiadores para convidar as equipes. Foi necessário também lidar com as diferenças entre os profissionais: alguns psiquiatras recusavam e/ou não investiam no matriciamento, alegando que consumia tempo de sua agenda, que se sentiam desconfortáveis com os colegas, que preferiam fazer consultas, etc. Ademais, conversar com as equipes para organizar prioridades, conhecer as necessidades específicas e comuns, identificar potentes parceiros dentre os

trabalhadores e fabricar sentidos para o matriciamento, atividades dos apoiadores junto com alguns trabalhadores e gerentes.

As articulações entre os trabalhadores também engendraram invenções e ações interessantes em algumas unidades. O matriciamento das equipes com o psiquiatra produziu aprendizados significativos e agenciou atendimentos compartilhados entre médico/a e psicólogo/a e diferentes grupos com usuários leves e moderados. Outras iniciativas como a construção da agenda e a regulação das vagas do/a psicólogo/a com as equipes nas reuniões semanais, além de grupos de apoio aos funcionários e grupos terapêuticos conduzidos junto com apoiadores, técnicos de enfermagem e ACS. Intensa produção de cuidado compartilhado e criativo, que inclui grupos de escuta facilitados por diferentes profissionais (por exemplo: uma enfermeira com a ajuda dos apoiadores e do CAPS e com recursos variados como acupuntura e yoga; grupo de adolescentes do sexo masculino organizados pelo técnico de enfermagem, abordando o tema da violência). Movimentos criados pelo trabalho em equipe por meio de articulações, conversas, negociações, vigorosa fabricação de apoio com o coletivo.

Encontros entre equipes do CAPS e apoiadores também são bastante expressivos para a construção de uma rede viva. Nestas reuniões a discussão de casos aborda o projeto terapêutico singular do usuário, relação com a família e sua participação no cuidado, mobilizando articulações no território. Os apoiadores se mobilizam para articular conversas entre a equipe do CAPS e ACS, além de visitas domiciliares conjuntas. Este compartilhamento é potente para enriquecer as possibilidades de cuidado centrado nas necessidades do usuário, a inventividade dos profissionais e as conexões que fabricam a rede.

5.7. POTÊNCIAS DO DISPOSITIVO KANBAN: APRENDIZAGENS, INVENÇÕES E SURPRESAS

O Kanban é uma estratégia de gerenciamento de leitos desenvolvida no campo da administração hospitalar, inspirada nas ferramentas propostas pelo toyotismo. Em SBC foi primeiro implantada no Hospital Anchieta.

Depois foi implantada no Pronto Socorro Central e no Hospital de Clínicas, mas diferentemente da experiência original no Anchieta, deixou de ser uma ferramenta interna da equipe do hospital e passou a envolver atores do território. Nesses dois serviços, então, o kanban foi produzido como uma estratégia para gestão do cuidado, cada qual com seu modo específico de organização.

O PSCentral reúne diariamente a equipe hospitalar (médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, nutricionistas, psicólogas, assistentes sociais, etc.) e apoiadores dos diferentes territórios para discussão de diagnóstico, procedimentos, pendências e elaboração de alta. Adultos e crianças são discutidos em reuniões diferentes. As discussões são disparadas a partir de uma planilha que identifica paciente, idade, data de internação, diagnóstico, UBS e território de referência.

As discussões propiciam uma mistura de linguagens e valores. Estão ali a linguagem médica, as discussões de sintomas, procedimentos e dinâmicas do organismo (respostas a medicações, avaliações diagnósticas, etc.), junto com as histórias de vida, os territórios existenciais dos usuários que atravessam intensamente a produção do cuidado, provocando tensionamentos e desafios. A vida que vem com o adoecimento mistura situações diversas: pessoas em situação de rua; famílias sem condições de cuidar do usuário por questões socioeconômicas, geográficas, afetivas e tantas outras; desacordos sobre procedimentos como indicação de sonda e gastrostomia; articulações intersetoriais complexas envolvendo conselho tutelar, programa de internação domiciliar (PID), etc.

Alguns casos geram discussões acaloradas na equipe. Numa situação, por exemplo, um médico estava bastante angustiado com a alta de uma criança (9 anos, neuropata, com diagnóstico de pneumonia + broncoespasmo) proveniente de Diadema, com indicação de gastrostomia. Por motivo de agressões entre a madrasta e o pai da criança, o conselho tutelar fazia o acompanhamento da família. O casal discordava quanto ao encaminhamento da equipe médica. O pai parecia “resistente” quanto ao procedimento: aceitava, porém logo voltava atrás. A enfermeira se queixava de que ele era agressivo com a enfermagem no horário da noite e também era usuário de drogas. A madrasta possuía a guarda da criança e era a favor da gastrostomia. O conselho tutelar solicitou transferência do paciente para Diadema, mas a família insistia em cuidar da criança em São Bernardo. Após uma alta de dois dias, a criança teve nova internação. O apoiador sugeriu que a equipe fizesse contato com o conselho, questionando se a madrasta teria condições de cuidar da criança.

A superintendente pontuou o limite de atuação da equipe, pois a madrasta fora designada pelo Estado como representante legal da criança. Argumentou que precisavam ter clareza dos motivos para acessar o conselho tutelar e interrogou a mobilização da equipe. O registro no prontuário é o máximo que a equipe poderia fazer, não era possível acessar o juiz. Além disso, questionou se a equipe teria esta atitude com outro arranjo de família. Alguns médicos discordaram da indicação de gastrostomia. A psicóloga pontuou que era preciso dar tempo para aceitação dos pais. A superintendente encerrou temporariamente a discussão, dizendo que era importante esclarecer para a família os riscos relacionados à decisão da gastrostomia e informar ao conselho. Apenas em caso de negligência por parte da família, o mesmo precisaria ser notificado – para que “judicializar a questão”? A equipe não teria potência em rede para sustentar a discussão e acordos com a família? Precisaria mesmo de um intermediário com poder de Estado?

Esse caso provocou equipe e apoiadores, levantou dúvidas, explicitou discordâncias, disputas, limites e tensionamentos iminentes à produção do cuidado. Mais, trouxe o mundo dos usuários para a composição do projeto terapêutico.

As reuniões do Kanban abrem espaço para os trabalhadores compartilharem angústias, dúvidas, condutas e decisões. Produzem visibilidade para dificuldades e incômodos das equipes em relação aos processos de trabalho, como, por exemplo, os fluxos de encaminhamento no território. São encontros atravessados por disputas, tensões, ruídos e conflitos que desafiam a produção de conversa e de acolhimento entre a própria equipe hospitalar e sua conexão com outras equipes de saúde.

Os apoiadores são acionados pela equipe hospitalar como importantes interlocutores para o seguimento do cuidado, fazendo conexões com as unidades e ampliando as informações da equipe sobre necessidades do usuário e seu trajeto na rede. Há um intenso contato entre apoiadores e o serviço social do PSCentral. Os casos de crianças com menos de um ano e com recorrentes internações, mobilizam intensamente os trabalhadores, produzindo articulações com as equipes das UBS, VD conjuntas, etc.

A participação do apoio no Kanban foi pauta de uma reunião que contou com a gestão do apoio e do PSCentral, trabalhadores e apoiadores. Foram destacadas várias contribuições do apoio com impactos significativos para o manejo do cuidado:

O apoio contribuiu para “estreitar o vínculo entre PSCentral e AB¹³”, ajudando a “desmistificar alguns processos do PSCentral”. “Colaborou para a relação com os pacientes e pode auxiliar a prevenção para evitar as demandas de urgência”.

“O apoiador é um articulador, traz informações sobre os serviços para dentro do PSCentral. Antes a equipe entendia o cuidado do paciente de uma maneira segmentada, hoje tem outra visão e se sente segura na alta, entendendo que está referenciando o paciente para o território, para o cuidado integral. Parece que a família também se sente segura com esse retorno”. O planejamento da alta é pactuado entre os serviços, com produção de compartilhamento do cuidado que substitui a prática de encaminhamento médico, geralmente marcada pela falta de articulação e de responsabilização pelo usuário.

¹³ As falas são de trabalhadores do PSCentral.

Apareceram tensões na relação entre UBS e PID: “se o PID entra pela porta, a unidade sai pela janela”. Embora a articulação com o PID seja essencial, a equipe desse serviço ainda não tinha participado regularmente do kanban, pelo menos no período em que acompanhei as reuniões. Falava-se de conversas com o PID, porém sem a presença dos trabalhadores.

Os casos também acionaram aproximações entre UBS, apoio e PID. Uma criança com síndrome de down estava com baixo peso e a mãe não sabia ministrar a alimentação. Houve discussões em muitas reuniões, “a unidade tinha uma visão: em caso de alta o acompanhamento é do PID”. O psicólogo e enfermeira da unidade visitaram a mãe e houve articulações com a equipe do PID. Segundo os trabalhadores, “a unidade não tem mais medo do PID”.

Outras aproximações do PS Central aconteceram em reunião de território, com o CER, por exemplo. O Kanban também mobilizou reunião médica entre PID e CER, agenciando uma variedade de conexões entre UBS, PS Central, Apoio, PID e CER. Conversas e acordos entre serviços que podem fortalecer a rede, além de engendrar continuidade, compartilhamento e responsabilização coletiva pelo cuidado.

Algumas dificuldades de compartilhamento do cuidado foram mencionadas. Articulações entre UPA e PS Central, CAPS e PS Central.: “PS e saúde mental não conversam”. Inicialmente os profissionais do CAPS participavam do kanban, mas deixaram de comparecer às reuniões. Outros arranjos de aproximação e compartilhamento foram necessários nesse campo. A produção de intersectorialidade também é um desafio. Alguns apoiadores se sentem angustiados com casos que demandam conversa com o conselho tutelar, conselho do idoso, CREAS e outros equipamentos, pois muitas vezes a demora nas respostas prolonga situações de risco. Mais uma vez a Residência Médica começa a ser usada como dispositivo: os residentes de psiquiatria vão começar a frequentar o Kanban. Muitas possibilidades se abrem...

Os apoiadores mencionaram que o kanban ampliou as possibilidades “de mudança nos processos de trabalho nas unidades”, com discussões de caso nas equipes que aprofundaram temas como diabetes e hipertensão. Movimentou a comunicação entre equipe e apoio, o ACS avisa o apoio da internação do usuário, as equipes acionam o apoio para acompanhar o caso. Além disso, casos desconhecidos ganharam visibilidade para as equipes.

O kanban pode ser dispositivo para movimentar e produzir relações, conversas e ações, desde que haja disponibilidade para construir parcerias e investir no encontro. Há diferentes movimentos nessa produção de corresponsabilização. Os casos provenientes do kanban inicialmente foram vistos como mais demanda do apoio para as equipes. Os apoiadores inventaram ferramentas para mobilizar discussões e implicações, como planilhas, estudos de caso, contato entre assistente social do PSCentral e equipes, etc. Neste processo há gerentes mais afastados, equipes engajadas, equipes que ainda fazem vista grossa aos casos levados pelos apoiadores. Em algumas unidades enfermeiros e ACS têm participado de algumas reuniões do kanban. A consolidação da articulação disparada pelo kanban dentro das unidades é processual, se dá em diferentes tempos para os serviços, a depender dos agenciamentos e composições que vão se armando, relacionados às apostas dos gestores, implicações das equipes, porosidades e atravessamentos.

O kanban tem sido um potente espaço pedagógico e trouxe muitos ganhos para o apoio, como a maior apropriação da linguagem clínica e maior compreensão do raciocínio médico. Esse entendimento se transformou em ferramenta para o apoiador, pois ampliou a possibilidade de conversa e de diálogo, inclusive em outros espaços, ajudando a transformar a relação com os médicos e outros atores. Os conhecimentos vazaram das fronteiras disciplinares, criando comunicabilidade, zona de encontro, interferências que agem sobre o cuidado como campo comum. Conjugação do verbo transdisciplinarizar:

(..) Nomadizar desterritorializando disciplinas, saberes, sujeitos e mundos. Dar a eles o que não eram por meio do problema, do encontro com aquilo que força a pensar. Transdisciplinarizar, antes ato de criação de um plano problemático do que configuração de um campo disciplinar novo que desenvolverá uma autonomia teórica e metodológica perante as disciplinas

que o compõem. O ultrapassamento a que nos remete o prefixo *trans*, recusa o sentido de superação. Perfura-se os limites definitórios das disciplinas em direção às potências de emergência que as permitem *passar a ser* (AMADOR, 2012, p. 231).

O kanban também funcionou como dispositivo produtor de grupariedades para as equipes de apoiadores ao disparar encontros, conversas e agendas compartilhadas. Os espaços coletivos de discussão sobre as demandas do kanban e estratégias no território produziram visibilidade para as movimentações do apoio na rede e novas aprendizagens entre os apoiadores.

As equipes do hospital conheceram e reconheceram outros equipamentos e equipes cuidadoras, estenderam o olhar para fora dos muros e puderam se aproximar das famílias. O conhecimento sobre a vida dos usuários contribui para mudar a construção do projeto terapêutico no hospital, com maiores possibilidades de compor ações singulares e centradas nas necessidades do sujeito. As equipes nos serviços também ficaram mais a par dos casos e com mais possibilidade de dar seguimento ao cuidado.

As produções do kanban também são efeitos da aposta do PS Central (gestores e trabalhadores) em constituir este espaço como dispositivo de gestão do cuidado mais do que gerenciamento de leitos com vistas a diminuir o tempo de permanência do paciente na emergência. Neste sentido, o kanban agencia transformações na produção do cuidado dentro e fora do PS Central, estimulando conexões entre os serviços e disparando a fabricação de redes. Além do mais, provoca deslocamentos importantes para a ideia da AB como lugar prioritariamente responsável pela gestão e coordenação do cuidado, pois a depender do caso e da produção de conexões entre os atores, esta função pode ser agenciada por outros departamentos.

O kanban no HC também vem movimentando discussões, mudanças nos fluxos e construção de ferramentas para análise do cuidado. Após a alta, o usuário era obrigado a voltar para AB, responsável pelo agendamento junto a AE; esta andança do usuário pela rede foi abreviada com a elaboração de um documento que definiu critérios para o encaminhamento direto entre hospital e atenção especializada,

reduzindo a espera e garantindo o acesso de acordo com a prioridade. Em alguns casos, o trabalhador da AE avalia e discute o projeto terapêutico junto com representantes da equipe do hospital e apoiadores.

A produção de uma planilha com registro de reinternações com menos de trinta dias no HC vem operando como um observatório de rede, possibilitando ampliar a conexão do HC com os territórios e exigindo um olhar mais abrangente para as situações de vida dos usuários em situação de maior vulnerabilidade. A perspectiva é estender esta ferramenta para a UPA e PSCentral.

O espaço do observatório é recente. Numa reunião, para aquecer as discussões, os apoiadores convidaram a gerente da UBS, ACS, enfermeira, psicóloga e assistente social da UPA para apresentação de um caso, com a presença do apoio, gestores e trabalhadores da AB, AE, UE e PID.

O usuário tem 68 anos, diagnóstico de DPOC grave, com uso de oxigênio. Permaneceu durante dois anos internado na Santa Casa, pois mesmo quando passível de alta clínica não tinha cuidador ou responsável para acompanhá-lo nos cuidados domiciliares. Após sua saída, em fevereiro, acessou a UPA 35 vezes entre os meses de março e outubro, com passagens pelo PSCentral e internação no HC. Mora sozinho, perdeu contato com os filhos e outros parentes; queixava-se de solidão e de que não se sentia cuidado. Sua condição clínica limita passeios; interrompeu a reabilitação respiratória porque não tinha transporte adequado. De acordo com a enfermeira e a gerente da UBA, acessava o serviço de modo “agressivo”, recusava a VD do ACS e dizia que a informação recebida na Santa Casa era de que o médico da UBS lhe faria visita diária. A gerente da UBS conversou com o usuário e a equipe planejou a oferta de acompanhamento psicológico e VD do ACS junto com a enfermeira. A assistente social da UPA localizou os irmãos que, após muitos anos, se reencontraram. Houve aproximações entre usuário e equipe da UBS e há cerca de um mês ele deixou de procurar a UPA. As discussões da equipe criaram um PTS com as seguintes ofertas: agenciamento de um amigo como cuidador temporário, cuidados com oftalmologista,

consulta agendada com pneumologista, matriciamento do pneumo junto ao dentista para realização de procedimento odontológico e, além da clínica, a perspectiva de produzir com o usuário espaços de sociabilidade.

Ao longo da reunião, o usuário foi aparecendo sob pontos de vista distintos (poliqueixoso, narcísico, ansioso, solitário), com importantes reflexões sobre conexões e desencontros entre ele e os trabalhadores. O coletivo refletiu sobre o trajeto do usuário na rede, a oferta de serviços, as expectativas criadas em função também da informação oferecida pela Santa Casa e as perdas do usuário com o adoecimento. A análise da produção do cuidado evidenciou a necessidade da escuta, do interesse pelas necessidades do usuário e do diálogo sobre suas redes relacionais para a composição de um projeto terapêutico que respeite sua autonomia.

O encontro também provocou uma proposta de agenda para discussão sobre desospitalização, organização da alta e articulação entre serviços para ajustes sobre o seguimento do cuidado.

A produção deste espaço é uma aposta na fabricação de análise da rede e estratégias para sua qualificação, com contribuições para a análise dos processos de trabalho, enriquecimento das ofertas e do projeto terapêutico singular dos usuários.

O kanban vem sendo operado como dispositivo, agenciando conexões criativas, encontros, conversas, análises, ações, com provocações ao instituído e as formas dadas. Imprevisíveis e surpresas que vem potencializando a produção de redes e de ferramentas analíticas problematizadoras da fabricação e da gestão do cuidado.

6. VEREDAS DA PESQUISA: CAMINHANDO ENTRE CONEXÕES, INUSITADOS, AFECTOS, ALEGRIAS, APRENDIZADOS E ..E...E...

*Andando, por motivo de força maior
Eu queria muito ir embora dali
Já tinha me cortado e estava na calçada
sem fazer ideia
Enquanto eu dançava, tinha um desenho
no chão que corria
Tudo de acontecer acontecia
E na calçada eu sentada vivia
Sem fazer ideia...*

Sem fazer ideia - Karina Buhr

Fui lançada à pesquisa tomada por interrogações sobre a potência do apoio em sua conexão com uma zona problemática e delicada: a produção do cuidado e de modos de existência no campo da saúde. Um questionamento vital operava incansavelmente: pode o apoio disparar análises coletivas sobre as práticas e agenciar invenções aliadas às singularidades?

Primeira surpresa. Acompanhar a produção do apoio como dispositivo não me remetia somente ao mundo do trabalho e do cuidado em saúde. Também me obrigava a mergulhar no mundo da gestão, o outro lado da dobra de sua produção. Gestão como lugar instituído dentro da engrenagem fabricadora do SUS, que para mim era um plano de exploração inteiramente novo.

À medida que ia caminhando na pesquisa, o pensamento-corpo-sensibilidade afetava-se como um arco, com distensões, alargamentos e contrações. Surpreendente complexidade da fabricação de uma secretaria de saúde; surpreendente complexidade da fabricação do apoio em diferentes espaços de encontro, com atores, interesses e produções em jogo que abriam novos recortes, brotavam indagações, variações e heterogeneidades, ampliando o campo problemático, conectando o apoio a outras produções.

Fluxos heterogêneos produzindo conexões, feixe de redes que não seguiam caminhos pré-estabelecidos nem alvos predeterminados; corpo multiplicidade armado de acordo com as afecções do encontro. Remanejamentos, deslocamentos, produção de territórios, distintas cartografias.

As afecções do encontro entre apoiadores e coletivos teciam sensibilidades, olhares, escuta, seleção de necessidades e construção de estratégias. Buscava-se inventar o apoio na imanência das afecções que sugeriam caminhos e trilhas.

O apoio atua em produção com uma caixa de ferramentas aberta, mutante, conectável, provisória. Diferentes encontros, diferentes possibilidades de mobilizar ferramentas. A produção da caixa de ferramentas está relacionada às afecções do encontro entre apoio e coletivos que podem dar passagem para construções, análises, sugestões e também às referências de pensar e produzir mundo, de pensar e produzir saúde.

A caixa de ferramentas é tema constante para o apoiador. Sua criação pode contar com o suporte do facilitador e de outras parcerias. Em alguns momentos os apoiadores se angustiavam, sentiam falta de ferramentas para potencializar discussões e reflexões e/ou eram surpreendidos com as produções de ferramentas disparadas junto com os coletivos.

A atividade do apoio é fabricação tecida com o coletivo. Nos encontros podem acontecer composições que borram lugares instituídos, rompem representações sobre o apoiador, usuário, trabalhador, gestão, agenciando devires que liberam o inusitado. Repartidos em categorias, estes termos sugerem unidades; no entanto, cada forma abriga muitos, que escorrem e escapam de totalizações. Os agenciamentos operam composições, misturas, movimentos, multiplicidade que não se define pelo número de seus termos, mas “o que a define é o E, como alguma coisa que ocorre *entre* os elementos ou entre os conjuntos” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 45).

Os agenciamentos configuram composições, deslocamentos, cenas que se montam e se desmontam, com tensionamentos e disputas. O campo da saúde é um território móvel, com possibilidades de remanejamentos, desterritorializações, invenções que concernem a gestão e a produção do cuidado, indissociáveis.

O dispositivo apoio pode mobilizar essas experimentações ao propor a análise coletiva da produção do cuidado e dos encontros que a tecem, na perspectiva da heterogeneidade de seus elementos e conexões. Neste sentido, saberes, poderes e práticas podem ser interrogados, vizinhanças com lógicas medicalizantes e impositivas podem ser desfeitas. Em algumas reuniões de equipe foi possível acompanhar momentos interessantes de desconstrução de perspectivas preconcebidas sobre modos de vida e produção de saúde.

O apoio como dispositivo se constitui no espaço do entre, não-lugar. É na fronteira dentro-fora que se tece o apoio como dobra imanente aos encontros, com variadas possibilidades de produção nas quais entram em jogo disputas entre apoiadores, equipes e gestores. Tensões entre equipes que delegam, demandam, compartilham, participam; gestores que dificultam, se desresponsabilizam, fazem junto; apoiadores que fazem no lugar de, ordenam, se angustiam, criam parcerias, produzem vizinhança. Todas estas composições se dão nos encontros, se misturam, se alternam, agenciando diferentes apoios.

O dispositivo é concebido como algo que dispara, mexe, articula, agita, desmancha, produz estranhamento, agencia desejo, movimenta criação. O apoio como dispositivo não é exclusividade do apoiador. É também um jeito de se colocar nas relações com potência para circular, contagiar, se propagar, sempre na singularidade dos agenciamentos. Ora esta função apoiadora era delegada apenas ao apoiador, ora também circulavam interferências potentes entre outros atores.

O apoio é armado por relações de transversalidade, por composições que agitam e diluem identidades, jogo incessante que desterritorializa o plano das formas, agenciando novos territórios. Nesta movimentação, o apoio se desmanchava, se

inventava, provocando afetações que mobilizavam alegria, dúvidas, receios, inquietações.

Somos dotados de um grau de potência que corresponde ao poder de ser afetado; no encontro entre corpos experimentamos variações que aumentam esta potência (paixões alegres) ou a diminuem (paixões tristes). As composições definem a potência para agir, é na imanência da experiência, nos movimentos afetivos que somos preenchidos pelo que nos enfraquece ou nos torna mais fortes. Os afetos constituem devires, cartografias que desenhavam linhas sedentárias, linhas nômades, linhas de fuga. Não se sabe antecipadamente dos afetos de que se é capaz. Trata-se de experimentações, da construção do plano de consistência: produção de intensidades e composições de partículas. Como acompanhar estes movimentos de produção do apoio, seguir os rastros dos fios? Esta construção se conjugou com o poder de ser afetada e recolher os efeitos possíveis das intensidades, das impressões. Névoas, fugidias e imprecisas.

(..) a consciência é surpreendida por acontecimentos de modo algum raros. Ela é surpreendida por **saltos repentinos** que a levam a testemunhar dimensões outras, níveis outros de aprendizado, mas níveis aos quais ela não pode sobrepor-se com suas arbóreas armadilhas metodológicas. A surpresa vai a tal ponto que o sujeito diz para si: **não sei como aprendi** isso ou não sei como meu corpo aprendeu isso (ORLANDI, 2015).

Os encontros de orientação foram potentes neste processo. Espaços para compartilhar, perguntar, processar afetos, bloqueios, surpresas e angústias, pensar novas perguntas. Elaboraões que se fizeram no decurso do tempo, com pausas e ritmos variados, ajustes, recomeços, provocações reflexivas e analíticas, escuta acolhedora.

Dentre tantos atravessamentos, destaco a participação, no grupo de pesquisa, de pessoas com diferentes vinculações em SBC (apoiadores, gestores e trabalhadores). No primeiro momento em que compartilhei minhas experiências no campo fui tomada por desconfortos, sobretudo porque expus algumas frustrações e descontentamentos que naquele instante gritavam em mim. Precisei lidar com minhas expectativas e com suposições sobre expectativas de outros, o que exigiu muita produção de análise!

Também recebi contribuições e palpites interessantes do coletivo de pesquisa. Estas implicações acompanharam o percurso e foram processadas em diferentes ocasiões nos encontros de orientação e outros espaços de conversa.

O referencial dos pensadores e seus conceitos-força armaram munição para a reflexão atenta às interferências do campo da representação e de pretensas verdades, possibilitando experimentações e apreensões sobre o tema em termos da processualidade e da produção de zonas de visibilidade e de dizibilidade. Formas heterogêneas, não condicionadas ao sujeito universal ou a interioridade de uma consciência, pois que “cada formação histórica vê e faz ver tudo o que pode, em função de suas condições de visibilidade, assim como diz tudo o que pode, em função de suas condições de enunciado” (DELEUZE, 1988, p. 61). Entre o ver e o falar não existe isomorfismo, simbolização, causalidade: “são os enunciados e as visibilidades que se atracam diretamente como lutadores, se combatem e se capturam, constituindo cada vez a “verdade”. (...) Falar e ver *ao mesmo tempo*, embora não sejam a mesma coisa, embora não se fale do que se vê e não se veja aquilo de que se fala” (Ibid., p. 75).

Seguir traçados, desemaranhar linhas, cartografar, analisar os agenciamentos. Fazer ruptura com o já dado para torná-lo objeto e problema para o pensamento, livre de naturalizações e esquemas prévios. Criar para o próprio pensamento um campo de experimentação. Desafios que me perturbavam juntamente com minha curta trajetória no SUS e no universo da saúde pública. Grande parte das disciplinas e das propostas teórico-metodológicas apresentadas durante o doutorado não me suscitaram provocações ou estimularam leituras. Segui com certa perturbação pela sensação de exterioridade em relação aos territórios da saúde e seu *corpus* teórico, o que pareceu uma fragilidade: a falta de repertório e de um caminho mais longo e consistente no SUS.

Esta sensação me acompanhou junto com incompreensões e inquietações. Aos poucos, nas andanças da pesquisa, experimentei aprendizados potentes, conectados com interrogações e desassossegos que portavam vitalidade e intensidade; andei pela

borda como os apoiadores, na fronteira de um campo, misturando momentos de estranhamento e momentos de “familiaridade”.

A processualidade imanente ao viver estava ali, encarnada nas fabricações do apoio, fazendo oposição a supostas compreensões totalizadoras e totalizantes, recusa insistente ao esgotamento, em permanente atualização¹⁴. Os movimentos de autoanálise foram fundamentais para rever táticas, selecionar, no pensamento, potências e pistas, cuidar dos afetos, pois em muitos momentos entraram em cena explicações, causalidades, determinismos, operações de um pensamento colado à representação e à vontade de controlar, de transformar o inusitado em familiar. A exterioridade me valeu, pois possibilitou surpresas e porosidades, mobilizou indagações e dúvidas. Penso que as experimentações acontecem quando criamos espanto no pensamento, embaralhamos códigos, gaguejamos línguas. O que pareceu uma fragilidade também liberou potências e intensidades, armou aprendizados vivos.

Os espaços de encontro do apoio nos territórios possibilitam experimentações, construções, invenções. Entretanto, há também os agenciamentos de poder que capturam os devires e fazem prevalecer o instituído, o molar, conexões que podem agenciar combinações para o apoio: apoio-fiscal, apoio-centralizador, apoio-autoritário, apoio-prescritivo, etc. Tais produções favorecem modos de cuidar e arranjos tomados como dados, naturalizados, bloqueiam a porosidade e a fabricação de linhas de fuga. Estratificações que exigem delicadeza e sentidos aguçados para captar abalos, ruídos, perturbações, índices de movimento-criação.

Em SBC o apoio é proposto como dispositivo agenciador de redes, cujas ofertas variam em função dos encontros e seus agenciamentos, na perspectiva de que a produção do cuidado e da gestão mobiliza estratégias conectadas e indissociáveis.

¹⁴ O plano de imanência compreende o virtual e sua atualização: “trata-se de séries assimétricas que congregam multiplicidades, compondo diferentes. A atualização do virtual se dá por diferenciação. (..) Atualizar, nesse sentido, não é materializar uma finalidade potencial dada, mas sim criar linhas divergentes que não se identificam, ou se assemelham, com a multiplicidade virtual” (TÓTORA, 2005, p. 89.)

A aposta da secretaria para o apoio convive com disputas e diferentes projetos dentro da própria gestão central. Apesar dos movimentos de conexão, esta fragmentação favorece embates e divergências que tensionam a lógica do apoio e interferem na produção das relações.

A heterogeneidade das apostas dos departamentos se evidenciou pelos diferentes tempos em que se colocaram em interação com a proposta do apoio e da produção de rede, bem como reconheceram outros dispositivos (EP de território, por ex.) e sua potencialidade conectiva e criativa como dispositivo para eles mesmos. Estas diferenças contribuíram para diversas produções de territórios e de possibilidades para o apoio. Tensões ainda vigentes.

Nas andanças com os apoiadores pelos diferentes territórios, serviços e espaços coletivos, compartilhei cenas marcadas por tensões e tentativas de captura do apoio, sobretudo pelo departamento de atenção básica. O trabalho do apoio é fortemente tensionado e desafiado, no cotidiano, por certa rigidez que perpassa a política (nacional) de atenção básica.

A produção da gestão e dos processos de trabalho nas unidades é atravessada pelos dispositivos da política (ações programáticas, atribuições fechadas para as equipes, avaliação do PMAQ, etc) que podem favorecer engessamentos, repetições e centralidade nos procedimentos. A relação do apoio com os/as gerentes das UBS é tensa e marcada por divergências visíveis sobre prioridades, agendas e ações. Estes tensionamentos afetam a entrada do apoiador no serviço, pois ele precisa da conexão com a gestão para fabricar acordos e sustentar processos com o coletivo. A depender do agenciamento, o gerente se omite, faz junto, impede, dificulta, prejudica, etc.

Afirmar-se como dispositivo de rede, neste cenário, é tarefa cotidiana para o apoio, mediante os jogos de força, conflitos e disputas que insistem em responsabilizar os apoiadores por ações e tarefas das equipes e dos gerentes. O risco de captura pelos agenciamentos de poder exige do apoiador atitudes de espreita e de combate contra imobilismos e tiranias, em si e no outro.

O apoio vai compondo alianças e parcerias com os trabalhadores. Os ACS tem uma participação ativa nesse processo, contribuindo com o conhecimento vivo sobre os territórios e as necessidades dos usuários; com as visitas na rede que fortalecem a conexão entre os serviços e os aproximam do cotidiano de outros trabalhadores e da fabricação do cuidado fora das UBS ; com a produção de grupos nas unidades; com atividades nas escolas e espaços comunitários, etc. As movimentações dos ACS junto ao apoio são potentes para contagiar as equipes e outros atores, agenciando cooperação e compartilhamento de responsabilidades.

As conexões entre o apoio e o departamento de Proteção e Vigilância em Saúde colaboraram para enriquecer as aproximações do departamento com os territórios por meio de processos de educação permanente de trabalhadores, espaços coletivos de discussões de caso e outras estratégias de transversalização da fabricação de práticas em saúde. Estas movimentações do departamento indicam sua implicação com a produção de porosidade e de articulações criativas com contribuições para a qualificação do cuidado.

As mudanças que vem sendo produzidas no campo da atenção especializada, derrubando muros, fabricando encontros, agenciando equipes, têm sido produzidas com intensa participação dos apoiadores nos diferentes territórios, variando em intensidade de acordo com temáticas, composição e potência dos diferentes agrupamentos apoiador/gestor/trabalhadores.

As apostas dos gestores do PS Central e do HC ajudam a nutrir a criatividade e a potência do kanban, espaço que vem funcionando como importante dispositivo com efeitos surpreendentes. Recentemente o kanban do HC se transformou em observatório de rede, convidando o coletivo para discussão de casos; estimulando exercícios analíticos sobre a produção da gestão e do cuidado nos territórios; fabricando outras possibilidades para a ideia da atenção básica como lugar privilegiado para a gestão do cuidado; criando ferramentas e novos fluxos. Além disso, o kanban agenciou novas grupidades para o apoio, disparando misturas entre os apoiadores, problematizações e aprendizagens.

O trabalho do apoiador se faz neste vaivém de planos que se atravessam. Também o apoio corre o risco de grudar no plano de organização, com suas normas, protocolos, prescrições. Fazer a cartografia é para o apoiador acompanhar os planos, mapear as adversidades, acolher e problematizar as demandas, atento ao que vaza, ao jogo de forças e disputas. Fazer a cartografia compondo-se com suas linhas e diagramas, dupla invenção: apoio e traçados. Daí a necessidade de permanente autoanálise, afinal, não controlamos os efeitos do que se produz no encontro. Somos surpreendidos por criações, desconstruções, perdas, transformações que a todo tempo nos provocam e nos desalojam de supostas zonas de conforto. O dispositivo apoio é conectável e pode operar hierarquizações e/ou transversalizações, dominações e/ou resistências. O apoiador precisa ser um cartógrafo!!!

Um tensionamento importante e constitutivo dos espaços de EP é a proposta de produzir análise com a presença dos gestores, considerando que dentre os atravessamentos que recortam as relações entre trabalhadores e gestão temos cobranças, avaliações, exigências de produtividade, etc. A análise é uma ferramenta potente, sobretudo quando produz visibilidade e dizibilidade para os jogos de saber-poder, embates, mandos e silenciamentos. Trata-se de uma produção que desafia, instiga, estimula, provoca. A construção de exercícios analíticos se dá com a criação de vínculos, de interlocuções, de escuta, entre contratempos e percalços, traçados que compõem paisagens sempre variadas. Alguns apoiadores associaram o exercício de análise à exposição de fragilidades, de erros, de riscos, com efeitos como atitudes de esquiva e silêncios. É importante enfrentar estas tensões, fabricar outros sentidos para a análise, desconstruir responsabilizações individuais, criar possibilidades para interrogar, pensar, construir inventos e aprendizados coletivos.

A atividade de análise é uma produção que pode ser disparada e problematizada pelos variados atores. Em uma reunião de EP do apoio, um grupo de apoiadores mencionou sua iniciativa de convidar a facilitadora para um encontro no qual puseram em análise as relações cotidianas, os processos de trabalho e as produções do coletivo com efeitos potentes para outras fabricações. O convite para análise pode fortalecer os coletivos ao colocar na roda desafios, incômodos e

potências. Movimentar esta produção também implica em mobilizar conversas sobre o que dificulta e/ou impede, o que/quem ajuda em sua construção, ou seja, investir em encontros problematizadores em diferentes espaços, misturando os atores.

O apoio se conjuga com acompanhar processos, provocar análises, agenciar redes, mobilizar criações coletivas e singulares. Não se confunde com conduzir, substituir, direcionar. O apoiador não deve reivindicar autorias, centralizar decisões, falar no lugar de outros. Há que se produzir o desapego e a provisoriedade de sua passagem pelos grupos, fomentando o protagonismo do coletivo. Com este propósito, penso que é estratégica a circulação dos apoiadores entre serviços e entre equipes, de modo que eles não permaneçam muito tempo no papel de referência deste ou daquele. Os arranjos devem ser discutidos, analisados e revistos. Em diferentes reuniões de apoiadores surgiram questionamentos neste sentido, disparando mudanças, continuidades, recusas e silêncios. A problematização junto com os facilitadores (e outros, se necessário) pode ajudar a produção de análise e de rearranjos.

A “acontecimentalização” como procedimento de análise opera por rupturas; escapa das evidências e das naturalizações que tomam algo como fato, fazendo surgir uma singularidade. Diz Foucault:

(...) a “acontecimentalização” consiste em reencontrar as conexões, os encontros, os apoios, os bloqueios, os jogos de força, as estratégias, etc. que, em um dado momento, formaram o que, em seguida, funcionará como evidência, universalidade, necessidade (FOUCAULT, 2003, p. 339).

Desmultiplicação causal que analisa o acontecimento pelos processos múltiplos que o constituem. Análise que convidou a tomar o apoio em sua dimensão processual, conectada a variados planos e produtora de conexões, irreduzível a linearidades, causalidades, previsibilidades. Apoio que se relaciona com o imprevisto, a experimentação e o risco.

Os diferentes arranjos e dinâmicas do apoio, a inventividade de dispositivos e produções nos territórios mobilizaram idas e vindas ao município. Partir, processar, elaborar, voltar... Movimentos que acompanharam os processos de análise e de escrita da tese. As transformações e criações do apoio me convocaram a retomar o campo, com efeitos potentes para novas reflexões, ideias, análises e escritos. Os encontros com os apoiadores agenciavam alegria, curiosidade e inquietações, desejo de estar junto, acompanhar agendas, atividades variadas e circulantes. Nos diferentes momentos em que retornei aos espaços coletivos me sentia acolhida e convidada a compartilhar atividades e encontros.

Também se fez necessário tecer limites, lidar com o inacabado, a provisoriidade, a transformação imanente do apoio. Neste tempo de pesquisa, mudanças de apoiadores, novos dispositivos e grupidades, processos de subjetivação, paisagens e desmanches, de “mim”, do(s) outro(s).

O cuidado não é algo dado. Nas andanças da pesquisa acompanhei muitas maneiras de produzir cuidado em composição com sensibilidades, porosidades, curiosidade, interesse, rigidez, preconceitos, etc. Produções de mundos, modos de existência e valores com efeitos que mobilizam potência e/ou impotência. Nesta permanente fabricação não podemos deixar de interrogar: o que opera em nós? O que se insinua como captura nos encontros? Que mundo afirmamos? Que alianças produzimos?

Algo que me incomodou ao longo da pesquisa: a ausência dos usuários nos espaços de reunião. Discussões de caso, formulações de projetos terapêuticos e encontros de EP; conversas sobre usuários, decisões, combinados, entre trabalhadores, entre trabalhadores e gestão. E o usuário?

A imersão com os apoiadores proporcionou experimentar a criação de redes em diferentes espaços com diferentes atores. Estas andanças foram muito valiosas para ampliar perspectivas sobre os serviços, suas conexões e produções, múltiplos SUS em movimento. A entrada no universo do PS Central foi algo novo que misturou

linguagens, lógicas e afetos. Até então nunca estivera numa reunião de equipe neste contexto e inicialmente tudo me pareceu estranho: a planilha com diagnósticos, procedimentos e planejamentos de alta. Aos poucos os códigos eram investidos de vida, evocavam sensações, sentimentos, impressões, ataçavam discussões, pontos de vista, afetações.

No território C os encontros da EOT (ligada à educação), apoiadores e trabalhadores da AB, CER, CRAS, dentre outros, mobilizaram articulações potentes e olhares críticos sobre o cuidado. Nos encontros, este espaço apareceu investido de afeto e de participação intensa dos trabalhadores. Angústias e sofrimentos puderam ser compartilhados e colocados como analisadores importantes das condições de trabalho e de vida, dos estranhamentos com a alteridade, etc.

Foi bem bacana acompanhar estas articulações e movimentações, produções de porosidade em ato!

Antes de mergulhar no campo, imaginava o mundo da gestão composto por burocracias, planilhas, regulamentos e fiscalizações operados sobre o trabalhador, em permanente conflito. Neste embate me situava entre os trabalhadores e pensava algo como 'a gestão contra nós'. No cotidiano da pesquisa pude desfazer a ideia de exterioridade da gestão e experimentar a 'gestão em nós', circulando e conjugando negociações, acordos, disputas, com uma caixa de ferramentas mais ampla e em produção.

A gestão opera na micropolítica, nos encontros e pode agenciar muitas coisas, inclusive o combate a anestésias, aos mandos, as tutelas, as forças de medicalização... A conexão entre produção do cuidado e da gestão ganhou vida nas discussões de caso, nas reuniões de EP de território e outros espaços.

O cuidado como criação coletiva também pode escapar do domínio de uns saberes sobre outros, potencializando jogos de forças que armam outras configurações. Neste sentido, temos um cuidado que se faz transversalizando fronteiras, borrando limites entre conhecimentos, descolando referências identitárias

e manejos exclusivos. Esta experiência se efetudou em muitos momentos da fabricação do apoio, quando educadores físicos, fisioterapeutas e outros, entravam nas discussões sobre saúde mental e na composição de projetos terapêuticos em variados serviços, atuando como referência junto às equipes; mais, na construção de matriciamentos compondo junto com outros trabalhadores. Contribuições efetivas e sensibilidades que tensionavam a idéia de núcleo e de campo, especificidades e comum. Estas composições me entusiasmaram com afetações intensivas e potentes: é possível mesmo compor um cuidado sem aprisionamentos aos saberes, conectado aos conhecimentos imanentes ao viver!!

A imersão na pesquisa mobilizou o corpo-pensamento e foi um intenso aprendizado, em ato, experimentando, processando, revendo, elaborando. As cartografias produzidas foram marcadas por afetos e sensibilidades do decorrer da experiência que em muitos momentos misturaram inquietações, dúvidas e ativaram a aposta na potência das conexões, dos encontros e suas produções. Vivências que também ampliaram e enriqueceram a pesquisadora-cartógrafa em mim por meio dos sustos, percalços, surpresas! Afirmação de que o conhecimento se faz pelo mergulho, pela imersão, pelos afectos, pelo pensamento-sensibilidade que opera por interesses, por curiosidades, por problematizações vivas.

Entre angústias, esperas e surpresas, vaivém de conversas, encontros de orientação, a escrita foi acontecendo, às vezes aos saltos, em experimentações com cores, imagens, sensações, memórias intensivas! Muito me alegrou a produção de uma escrita mais leve, que aos poucos pôde se desamarrar mais dos conceitos e ganhar potência misturando-se às experiências. O texto foi se armando e a complexidade da produção do apoio suscitando conexões e mais conexões, como um mosaico, ampliando a problemática inicial da pesquisa, conectando o dispositivo apoio com a produção de redes, de dispositivos analíticos e de gestão, indissociáveis. Novidades, aprendizados, alegrias, muito trabalho!

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A.L. et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Revista Lugar Comum: estudos de mídia, cultura e democracia**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Laboratório Território e Comunicação – LABTeC/ESS/UFRJ – Vol 1, n. 1, (1997) – Rio de Janeiro: UFRJ, n. 39 – jan-abr 2013. Disponível em< <http://uninomade.net/lugarcomum/39/>> . Acesso em 15 jan. 2015.

AMADOR, F.S. Transdisciplinarizar. In: FONSECA, T.M.G.; NASCIMENTO, M.L.; MARASCHIN, C. (Orgs.) **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012, p. 231-233.

AYRES, J.R.C.M. Organiza.ção das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 11-23, 2009. Suplemento 2.

BADUY, R.S. **Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento**. 2010. 183p. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 4 ed. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1998.

BARROS, M.E.B. et.al O apoio institucional como dispositivo para a implantação do acolhimento nos serviços de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 18, 2014, p.1107-1115. Suplemento 1.

BARROS, M.E.B. et. al. Verbos do apoio institucional em pesquisa: transversalizar, transdisciplinarizar e fortalecer redes de trabalho-vida na saúde. In: PINHEIRO, R. et. al (Orgs.). **Práticas de apoio e a integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica em pesquisa**. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2014, p. 83-110.

BARROS, R.B. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. 2 ed. Porto Alegre: Sulina/ Editora da UFRGS, 2009.

BARROS, R.B., BARROS, M.E.B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S.B., BARROS, M.E.B. (Orgs.) **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007, p. 62-78.

BARROS, L.P; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V; ESCÓCIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade.** Porto Alegre: Sulina, 2009, p.52-75.

BARROS, R.B; PASSOS, E. Transversalizar. In: FONSECA, T.M.G.; NASCIMENTO, M.L.; MARASCHIN, C. (Orgs.) **Pesquisar na diferença: um abecedário.** Porto Alegre: Sulina, 2012, p. 239-242.

BERTUSSI, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal.** 2010. 234p. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BIDERMAN, I. Médica americana explica seu apoio à nova 'bíblia' da psiquiatria. **Folha de São Paulo.** São Paulo, 21 maio 2013. Disponível em: < <http://acervo.folha.com.br/fsp/2013/05/21/15/> >. Acesso em 24 junho 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Educação Permanente em Movimento.** Entrada: textos. Material instrucional. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidades de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde.** Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/ FIOCRUZ, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ações e Programas. **Portaria nº154/GM, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008.** Disponível em < <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/nasf.php> > Acesso em: 26 out. 2014.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições - o método da roda.** 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

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

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

CECCIM, R.B., FERLA, A.A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p. 162-176.

CECILIO, L.C.O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. (Orgs.) **Os mapas do cuidado**: o agir leigo na saúde. 1ed. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2014.

CECILIO, L.C.O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Revista Interface**. Botucatu, v.11, n. 22, p. 29-56 , maio-ago 2007.

_____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. Disponível em < [http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade e Equidade na Atencao a saude - Prof Dr Luiz Cecilio.pdf](http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saude_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf)>. Acesso em 25 out. 2012.

CÉSAR, J.M. et. al O apoio como atividade de trabalho: dimensões e desafios para o exercício da função apoio. In: PINHEIRO, R. et. al (Orgs.). **Práticas de apoio e a integralidade no SUS**: por uma estratégia de rede multicêntrica em pesquisa. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2014, p. 139-174.

COIMBRA, C.M.B.; NASCIMENTO, M.L. Implicar. In: FONSECA, T.M.G.; NASCIMENTO, M.L.; MARASCHIN, C. **Pesquisar na diferença**: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012, p. 131-133.

COSTA, L.A.; ANGELI, A.A.C.; FONSECA, T.M.G. Cartografar. In: FONSECA, T.M.G.; NASCIMENTO, M.L.; MARASCHIN, C. (Orgs.) **Pesquisar na diferença**: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012,p. 45-48.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde Soc** [online], São Paulo, v. 20, n. 4, p.961-970, 2011.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs – capitalismo e esquizofrenia**. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Ed.34, 1995a. v.1.

_____. **Mil platôs – capitalismo e esquizofrenia**. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995b. v. 2.

_____. **Mil platôs – capitalismo e esquizofrenia**. Tradução de Aurélio Guerra Neto et al. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. v.3.

_____. **Mil platôs – capitalismo e esquizofrenia**. Tradução de Suely Rolnik. São Paulo: Ed. 34, 1997a. v.4.

_____. **Mil platôs – capitalismo e esquizofrenia**. Tradução de Peter Pál Pelbart e Janice Caiafa . São Paulo: Ed. 34, 1997b. v.5.

DELEUZE, G. **A ilha deserta**: e outros textos. Edição preparada por David Lapoujade; organização da edição brasileira e revisão técnica Luiz B. L. Orlandi. São Paulo: Iluminuras, 2006a, p. 155-166.

_____. Para dar um fim ao juízo. In: DELEUZE, G. **Crítica e clínica**. 2ed. São Paulo: Ed. 34, 2006b, p. 143-153.

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

_____. O que é um dispositivo? In _____ **O mistério de Ariana**. Lisboa: Ed Vega-Passagens, 1996, p. 83-96.

_____. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed.34, 1992.

_____. **Foucault**. 1 ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.

_____. **Nietzsche e a filosofia**. Portugal: Editora Rés, [197-?].

_____. **Nietzsche**. Portugal: edições 70, s/d.

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

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FIGUEIREDO, M.D; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 129-138, fev. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 11 jan. 2016.

FONSECA, T.M.G, COSTA, L.A. Subjetivar. In: FONSECA, T.M.G.; NASCIMENTO, M.L.; MARASCHIN, C. **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012, p.219-221.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 22ªed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006.

_____. **Estratégia, poder-saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. (Coleção Ditos e escritos IV).

_____. **O nascimento da clínica**. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.L.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 231-249.

FUGANTI, L. Agenciamento. Disponível em <<http://escolanomade.org/pensadores-textos-e-videos/fuganti-luiz/agenciamento>>. Acesso em 20 nov 2014.

GRANIER, J. **Nietzsche**. Porto Alegre, RS: L&PM, 2009.

GUATTARI, F. **As três ecologias**. 17ª ed. Campinas, SP: Papirus, 2006.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis/RJ: Ed. Vozes, 2000.

HENZ, A.O et al. Trabalho entreprofissional: acerca do comum e acerca do específico. In: CAPOZZOLO, A.A., CASETTO, S.J., HENZ, A.O. A (Orgs.) **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 163-186.

KIRST et al. Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. In: FONSECA, T.M.G.; KIRST, P.G. (Orgs.) **Cartografias e devires**: a construção do presente. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003, p. 91-101.

LAZZAROTTO, G.D.; CARVALHO, J. D. Afetar. In: FONSECA, T.M.G.; NASCIMENTO, M.L.; MARASCHIN, C. (Orgs.) **Pesquisar na diferença**: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012, p. 25-27.

LINS, D. **Juízo e verdade em Deleuze**. São Paulo: Annablume, 2004.

LOURAU, R. Uma apresentação da análise institucional. In: ALTOÉ, S. (Org). **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004.

MAIA, M.A.B., NEVES, C.A.B. Qual a potência do apoio institucional no campo da saúde pública?. **Interface**, Botucatu, v. 18, p 821-831, 2014. Suplemento 1.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2011, p. 39-64.

MERHY, E. E. Educação permanente em movimento: uma política de reconhecimento e cooperação. Ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em redes**, v. 1, n. 1, p. 7-14, 2015.

_____. Ver a si no ato de cuidar. In: CAPAZZOLO, A.A., CASETTO, S.J. HENZ, A.O. **Clinica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 248-267.

_____. Micropolítica do encontro intercessor apoiador-equipe, substrato para um agir intensivista. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 433-435, jul/set. 2010.

_____. Enfrentar a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato, no cuidado. In: CARVALHO, S.R., BARROS, M.E., FERIGATO, S. **Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 276-300.

_____. Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 60, 2007, **Conferência de Abertura**, texto mimeo.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E. et. al **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 33.

_____. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: _____ **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 41-66.

MERHY, E.E., FEUERWERKER, L.C.M. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO, A.C.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Informar e Educar em Saúde: análises e experiências**. 1 ed. Salvador: Editora da UFBA, 2013, v. 1, p. 5-21.

_____. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.; GOMBERG, E. (Org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão e Salvador: Editora Universidade de Feira de Santana e Editora da UFBA, 2009, p. 29-56.

MERHY, E.E., FEUERWERKER, L.C.M., CERQUEIRA, M.P. Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T. ; RAMOS, V (Orgs.) **Semiótica, Afecção e Cuidado**. Editora Hucitec, São Paulo, 2010, p.60-75.

MEYER, D.E., FÉLIX, J., VASCONCELOS, M.F.F. Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 859-871, out./dez. 2013.

NIETZSCHE, F. W. **A vontade de poder**. Tradução do original alemão e notas Marcos Sinésio Pereira Fernandes e Francisco José Dias de Moraes; apresentação Gilvan Fogel. Rio de Janeiro: Contraponto, 2008.

ORLANDI, L. Com que verbos cuidar do verbo pesquisar?. In: Laboratório de Estudos e Pesquisas sobre Formação e Trabalho em Saúde – LEPTS, 2015, Unifesp -Santos/SP. **Palestra**.

ORTEGA, F.; ZORZANELLI, R. **Corpo em evidência**: a ciência e a redefinição do humano. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUARYOL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs). **Epidemiologia e saúde**. 5ªed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 473-487.

PASCHE, D.F.; PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da Política de Humanização da Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.34, n.86, p. 423-432, jul./set. 2010.

_____. O lugar do método na Política de Humanização: aposta para uma experimentação democrática radical. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 439-447, jul./set., 2010.

PASSOS, E.; BARROS, R.B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V; ESCÓCIA, L. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009, p.17-31.

PAULON, S.M., PASCHE, D.F., RIGHI, L.B. Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. **Interface**, Botucatu, v. 18, p.809-820, 2014. Suplemento 1.

PELBART, P.P. **Vida capital**: Ensaio de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2009.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008, p.23- 38.

POZZANA, L. A formação do cartógrafo é o mundo: corporificação e afetabilidade. **Fractal**, Rev. Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 323-338, Maio/Ago. 2013.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2006.

SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO. Saúde Mental de SBC implanta rede substitutiva eficaz e qualificada. **Cadernos da saúde**, v. 2 – Saúde Mental, s.d.

_____. Guia da saúde. Disponível em: <http://www.saobernardo.sp.gov.br/o-guia-da-saude>. Acesso em 11 mar. 2014.

TENÓRIO, G. **O apoio matricial: obstáculos e potencialidades nas práticas em construção**. Disponível em: < <http://www.redehumanizaus.net/7077-o-apoio-matricial-obstaculos-e-potencialidades-nas-praticas-em-construcao>>. Acesso em 10 jan. 2013.

TÓTORA, S. (In)tolerância: vida-poiesis e política. In: PASSETTI, E.; OLIVEIRA, S. (Orgs.) **A tolerância e o intempestivo**. Cotia, SP: Ateliê Editorial, 2005, p. 75-92.

VASCONCELOS, M.F.F.; MORSCHEL, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. **Revista Interface**, Botucatu, v. 13, p.729-738, 2009. Suplemento 1.

ZOURABICHVILI, F. **O vocabulário de Deleuze**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de pesquisa: “Um Olhar Sobre a Fabricação do Dispositivo Apoio no Município de São Bernardo”

Pesquisadora Responsável: Ana Cristina Sundfeld (011) 98189.XXXX

Este projeto tem o objetivo de descrever e analisar a experiência de fabricação do dispositivo apoio, especialmente na rede de atenção à saúde no município de São Bernardo do Campo e seus efeitos.

Para tanto será necessário realizar os seguintes procedimentos: observação e registro no diário de campo, entrevistas com as Equipes de Saúde da Família, Apoiadores, gestores e funcionários da Unidade (e outros atores que se mostrem como relevantes nos territórios estudados), oficinas temáticas e narrativas.

Durante a execução do projeto, poderão ser utilizados recursos de gravação da entrevista e oficinas, que serão de uso exclusivo para auxiliar na transcrição das mesmas pelo pesquisador. De forma alguma serão utilizados para fins comerciais.

Esta pesquisa não inclui riscos para o participante. Caso haja alguma dúvida, entrar em contato com o responsável pela pesquisa.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade;
4. Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e concordo em participar deste projeto de pesquisa.

São Paulo, ____ de ____ de ____.

Nome do sujeito/ ou do responsável: _____

Assinatura: _____

Eu, *Ana Cristina Sundfeld*, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

_____ Data: ____/____/____

ANEXO 2 – NARRATIVAS DE APOIADORES

Narrativa 1

Enquanto apoiadora em saúde acredito que minha aproximação do cuidado ocorre de diversas e diversificadas formas.

A forma predominante ocorre no âmbito institucional, em que são pensadas propostas para que a equipe do serviço de saúde promova o cuidado direto aos usuários do SUS. Propostas essas que envolvem auxílio na organização de agenda, organização de dados epidemiológicos do território, avaliação institucional quanto à demanda atendida para então pensar junto com os trabalhadores propostas que atendam as necessidades de determinados grupos populacionais, compreensão das relações estabelecidas entre os profissionais dos serviços, conhecimento da rede de atenção em saúde do município que atuo, discutir desconfortos que as relações interpessoais geram e muitas vezes afetam a produção de cuidado do serviço, entre outros.

Além disso, um ponto fundamental que considero são as participações em reuniões de equipe e encontros dos trabalhadores, momentos esses em que a Educação Permanente fomenta um contato com a prática do cuidado, revisão e possível aperfeiçoamento do cotidiano do trabalho.

No entanto, essas questões são possíveis apenas se há disponibilidade do trabalhadores, uma vez que, como apontei acima, trata-se da minha aproximação com a produção do cuidado de forma indireta, em que auxilio na discussão de certas bases para que outros profissionais desenvolvam propostas que considerem pertinentes na prática cotidiana.

E essa disponibilidade pode ou não ocorrer e, quando se trata de equipe, os tempos são diferentes, as intenções são diferentes, os objetivos são diferentes e não é um trabalho confortável mediar todos esses pontos. Fato esse que muitas vezes desmotiva toda uma lógica de cuidado, inclusive desmotiva também o trabalho do apoiador, que fica em um “entre” cheio de tensões profissionais e pessoais, muitas vezes.

Outra forma de aproximação com a produção do cuidado ocorre no âmbito matricial, em que situações específicas de determinada pessoa, família ou território são discutidas e geram uma atuação mais direta tanto relativa ao meu núcleo de conhecimento, uma vez que sou formada em Terapia Ocupacional, quanto ao meu campo de conhecimento, seja em saúde pública, como em conhecimentos cotidianos que auxiliem em uma intervenção.

Relativo à primeira forma, diversas vezes posso realizar orientações aos próprios pacientes e ou familiares, realizar visita domiciliar e atendimento compartilhado com algum membro da equipe.

Acredito que, pela Terapia Ocupacional não ser uma área tão conhecida, não sou muito demandada para essas intervenções, sendo que venho realizando um trabalho de apresentar essa profissão aos profissionais, mas ainda de maneira muito inicial.

Diante disso, acredito que o mais significativo é essa aproximação e construção conjunta que tento realizar com os trabalhadores, uma vez que acredito na potência da reflexão da prática desenvolvida assim como na necessidade de se conhecer a estratégia de cuidado em que se trabalha. Não é um trabalho fácil mas quando percebo que cada componente de uma equipe percebe seu papel naquele espaço as potências vão se desenvolvendo.

Narrativa 2

No trabalho como apoiador em saúde a aproximação com a produção do cuidado acontece principalmente através das equipes de saúde. Em poucos momentos temos um contato direto com o paciente (seja através de visitas, grupos, etc), a ponto de produzir esse cuidado diretamente. No caso da minha formação, psicologia, esse contato direto é pouco, pois existem psicólogos nos serviços para atenderem a população. Porém, junto com as equipes podemos pensar/analisar qual a melhor forma de produzir o cuidado necessário.

O trabalho do apoiador em saúde permite que seja pensado no cuidado respeitando as singularidades dos pacientes, e não apenas um modo de cuidado para todos. Permite articular entre os diversos serviços de saúde para que o cuidado seja mais amplo e completo. A entrada dos apoiadores em outros serviços, além da Atenção Básica, possibilita melhor essa articulação. Do meu ponto de vista, trabalhar nas questões institucionais dos serviços de saúde também é uma maneira de produzir cuidado, já que tentamos viabilizar acesso e otimizar tempo de resposta às necessidades do paciente. Alguns empecilhos no sucesso do tratamento do paciente estão ligados ao fluxo dos serviços e não à falta de oferta, como por exemplo, o profissional não saber para onde encaminhar ou, até mesmo, que existe um serviço específico que poderia encaminhar o paciente. Por isso, acredito que todo o trabalho de apoiador em saúde gira em torno da produção do cuidado, direta ou indiretamente.

O contato mais próximo com os profissionais da saúde também dá a eles uma sensação de amparo maior, o que pode ser percebido pela quantidade de vezes que estes procuram os apoiadores para auxiliarem em questões relacionadas ao trabalho. Se por um lado, a entrada em mais serviços é benéfica por aproximar a rede, por outro faz com que o apoiador tenha menos tempo em cada serviço e não possa, em alguns momentos, dar conta de toda a demanda trazida pelos profissionais no tempo que consideram ideal ou presente em todos os espaços que julgam necessários.

Resumindo, acredito que minha aproximação com a produção do cuidado se dá através do trabalho com as equipes de saúde e com a articulação dos serviços da rede, com isso conseguindo direcionar o cuidado necessário para os diferentes pacientes atendidos pelos serviços e enfatizar ou estabelecer fluxos intra e inter serviços.

CURRÍCULO LATTES

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Dados pessoais

Nome Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Nascimento 23/04/1958 - São Paulo/SP - Brasil
CPF 117.717.288-76

Formação acadêmica/titulação

- 2000 - 2002** Doutorado em Saúde Pública.
 Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, Brasil
 Título: Mudanças na educação médica - os casos de Londrina e Marília, Ano de obtenção: 2002
 Orientador: Francisco Bernardini Tancredi
- 1992 - 1997** Mestrado em Saúde Pública.
 Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, Brasil
 Título: Residência Médica e as Estratégias de Mudança da Educação Médica no Brasil, Ano de obtenção: 1997
 Orientador: Ana Maria Malik
- 1991 - 1991** Especialização em Saúde Pública.
 Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, Brasil
 Título: Análise do papel do Hospital Universitário da USP no sistema de saúde da região do Butantã
 Orientador: Gonzalo Vecina
- 1984 - 1986** Especialização - Residência médica .
 Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, Brasil
 Título: Clínica Médica
 Orientador: 12791
- 1976 - 1983** Graduação em Medicina.
 Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, Brasil

Livre-docência

- 2012** Livre Docência .
 Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP-USP, Brasil
 Título: Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação, Ano de obtenção: 2012

Atuação profissional

1. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP-USP

Vínculo institucional

- 2012 - Atual** Vínculo: Servidor público , Enquadramento funcional: Professor Associado , Carga horária: 40, Regime: Dedicação exclusiva
- 2010 - 2012** Vínculo: Servidor público , Enquadramento funcional: Professor Doutor , Carga horária: 40, Regime: Dedicação exclusiva
- 1993 - 1999** Vínculo: Colaborador , Enquadramento funcional: Outro (especifique) (colaborador) , Carga horária: 20, Regime: Parcial

Ana Cristina Sundfeld

Dados pessoais

Nome Ana Cristina Sundfeld
Nascimento 18/07/1973 - RIO DE JANEIRO/RJ - Brasil
CPF 932.058.804-04

Formação acadêmica/titulação

- 2012** Doutorado em Saúde Pública.
 Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, Brasil
 Título: Um olhar sobre a fabricação do Apoio como dispositivo no município de São Bernardo
 Orientador: Laura C. Macruz Feuerwerker
 Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- 1998 - 2000** Mestrado em Psicologia.
 Pontifícia Universidade Católica de Campinas, PUC Campinas, Campinas, Brasil
 Título: O desafio de conviver na diferença: o saber-fazer nas equipes interdisciplinares de saúde mental, Ano de obtenção: 2000
 Orientador: Vera Engler Cury
 Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- 2010 - 2014** Graduação em Filosofia.
 Unisul Virtual, UNISUL, Brasil
- 1993 - 1997** Graduação em PSICOLOGIA.
 Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, Brasil
 Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Formação complementar

- 2010 - 2010** Promoção de Saúde e Qualidade de Vida. . (Carga horária: 64h).
 Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, Brasil
- 2010 - 2010** Extensão universitária em Autonomia e Promoção de Saúde. (Carga horária: 16h).
 Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, Brasil
- 2009 - 2009** Extensão universitária em Psicofarmacologia e Equipe Multidisciplinar. (Carga horária: 40h).
 Universidade Católica Dom Bosco, UCDB, Campo Grande, Brasil
- 2009 - 2009** 1 Capacitação dos Profissionais dos NASFs. . (Carga horária: 84h).
 Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, SS, Brasil
- 2002 - 2002** Extensão universitária em Francês instrumental para pós-graduandos. (Carga horária: 30h).
 Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, São Paulo, Brasil