

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

Sandra Maria Sales Fagundes
Alexandre Sobral Loureiro Amorim
Liane Beatriz Righi
Ricardo Souza Heinzelmann
Organizadores

**Atenção Básica em Produção:
Tessituras do Apoio na Gestão
Estadual no SUS**

editora



redeunida

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

Sandra Maria Sales Fagundes

Alexandre Sobral Loureiro Amorim

Liane Beatriz Righi

Ricardo Souza Heinzelmann

Organizadores

Atenção Básica em Produção:

Tessituras do Apoio na Gestão

Estadual do SUS

Porto Alegre, 2014

Rede UNIDA

Coordenador Nacional da Rede Unida

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial**Adriane Pires Batiston** - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil**Alcindo Antônio Ferla** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil**Ângel Martínez-Hernández** - Universitat Rovira i Virgili, Espanha**Angelo Steffani** - Universidade de Bolonha, Itália**Ardigó Martino** - Universidade de Bolonha, Itália**Berta Paz Lorido** - Universitat de les Illes Balears, Espanha**Celia Beatriz Iriart** - Universidade do Novo México, Estados Unidos da América**Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil**Emerson Elias Merhy** - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil**Izabella Barison Matos** - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil**João Henrique Lara do Amaral** - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil**Julio César Schweickardt** - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** - Universidade de São Paulo, Brasil**Laura Serrant-Green** - University of Wolverhampton, Inglaterra**Leonardo Federico** - Universidade de Lanus, Argentina**Lisiane Böer Possa** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil**Liliana Santos** - Universidade Federal da Bahia, Brasil**Mara Lisiane dos Santos** - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil**Márcia Regina Cardoso Torres** - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil**Marco Akerman** - Universidade de São Paulo, Brasil**Maria Luiza Jaeger** - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil**Maria Rocineide Ferreira da Silva** - Universidade Estadual do Ceará, Brasil**Ricardo Burg Ceccim** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil**Rossana Staeve Baduy** - Universidade Estadual de Londrina, Brasil**Sueli Goi Barrios** - Universidade Federal de Santa Maria, Brasil**Túlio Batista Franco** - Universidade Federal Fluminense, Brasil**Vanderléia Laodete Pulga** - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil**Vera Lucia Kodjaoglanian** - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil**Vera Rocha** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil**Comissão Executiva Editorial**

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Arte gráfica - Capa

Zeca Saraiva,

“Sem Título”

Acrílico sobre tela, 2010.

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Revisão Técnica

Jacira Gil Bernardes

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009.

Copyright © 2014 by Sandra Fagundes; Alexandre Amorim; Liane Righi; Ricardo Heinzelmann

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

A864 Atenção básica em produção : tessituras do apoio na gestão estadual do SUS [recurso eletrônico] / Sandra Fagundes ... [et al.] organizadores. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2014.
p. 355 – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde)

ISBN: 978-85-66659-33-7

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Saúde pública – Rio Grande do Sul. 4. Apoio social. 5. Saúde mental. 6. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. I. Fagundes, Sandra. II. Amorim, Alexandre. III. Righi, Liane. IV. Ricardo Heinzelmann. V. Série.

CDU: 614(816.5)

NLM: WA540

Sumário**Prefácio - Sandra Fagundes.....9****Apresentando Relatos e Reflexões de um Coletivo em Produção - Alexandre Amorim, Liane Righi, Ricardo Heinzelmann.....13****Tessituras do Apoio na Gestão do SUS: O Fortalecimento da gestão estadual da Atenção Básica no Rio Grande do Sul - Ricardo Heinzelmann, Károl Cabral, Sandra Fagundes, Alexandre Amorim, Liane Righi.....17****Apoio, Atenção Básica e Redes Regionais de Saúde: a experiência de um governo em defesa do SUS - Liane Beatriz Righi, Dário Frederico Pasche, Alexandre Amorim, Ricardo Heinzelmann, Sandra Maria Sales Fagundes.....37****Payadores Missionários: aprendizagens na prática do apoio institucional - Júlia Schenkel, Otávio D’Ávila, Carol Rodrigues.....51****Multiplicando Movimentos do Apoio em uma Relação Interfederativa: Um relato de experiência - Mariana Allgayer, Guilherme Shimocomaqui, Carine Ferreira Nied, Angelita Hermann.....73****O Apoio Institucional transpondo distâncias para o fortalecimento da Atenção Básica - Daiane Silveira, Iuday Gonçalves Motta.....93**

Cartografando o Apoio Institucional em Terras Vermelhas - Anna Luiza Trein, Felipe Silveira da Costa.....103

Acolher e Apoiar: Uma Insistência na Produção de Encontros - Alessandra Charney, Michele Eichelberger, Micheli Rosseto.....121

A Atenção Básica e Comunidades Indígenas: O Desafio do Desenvolvimento da corrigir palavra no título: intersectorialidade com Base no Território - Gisele Vicente, Anna Luiza Trein, Felipe Silveira da Costa.....139

Transpondo a Soleira da Porta: Movimentos iniciais para a Formação da Política Estadual da Saúde das Populações do Campo - Julia Monteiro Schenkel, Anajá Antonia Machado Teixeira dos Santos, Georgina Elida, Leslie Tuane Penteado Charqueiro, Letícia Alves, Rafael Gil, Flora Helena.....151

Um Mundo dentro do Nosso Mundo: Imersão na Rua por uma Política Pública Cuidadora - Elissandra Siqueira da Silva, Andrei da Rocha, Clóvis Rodrigues, Gabriel Amado, Felipe Silveira da Costa, Michele Eichelberger, Ana Letícia Fontanive.....167

Desinstitucionalização do Cuidado nos Dispositivos de Saúde Mental na Atenção Básica - Ana Carolina Rios Simoni, Elissandra Siqueira da Silva, Marília Silveira, Paula Adamy, Károl Veiga Cabral, Ricardo Heinzmann, Simone Alves de Almeida, Jaqueline da Rosa Monteiro.....183

Percursos da Redução de Danos no Rio Grande do Sul - Simone Alves Almeida, Paula Emilia Adamy, Ana Carolina Rios Simoni, Elissandra Siqueira, Jaqueline Soares, Karol Veiga Cabral, Ricardo Brasil Charão, Ricardo Heinzmann.....201

Itinerários da Redução de Danos e a Função Apoio: Pontos de Encontro e Zonas de Troca - Michele Eichelberger, Elissandra Siqueira da Silva, Ana Letícia Fontanive.....217

Aporte Financeiro: Potente Aliado para Consolidação da Atenção Básica no Rio Grande do Sul - Aline de Souza Moscardini, André Luis Leite de Figueiredo Sales, Liara Saldanha Brites.....237

Núcleo de Gestão Estratégica de Orçamento e Processos: Organização Essencial para o Processo de Apoio Institucional - Aline de Souza Moscardini, Lilian Nelcy Lemos Sartori, Kaline Lígia Feitosa Cauduro, Neusa da Silva, Fabiana La Maison, Janilce Dorneles de Quadros, Renata da Silveira Pia Severino.....255

Processo de trabalho do Núcleo de Informações da Atenção Básica: Subsídios à Práxis do Apoio Institucional - Fabiane Vargas de Vargas, Maria Aparecida de Araújo, Mariana Kliemann Marchioro.....265

Cultura da Informação e Tecnologias Vivas: Gestão da Informação, Apoio e Atenção Básica orientando as Redes de Atenção à Saúde - Rafael Dall'Alba, Rafael Dal Moro, Maurício Reckziegel, André Luis Leite de Figueiredo Sales, Alcindo Antônio Ferla, Sandra Maria Sales Fagundes.....273

Imagens na Gestão - Anna Luiza Trein, Jaqueline Tittoni.....287

Percursos para a produção do aprender e atender na Atenção Básica desde a gestão estadual do sistema de saúde - Alexandre Amorim, Alessandra Charney, Ricardo Burg Ceccim.....315

Onde Queremos Estar?: Potências de um Delírio Informe ou o Encontro entre o Superficial e Concreto, a Visita e a Imersão, ser Intruso ou Pertencer - Daniel Fernandes, Bruna Rocha, Ariana Kereski, Cleonice Gama, Danielle Silva, Josiele Bretanha, Katieli Gonçalves, Liana Peixoto, Pamela Radl, Savana Rocha, Tháise Fernandes, Vanda Muller.....**331**

Sobre os Autores.....347

Prefácio

A produção de autoria é um dos desafios da gestão pública e está na dependência de múltiplos vetores simultâneos. Elementos mesclados e sinérgicos que incluem os trabalhadores implicados em seus fazeres, o ambiente institucional cujas práticas cotidianas propiciam aprendizagem e constituem coletivos que decidem dar visibilidade a suas experiências, indagações e elaborações.

O governo Tarso Genro ofereceu a oportunidade de exercer esta autoria como responsáveis pela Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS) na gestão do Sistema Único de Saúde. Governo que trabalhou na promoção do desenvolvimento econômico e da igualdade social, recuperando as estruturas de Estado para exercício de suas funções como indutor, executor e regulador de políticas públicas. Com um modo de governar participativo, republicano e transversal, criou dispositivos e ferramentas como a sala de gestão estratégica, capaz de induzir ações intersetoriais entre as diversas secretarias, além de estabelecer espaços para relações federativas em especial com as prefeituras. Apostamos em um sistema de participação direta, com a implantação do Gabinete Digital e o Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (Conselhão), composto por atores sociais de diversas ideologias e diferentes classes sociais.

Neste contexto, a saúde foi priorizada e recebeu

investimentos da ordem de 12% da receita tributária líquida, triplicando os recursos financeiros disponíveis para aplicação no SUS. Para concretizar este plano de investimentos, a Secretaria Estadual de Saúde constituiu um colegiado de direção que estabeleceu como orientação destinar recursos novos para projetos novos. A partir da análise da situação da saúde no Estado, foram definidos objetivos e os projetos estratégicos que seriam validados e monitorados na sala de gestão estratégica do governo. Entre estas iniciativas, cabe destacar o projeto *Aqui tem saúde* cujo objetivo é fortalecer a atenção básica a partir da Estratégia da Saúde da Família.

Identificamos no *Aqui tem saúde* potencial para constituir o Estado como protagonista na construção do SUS, sistema que deve estar centrado nas pessoas, nas suas singularidades, territórios existenciais, político-culturais e sanitários. Para efetivar este protagonismo, foi preciso desencadear um processo de mobilização institucional dos trabalhadores da SES/RS que contou com a participação de atores como gestores municipais, professores e pesquisadores universitários da saúde coletiva, além de dirigentes nacionais do Ministério da Saúde e movimentos sociais. Realizamos fóruns, seminários e grupos de discussão que tiveram como objetivo de gerar desconfortos, formular indagações, despertar desejo de aprender, fazer diferente e constituir coletivos de trabalho.

Este processo de abertura mobilizadora foi o laboratório para constituir dispositivos de trabalho como os colegiados do Departamento de Ações em Saúde (DAS): Gestão, Atenção Básica, Ciclos Vitais, Transversalidades e Diversidades. Também foi instituído um espaço de educação permanente, autogerido pelos trabalhadores, que contou com a participação da Escola de Saúde Pública e apoiadores da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. Foi pactuado o trabalho georeferenciado por macrorregião

de saúde com equipes interpolíticas e interdepartamentais. Participar dos grupos das macrorregionais produziu identificação e pertencimento: “*sou da macro...*” passou a figurar como repertório de muitos trabalhadores no momento das apresentações em grupo.

O objeto de trabalho estabelecido pelas macrorregionais foi a constituição das redes regionalizadas de atenção, a partir do fortalecimento da Atenção Básica de Saúde. Desse modo, definimos que o papel das equipes da SES/RS seria funcionar como ativadora de redes, mobilizadora dos profissionais para um trabalho coletivo pactuado, interligado, resolutivo e centrado nas necessidades das pessoas. Produtoras de redes quentes como chamaram Eduardo Passos e Regina Benevides, as redes são produtoras de diferença, afectação e implicação. Com a contribuição do então coordenador do Programa de Saúde da Mulher, Fernando Anschau, utilizamos a metáfora do chimarrão para trabalhar as redes com as equipes dos municípios e das regionais de saúde. A roda de chimarrão é produtora de encontros, de contação de casos e acontecidos. Todos podem entrar na roda e há um cevador do mate, o ativador de rede.

A ativação das redes produziu itinerâncias com visitas mensais às regionais e municípios. A primeira rede ativada foi a Rede Cegonha-PIM (Programa Primeira Infância Melhor) com foco nos componentes da Atenção Básica: pré-natal e bebê. A ferramenta utilizada para o trabalho nos municípios foi a construção pactuada do fluxograma da linha do cuidado mãe-bebê. Tulio Franco nos acompanhou nesta aprendizagem.

Com Liane Righi acompanhando todo o processo de trabalho das equipes das macrorregionais nos territórios, em especial da Macro Norte, fomos precisando o apoio institucional como ferramenta potente para a qualificação do cuidado em rede nos municípios e regiões de saúde.

De modo rizomático, outros vieram contribuir para a sustentabilidade do trabalho: Gastão Wagner, Ricardo Ceccim, Dario Pasche, Simone Paulon, entre tantos.

As práticas, o gosto produzido pelas mudanças na gestão e na atenção, a inserção de vários trabalhadores da SES-RS em pós-graduações, geraram o desejo de sistematizar as experiências. Novamente, a Liane foi a facilitadora dos registros em palavras escritas, parafraseando Arthur Bispo do Rosário, com a assessoria da professora Elza Mara Falkembach e cumplicidade de Roseni Pinheiro do Lappis, já foram publicadas experiências sobre apoio institucional no SUS do Rio Grande do Sul.

Deste modo, produzimos autorias e parcerias que transcendem os tempos governamentais, transbordam os espaços institucionais e vêm a público para dizer presente e compartilhar nossas práticas. Nesta produção, o parceiro de palavras foi Alcindo Ferla e a parceria para publicação foi da Rede UNIDA.

Este livro registra invenções e produções realizadas, a partir do apoio institucional na Atenção Básica de Saúde, no campo da gestão e da produção de cuidados com populações invisíveis e/ou estigmatizadas.

O compromisso do governo Tarso Genro com políticas inclusivas e de equidade e a transversalidade exercitada pela SES/RS entre Atenção Básica e políticas específicas foram determinantes para a publicação deste livro. A publicação demonstra a consolidação da equipe na condução da atenção básica e registra em múltiplas experiências as implicações éticas e políticas dos trabalhadores com um cuidado em liberdade e acolhedor, bem como sua aposta radical na potência de vida dos humanos.

Sandra Fagundes
Dez/2014

Apresentando Relatos e Reflexões de um Coletivo em Produção

O que verdadeiramente somos é aquilo que o impossível cria em nós.
(Clarisse Lispector)

Lançamo-nos ao desafio sem pára-quadras. Sem anteparos ou proteções. O vento batia no rosto e varava o corpo, e nos multiplicava. No percurso cartografava-se a potência de um coletivo que produz, um coletivo que tece. Uma experiência de multiplicidades em que - roubando as palavras de Gilles Deleuze e Felix Guattari (2005) - “cada um de nós era muitos”. Reuniam-se ali e mais adiante, olhares singulares que coletivamente começaram a mirar mundos (im)possíveis. Um coletivo singular que fez mover-se a Atenção Básica em Saúde de todo um estado. Coletividades e movimento.

A Atenção Básica estava em produção e entre os vários nós, nos tecemos entre nós. Formamos um belo coletivo de homens e mulheres que desejavam transformar o Sistema Único de Saúde. Erámos assim, ao mesmo tempo minoria e multidão. Inventamos mundos e a nós mesmos: Coordenação Estadual de Atenção Básica do Rio Grande do Sul. E esta foi por todo o tempo nossa trilha e nossa construção. Com a percepção da fragilidade inerente às políticas públicas enquanto governamentalidade - limitadas portan-

to a um período de gestão - está presente em toda esta obra-invento as diversas produções possíveis quando uma proposta de governo mobiliza afetos. Experimentou-se, em um pequeno período, efeitos da produção da saúde coletiva no Brasil encarnada em trabalhadores que tecem e vivem o trabalho como um local de criações e realizações. Assim, emergem textualidades que reafirmam as múltiplas possibilidades que habitam usuários, trabalhadores e gestores para inventar e dispor novas e necessárias características à institucionalidade do SUS.

A partir da experiência do apoio experimentamos os territórios e a proximidade com uma miríade de atores. Tecemos inovadoras relações com a academia, com a gestão, com a atenção. A cada lufada de vento e nova manobra para criar possibilidades de voo, enroscávamos mais e mais - em nós e em outros a nossa volta - a rede que íamos tecendo. Fomos com isso aprendendo juntos a tecer esta rede nas interfaces com outros coletivos que de alguma maneira tentavam fazer ressoar questões que nos eram impostergáveis: saúde do campo, da população de rua, o cuidado em liberdade, a redução de danos

Contemplamos a necessidade ética-estética e política de dar visibilidade ao que não se vê; fazer ressoar o que não se ouve, nomear o até então inominável. Para isto precisamos criar - não sem dificuldades - caminhos não trilhados. Este é um belo fragmento textual de nossas invenções. Por isso tão honrosa nossa peleja, (des)organizadores dessa coleção de reflexões e vivências: a de colocar-se a organizar (por vezes desorganizando) um livro de experiências de tão singular coletivo. Criar uma amálgama que não endurece, esculpindo-a a seis mãos, mas que eram na verdade muitas mais do que seis mil. Um livro que tem como proposta narrar em coletivos itinerários (e itinerantes) os singulares arranjos de nossas múltiplas tessituras. Um livro que não

cristalize idéias e nem sonhos para a posteridade, mas que gere a cada nova leitura, possibilidades de insistir no pensar e fazer diferente: cogestão, cuidado, formação.

Nossos olhares que partem de vários pontos de mirada, olhando os olhares de vários; olhares múltiplos que refletiram a realidade transitória em que estes atores estavam implicados, como nós mesmos. Imaginamos nesse *continuum* temporal que vários olhares estarão sobre nós no momento em que este livro estará lançado ao mundo - mesmo *a posteriori* - (in)completando esta circularidade criativo-criadora de olhares ao mesmo tempo tão singulares e tão coletivos. Não desejamos portanto trazer soluções e nem receitas prontas, mas sim novos problemas, que instiguem coletivos e que possibilitem a outros inquietos como nós, problematizar suas próprias realidades - voando livres nos ventos da Atenção Básica e das redes - e criando mais e mais linhas impermanentes de mudança. Múltiplo muito mais do que apenas diverso este é um livro-experimento que anseia por diferentes e inusitadas tessituras. Ser rede para produzir rede...

E que teçamos boas leituras!

Alexandre Amorim, Liane Righi, Ricardo Heinzmann

Referências

- DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia, vol. 1. São Paulo: Ed. 34, 1995.
- LISPECTOR, C. **A maçã no escuro**. São Paulo: Paz e Terra, 1978.

Tessituras do Apoio na Gestão do SUS: O Fortalecimento da gestão estadual da Atenção Básica no Rio Grande do Sul

Ricardo Heinzelmann, Károl Cabral, Sandra Fagundes, Alexandre Amorim, Liane Righi

Se as coisas são inatingíveis..ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A mágica presença das estrelas!
(Mário Quintana)

A partir do novo arranjo jurídico-administrativo-institucional de criação do Sistema Único de Saúde através da Constituição de 1988 e Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90), os diversos entes federativos se debruçam sobre o papel de cada um frente a grande necessidade de mudança do atual modelo de atenção à saúde. Considerando-se a Reforma da Saúde inconclusa no país (CAMPOS, 1997), faz-se imperativo o fortalecimento da Atenção Básica deslocando-se o lugar central do hospital no sistema. Neste sentido a atenção básica deve ser o lugar de efetivação das práticas de saúde que reposicionam o sentido de todo o processo de produção de serviços e que redefine este lugar dos demais serviços no sistema. (MERHY, 2007)

A Atenção Básica (AB), sendo a principal porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS) por estar no território e mais próxima da realidade, considera o sujeito na sua singularidade e inserção sócio-cultural com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade respeitando as questões de gênero, étnicas e culturais. (CUNHA, 2005; MERHY, 2007) Consequentemente a mudança do modelo de atenção à saúde demanda necessariamente a expansão do acesso e a qualificação dos serviços de Atenção Básica no país.

Neste contexto o papel das gestões estaduais da saúde merece uma análise destacada considerando-se ainda a incipiente quantidade de relatos e registros das experiências de gestão estadual que tenham a marca da busca da mudança de modelo de atenção.

A Gestão Estadual da Atenção Básica no SUS: Uma Breve Análise

Por muitas décadas as gestões estaduais foram marcadas pela lógica da prestação direta de serviços de saúde. Com o processo de descentralização ocorrido a partir da década de 90, se colocou em xeque o papel dos estados na gestão do SUS. (MENDES, 2001) A municipalização ocorrida neste período provocou uma certa crise de papéis e atribuições nas secretarias estaduais de saúde. No decorrer destas duas últimas décadas, aos poucos foram sendo pactuados e normatizados de forma tripartite alguns atributos para as gestões estaduais no sentido de preencher a lacuna criada, considerando a importância de se realizar formulação de políticas, planejamento, cofinanciamento, regulação e articulação da rede loco-regional entre outros.

No que se refere à atenção básica, considerando o grande papel dos municípios na execução dos serviços, estabeleceu-se aqui uma marca profunda da lógica de supervisão por parte dos estados. Poderíamos arriscar a dizer que, a partir de uma certa visão de superioridade que foi se cristalizando nas equipes gestoras do nível estadual, as secretarias estaduais de saúde por muito tempo agiram com um tom quase policialesco de supervisão nos municípios. Era muito comum escutar de municípios do norte ao sul do país críticas à forma de relacionamento dos estados, que tratavam muitas vezes profissionais do município com certo desprezo e, de forma absurda, referindo-se a uma certa inferioridade técnica de quem trabalha nos municípios. Estabelece-se aí uma espécie de hierarquia fictícia de gestão no SUS, onde o Ministério da Saúde “manda” nas Secretarias Estaduais de Saúde que por sua vez “mandam” nas Secretarias Municipais de Saúde. Infelizmente por determinado período alguns setores do MS atuaram reforçando esta lógica, apesar da reconhecida luta dos seus dirigentes de apontarem caminhos para uma prática de maior respeito e autonomia entre os entes federados. Cabe lembrar que este desenho piramidal no campo da saúde está presente no imaginário dos trabalhadores e gestores e é reforçado em muitos espaços de formação quando se apresenta a famosa pirâmide da atenção primária, secundária e terciária. (CECILIO, 1997) Desta forma esta errônea hierarquia do campo da atenção poderia ser também aplicada ao campo da gestão do SUS.

Na realidade uma parte dos estados ainda tem dificuldades para avançar nesta transição. Alguns ainda enfrentam o processo de esvaziamento da sua capacidade político-institucional e tem limitações para compor equipes, restringindo seu papel no âmbito da atenção básica ao exercício da burocracia estatal de elaboração de pareceres de credenciamento de equipes, pactuação de metas e de

repassador de informações dos projetos e programas do Ministério da Saúde. Apenas mais recentemente que uma parcela dos estados passaram, ainda de forma tímida, a cofinanciar os municípios principalmente com o foco no custeio das equipes de saúde da família. Infelizmente alguns estados não conseguiram desenvolver ainda sequer um locus administrativo em nível de destaque no seu organograma com quantitativo de servidores para desenvolvimento de competências da gestão no âmbito da atenção básica. Mas este é um processo em curso no país todo, tendo alguns destaques para experiências muito exitosas como é o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia que constituiu uma Diretoria de Atenção Básica com grande quantitativo de profissionais que desempenham um amplo leque de ações no campo da gestão.

A Cogestão e o Apoio Institucional como pilares da Gestão Estadual da Atenção Básica no RS

A forma de fazer a gestão em uma dada instituição é uma escolha que demarca muitos dos princípios ético-políticos da sua equipe dirigente. Desde 2011, o Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde buscou quebrar uma lógica cristalizada na gestão pública estadual de fragmentação das políticas e de centralização da tomada de decisão.

A racionalidade gerencial hegemônica produz sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria. Estes sistemas, mais do que comprar a força de trabalho, exigem que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses, substituindo-os por objeti-

vos, normas e objeto de trabalho alheios (estranhos) a eles. (CAMPOS, 2005, p. 23)

A proposição de uma nova lógica de atuação provocou no conjunto dos trabalhadores do Departamento muita desconforto. Entre mergulhar de cabeça e a resistência, muitas foram as reações diferentes ao movimento em curso que se deu.

Na Coordenação Estadual de Atenção Básica - CEAB, coordenação integrante do Departamento de Ações em Saúde da SES-RS, houve um momento de aprofundamento deste processo no final de 2013, a partir da chegada de uma nova equipe dirigente coincidindo também com a troca de comando da Secretaria Estadual de Saúde, quando a então diretoria do DAS tornou-se Secretária Estadual de Saúde.

Em um movimento de imersão sobre a reflexão do seu próprio processo de trabalho, o conjunto de trabalhadores da Coordenação da Atenção Básica produziu diversas análises críticas à forma como vinha sendo conduzido o trabalho. A partir do planejamento realizado em dezembro de 2013 foi construído uma nova organização da Coordenação em Núcleos, com a criação do: Núcleo de Práticas Pedagógicas e Apoio Institucional - NAIPPE; Núcleo de Assessoria e Planejamento - NASPLAN; Núcleo de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde - NUTICS; Núcleo de Gestão Estratégica do Orçamento e Processos - NUGEOP e Núcleo de Informação da Atenção Básica - NIAB. A partir do desejo, da identificação pessoal com as pautas e da necessidade da organização, os trabalhadores se inseriram nos diversos núcleos. Desde então todos os novos trabalhadores que chegaram para trabalhar na coordenação passaram a integrar também um desses núcleos.

A lógica de organização adotada na CEAB possibilitou que os trabalhadores tivessem mais clareza sobre o seu objeto de trabalho e facilitou fluxos de comunicação. Para tan-

to foi desenvolvida uma rede de petição e compromissos entre os diversos núcleos.

Buscou-se horizontalizar processos de decisão com o estabelecimento de uma lógica de cogestão e a criação de espaços deliberativos colegiados em cada núcleo, com a instituição de uma assembleia mensal com a participação de todos os trabalhadores e a organização de um colegiado gestor com reuniões periódicas e a participação dos representantes dos cinco núcleos juntamente com o coordenador e o coordenador-adjunto.

Ao avançar nesta lógica de espaços colegiados, com o envolvimento do conjunto dos trabalhadores nas principais decisões e naquelas do dia a dia, se configurou uma “possibilidade de instituírem sistemas de cogestão que produzam tanto compromisso e solidariedade com o interesse público, quanto capacidade reflexiva e autonomia dos agentes de produção.” (CAMPOS, 2005, p. 28)

A mudança na lógica de se fazer cogestão potencializou e foi potencializada pela ação de se fazer apoio. O movimento de apoiar e ser coletivamente apoiado permitiu dar visibilidade maior às diversas necessidades que vinham dos territórios. Ao mesmo tempo, de forma fluída e natural, os trabalhadores da gestão ao tomar ciência destas necessidades a partir da sua ação como apoiadores conectavam o seu desejo individual e produzindo sínteses entre o desejo e a necessidade deram vazão a produções intensas e muitas ricas.

O Desafio de Assumir o Papel de Gestão Estadual da Atenção Básica

Existem momentos na vida onde a questão de saber se pode pensar diferentemente do que se pensa e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar e refletir.

(Michel Foucault)

Historicamente o modelo preconizado e financiado levou a uma expansão progressiva das estruturas hospitalares, sendo que nosso estado tem um dos maiores contingentes de leitos do país. O crescimento populacional, o aumento da curva de crônicos, o aumento da longevidade da população e a descoberta de novas tecnologias e desenvolvimento de novos processos de tratamento demonstrou a impossibilidade de seguirmos trabalhando em uma lógica hospitalocêntrica e, portanto apenas curativa no campo da saúde. Tornou-se imprescindível trabalhar na lógica da prevenção e da promoção em saúde reorientando o modelo de atenção vigente para um modelo de base territorial. Esta mudança de modelo de atenção exigiu que novos recursos fossem alocados para o financiamento na atenção básica, com ênfase em um modelo centrado na estratégia de saúde da família. O governo federal já vinha investindo nesta lógica, mas bem sabemos que o orçamento do SUS deve ser tripartite e o estado do RS enfrentou o desafio de investir 12% dos recursos do tesouro do estado em saúde, sendo que parte destes foram destinados a bancar efetivamente este redirecionamento de modelo investindo em atenção básica.

Mas para mudar a lógica da atenção em saúde não bastava apenas recurso financeiro, precisava mudar o modelo de atenção e de gestão preconizado que determina as práticas desenvolvidas em território pelos trabalhadores e

gestores. Para que esta mudança ocorra os gestores e trabalhadores precisam de espaços para repensar suas práticas, refletir e redirecionar o modelo, construindo um novo jeito de produzir saúde em seus municípios. Através de processos de educação permanente e da ferramenta do apoio temático e institucional foi possível acompanhar, apoiar e participar desta construção em todo o Rio Grande do Sul.

Nosso estado está dividido em 7 macrorregiões, 19 coordenadorias de saúde (CRS) e 30 regiões de saúde¹. O apoio foi pensado para atender este território, levando em conta suas especificidades loco regionais através de trabalhadores que serviam de referência para cada uma destas coordenadorias, e, portanto para os municípios e regiões de saúde, criando-se a figura do apoiador. Esta figura nasce do reconhecimento do Departamento de Ações em Saúde (DAS) da necessidade de estar mais próximos dos municípios gaúchos e de conhecer suas especificidades para de fato reorientar o modelo e mudar a lógica da gestão e da atenção ofertada nos serviços de saúde. Este reconhecimento se deve ao fato de compreendermos que esta mudança mais do que desejada, necessária, só poderia ocorrer com uma mudança de cultura. Tal mudança mais do que uma decisão de gestão é uma mudança radical no modelo local de gestão e de oferta de serviços que de fato resulte em uma melhora da qualidade da vida das pessoas.

Ainda é escassa a produção teórica-conceitual e de relatos sobre as funções do estado na gestão da Atenção Básica. Estamos tendo algumas experiências em curso que apontam alguns possíveis caminhos. Sem dúvida a Bahia

1 O estado do RS está estruturado administrativamente em sete macrorregiões a saber: metropolitana, serra, vales, sul, centro oeste, norte e missioneira. Nestas macrorregiões vamos encontrar 19 coordenadorias regionais de saúde em municípios sede que atendem as 30 regiões de saúde. Lembrando que as regiões de saúde ainda são um desenho recente por conta da implementação do decreto 7508 de 2011.

mais uma vez precisa aqui ser destacada, considerando oito anos de um trabalho, reconhecido nacionalmente, que transformou a lógica de atuação da sua secretaria estadual de saúde no âmbito da Atenção Básica. (HEINZELMANN *et al.*, 2012)

A partir de 2011, o Governo do Estado do Rio Grande do Sul assumiu a responsabilidade e o papel de indutor de processos de qualificação e ampliação do acesso da população a serviços de Atenção Básica/Saúde da Família, com amplo aporte de recursos financeiros e estruturação de apoio institucional às gestões municipais e equipes de saúde da família.

Ao longo destes quatro anos de gestão as ações da SES do Rio Grande do Sul no âmbito da atenção básica foram pautadas a partir de quatro grandes eixos: **Apoio Institucional** com uma concepção que se edifica no estabelecimento de novas relações dialógicas, interativas, pautadas no princípio de gestão que “acontece numa relação entre sujeitos, e que o acompanhamento/coordenação/condução (apoio) dos serviços/equipes deve propiciar relações construtivas entre esses sujeitos, que têm saberes, poderes e papéis diferenciados” (NUNES, 2012); **Avaliação e Monitoramento** com atividades de avaliação realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção, que mesmo sendo insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis, são essenciais para orientação, dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde, na medida em que permitem monitorar a situação de saúde da população, o trabalho em saúde e os resultados das ações (HARTZ & SILVA, 2005); **Educação Permanente** sustentada em uma reflexão crítica sobre as práticas reais, com pessoas que vivenciam juntas uma experiência ou trabalho em saúde, buscando a transformação das práticas profissionais e a reorganização do trabalho, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas (CECCIM

& FEUERWERKER, 2004); **Cofinanciamento** tendo uma lógica que visa reduzir as iniquidades no Estado e priorizar a expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família, tendo como diretrizes a promoção da Equidade e a Qualidade dos serviços.

Atenção Básica em Produção no RS

Nesta gestão apontamos a Estratégia Saúde da Família como projeto prioritário para fortalecimento da Atenção Básica. Esta decisão política de mudança do modelo de orientação de gestão e de ampliar a cobertura de estratégia de saúde da família no estado buscou ampliar o acesso das pessoas, famílias e comunidades a ações e serviços de saúde mais próximo dos locais de moradia, com equipes multidisciplinares, desenvolvendo-se um cuidado integral e longitudinal à saúde, com ênfase nas práticas de prevenção e promoção da saúde, buscando uma resolutividade de mais de 80% dos problemas de saúde dos usuários.

Cabe destacar, que o investimento realizado por esta gestão estadual a partir de 2011 vem causando um impacto crescente e gradual nos indicadores. Do ponto de vista epidemiológico, mesmo considerando que os estudos demonstram que os principais resultados destes investimentos aparecem de forma mais evidente à médio e longo prazo, temos alguns indicadores que já apresentaram avanços como é o caso da redução do número de internações por condições sensíveis à APS.

Diversas iniciativas neste período foram desencadeadas para o fortalecimento da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. Reestruturou-se a lógica de cofinanciamento estadual da Estratégia de Saúde da Família, Estratégia de Saúde Bucal e Estratégia de Saúde da Família Qui-

lombola, com ampliação significativa de recursos atrelados ao fator qualidade dos serviços, aferido pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ do Ministério da Saúde. A Portaria SES nº 309/2013 instituiu o cofinanciamento estadual das equipes de saúde da família com um percentual do recurso atrelado à forma como a equipe é avaliada no processo de avaliação externa anual do PMAQ. Esta é uma forma do Estado reconhecer e premiar quem demonstra qualidade do serviço prestado à população.

Em 2011 foi criada a Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES), tendo um crescente aporte de recursos passando de R\$ 40 milhões naquele ano para R\$ 120 milhões em 2014, estabelecendo critérios de equidade na distribuição dos recursos entre os municípios, através do Índice de Vulnerabilidade Social, longevidade e cobertura da saúde da família. O uso destes indicadores representou um importante avanço no financiamento da saúde pública no estado, pois reserva uma parte considerável do financiamento estadual para diminuir as iniquidades em saúde. Municípios mais pobres passaram a ter a possibilidade de receber mais recursos para manutenção e ampliação da Atenção Básica.

Foram criados incentivos diferenciados com base nas diretrizes de qualidade e equidade da Atenção Básica, a exemplo da Unidade Móvel de Saúde, financiamento para equipes com dois enfermeiros, equipes com médico de família e comunidade, equipes de saúde bucal com técnico de saúde bucal.

Houve um incremento significativo do orçamento do estado, com a criação de diversos cofinanciamentos e estratégias de valorização da Atenção Básica. Mesmo considerando o dado parcial, o pagamento realizado pelo Fundo Estadual de Saúde para a Atenção Básica e seus subprojetos

em 2014 (R\$ 228.698.303,00) foi 348,70% maior em comparação ao ano de 2011 (R\$ 65.585.977,00). Isto representa um aumento do investimento per capita que vai de 5,51 reais em 2011 para 18,50 reais em 2014.

Destaca-se também o financiamento para informatização das Unidades Básicas de Saúde que dentro do Programa REDE SUS RS investiu mais de R\$ 31 milhões para aquisição de computadores, tablets e demais equipamentos de informática para as Unidades Básicas de Saúde. Com a informatização dos serviços é possível garantir uma maior fluidez das informações entre os diferentes atores do cuidado e garantir o registro de informações precisas nos bancos de dados o que nos permite fazer a leitura dos dados para monitorar os indicadores em tempo oportuno, possibilitando ao gestor uma tomada de decisão mais ágil e eficaz.

Somando-se o conjunto de possibilidades de financiamento estadual, para ano de 2014 foram previstos 320 milhões em investimentos para a Atenção Básica pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Isto impacta diretamente na realidade da vida das pessoas nos territórios, pois realmente existe mais recurso direcionado do governo do estado para o gestor local/municipal investir na melhoria e na qualidade da atenção em saúde.

Ainda no âmbito do cofinanciamento, visando a qualificação da atenção básica, a secretaria da saúde do estado criou nesta gestão incentivos financeiros para que os municípios implantassem os chamados dispositivos da saúde mental na atenção básica: Oficinas Terapêuticas (OT), Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) e Composições para Redução de Danos. Desta forma o Rio Grande do Sul passou a ser o único estado do país a financiar serviços na atenção básica que não estão previstos no financiamento federal da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) e da própria Rede de Atenção

Psicossocial (RAPS). Isto sem dúvida representa por si só uma grande inovação na gestão do SUS, quando um ente federado respaldado na autonomia federativa prevista no SUS, pactua a implantação de novas formas de fazer o cuidado em saúde, considerando as necessidades vivenciadas a partir do apoio que vem sendo dado aos municípios.

Novamente esta tomada de decisão política impacta diretamente na possibilidade dos municípios terem dispositivos financiados capazes de acolher os problemas relativos ao campo da saúde mental, álcool e outras drogas ali onde a vida das pessoas acontece, nos seus territórios. Este gesto que pode parecer simples redireciona o modelo de atenção do modelo hegemônico e medicalizador hospitalar, que tem como único destino a internação, para um modelo de base territorial, garantindo a possibilidade de ações muito mais centradas no campo da prevenção e da promoção do que apenas no âmbito curativo.

Para desenvolvimento do seu papel de gestor estadual da atenção básica, deu-se um passo importante com a estruturação do Apoio Institucional com constituição de equipes regionalizadas de apoiadores (profissionais de saúde altamente qualificados com mestrado ou especialização na área de saúde pública/saúde coletiva/saúde da família) na CEAB/DAS/SES RS, dando suporte às Coordenadorias Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, buscando ampliar e qualificar a capacidade loco-regional de gestão e produção do cuidado na atenção básica. Estes profissionais realizam visitas periódicas aos municípios e participam de colegiados regionais, ajudando às gestões municipais a organizar a Atenção Básica, considerando que para além de recursos financeiros, os municípios precisam de apoio técnico para gestão e para as equipes.

De forma articulada com o Governo Federal a coordenação estadual de atenção básica construiu uma lógica de

atuação visando facilitar o processo de adesão dos municípios aos diversos projetos e programas federais, a exemplo do Programa Saúde na Escola-PSE, Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade-PMAQ, Programa Academia da Saúde, Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica - PROVAB, Programa Mais Médicos para o Brasil, E-SUS Atenção Básica e o Programa de Requalificação (reforma, ampliação e construção) das Unidades Básicas de Saúde - RequalificaUBS. Com apoio do Governo do Estado os municípios do Rio Grande do Sul conseguiram captar recursos no montante de R\$ 107 milhões para reforma, ampliação ou construção de 1.005 Unidades Básicas de Saúde.

A cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família, em 2011, atingia 36,90% da população gaúcha, menor que a cobertura do Brasil, de 51,60% e que a Região Sul, de 53,50% (MS/SAS/DAB, 2011). Contudo, em 2014, o estado do RS obteve um incremento considerável, atingindo a 50,33% da população, denotando um aumento de 32,90%, maior que o incremento nacional, de 19,22% e que o da região sul, de 14,04% (MS/SAS/DAB, 2014). Nota-se o impacto dos 1.081 profissionais médicos advindos do Programa Mais Médicos e os 163 do PROVAB, que atuam em, aproximadamente, 369 municípios, incidindo diretamente no número de implantações de novas ESF e no aumento da cobertura populacional da ESF com qualidade. Atualmente, são 465 municípios com ESF atuantes, nos quais estão distribuídas 1.704 equipes. Considerando as equipes de Atenção Básica (Estratégia Saúde da Família somadas às Unidades Básicas tradicionais) o estado conta com 67,5% de população coberta.

A parceria estabelecida ente Governo do Estado e Governo Federal viabilizou a oferta de diversos cursos de especialização em saúde da família, totalizando mais de 1.200 vagas, e outros muitos outros cursos na modalida-

de presencial e EAD. Deu-se início e ampliou-se a oferta do Curso de Formação dos ACS (9 mil vagas). Além disso, a realização do Curso Introdutório para os profissionais das ESF (550 vagas) representou um passo importante para reflexão sobre o processo de trabalho de muitas equipes de saúde da família. O Estado, em parceria com o Ministério da Saúde, através do QUALISUS, ofertou cursos sobre as principais linhas de cuidado (saúde materno-infantil, HAS/DM, saúde mental, saúde da mulher), Avaliação e Monitoramento e Apoio Institucional para 660 profissionais e gestores dos municípios da região metropolitana. Também foram ofertadas oficinas sobre a implantação de acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde em diversas regiões do estado.

Com a parceria da Secretaria Estadual de Saúde com o TelessaúdeRS/UFRGS foram realizadas mais de 11 mil teleconsultorias (suporte clínico de especialista à distância) para os profissionais da saúde da família, deu-se início a Telerregulação de exames e consultas fazendo o piloto com a endocrinologia, o que resultou na redução de 70% da fila de espera por esta especialidade no SUS-RS. Através do projeto RESPIRANET foram implantados 7 núcleos macrorregionais de Espirometria (Passo Fundo, Porto Alegre, Alegrete, Caxias do Sul, Santa Cruz, Pelotas e Santa Rosa) o que aumentou a resolutividade do trabalho das equipes para abordagem de doenças respiratórias a exemplo da Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC. Também foi através desta parceria com o TelessaúdeRS/UFRGS que foi possível fazer o treinamento e suporte para utilização do e-SUS AB para mais de 700 equipes de saúde da família no ano de 2014.

Como parte da agenda da SES de valorização dos trabalhadores da Atenção Básica, o ano de 2014 foi marcado pela realização das Mostras Regionais de Saúde. A organização das Mostras mobilizou todos os trabalhadores da CEAB,

os diversos setores do DAS/SES e as Coordenadorias Regionais de Saúde. Foi uma demonstração do êxito do esforço coletivo de construção. As Mostras tiveram um desenho que contemplou a apresentação de trabalhos em painéis temáticos (Gestão, Atenção Básica, Políticas Transversais e Promoção da Equidade, Ciclos de Vida e Gênero), oficinas, mesas redondas e âgoras. Teve destaque as tendas de educação e participação popular e o envolvimento criativo dos residentes da UFRGS e da ESP/SES. Foram 7 Mostras Regionais com mais de 3 mil participantes (profissionais de saúde, gestores, estudantes, professores, pesquisadores, usuários e conselheiros de saúde) em todas as macrorregiões envolvendo a apresentação de 700 trabalhos.

A nova lógica de organização da gestão do SUS no estado, construída a partir da diretriz política de construção de redes de atenção ordenadas pela atenção básica, possibilitou a produção de uma série de conversações e construções transversais visando potencializar as diversas interfaces da Atenção Básica. A pauta do respeito à diversidade sexual foi colocada na agenda política da gestão estadual, sendo desenvolvidas, por exemplo, diversas articulações com movimentos sociais e processos de educação permanente das equipes relacionadas ao tema da Saúde e Diversidade Sexual e para construção da atenção à população LGBT. Também foram construídas políticas importantes voltadas para a Saúde da População do Campo, a exemplo do financiamento das Unidades Móveis de Saúde, o fornecimento de protetor solar para os agricultores familiares e a construção do comitê gestor estadual desta política com a participação dos diversos movimentos sociais do campo. No âmbito da Saúde da População Negra, um passo decisivo que foi dado se refere ao financiamento do Programa Estadual de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica, além do cofinanciamento diferenciado para as equipes de saúde da família que atendem comunidades qui-

lombolas. Foram desenvolvidas muitas ações relacionadas a financiamento, educação permanente e articulação para organização da rede de atenção voltada para a saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional. Outro destaque deve ser dado à construção da política de saúde da população em situação de rua que teve a participação direta dos seus representantes nas reuniões do grupo de trabalho constituído.

Importantes passos foram dados no sentido de apontar a atenção básica como coordenadora do cuidado em saúde quando se aprovou a linha de cuidado em HIV/AIDS, tendo a atenção básica papel de destaque para promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, ao estabelecer financiamento estadual de R\$ 15 milhões/ano, inédito no país, para ações desta linha de cuidado no âmbito da Atenção Básica e com a implantação do teste-rápido em mais de 70% das equipes. Da mesma forma, se fortaleceu a linha de cuidado materno-infantil com direcionamentos importantes da Rede Cegonha e do Programa Primeira Infância Melhor (PIM) no sentido de melhor integração das suas ações através dos visitantes com as atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, com a qualificação do pré-natal e do fomento ao debate da importância da participação do homem no pré-natal, sendo este um dos itens importantes da política estadual de saúde do homem.

Para Além da Produção da Atenção Básica

O conjunto destas ações desenvolvidas teve a marca da participação ativa dos trabalhadores desta gestão estadual. A produção no âmbito da Atenção Básica do Rio Grande do Sul ocorreu com intensidade, leveza, determinação e, sem dúvida, muita alegria. Produziu-se além de novos arranjos de formação, gestão e de atenção, muitos afetos e

desejos. De fato teceu-se um projeto coletivo e múltiplo. O “fazer apoio” produziu movimentos não apenas em quem se colocou na função de apoiador. O pertencimento a um coletivo provocou um virtuoso ciclo de reflexão sobre as práticas de cada um. Movimento de mão dupla (e até mesmo de mãos múltiplas), de afetar e ser afetado. Produzindo maquinações e desconstruindo máquinas instituintes por dentro ao se reconstruir como ser implicado. Reconhecendo a complexidade que nos cerca, tornar a vida mais leve, afirmando-a.

Referências

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e gestão de coletivos**. 3. Ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

_____. **Saúde Paidéia**. 3.ed. São Paulo: Hucitec 2007.

CECILIO, L.C.O., **Inventando a Mudança na Saúde**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC. 1997

_____. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**. 13.3, 469-478, 1997.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 41-65, 2004.

CUNHA, G.T., **A Construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Editora Hucitec; 2005.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade II: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1994.

FRANCO, T.B. et al. (orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. 296 pp.

HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, 275p.

HEINZELMANN, R.S. et al. Gestão Participativa e controle social: o apoio institucional como estratégia de gestão participativa. In: GOES, P.S.A.; MOYSES, S.J. (Org.). **Planejamento, gestão e avaliação em Saúde Bucal**. São Paulo. Artes Médicas, 2012. p. 135-45.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. T.1. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MERHY, E.E., ONOCKO, R. **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC. 2007

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

QUINTANA, M. **O Espelho Mágico**. Porto Alegre. Globo. 1951.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Política Estadual de Atenção Básica**. Porto Alegre: SES, 2014.

Apoio, Atenção Básica e Redes Regionais de saúde: A experiência de um governo em defesa do SUS

*Liane Beatriz Righi, Dário Frederico Pasche,
Alexandre Amorim, Ricardo Heinzelmann,
Sandra Maria Sales Fagundes*

Contexto da Experiência

Em 2010, a Frente Popular, coordenada pelo Partido dos Trabalhadores (PT), chegou ao governo do Estado do Rio Grande do Sul com a eleição de Tarso Genro. A gestão da Secretaria Estadual de Saúde (SES-RS) foi, nos três primeiros anos, feita por uma composição de diferentes partidos. Os processos que são tratados neste texto se deram com intenções ou intensidades distintas nos diversos departamentos ou diretorias e também nos diferentes momentos de gestão da SES-RS entre os anos de 2011 e 2014. Nesse texto, priorizamos a experimentação de apoio e cogestão no Departamento de Ações de Saúde (DAS) em todo o período da gestão e o apoio realizado pela Atenção Básica no último ano de governo. O texto objetiva registrar e analisar como se articularam as ações de apoio para

produção de redes regionais. Espera-se propor questões para análise dos avanços e dos fatores que limitaram estas propostas. Trata-se de uma análise incompleta e com características de uma narrativa implicada, pois os autores, estando dentro ou fora do governo, participaram da concepção, do acompanhamento ou coordenação das mudanças relacionadas com a gestão e prática do apoio. O período da gestão em análise inicia com uma importante aposta do Ministério da Saúde no desenvolvimento do apoio às redes temáticas e encerra quando propõe como locus do apoio os processos de regionalização.

Apoio integra a proposta de gestão denominada Método da Roda (Campos, 2000, p 185) e que “objetiva, simultaneamente ampliar a Capacidade de Direção dos grupos, aumentando a sua capacidade de analisar e operar sobre o mundo (práxis). Para isso, trabalha com o conceito de capacidade de análise e de intervenção...”

A experiência em tela é importante para a reflexão do apoio como uma ferramenta de gestão do SUS. É provável que a maior contribuição resida na forma como foi se processando a experimentação do apoio em uma gestão estadual da saúde.

O Apoio na Gestão da SES

No campo do Apoio para produção de redes, a primeira interlocução com o MS foi no desenvolvimento da Rede Cegonha. Este processo foi coordenado, na SES-RS, pelo DAS. Em Porto Alegre, realizaram-se oficinas com técnicos das diferentes áreas do DAS, técnicos e coordenadores das Coordenadorias Regionais de Saúde, apoiadores do Ministério da Saúde, gestores e trabalhadores de alguns municípios e docentes de diversas universidades.

Consultores da Política Nacional de Humanização (PNH) contribuíram para viabilizar a proposta. A reunião de todos estes atores, que se realizava em Porto Alegre, tinha como objetivo o contato com referenciais teóricos e metodológicos do apoio e a pactuação de atividades nas regiões de saúde. Atenção Primária, Apoio, Redes, Linhas de Cuidado e Projetos Terapêuticos foram conceitos discutidos nesses encontros ao mesmo tempo em se produziam metodologias e desenhos regionais da Rede Cegonha. Estes encontros foram seguidos de oficinas nas diferentes regiões de saúde. A organização de linhas de cuidado a partir da responsabilidade sanitária dos municípios que compõem uma região foi uma estratégia importante para o reconhecimento de características da rede de serviços das regiões e experimentação do próprio Apoio. A produção coletiva das redes (em oficinas regionais) reuniu técnicos das coordenadorias regionais e técnicos e gestores de municípios a partir de referenciais que eram novos para todos.

No processo de preparação das intervenções do apoio não se priorizou a realização de uma formação específica sobre o apoio, pois não se tratava de repassar informações sobre como apoiar nem de como se efetivar o estabelecido em normas e/ou protocolos. A opção de se utilizar o apoio indica que a formação do apoiador decorre do exercício do apoio e que seu efeito, como melhor prática de saúde ou de gestão, resulta de uma produção coletiva. O conhecimento que se produzia nesta roda não era mais da ordem do protocolo ou da norma.

Estes movimentos reverberavam no cotidiano da Secretaria e mostravam a necessidade de espaços novos e mais democráticos de gestão. No âmbito do DAS, foi criado o Colegiado Gestor e foram instituídos os Grupos de Apoio Georreferenciados. Desse Colegiado, participavam

os coordenadores das áreas técnicas e também os coordenadores dos Grupos de Apoio.

Aos Grupos de Apoio Georreferenciados foram se integrando trabalhadores estatutários, bolsistas ou consultores² e as reuniões passaram a acontecer em um turno fixo, todas as semanas. Foram formados cinco grupos, dois deles reunindo duas macrorregiões de saúde³. O pedido da gestão foi de que cada grupo contasse com pessoas de diferentes áreas do DAS. Com o funcionamento dos grupos georreferenciados a gestão assumiu, de forma mais clara, a perspectiva do apoio às regiões de saúde e, simultaneamente, criou espaços colegiados para sustentar as mudanças e fazer a gestão deste novo desenho.

Apoio e Formação

A tradição da especialização limita a autorização para discutir e interferir em outras áreas técnicas. No início da experiência, um dos problemas para ir ao interior do estado e fazer apoio às coordenadorias regionais era o número de pessoas necessárias, já que a tendência era de que cada um tratasse de questões específicas com técnicos de suas respectivas áreas de atuação nos territórios. Desta forma, o convite para “estar em roda” não era coerente com o que nela se passava. Em alguns casos, a roda era uma sequência de relatos onde cada área apresentava suas questões e ouvia as outras. Em uma coordenadoria, foi dito que seria mais produtivo se cada área se reunisse em separado. Como lidar com a tradição de fazer diagnósticos, levantar problemas, treinar, supervisionar e avaliar a partir

2 Há vários vínculos e formas de contratação de trabalho na SES. Todos passaram a integrar os grupos e outros espaços de gestão do DAS.

3 São sete macrorregiões: Missioneira, Norte, Metropolitana, Centro-oeste, Sul, Serra e Vales

de prioridades e modos de fazer definidos separadamente por cada uma das áreas? Como, a partir do conhecimento disciplinar e do saber especialista, chegar ao apoio às regiões de saúde? Como, com a formação e experiência disciplinar, chegar a discussão de situações complexas nas regiões de saúde? Questões como estas foram sendo formuladas nos encontros do apoio nas regiões de saúde e discutidas nas reuniões dos Grupos georreferenciados.

Alguns grupos organizaram-se em duplas e foram às Coordenadorias de Saúde da sua macrorregião para oferecer apoio, combinar como seria esse acompanhamento e definir agendas, temas prioritários e atividades. Esta estratégia intensificou o que denominamos de borramento de fronteiras das disciplinas e parece ter provocado a emergência de temas que não estavam no núcleo de nenhuma das áreas.

Algumas pistas a respeito da relação entre o saber mais especializado e o apoio generalista foram sendo garimpadas na obra de Japiassu, Morin, Gastão Campos e Deleuze. Japiassu indica importantes questões para a superação da ação disciplinar e para a formação. Diz ele:

O interdisciplinar é um ideal muito difícil de ser atingido. Onde se realiza melhor é no terreno, quando a solução de um problema e quando especialistas de domínios diferentes se reúnem e se concertam para solucioná-lo, ou seja, para dar-lhe uma resposta prática. (JAPIASSU, 2006, p 50)

Não se tratava, portanto, de negar o conhecimento de categorias profissionais, especialidades ou o conhecimento produzido no âmbito dos programas ou áreas técnicas de atuação da SES. Propor deslocamentos para a região e para problemas do terreno não exige que se abandone ou negue conhecimentos e sujeitos constituídos na lógica disciplinar.

Morin (2000, p. 115) diz que “não se pode demolir o que as disciplinas criaram; não se pode romper todo o fechamento: há o problema da disciplina, o problema da ciência, bem como o problema da vida; é preciso que uma disciplina seja, ao mesmo tempo, aberta e fechada.”

Seria o apoio, uma possibilidade de habitar fronteiras, espaços mais mestiços? Seria a “...busca do que existe entre, através e além das disciplinas, pois o espaço entre, através e além das disciplinas nada tem de vazio.” ? (JAPIASSU, 2006, p 16) O que haveria entre as áreas técnicas dos DAS?

Na área da saúde, Gastão Campos (1997) propôs pensar o trabalho em equipe como uma composição entre campo (atividades de várias categorias profissionais) e núcleo (atividades e responsabilidades específicas, especialidades). Estes conceitos integram a obra do autor sobre cogestão e estão relacionados a função apoio.

Há o desafio de buscar nos territórios, nas regiões, nos serviços de saúde e nas coordenadorias regionais, temas e problemas do terreno e estimular rodas. Trata-se de autorizar-se a entrar na roda com conhecimentos e experiências singulares e, ao mesmo tempo, reconhecer que estes não são suficientes para dar conta da explicação e enfrentamento dos problemas. Os desafios, neste caso, estão relacionados a movimentos de abertura e de descoberta daquilo que se revela na fronteira, no encontro de sujeitos e de suas disciplinas. Buscar o que existe entre, na conexão entre diferentes disciplinas foi uma boa pista para não ficar refém de simplificações teóricas e metodológicas.

Uma crítica (possível e até esperada) é a de que estes processos seriam lentos, demorados. A experiência indica que o apoio imprimiu velocidade aos processos de gestão. Deleuze e Guatari nos dão algumas pistas a respeito do aumento de velocidade identificados nos processos relacionados ao apoio.

É que o meio não é uma média; ao contrário, é o lugar onde as coisas adquirem velocidade. Entre as coisas não designa uma correlação localizável que vai de uma para outra e reciprocamente, mas uma direção perpendicular, um movimento transversal que carrega uma E outra, riacho sem início nem fim, que rói as suas duas margens e adquire velocidade no meio. (DELEUZE & GUATARI, 1995. p 37)

Não se tratava, portanto, de negar a disciplina nem de propor modelos de gestão sem diálogo com a trajetória das pessoas. Criar condições para encontros e composições entre os sujeitos e apoiá-los na elaboração do desenho de um projeto comum, foi uma tarefa interessante, pois estas composições iam produzindo novas pautas e possibilitaram emergir o que estava na fronteira, aquilo que não cabia “na caixinha⁴” do programa ou área. A dinâmica do apoio foi propiciando a emergência de questões que estavam relacionadas, por exemplo, ao modo de funcionamento das coordenadorias e a maneira como as equipes regionais se relacionam com os municípios. A capacidade de análise dos sujeitos foi ampliada pela introdução dessas novas questões nas rodas. Esta dinâmica imprimiu velocidade a processos de apoio, mudanças na gestão e atenção e pactuações nas regiões.

Em vários grupos do apoio georreferenciado, a tarefa de preparação para o apoio parecia lenta demais para o tempo de governo e para a necessidade de iniciar ações e o tempo das reuniões era tomado por dúvidas a respeito de conceitos e metodologias. Nestes espaços também emergiam tensionamentos importantes que diziam respeito a proposta de apoio, periodicidade e temas.

4 Esta expressão é utilizada no cotidiano da SES para fazer referência ao que está restrito a uma área. A expressão, por si, já carrega a crítica ao fechamento e a pouca capacidade de conexões com outras áreas.

Várias estratégias foram desenvolvidas com o objetivo de que, nestes movimentos de apoio e de ampliação da participação dos trabalhadores, se constituíssem processos de Educação Permanente: rodas de conversa com discussão de textos relacionados a cogestão e apoio⁵, discussão da situação da SES com todos os integrantes dos grupos georreferenciados coordenados pela direção do DAS, colegiado gestor do DAS e acompanhamento dos grupos (apoio do apoio). A estratégia de acompanhamento foi bastante heterogênea nos diferentes grupos e períodos da gestão.

Com o fortalecimento da Equipe da Atenção Básica e a vinculação de novos apoiadores aos grupos georreferenciados, a estratégia de apoio do apoio foi reforçada e, em 2014, com apoio da PNH/MS e do curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), todos os grupos foram acompanhados por pessoas externas a gestão da SES. A ação destes apoiadores consistiu em contribuir para composição das agendas regionais e discussão de referenciais teórico-metodológicos do apoio. A participação em agendas nas regiões também foi pactuada como atividade dos apoiadores dos grupos georreferenciados.⁶

5 Neste período, vários autores do campo da saúde participaram de seminários e oficinas propostas pelo DAS: Eduardo Passos, Simone Paulon, Túlio Franco, Eugênio Vilaça Mendes, Gastão Wagner de Sousa Campos, Gustavo Tenório Cunha.

6 Um exemplo é o apoio ao município de Vacaria, analisado em texto deste livro.

Apoio e Cogestão

Na proposta de gestão da SES esteve presente a perspectiva de apoio como um acompanhamento pactuado (ou combinado, contratado) com Coletivos. O conceito de Coletivos Organizados para a Produção, desenvolvido por Gastão Campos (1998, 2000) foi retomado com frequência e deu importantes pistas para indicar quem é apoiado (coletivo que está organizado ou queremos contribuir para se organize), quais ações, iniciativas e agendas estão sendo pautadas nas reuniões de apoio e como estes coletivos participam ou compõem as redes regionais de saúde. Estas questões colocaram os coletivos em reflexão ampliando sua capacidade de percepção da complexidade do exercício da função apoio.

A experiência procurou tecer apoio a regiões de saúde com participação em diferentes espaços de gestão. Contudo, foram destacados coletivos com os quais os apoiadores combinaram suas ações, metodologias, periodicidade e pactuaram compromissos. O conceito de Unidade de Produção (CAMPOS, 1998, 2000) foi utilizado como referência a equipes assistenciais ou equipes gestoras apoiadas.

Movimentos de experimentação e, ao mesmo tempo, de construção de si como apoiador, tem sido marca de gestões que buscam democratizar as organizações de saúde. Há indissociabilidade entre os modelos de atenção e gestão em saúde e, portanto, a ampliação da clínica exige democratização das organizações e cogestão do trabalho. Ao diminuir o poder das corporações e dos programas, o método Paideia visa ampliar o poder dos Coletivos Organizados para a Produção, bem como a autonomia das equipes responsáveis pela execução de um processo que tenha continuidade e que produza vínculos, cumplicidade e referência. (CAMPOS, 2000)

O Colegiado Gestor do DAS foi se constituindo como um espaço de circulação de informações e tomada de decisão. A presença de coordenadores de áreas e coordenadores de grupos georreferenciados viabilizou composições entre temas priorizados pelas áreas e temas priorizados pela presença dos apoiadores nas regiões.

Além do Colegiado Gestor do DAS, houve a constituição de um grupo condutor, formado pelos diretores da SES, apoiadores e assessores. Este grupo assumiu, como tarefa estratégica, a articulação da agenda do DAS com as demais áreas, políticas e ações estratégicas da SES, a exemplo da Vigilância Sanitária e atenção hospitalar. Neste sentido, uma de suas atribuições foi conectar deliberações de diferentes espaços de gestão, ofertas e agendas do Ministério da Saúde com a ação da SES nas diferentes regiões do estado.

O último ano da gestão da SES nesse governo foi marcado por duas importantes mudanças: a mudança na condução da SES, com aquecimento dos espaços de gestão, e o fortalecimento da Coordenação da Atenção Básica, com ampliação da equipe. Neste novo cenário, os grupos georreferenciados passaram a contar com técnicos de outras diretorias da SES e com, pelo menos, dois apoiadores da Atenção Básica. A primeira novidade experimentada neste período diz respeito a expectativa depositada na atenção básica e sua potência para produzir redes de saúde e afetar o desenho institucional do SUS.

A partir desse ano, oficializou-se o Colegiado Gestor da SES, com reuniões semanais, que se constituiu como espaço importante de análise e produção de projetos de intervenção e de responsabilização. A dinâmica de gestão colegiada passou a também ser uma orientação para o conjunto dos departamentos que passaram, a seu modo, a processar suas pautas também de forma colegiada.

A contratação de um grupo de apoiadores, realizada pela coordenação da atenção básica, garantiu intensificação do apoio nas regiões e, ao mesmo tempo, provocou mudanças importantes nas atividades e expectativas dos grupos georreferenciados.

Neste período, os apoiadores da Atenção Básica assumiram a maior parte das ações de apoio nos territórios e, nas reuniões das macrorregiões, relatavam as visitas, socializavam dificuldades e articulavam companhia ou apoio de técnicos de diferentes áreas para as atividades de apoio nas regiões. Os grupos georreferenciados se constituíram em espaços importantes para trazer problemas regionais para o centro da gestão, valorizando-os e incluindo-os na agenda da Secretaria. Foram fortalecidos, mesmo em situações em que o apoio para as regiões estivesse sendo realizado exclusivamente pela atenção básica. Neste arranjo, todos os integrantes dos grupos georreferenciados trabalharam na perspectiva do apoio; mas isso não significou que todos, a todo tempo estivessem vinculados a atividades de apoio a coletivos nas regiões.

A existência de uma equipe de coordenação da AB, com agendas compartilhadas com outras áreas do DAS e participação no Colegiado da SES foi fortalecendo a relação entre os apoiadores da AB e outras áreas (especialmente com a Saúde Mental), ampliando a articulação da Atenção Básica com a agenda da SES. Assim, os apoiadores da AB (que a cada mês, passaram três semanas nas regiões do estado) conectavam agendas e prioridades do Ministério da Saúde com prioridades da SES para a Atenção Básica e sua ação em outras áreas, como por exemplo, o financiamento da assistência hospitalar. Neste momento, os temas da especialização do apoio e da formação para a função apoio apresentaram-se com maior força.

Considerações Finais

O deslocamento da ação centrada na disciplina, especialidade ou programas, para ação em temas complexos emergentes de territórios, é um desafio importante para a prática do apoio e implica desenvolvimento de metodologias e constituição de espaços de cogestão. O apoio para regiões de saúde e para a produção de redes alterou o padrão de relacionamento entre as instâncias da SES e destas com os municípios. Apoiar regiões significou acompanhar o território regional e dar suporte para o desenvolvimento de redes de atenção. Ao mesmo tempo, significou destacar pontos (coletivos, unidades de produção) para um processo de acompanhamento mais intensivo. Desenvolver capacidade de estabelecer contratos e reconhecer que as ofertas não são desprovidas de problemas são condições para a prática do apoio. Assim, o apoio se insere e necessita de espaços de cogestão que dêem suporte para as necessidades de respostas de quem apóia e também para a necessidade de formação do apoiador, que se dá na análise de sua própria experimentação.

Referências

CAMPOS. Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In EE Merhy & R Onocko (orgs.). **Agir em saúde- um desafio para o público**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1997. (pp. 229-266)

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Oct. 1998

_____. **Um método para análise e cogestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda**. São Paulo: Hucitec, 2000

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CUNHA, Gustavo Tenório; FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. **Práxis e Formação Paideia: apoio e cogestão em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia**, vol. 1 /,; Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. —Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

JAPIASSU, Hilton. **O Sonho Transdisciplinar: e as razões da filosofia**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 2.ed.(Tradução de Eloá Jacobina). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

Payadores Missioneiros: aprendizagens na prática do apoio institucional⁷

Júlia Schenkel, Otávio D'Ávila, Carol Rodrigues

(...)
E vou calando a guitarra
A deusa da pulperia
Que me acompanha gaudéria
Nas minhas andanças bravia
Fecundando a pampa grande
Alma, garra e melodia
(*Noel Guarany, Payando*)

Rabiscando Andanças

Falamos a partir de um lugar. Talvez não de um, mas de vários - do lugar de apoiadores do Sistema Único de Saúde (SUS) na Coordenação Estadual da Atenção Básica (CEAB) /Departamento de Ações em Saúde (DAS) / Secretaria Estadual da Saúde (SES), do lugar de trabalhadores na gestão compondo uma Macrorregião de Saúde, de militantes do SUS com diferentes trajetórias no campo da saúde. Compartilhamos aqui as aprendizagens na passagem por um território. Território permeado da singularidade de uma

⁷ Ler ao som de Canto dos Livres de Cenair Maicá.

cultura, de um modo de fazer arte, fazer música, fazer resistência frente aos processos de *apequenação* da vida.

Buscamos essa conversa com a arte na intenção de fortalecer concepções de saúde que, além de não se resumir a doença, como já está dado no conceito ampliado de saúde na Lei do SUS, situam a mesma no contexto da defesa da vida e da inventividade.

Compartilhamos experiências advindas de um ano de trabalho compondo o Núcleo de Apoio Institucional e Práticas Pedagógicas, onde temos como foco o apoio às Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), no sentido de potencializar o trabalho de apoio destas junto aos municípios.

É importante situar que o fortalecimento da Atenção Básica foi definido como uma prioridade de governo, sendo o apoio institucional uma das mudanças de modelo de gestão adotadas. Além disso, desde 2011, o Departamento de Ações em Saúde (DAS) vem trabalhando a partir de coletivos georreferenciados por macrorregião de saúde. Tal formato de organização do trabalho constitui-se como importante estratégia de superação da fragmentação da gestão das políticas públicas de saúde, na medida em que busca superar a organização apenas por programas e políticas, ao colocar os diferentes setores a dialogar, planejar e a construir o trabalho de forma conjunta, a partir da *lógica do território*.

Nesse sentido viemos trabalhando junto à Macrorregião Missioneira, buscando dar sentido e corpo a essa proposta de apoio institucional que ora parte da CEAB, ora parte do coletivo da Macrorregião Missioneira, ora parte do território. O paradoxo já está colocado, dado que o apoio institucional se constituiria, a princípio, de forma ascendente, rompendo com a lógica verticalizada hegemônica dos processos gerenciais. Dessa forma, como alerta Edelwein (2013) para os riscos da institucionalização do apoio, a exis-

tência de apoiadores institucionais não garantiria por si que a *função apoio* aconteça. E sim dependeria de um processo que passa pela construção de um apoiar e ser apoiado, de um estar em relação, de um *dever apoiador* (OLIVEIRA, 2011) a ser inventado...

Entrelaçando a narrativa das práticas desenvolvidas no território com a estética poético-musical da região missioneira, esta escrita é efeito de um esforço para traduzir em palavras o que vem sendo inscrito no corpo, a partir de um processo de *afecção*⁸ no estar em relação com os diferentes atores institucionais que compõe o cenário já apresentado, ao buscarmos contribuir para a ativação das redes para o fortalecimento da Atenção Básica e do SUS no território.

Apoio como Imersão no Território

Pampa - matambre esverdeado dos costilhares do prata
que se agranda e se dilata
de horizontes estanqueados,
couro recém pelechado
que tem pátria nas raízes
aos teus bárbaros matizes,
os tauras e campeadores
misturam sangue as cores
pra desenhar três países.
(Jaime Caetano Braun)

A Macro Missioneira é composta por quatro CRS (9ª, 12ª, 14ª, 17ª). Cruz Alta, Santo Ângelo, Santa Rosa e Ijuí são os municípios sede. Formada em sua maioria por municípios de pequeno porte, a região também é conhecida pelas

⁸ Em Spinoza, a afecção acontece no encontro com outros corpos. Envolve uma modificação, um acontecimento de si. (SPINOZA, 2007).

micro-identidades regionais construídas através do imaginário cultural missioneiro, que envolve um patrimônio arqueológico, cultural e histórico.

Iniciamos essa imersão simultaneamente à chegada dos médicos do Programa Mais Médicos do 4º ciclo. Talvez nossa primeira atividade tenha sido recepcioná-los, momento em que foi necessário apresentar um território ao qual estávamos apenas começando a conhecer. Entre mapas e indicadores de saúde, escolhemos por também apresentarmos a região a partir do mito de Sepé Tiaraju.

As missões gaúchas são assim denominadas por serem o território onde, entre os séculos XVII e XVIII, foram construídas as sete reduções jesuíticas dos Guaranis, outrora denominado Sete Povos das Missões. (SANTOS, 2000) Sepé Tiarajú foi um índio guarani que viveu nas missões gaúchas no século XVII, conhecido por suas ações e por ser liderança indígena no Rio Grande do Sul.

O Rio Grande do Sul é um território historicamente marcado por confrontos de disputa de territórios. Primordialmente habitado por índios, o território gaúcho foi alvo de disputas de portugueses e espanhóis, o que resultou numa aniquilação quase completa da cultura indígena e na miscigenação dos povos, que mais tarde foi reforçada pela chegada de outros imigrantes europeus, principalmente alemães e italianos. Nesse cenário, marcado pela paisagem do pampa e pela disputa territorial, se construiu a figura do gaúcho do sul do Brasil. Fruto de uma “mãe” indígena e de um “pai” europeu, renegado pela “mãe” e pouco identificado com o “pai”, o gaúcho atravessa gerações em busca de uma identidade. Solitário, buscou na companhia do cavalo e do mate ou chimarrão (bebida quente desenvolvida pelos índios Guaranis) o parceiro para percorrer as “lonjuras do Pampa” e para aquecer as noites frias do inverno. (ESTRADA, 1985) O gaúcho se forjou pela necessidade de

constante afirmação territorial e desenvolvimento de uma identidade própria, que atravessam a cultura popular local. (RAMIL, 2004)

Atualmente, o território Missioneiro conserva as raízes do povo gaúcho. Comumente encontramos por lá, entre os prédios das cidades cinzentas, um gaúcho a cavalo, aquecido pelo mate amigo, que nos dias atuais não apenas é uma companhia para as horas solitárias e reflexivas, mas também é o ingresso para uma roda de amigos e motivo de um sorriso satisfeito. Nesse contexto, os apoiadores teriam de mergulhar nessa cultura, já que as rodas de conversa não seriam apenas rodas de mate e que, em determinados momentos, agindo feito *payadores* poderiam *improvisar* ações e instrumentos capazes de fortalecer os coletivos de saúde ali existentes, como as trovas cantadas pelos *payadores* fazem ao descrever o cenário gaúcho.

Improvisar não no sentido de um “espontaneísmo”, pois havia muita preparação para chegar ao território, mas sempre a preparação encontrava a surpresa da realidade local e a demanda atual, que nem sempre coincidia com o que estava previsto...

Descobrimo Fazendo: Lançar-se

Falar sobre apoio é falar sobre um processo de vinculação. Assim como grande parte do trabalho em saúde, trata-se de um trabalho imaterial (MERHY, 2002), onde muitas vezes não se enxerga rapidamente o resultado do trabalho. Apoiar envolve aposta. Apoiar envolve tempo. Quem sabe justamente oferecer tempo, um tempo protegido, um tempo de parada, um tempo de reflexão, quem sabe ainda um tempo de criação. Em tempos já tão contemporaneamente velozes, e em um trabalho atravessado pelo ‘tempo

da gestão' (ou seria mesmo o tempo do mercado?)⁹, falar e fazer apoio como oferta de tempo pareceu significativo. Acrescentando ainda o fato de vivenciarmos um último ano de gestão na SES, com todas as tensões e urgências disso decorrentes.

Falamos de uma abertura do corpo para ser atravessado e afetado pelas demandas trazidas por quem é apoiado. Desde já, consideramos importante problematizarmos a ideia de uma direção unilateral no apoio, onde haveria uma delimitação *clara e distinta* entre quem dá e quem recebe apoio. Experimenta-se uma força de mão dupla, onde o suposto 'apoiador' muitas vezes é apoiado por quem deveria apoiar. A aprendizagem é sempre mútua. Afirmamos aqui que nos sentimos muito apoiados pelas CRS. Em mais de uma ocasião, surgia a pergunta: “- quem é mesmo que está apoiando quem?” Como, por exemplo, em ações desenvolvidas junto a um ou outro município, as colegas das CRS, com amplo conhecimento das realidades e dos atravessamentos institucionais de cada território, estavam junto ampliando a leitura dos processos.

Ressaltamos o caráter pedagógico imanente à prática do apoio. Investindo cada espaço coletivo criado ou apoiado como espaços de educação permanente e de transversalização e esforço de democratização da gestão. Pensando aqui junto com Guattari e Rolnik:

A democracia talvez se expresse a nível das grandes organizações políticas e sociais; mas ela só se consolida, só ganha consistência, se existir, no nível da subjetividade dos indivíduos e dos grupos, em todos esses níveis moleculares, novas atitudes, novas sensibilidades, novas práxis,

9 Pergunta feita por Fabio Hebert da Silva em conversa informal durante o XIV Seminário Nacional de Integralidade da LAPPIS, realizado em Porto Alegre em Outubro de 2014.

que impeçam a volta de velhas estruturas. (GUATTARI & ROLNIK, 1996, p. 134)

Portanto reafirmamos o apoio institucional como metodologia de mudança nos modelos de gestão e de atenção à saúde, necessária para a efetivação dos princípios do SUS. Como ética, o apoio institucional implica um estar ao lado e um acompanhar processos. Onde a vinculação se dá a partir de uma posição de sustentação e não de julgamento nem de controle. Busca criar e ativar *espaços-tempo* de liberdade e inventividade, onde as necessidades do território são priorizadas, invertendo a lógica vertical tradicional de gestão. Conjugando responsabilidades e pactuações coletivas já existentes com a produção do novo e incentivando processos de cogestão. (RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DA SAÚDE, 2014)

Campos (2005) propõe a reformulação dos métodos tradicionais de gestão a partir do Método Paidéia, considerando que a gestão acontece entre sujeitos, dependendo da instalação de algum nível cogestão. Passamos então a narrar algumas experiências de apoio vivenciadas neste ano de trabalho.

No “entre” das Políticas: o Apoio da Macro

Podemos dizer que o trabalho a partir das Macrorregiões de Saúde foi uma das estratégias encontradas para *experienciar* um novo modo de fazer gestão. Espaço múltiplo, de uma potência infinita, mas ao mesmo tempo difícil de ser sustentado, onde o desejo de alteridade era colocado em questão a todo momento. Espaço que permitiu as políticas se olharem e se reconhecerem, mas onde também era fácil se perder no emaranhado dos muitos fios da integração das redes.

Através destas ações georreferenciadas, objetivou-se compor o leque de ofertas da SES valorizando atores, agendas, demandas e particularidades. (TREIN *et al.*, 2014) Especificamente na macrorregião missioneira, no ano de 2014 o coletivo buscou se organizar de modo a fortalecer as ações no território a partir do trabalho do apoio institucional, formando duplas de apoiadores para cada coordenadoria.

Na primeira visita de apoio à uma coordenadoria, escutamos de uma trabalhadora: “- Mais apoio? A gente tá recebendo “apoio” de todos os lados”. E a pergunta: “- Que tipo de apoio é esse?”, sinalizando quase um excesso, algo de equívoco. Transparecia como o “apoio” estava sendo recebido e sentido pela CRS, fazendo refletir *como* as diferentes políticas da SES estão chegando até as coordenadorias, ou seja, uma oferta de apoio que chega desarticulada, a partir da segmentação de cada política. Muito bem, esse já era o diagnóstico: a fragmentação da gestão. E o apoio das macrorregiões, pensado territorialmente, vinha justamente enfrentar esse problema.

Os primeiros encontros com os trabalhadores de cada CRS tinham o propósito de apresentar a proposta de trabalho e firmar o “contrato”. A inserção de um ator externo no processo de trabalho de uma equipe deve ser feita cercada de inúmeros cuidados. (CAMPOS, CUNHA & FIGUEREDO, 2013) O desenvolvimento do vínculo ocorre através de diversas competências, que compõem um rol de interfaces subjetivas como empatia, capacidade para diálogo, sensibilidade para perceber o que não é dito, acolhimento de ansiedades, escuta minuciosa, capacidade de síntese, observação, entre outros. (CAMPOS, 1998) Entre os tempos exigidos para o apoio há também o não-tempo ou o imediato, onde as demandas exigem do apoiador uma formação de payador, operando no entre? da sensibilidade e da criatividade.

Esse momento de pactuação é bastante tenso para os apoiadores. Antes de formar o vínculo, o papel do apoio é extremamente frágil e facilmente pode ser ignorado. (CAMPOS, CUNHA & FIGUEREDO, 2013) Percebendo isso, os apoiadores ficam tentados a recorrer à “listinha de afazeres” ditados pelos trabalhadores do território, o que implica um erro, pois uma vez aceito esse papel, dificilmente os apoiadores conseguirão legitimar-se como co-produtores do trabalho pactuado. Ao aceitar a “pecha” de ser um mero intermediador o apoiador arrisca perpetuar um modelo de processo de trabalho perverso. As CRS representam uma extensão da SES/RS descentralizada em um território específico e possuem trabalhadores que são co-responsáveis pelo desenvolvimento das políticas públicas de saúde desenvolvidas em sua região.

A cada encontro expectativas e ansiedades emergiam. Isso se traduzia através de uma notória agenda de reclamações e reivindicações dos trabalhadores das CRS para com a SES/RS, onde a dificuldade de comunicação dentro da Secretaria e a percepção por parte das CRS de que as decisões se davam verticalmente, eram uma oratória constante. Em algumas ocasiões a resistência ao apoio também foi verificada, sendo que o fato dessa oferta ter sido realizada apenas no último ano de gestão, foi explicitado como motivo para tanto.

Não obstante, as constantes e acirradas disputas ideológicas historicamente expressas - estado marcado por constantes alternâncias de modelos de gestão - levam o Rio Grande do Sul a dois modelos antagônicos de gestão que trazem marcas e influências aos trabalhadores das CRS: de um lado um modelo de estado mínimo e de outro, um modelo de gestão popular e desenvolvimentista. Apesar de nunca reeleger um governo, o Rio Grande do Sul passou por oito anos de gestão (2002 - 2010) cuja prática se aproximava do modelo de estado mínimo. Esse modelo parece ter

trazido consequências como a precarização do trabalho nas regionais de saúde, escassos investimentos em recursos humanos e infraestrutura. A proposta de estado mínimo considerava que o trabalho desenvolvido nas CRS poderia ser realizado a “nível central” sendo as CRS dispensáveis para a estrutura gerencial da SES.

A visível aposta das gestões estaduais anteriores na redução do papel do estado, a opção por não indução ativa de políticas públicas de saúde e o processo de desmonte das estruturas gerenciais regionalizadas resultaram numa redução da responsabilidade dessas estruturas. Com alguma frequência, as coordenadorias se perceberam “obrigadas” a exercer ações de cunho mais administrativo e de supervisão, ficando prejudicado um acompanhamento sistemático mais próximo aos municípios. Esse contexto, por muitas vezes, contribuiu para que se desse uma tonalidade de cobrança, ao invés de acompanhamento, na relação entre SES/RS, CRS e municípios. Sem co-produção não havia implicação e co-responsabilização e isso era facilmente percebido nos discursos dos trabalhadores. Convém destacar, que apesar do cenário descrito, era possível perceber nos trabalhadores das CRS uma forte resistência a essa oferta reduzida do tipo supervisão, que embora fosse tentadora já era percebida como ultrapassada e em muitas CRS já em análise do coletivo.

A dificuldade dos coletivos realizarem a análise de sua implicação nos processos em que estão envolvidos e tem co-responsabilidade em sua produção, reafirma a pertinência do método de apoio institucional como potente para produzir deslocamentos nos modos de fazer gestão. É importante reconhecer que nem toda estrutura da Secretaria passou a trabalhar na lógica do apoio institucional, sendo que para alguns departamentos, métodos tradicionais de gestão continuaram operando e pautando a relação com as coordenadorias e municípios.

Podemos dizer que o apoio da macro contribuiu para efetivação de mudanças no processo de trabalho interno de algumas CRS. O espaço coletivo de análise aberto pelo apoio, permitiu que trabalhadores colocassem em questão a fragmentação do trabalho e a falta de sentido coletivo para o mesmo, apontando e criando saídas coletivas para tais problemas.

O convite de integração das políticas realizado pelo apoio convoca as regionais a repensarem a forma como se relacionam com os municípios. Por outro lado, é importante reconhecermos que em alguns momentos percebíamos maior integração entre as políticas no âmbito das CRS, em relação ao que verificávamos na SES em Porto Alegre.

Apoiando o SUS através da Atenção Básica

Fomos contratados para trabalhar como apoiadores institucionais na Atenção Básica. *Na* Atenção Básica, ao invés de *da* Atenção Básica. Pequeno detalhe, mudança de uma letra que já nos traz uma pista conceitual sobre a própria função apoio.

Uma das primeiras diferenciações que fomos aprendendo a fazer com a Prof. Liane Righi no apoio da Macro-missionaria, é que o apoio institucional se diferencia do apoio temático. Aos poucos, fomos estranhando o que poderia ficar naturalizado com a contratação de apoiadores institucionais para a atenção básica. Existiria um apoiador da Atenção Básica, ou apoiamos o SUS? Fomos descobrindo que apoiávamos o SUS a partir da Atenção Básica.

O papel exigido de nós, jovens apoiadores, não era de fato simples. Havia ofertas que partiam da Coordenação Estadual da Atenção Básica/SES, como o apoio à gestão da Atenção Básica aos municípios-sede da CRS (Ijuí, Santa

Cruz, Santa Rosa, Santo Ângelo), a formação do colegiado gestor da Atenção Básica e encontros regionais com os trabalhadores médicos do Programa Mais Médicos (PMM). As ofertas se revelaram bastante dialogáveis com as demandas locais.

Os municípios da macrorregião missioneira receberam mais de 100 profissionais oriundos do PMM, ampliando significativamente a capacidade de cobertura da ESF. Os encontros tinham por objetivo primário apoiar o desenvolvimento de uma rede de afetos entre os profissionais. Muitos ficaram sozinhos em cada cidade, e era necessário algum acolhimento enquanto as estruturas de apoio ao PMM do MEC e do MS iam se fortalecendo. Além disso, eram feitas rodas entre gestores, onde leis, formas de contratação, vínculos e outros entraves para operacionalizar o programa eram debatidos, assim como formas de enfrentar os problemas.

A formação dos colegiados gestores da Atenção Básica composto pelos Coordenadores de Atenção Básica descortinou para nós apoiadores virtudes e deficiências da gestão da Atenção Básica nos municípios do território. Organizados por CRS, foram constituídos 4 Colegiados Gestores da Atenção Básica na Macrorregião Missioneira. Podemos destacar dos primeiros encontros a seguinte fala: “- Meu nome é fulano e a partir de hoje sou coordenador da atenção básica do município tal”. Percebemos que quando as CRS dispararam o convite para que os coordenadores de atenção básica participassem do Colegiado, criou-se de modo inevitável a discussão nos municípios do papel do coordenador da Atenção Básica. Essa discussão atravessou todos os encontros, colocando em cena a inegável complexidade de organização da Atenção Básica e sua articulação na rede de serviços de saúde. O movimento era de fazer emergir os temas a serem tratados a partir das necessidades sentidas pelos gestores municipais, como por exemplo, PMAQ (Pro-

grama de Melhoria da Qualidade e Acesso), matriciamento, implementação do e-SUS. Porém, apontamos aqui que o aspecto mais significativo e potente foi justamente a constituição de um espaço de troca, onde um município pode aprender com a experiência do outro.

O apoio aos municípios-sede era partilhado pelos apoiadores e CRS. Talvez, possamos afirmar que essas agendas tenham sido as mais desafiadoras para o grupo de apoio. Entre a contratação do apoio e a efetivação da co-produção muitas dificuldades foram observadas. Em alguns municípios não foi possível pactuar o contrato. Muitas foram as dificuldades observadas: modelo municipal de gestão fragmentada (taylorista), relação SES-município historicamente atravessada pelo modelo de estado mínimo adotado por anos a fio pelo governo estadual e, também, a própria dificuldade dos apoiadores em fazer a análise do complexo contexto desenhado e ofertar o apoio como ferramenta de co-produção para superação de dificuldades. Em outros, foi possível construirmos juntos algumas ações, como a ampliação da discussão sobre a construção do acolhimento nas eSF, e a formação de um Colegiado Gestor da Atenção Básica municipal, experiência essa sobre a qual iremos discorrer em seguida.

Toda Ida ao Território é ou pode ser Apoio Institucional

Estreando no território, participamos de um encontro de agentes comunitários de uma das regionais missioneiras. O público, além dos agentes, contava com gestores municipais da saúde e outros trabalhadores das equipes da ESF, em um salão gigantesco, com cerca de trezentos participantes. A atenção básica havia se comprometido em fazer uma discussão sobre algum assunto pontual.

Após uma palestra, abre-se para o público. Finalmente, a discussão aquece o salão. Agentes comunitários pegando o microfone, fazendo intervenções e provocações importantíssimas que alertavam para o engessamento da gestão cuidado, pela captura do cumprimento de metas de visitas (?). Havia uma limitação de horário, pois nessa viagem dependíamos de ônibus.

Ao nos despedirmos, desejando um ótimo debate, ficamos surpresos com o movimento de encerramento do encontro disparado a partir daí. Cena que nos fez pensar que ainda é necessário investir na desconstrução dessa lógica de que alguém “e fora”, do “nível central”, precisa comparecer para atualizar e capacitar os municípios do interior. Ali parecia haver uma pista para o trabalho de apoio. Um trabalho também de *desconstrução*.

Nesse sentido, na experimentação do trabalho de apoio o ouvido vai sendo apurado para desconfiar de toda e qualquer demanda de capacitação. Não que elas não existam, mas é necessário desconfiar. Ora, a caminhada da *Educação Permanente em Saúde* já pode nos mostrar o quanto as transformações que ocorrem in loco, partindo das necessidades do próprio trabalho, são muito mais potentes para produzir mudanças no que diz respeito a modelo de atenção. Conforme a Política Estadual da Atenção Básica (RIO GRANDE DO SUL, 2014):

(...) a educação permanente utiliza-se da reflexão crítica sobre a prática do processo de trabalho na saúde, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano. Considera também os saberes prévios dos sujeitos, sendo por si só um processo educativo aplicado ao trabalho, que possibilita provocar mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas. (RIO GRANDE DO SUL, 2014)

Em diversas ocasiões, a demanda de capacitação aparece junto com um discurso de desqualificação e desvalorização do trabalhador. O que estamos alertando é para a captura de um discurso da falta e da desresponsabilização. A crença messiânica na promessa de que a solução vem de fora, através de capacitações pontuais, desinveste os espaços cotidianos de troca como espaços primordiais para a construção coletiva de um conhecimento singular a partir de cada equipe, cada território, cada plano singular terapêutico discutido. Lembrando ainda Ceccim e Ferla ao sugerirem que pensemos a educação permanente como

(...) processo de formação, acionador de movimentos de estranhamento, de desconexão, de ‘perguntação’ e de implicação, potência para um coletivo diferir de si mesmo e de dobrar novas práticas. A interface formação, produção de subjetividade e trabalho se torna o território para uma “escuta pedagógica em saúde.” (CECIM; FERLA, 2009, p. 453)

As viagens ao solo missionário eram longas. Nós saíamos de Porto Alegre de ônibus e, normalmente, percorríamos o pampa durante toda a madrugada fria e mesmo a noite era possível perceber os campos missionários cobertos pela geada que caía. Na mochila dos apoiadores (paya-dores) missionários sempre havia alguma comida, água e meias de lã. Durante o percurso havia tempo para alimentar a ansiedade para os encontros que se iniciariam no outro dia, no início da manhã. A ansiedade diminuiria com uma chegada acolhedora na CRS. Um sorriso, um mate quente e um abraço apertado. Muitas vezes, percebíamos através do afeto trocado que o vínculo e a cumplicidade havia sido estabelecidos com êxito.

Foi possível observar que a relação entre CRS e município sede nem sempre era tranquila. Muitos aspectos pa-

recem ter contribuído para isso: o fato dos trabalhadores da CRS residirem há muitos anos no município, a precarização do trabalho nas CRS - decorrentes de um modelo de estado mínimo – a aproximação de um processo eleitoral e a própria complexidade da rede de serviços de saúde desses municípios. Nesse contexto, a contratação de apoio se deu a partir da necessidade expressada pelos gestores dos municípios-sede.

Num determinado município, partimos da organização da rede de atenção básica. O secretário municipal de saúde revelava a cada encontro sua dificuldade em organizar os serviços, a resistência dos trabalhadores de saúde a uma reorganização do processo de trabalho e a necessidade de uma intervenção urgente. Foi possível identificar através dos relatos dos encontros que o modelo de gestão era verticalizado e organizado por núcleos profissionais. Isso resultou numa crescente fragmentação do trabalho e numa dificuldade ou impossibilidade para o diálogo. Feita essa análise foi possível contratar com o secretário de saúde e prefeito do município a formação de um colegiado gestor da atenção básica. Convém ressaltar, que os jovens apoiadores tiveram a colaboração fundamental de uma experiente apoiadora vinculada à Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. No entanto, o processo de contratação do apoio a esse município trouxe consequências não esperadas pelo grupo - o coordenador da atenção básica do município solicitou afastamento da função, por entender que o mecanismo de cogestão proposto seria demasiado complexo para a sua disponibilidade de envolvimento naquele momento.

A primeira reunião desse colegiado foi agendada com a participação do Prefeito, Secretário de Saúde, novo Coordenador de Atenção Básica do município, coordenadores das equipes de Saúde da Família e de unidades de Atenção

Básica, a dupla de apoiadores e um convidado externo de renome nacional. Durante a roda de conversa, foi possível perceber que os coordenadores das equipes da Atenção Básica eram todos enfermeiros. Isso trouxe um desafio a mais para o colegiado: evitar que o encontro se tornasse uma reunião da enfermagem. Nesse aspecto foi muito importante a participação do convidado externo. Profundo conhecedor da clínica ampliada, ele trazia importantes contribuições da clínica para a rede toda a vez que se percebia que a discussão rumava ao núcleo da enfermagem.

Atualmente, o colegiado gestor passou por algumas transformações. Alguns coordenadores de ESF e AB não concordaram com a proposta e foram substituídos. Isso trouxe heterogeneidade ao grupo, uma vez que foram substituídos por profissionais de outra área do conhecimento. Ainda, observamos que o colegiado possui um caráter deliberativo muito frágil e carece de maior legitimação por parte da própria gestão municipal.

Sacamos esses 'causos' do nosso *banco de memórias* para remeter a ideia de que toda ida ao território é ou pode ser apoio institucional. De forma que para além das reuniões formais de apoio, não apenas nos momentos pactuados com CRS ou municípios se dá o trabalho de apoio. Ao envolver uma ética, a *forma de relação* com os atores institucionais está em questão, enquanto prática de produção de subjetividade.

O Apoiador Transformado – Laçadores de Sonhos

É hora depois da espera,
que haja uma volta por cima,
o povo, matéria prima,
merece uma primavera,
e os que manejam a esfera
encontrem uma maneira
p’ra que a nação brasileira,
não vá a tranco e solavanco,
pulando de banco em banco,
como coruja em tronqueira.
(Jaime Caetano Braun)

Passado um ano de peregrinação em solo missioneiro, não somos mais os mesmos. Após muita estrada, muitas entradas, quilômetros de idas e vindas entre Porto Alegre e as Missões, acreditamos que o trabalho realizado abriu caminhos para que águas sigam fluindo na direção de um SUS que pode mais e de uma atenção básica mais alegre¹⁰. Afinal, os usuários merecem uma primavera, parafraseando Caetano Braun, e o apoio não se basta por si mesmo, havendo de refletir na ampliação do direito à saúde. (PINHEIRO *et al.*, 2014)

É importante também destacar que na maioria das vezes o apoiado foi a CRS, ou seja, o apoio institucional foi ofertado dentro da mesma instituição (SES porto alegre para a SES descentralizada). Alguns apontamentos podem ser feitos, tais como a necessidade de refletir e reorganizar o processo de trabalho nas CRS, reestruturar a forma como se relacionam com os municípios, apresentando um novo modelo de gestão. Assim, percebemos que o apoio

10 Remetendo a Prof^a. Liane Righi na Mostra Regional Missioneira de Saúde, defendendo que “a atenção básica tem que ser um lugar pra gente ser feliz”.

deu os primeiros passos na Macro Missioneira, porém ele ainda precisa se ‘*espraiar*’ e chegar aos municípios. Percebemos o imenso esforço dos trabalhadores das regionais em acompanhar os municípios e acreditamos que o apoio institucional é uma metodologia potente para qualificar o trabalho já desenvolvido.

Não podemos deixar de refletir sobre a fragilidade das políticas públicas, ainda tão submetidas às trocas de governo. Os próprios apoiadores que aqui escrevem fazem parte de um grupo passageiro na SES. Entendemos, porém, que ao envolver uma delicada construção de vínculo, o trabalho de apoio institucional realizado teria trazido maiores contribuições se tivesse mais tempo para se desenrolar, sendo que saímos com a sensação de abandonar o barco justamente no momento em que a viagem se intensificava!

Em uma regional que muitas vezes se sentia esquecida, foi possível escutar de uma trabalhadora que esse sentimento havia se modificado a partir da proximidade desenvolvida no trabalho de apoio. Em outra CRS, a experiência de apoio envolveu o fortalecimento da organização do processo de trabalho interno da regional, como preparação para a mudança de coordenação, já prevista com a troca de governo.

Ainda, problematizamos o quanto na gestão estamos capturados por uma lógica da falta, priorizando a queixa, aquilo que não funciona, e dessa forma engatando na fragilidade ao invés de engatar na potência. O quanto é fácil para o trabalhador distante do território, criticar as regionais argumentando que elas não fazem o seu papel e, ao mesmo tempo, as regionais apontarem que municípios não sabem fazer gestão, enquanto os gestores municipais queixam-se de “trabalhadores desqualificados” nos serviços. A mesma racionalidade que tentamos superar na atenção, ao deslocarmos o foco na doença para apostar na potência de

vida e de produção de saúde de usuários e comunidades, também se reproduz nesse vício-queixoso em apontar culpados: sempre o outro. É necessário percebermos que trabalhador, gestor e usuário são responsáveis pelo SUS, claro que cada um pela parte que lhe cabe, mas enquanto não enxergarmos o quadro todo, pouco iremos avançar na qualificação do SUS.

Durante o desenvolvimento de nossas atividades como apoiadores, buscamos alavancar, através do apoio, a qualificação do SUS missionário. O que talvez não pudéssemos dimensionar é o quanto o apoiador se transforma no caminho. Como já mencionamos, o deslo(u)camento da caminhada promove uma mudança. O apoio, as apostas, as vitórias comemoradas, as derrotas sentidas, o envolvimento com o outro. Não há espaço para uma racionalidade fria e desvinculada. Envolvermos o corpo e a alma, nos apaixonamos pela luta do SUS missionário. Nos somamos aos incansáveis trabalhadores das CRS e formamos, junto a eles, um coletivo de laçadores de sonhos. Fomos contagiados, sem dúvida, por Sepé Tiarajú.

Referências

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outros correntes**: teoria e prática. Belo Horizonte: Editora Instituto Félix Guattari, 2002.

BURD, R. **De Alferes a Corregedor**: A Trajetória de Sepé Tiaraju durante a Demarcação de Limites na América Meridional - 1752/1761. 2012. Dissertação (Mestrado), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2012.

CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e Formação Paidéia Apoio e Cogestão em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

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. São Paulo: Hucitec, 2005.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, out. 1998.

CECCIM, R, FERLA, A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008/fev.2009.

EIDELWEIN, C. **Das Tensões e Intenções de Tornar-se Apoiador na Máquina de Estado**. 2014. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2014.

ESTRADA, E. M. **Radiografia de La Pampa**. São Paulo: Editora Scipione, 1985.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolíticas**: Cartografias do desejo. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

MERHY, E. E. **Saúde**: A Cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

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

PINHEIRO, R. et al. **Práticas de apoio e a integralidade no SUS**: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2014.

RAMIL, V. A. **Estética do Frio**. Pelotas: Satolep livros, 2004.

RIO GRANDE DO SUL. Lei Nº 12.366, de 03 de Novembro de 2005.

RIO GRANDE DO SUL. **Secretaria da Saúde. Política Estadual de Atenção Básica**. Resolução CIB nº 678. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2014.

SANTOS, J. Q. **Guaranis e Jesuitas do Prata**. Bauru: Edusc, 2000.

SPINOZA, B. **Ética**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2013.

TREIN, A. et al. A construção do acompanhamento macrorregional na Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul: a experiência da Macrorregião Norte no Apoio Institucional. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T. C.; SILVA, F. H.; JUNIOR, A. G. S. **Experimenci(ações) e práticas de apoio no SUS**: integralidade, áreas programáticas, e democracia institucional. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2014.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acessado em: 04/11/2014.

Musicografia:

BRAUN, J.C. Disco: **Payador, pampa e guitarra**. Faixa: Está na hora. Gravadora: Independente. 1970.

GUARANY, N. Disco: **Alma, Garra e Melodia**. Faixa: Payando. Gravadora: MPL. 1981.

MAICÁ, C. Disco: **Canto dos Livres**. Faixa: Canto dos Livres. Gravadora: WEA. 1983.

BORBA, G. Disco: **Milongador**. Faixa: Milongador. Gravadora: Independente. 2013.

Multiplicando Movimentos do Apoio em uma Relação Interfederativa: Um relato de experiência

*Mariana Allgayer, Guilherme Shimocomaqui,
Carine Ferreira Nied, Angelita Hermann*

Tu me ensinas que eu te ensino
O caminho no caminho
(Jair Soares)

Nossa escrita é uma tentativa de fazer, ver e dizer sobre uma experiência de apoio institucional que inclui as três esferas gestoras do Sistema Único de Saúde, num objetivo de produzir movimentos de compartilhamento e democratização nos modos de fazer gestão e atenção. A política de saúde no Brasil, a partir da criação do SUS propõe movimentos de democratização das decisões na gestão através de diretrizes como a descentralização e o controle social. Porém, o gerenciamento dos serviços e departamentos de saúde permanecem atravessados pela lógica hierárquica e taylorista nas relações de trabalho e tomada de decisão, aumentando a alienação no desenvolvimento do trabalho em saúde produzindo atividades burocráticas e protocolares. Pensando neste desafio, Campos (2000) lançou a proposta de um modelo de gestão que pudesse sustentar a democratização institucional com a capacidade operacional,

contribuindo para a diminuição dos graus de alienação e burocratização e ampliando a autonomia, a criatividade e a capacidade reflexiva das equipes de saúde. Para tanto, seria necessário reorganizar os arranjos da gestão, criando coletivos produtores e espaços de análise e compartilhamento.

A metodologia de democratização passa por diferentes estratégias e arranjos de gestão como os colegiados, grupos gestores, mas pressupõe o método do apoio institucional como dispositivo para fazer operar os coletivos produtores em saúde. Esta proposta ou método se propõe a trabalhar com as diferenças e multiplicidades do campo da gestão em saúde, mas de modo algum pretende produzir uma síntese das contradições. (CAMPOS, 1998; 2000) Propõe produzir respostas provisórias, para retomar os conflitos de outros lugares, para configurá-los novamente em um movimento que produz autonomia e compromisso com a produção da saúde.

O método do apoio como uma estratégia para qualificação do SUS é uma tecnologia relativamente recente, com pouco mais de uma década. Neste período muitos movimentos, linhagens e modelagens de apoio surgiram, foram e estão sendo experimentados nas mais diversas esferas de governo e níveis de atenção do Sistema Único de Saúde deste país. Longe de estabelecer uma discussão sobre os modelos e as metodologias do apoio, nossa proposta aqui é situar esse surgimento para introduzir nossa experiência nesta temática, através do apoio a um município da Macrorregião Serra e Vales do Rio Grande do Sul - RS. A experiência vem de uma composição entre Ministério da Saúde - através da Política Nacional de Humanização - PNH, Secretaria Estadual da Saúde do RS, através do grupo georreferenciado Macrorregional Serra e Vales, Coordenação Estadual da Atenção Básica - CEAB e a Secretaria Municipal de Saúde do município em questão.

A PNH em 2003, com seus princípios, diretrizes e dispositivos (HumanizaSUS, 2004), passou a ofertar o apoio institucional como metodologia de trabalho nos territórios e também para o próprio Ministério da Saúde. Em 2006, realizou-se o primeiro curso de formação de apoiadores institucionais para trabalhadores do SUS de todo país, como um processo de formação e intervenção, apostando na capilarização da política e alteração de modelos e práticas instituídas nos modos de gestão e atenção das instituições de saúde. Em 2010, com a proposta das Redes de Atenção à Saúde - RAS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) - o Ministério da Saúde ampliou principalmente para as áreas da Secretaria de Atenção à Saúde, o trabalho de apoiadores vinculados às redes de atenção numa articulação e atuação mais próxima dos estados e municípios.

No RS em 2011, na Secretaria Estadual de Saúde - SES, mais especificamente no Departamento de Ações em Saúde - DAS, a então diretora propôs como modelo de gestão o apoio institucional como forma de operar na transversalidade as políticas de saúde do estado junto as Coordenadorias Regionais de Saúde e municípios. Para tanto, instituiu-se as macrorregiões de saúde como espaço de encontro do grupo georreferenciado, formado por trabalhadores das diferentes políticas de saúde. Este espaço tem como objetivo ser local de compartilhamentos, discussões, formulações de estratégias de intervenção e de ofertas de apoio a partir das necessidades do território. A PNH entrou neste arranjo constituído pela SES/DAS apoiando o grupo de trabalhadores das macrorregiões e atuando com a oferta de apoio institucional ao território.

Do mesmo modo, a CEAB vem compondo este espaço se propondo a estar mais conectada com as demandas do território com aposta no apoio como principal estratégia da gestão e qualificação do cuidado na Atenção Básica. No

ano de 2014, após o processo de reorganização do trabalho da CEAB, foi constituído o Núcleo de Apoio Institucional e Práticas Pedagógicas, no qual os apoiadores atuam articulados ao grupo georeferenciado da SES. Assim, este caminho intervenção vem da junção de muitos atores alinhados na proposta de promover espaços de gestão participativos e democráticos, com o objetivo de fortalecer a autonomia e a cogestão nos coletivos do território.

Os desafios foram muitos e as reflexões sobre as práticas são constantes neste trabalho de ir e vir do território, entendido aqui como Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS, regiões de saúde e municípios divididos por macrorregiões. Sair do lugar prescritivo e normativo, da formulação de portarias e supervisão, para se colocar ao lado e compor junto, a partir das necessidades do território, foi no mínimo interessante e instigante. Para isso, se apostou no apoio institucional como uma metodologia que constrói diferentes formas de mediação em rede entre políticas públicas, trabalhadores, usuários e grupos sociais, setores institucionais, projetos e interesses diversos, sendo aqui pensado como uma estratégia de transversalidade entre as diferentes políticas envolvidas na saúde, tendo como foco as necessidades do território.

O termo Apoio indica, uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens e serviços. Quem apóia sustenta e empurra o outro. Sendo, em decorrência, também sustentado e empurrado pela equipe “objeto” da intervenção. (CAMPOS, 2000, p. 87)

Assim, a medida que o grupo georeferenciado da Macrorregião Serra e Vales iniciou os seus trabalhos, várias discussões sobre o conceito de apoio institucional foram realizadas, paralelo a isso, o coletivo recebeu uma solicitação

de apoio de um dos municípios da macrorregião. Foi então, que se constituiu uma equipe de trabalho composta pela consultora da PNH e dois trabalhadores do Departamento de Ações em Saúde da SES, que mais tarde iriam também contar com apoio de outros trabalhadores do DAS e da CRS de referência. Os apoiadores da política de atenção básica acompanharam também todo o processo, considerando que a demanda do município centrava-se na criação de um grupo de apoiadores para a rede básica de saúde, e reafirmando o investimento da CEAB nas estratégias de apoio institucional no território, problematizando e qualificando o cuidado em saúde.

Contextos e a experimentação do apoio no território: Construindo arranjos

O município apoiado possui cerca de 60 mil habitantes e é referência para a sua região de saúde, tendo uma cobertura de 60% da população pelas equipes de Saúde da Família. Têm em sua rede de saúde treze equipes de Saúde da Família, duas Unidades Básicas de Saúde, um NASF, uma UPA, um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, um Serviço de Atendimento Especializado - SAE, um hospital conveniado, um Centro de Especialidades Médicas e o Programa Primeira Infância Melhor. No primeiro encontro com o município, realizado em outubro de 2013, entre a equipe de trabalho da SES/PNH, a gestora e integrantes da gestão municipal, a discussão girou em torno da necessidade de constituição de um coletivo com uma atuação colegiada e participativa. Em seguida, com a participação de um número maior de trabalhadores, foi realizada uma roda de conversa para repensar os modos e os arranjos de gestão, problematizando os entraves e as possibilidades de um processo de democratização.

A secretaria municipal de saúde havia crescido em quantidade de serviços e trabalhadores de modo exponencial nos últimos anos, incluindo um aumento significativo das equipes de Saúde da Família nos últimos dois anos. Todavia, avaliava-se a necessidade de qualificar os processos de trabalho e o cuidado oferecido à população, promovendo mais espaços de reflexão e construção coletiva das equipes, potencializando a educação permanente na perspectiva das diretrizes do acolhimento, da clínica ampliada, da territorialização e da consolidação das redes de atenção à saúde.

O coletivo encaminhou algumas decisões com relação ao novo modo de gestão, que aos poucos iria se construindo neste município. Com o objetivo de fortalecer trabalhadores e gestores, pactuou-se que o apoio da SES/PNH seria endereçado a estruturação de um grupo gestor, seus atores e sua forma de funcionamento; a instituição de um colegiado gestor e a constituição do grupo de apoiadores institucionais para apoio as equipes de saúde do município.

Ao produzir estes encontros com as necessidades e desejos que os trabalhadores e gestores do município traziam, os apoiadores da SES/PNH apostavam na capacidade de aprendizagem desta experiência, não apenas para os atores municipais, mas para o grupo da macrorregional, que ainda se ensaiava nas idas ao território. O processo da intervenção era pensado, assim, como dispositivo de aprendizagem sobre o apoio de todos os atores envolvidos.

O trabalho e o exercício cotidiano de poder em redes institucionais são pensados como contextos de aprendizado, nos quais o sentido e o significado da ação sobre o mundo podem ser forjados de modo reflexivo, modificando em um mesmo processo, agente e contexto. (PINHEIRO *et al.*, 2014, p. 31)

Aqui se iniciava os primeiros passos de um caminho que se faz no caminhar. Houve um período de alguns meses até o segundo momento de apoio ao município, no qual o foco ficou na estruturação do grupo de apoiadores que trabalhariam junto às equipes. Neste encontro, a grande questão que se colocava era quem seriam os apoiadores institucionais. É neste ponto que vai se desenhando o caminho singular desta experiência. Discutíamos quais eram os desejos relacionados ao apoio, as necessidades no campo da gestão, as fragilidades e potencialidades de uma mudança de modo de fazer a gestão e atenção naquele território.

O grupo se questionava sobre quais eram as atribuições de um apoiador institucional e se haveria necessidade de uma formação específica. Pensamos ainda se novos trabalhadores seriam contratados para exercer tal função ou se o grupo de apoiadores seria composto pelos próprios trabalhadores do município. Refletiu-se ainda sobre os desafios destes atores frente às equipes, e como as mesmas iriam acolher essa proposta de trabalho. Algumas questões nos acompanhavam a discussão: “Como lidamos com a falta de comprometimento dos trabalhadores da ponta. A secretaria está crescendo e poucas pessoas estão sobrecarregadas por muitos. Como corresponsabilizar mais pessoas?” “Como realizamos a função do apoio, até que ponto vamos gerir pessoas, que força teremos? Como fazer sem impor e o que fazer em situação de rigidez das equipes?” “Que caminhos iremos seguir e que contratos iremos fazer?” “Como contratamos, realizamos contratos de trabalho em equipe?”

Seguindo estes questionamentos iniciou-se um esboço da constituição do lugar deste apoiador. Abriu-se um espaço para as dúvidas, visto que o apoiador não seria um gestor municipal, não seria um coordenador, mas também não seria um trabalhador das equipes de atenção à saúde. As falas, inicialmente produtoras de muitas incertezas, en-

contravam no trabalho coletivo o apoio necessário para enfrentar o desafio de uma mudança. O convite para ocupar este lugar estava dado, e algumas colocações se tornavam possíveis: *“Medo eu tenho, mas estou aprendendo cada vez mais, são novos desafios. Alguém pode ter receio, de se tornar apoiador, mas no coletivo vamos conseguir.”*

O grupo iniciava o reconhecimento de uma trajetória na qual seria possível aprender caminhando e com o apoio dos demais, ponderando que a função de apoiador não estava conectada a um ser especialista, que viria a dar conta de todas as demandas e necessidades de uma equipe de saúde. Mas que para exercer tal função seria necessário desejo. Aos poucos o lugar do apoio foi se tornando possível para os trabalhadores.

Os relatos e as queixas iniciais trazidas pelo grupo em relação ao trabalho evidenciaram alguns elementos como a “falta de comprometimento”, que surgiam como analisadores deste campo do trabalho em saúde e apontavam para a relação de dor-desprazer-trabalho e seus efeitos no cotidiano das equipes. Estas dúvidas e constatações sobre as possíveis barreiras do trabalho do apoio reforçavam a necessidade de se abrir espaços de análise e construção coletiva.

Aumentar o grau de autonomia dos trabalhadores nos processos de pensar-fazer seu trabalho, aumentar o grau de abertura aos processos de criação sustentando a indissociabilidade entre atenção e gestão, no caso do processo de trabalho em saúde, permite, a nosso ver, transitar da dor ao prazer no trabalho sem que com isso caiamos na banalização do sofrimento ou na idealização do prazer. (BENEVIDES DE BARROS & BARROS, 2007, p. 66)

Foi pactuado, então, que a gestão municipal iria viabilizar junto aos trabalhadores das equipes, aqueles que se

disponibilizariam para exercer a função do apoio. Tendo a contrapartida da gestão de que os mesmos teriam carga horária específica para a realização do trabalho de apoio. A tarefa foi, então, mapear aqueles com desejo e disponibilidade para estarem compondo o grupo. Definiu-se que se apostaria nos trabalhadores do município para compor o coletivo de apoiadores, e que os mesmos permaneceriam com carga horária de trabalho na atenção direta aos usuários. O apoio é aqui entendido como função e, portanto pode vir de um lugar de poder institucional, de um lugar de suposto saber ou mesmo de uma relação de paridade desde que em espaços de cogestão. (CAMPOS, 2000) O apoiador sendo entendido como um agenciador de coletivos, que auxilie os mesmos a ampliarem sua capacidade analítica e de gestão de seus processos de trabalho.

Apostar na produção coletiva, em meios que estimulem a subjetividade e a produção de sentidos na relação deste trabalhador com o seu trabalho e na produção de cuidado com o outro, constituem o objeto de intervenção e atuação do trabalho do apoio. Investir na grupalidade, apostar na construção coletiva, na democratização das relações, na sustentação da tríplice inclusão - inclusão dos diferentes atores, dos coletivos e dos conflitos - tomados como analisadores - compõem a forma de operar do trabalho do apoiador.

O apoio da SES/PNH retorna ao município no mês de julho de 2014, para a realização de uma oficina de formação sobre a função apoio com os dezesseis trabalhadores da secretaria municipal de saúde que se dispuseram a integrar o grupo de apoiadores. Neste encontro foram discutidos os contratos e os arranjos do apoio. Pactuou-se um arranjo com o coletivo, no qual os trabalhadores de diferentes serviços de saúde foram divididos em duplas de apoio, compostas por diferentes núcleos de formação. Tomou-se o cuidado para que os apoiadores não apoiassem a equipe no

qual atuassem ou já tivessem atuado anteriormente como trabalhadores. Em seguida, foram identificadas as equipes apoiadas, sendo treze equipes de Saúde da Família - eSF, 2 Unidades Básicas de Saúde - UBS Tradicional e o Serviço de Assistência Especializada - SAE. Neste momento avaliou-se que os serviços de saúde mental não entrariam no apoio, pelo número de apoiadores disponíveis e por estar sendo planejada a modalidade de supervisão clínica institucional para estas equipes.

A contratação de carga horária realizada com a gestão foi a de três turnos de trabalho semanal, nos quais dois seriam para o apoio as equipes e um turno, no vespertino, para o encontro do grupo de apoiadores, sendo estas horas remuneradas. O encontro do grupo de apoiadores semanal foi pactuado como espaço essencial e protegido para as discussões das visitas realizadas, dos movimentos e encaminhamentos realizados nas equipes, além de um espaço para formação e educação permanente dos apoiadores. Buscando propor um espaço-tempo de compartilhamento das demandas, necessidades e proposições de trabalho junto às equipes, foi pactuado também um encontro mensal entre o grupo de apoiadores e o grupo gestor. Neste espaço seriam encaminhados e contratados os assuntos pertinentes e de governabilidade do grupo gestor e do coletivo de apoiadores.

Foi proposto ainda um processo de formação que ficaria a cargo do apoio da SES/PNH, para os apoiadores e grupo gestor, promovendo um espaço de educação permanente que acompanhasse o processo de intervenção no município e promovendo reflexão sobre a prática e suporte teórico sobre diferentes ferramentas de trabalho no SUS, na perspectiva da saúde coletiva.

Movimentos do apoio no Município

Em setembro, ocorreu o primeiro encontro já com o grupo de apoiadores em formação e discutimos e partilhámos suas primeiras experiências junto às equipes apoiadas. Como parte do trabalho de apoio, os apoiadores fizeram registros em um diário de campo para o acompanhamento da trajetória do apoio, compondo uma cartografia daquilo que experienciaram junto às equipes e territórios. Milton Santos (1996) ao falar do olhar e do lugar em que estamos, afirma que cada lugar é um mundo, se relaciona com o mundo, mas que difere dos demais pelas relações que estabelece. Neste sentido, o autor fala do cotidiano como algo que precisa ser visto com seus vários aspectos como objetos, ações, técnicas e tempo, pensando na interação entre a ação (fazer) e os símbolos. Este movimento de acompanhar as delicadezas do fazer cotidiano, e aquilo que nos chama a atenção de algum modo é poder acompanhar os processos de apoio que se estabelecem principalmente nas relações. Assim, cartografar é perceber diferenças, singularidades, mudanças e também “é encontrar o que está em vias de diferir.” (PINHEIRO *et al.*, 2014, p.37)

Alguns movimentos analisadores começaram a aparecer no decorrer do processo: o distanciamento entre o grupo gestor e o grupo de apoiadores; dúvidas de como se daria esta composição entre os coletivos; funções e papéis de cada um. Iniciou-se, assim, a discussão sobre as competências de cada um destes coletivos, reforçando a necessidade de compartilhamento entre os mesmos, ponderando os diferentes interesses, desejos e poderes em jogo na gestão em saúde. E, principalmente, posicionando o apoio como um dispositivo capaz de estabelecer redes de conversação entre estes atores, promovendo a ampliação do coeficiente de transversalização das práticas em saúde.

Algumas diretrizes estruturantes para a formação e operacionalização do apoio foram trabalhadas, como o acolhimento. Neste momento, problematizou-se o acolhimento como uma das diretrizes e ferramentas de trabalho do apoio junto às equipes. O grupo compartilhou como as equipes e usuários tomavam as questões do acolhimento e quais os entraves das equipes para aprimorar as práticas de cuidado e garantia do acesso.

No encontro de novembro de 2014, percebia-se um coletivo de apoiadores apropriado do seu trabalho. Juntamente com os apoiadores da SES/PNH e grupo gestor, o grupo de apoiadores municipais apresentou um documento com algumas demandas e problemáticas encontradas no apoio as equipes. Trouxeram a proposta de compor respostas e pensar estratégias para tais demandas no coletivo. Neste momento, o grupo em roda fez a reflexão de que os espaços e momentos de trocas entre o grupo gestor e o grupo de apoiadores não estava ocorrendo, fazendo com que os apoiadores acumulassem demandas para a gestão e se sentissem sem retaguarda.

No movimento de avaliar e analisar a relação entre o grupo gestor e o grupo de apoiadores, identificou-se como o tema do acolhimento havia afetado o grupo de apoiadores. De algum modo, durante as pactuações, o grupo de apoiadores sentiu-se incumbido de disparar a implementação do acolhimento da livre demanda nas equipes da saúde. Neste processo, sentiu-se pressionado e reivindicou o apoio e posicionamento do grupo gestor frente a essa necessidade. Percebeu-se o quanto essas questões atravessam o trabalho do apoio institucional, quando o mesmo é demandado ou toma para si a função da implementação de uma política ou programa de saúde, focando seus esforços em uma demanda previamente estabelecida.

Em roda o coletivo foi esclarecendo as expectativas do

grupo gestor quanto ao trabalho com o acolhimento e qual seriam as ações do apoio implicadas nesta função. Neste caso, supunha-se que o grupo gestor esperava dos apoiadores um resultado frente a implementação do acolhimento. Foi possível pactuar que a gestão não estaria colocando no grupo de apoiadores uma meta de implementação do processo de acolhimento da livre demanda nas unidades de saúde.

Este exercício coletivo de análise da demanda, neste caso com o acolhimento, foi disparador de vários movimentos do próprio coletivo. Diferentes impressões e entendimentos foram se logrando no processo, a ponto do grupo de apoiadores sentir-se convocado a executar a implementação do acolhimento e o grupo gestor não estar ciente deste entendimento. Foi possível trabalhar ainda: as diferentes compreensões dos dois coletivos referente a necessidade de compartilhar suas propostas de trabalho e demandas junto às equipes; as diferentes intenções, desejos e forças que estavam em jogo quando falávamos do acolhimento; como os usuários estavam se relacionando com mudanças nos processos de trabalho; qual o efeito destas mudanças nos trabalhadores e quais as intenções do grupo gestor e do grupo de apoiadores frente à necessidade de trabalhar o acolhimento no município.

Para tornar o novo arranjo de gestão viável foi preciso reforçar os aspectos da cogestão entre os dois grupos, apontando a necessidade de trabalho conjunto e compartilhado. Campos (2000) traz a cogestão como possibilidade de organização na qual todos decidem e participam da gestão, porém decidem considerando outras instâncias, outros interesses, outras racionalidades e não sozinhos. Este exercício requer a negociação permanente, a recomposição com outros desejos e outras forças sempre em jogo na gestão de um sistema de saúde complexo e universal.

O grupo de apoiadores também reconheceu em si um modo de pensar o trabalho vinculado a uma meta bastante objetiva, como a implementação do acolhimento. Refletiram sobre o modo de valorizar o trabalho realizado, apontando para um maior reconhecimento do trabalho com metas objetivas, enquanto o trabalho de escuta e acompanhamento das equipes, trabalho imaterial, pudesse não estar sendo reconhecido como resultado das intervenções do coletivo.

Apoio e seu processo formativo

Percebeu-se neste processo que as mudanças no arranjo da gestão e, principalmente, os momentos de roda se mostraram dispositivos importantes no processo de democratização, mas também de qualificação da atenção, da gestão e da formação dos trabalhadores. Trabalhar na perspectiva da função apoio é dar passagem e abrir possibilidades para outras formas de pensar e agir sobre e no cotidiano. Produzindo novos sentidos e ressignificando práticas instituídas nos modos de produção do trabalho e da clínica. Neste sentido, apostar no apoio é investir na reinvenção dos próprios sujeitos, nas formas de se relacionar, na produção da democracia institucional, fomentando o protagonismo, autonomia, os agenciamentos e os movimentos produzidos e contratados coletivamente. Desse modo, cabe-nos afirmar que todo processo de apoio tem associado a sua metodologia de trabalho uma dimensão formativa.

Neste entendimento, a formação é um processo que extrapola o sentido clássico da aquisição de conhecimento técnico-científicos referidos a uma dada profissão a serem aplicadas em dada realidade. Formação significa, sobretudo, produção de

realidade, constituição de modos de existência - portanto, não se dissocia da criação de modos de gestão do processo de trabalho. (HECKERT & NEVES, 2007, p. 17)

Através destes movimentos de reinvenção de sujeitos/trabalhadores, como co-produtores de mudanças dos modelos de atenção e gestão e com maior capacidade de análise sobre as formas cristalizadas e hegemônicas do trabalho, se instituem espaços de trocas, com a ampliação da participação nas tomadas de decisões, mais implicados na construção coletiva, provocando intervenções, que tencionem e gerem alterações nos modos de concepção e produção do cuidado e do trabalho em saúde.

Sabendo-se que não se alteram as práticas de saúde sem que os sujeitos que as corporificam sejam também subjetivamente modificados, qualquer intervenção nos processos de produção de saúde requer e produz imediatamente intervenções no plano das subjetividades. Partindo-se de tais compreensões, a política de formação da PNH aposta num caminho micropolítico, sempre na perspectiva de uma educação que não parte do princípio normalizador do *expert* que vai demonstrar um mundo dado, já posto a *priori*, mas provocar um desassossego, propor um encontro com o outro, um confronto com o diferente a partir do qual a curiosidade. (PAULON, 2014)

O empoderamento e a co-responsabilização dos trabalhadores com e sobre as suas práticas, despertadas no processo de apoio, possibilitam o aumento da sua capacidade de atuação sobre os modos instituídos nos serviços de saúde. Como agentes e gestores dos seus processos de trabalho, os trabalhadores permitem-se problematizar e interferir, possibilitando a criação e reinvenção de formas mais solidárias, éticas e que atendam as necessidades da população, sendo elas trabalhadores e/ou usuários.

Essa experiência multiplicou muitos movimentos de formação que puderam reverberar no município apoiado, mas também nos trabalhadores da gestão estadual da SES e da CRS, contando com o apoio da PNH. Consideramos que ao apoiar coletivos também nos colocamos em um movimento de aprendizagem e formação, ao compartilhar os desafios e movimentos de mudança nos espaços de gestão do SUS. Podemos apontar este processo de intervenção como um dispositivo que disparou movimentos de educação permanente e formação, a medida que criou espaços de compartilhamento e análises sobre os desafios da política de saúde. Possibilitou o deslocamento dos trabalhadores antes conectados a atenção à saúde, a se aproximar das questões de gestão enquanto grupo de apoiadores institucionais. Ao mesmo tempo em que proporcionou aos trabalhadores da gestão estadual e federal a aproximação com as realidades vivenciadas nos serviços de saúde e no território.

As tomadas de decisão no coletivo, desde a criação do grupo gestor e do grupo de apoio permitiram com que uma configuração singular de apoio institucional fosse deflagrada, com a corresponsabilização dos trabalhadores neste movimento de democratização. Pensamos aqui que à medida que coletivizamos os problemas e as propostas, possibilitamos um movimento de autonomia e protagonismo dos atores que compõem estes espaços. Estes elementos são essenciais para uma mudança no modelo de gestão, aposta realizada através desta intervenção.

Através da aposta do apoio foi possível ressignificar os espaços e lugares de gestão no SUS, produzindo reconhecimento de novos modos de pensar e fazer, considerando diferentes interesses e desejos. O grupo de apoio no município pode ir aos poucos cartografando modos de fazer na atenção básica, modos de acolher, modos de fazer saúde, e de fazer gestão e através deste olhar a partir de um novo

lugar, conseguir perceber sua prática na atenção à saúde de outro modo.

Para além das implicações dos atores envolvidos com esta intervenção, gostaríamos ainda de salientar a dimensão interfederativa deste processo. Em um sistema de saúde que ainda é atravessado por movimentos de hierarquização na gestão, foi possível compor através da metodologia do apoio uma construção participativa que colocou na roda aspectos da gestão federal com a PNH; o arranjo da gestão estadual, com a formação dos grupos de apoiadores macrorregionais; o apoio pensado como diretriz da política de atenção básica estadual; o desejo e disponibilidade de um grupo de trabalhadores e uma gestão municipal que se lançaram neste desafio. Podemos ver aí uma colaboração e gestão solidária do SUS, que reúne esforços na perspectiva de avanços na qualidade da saúde da população, considerando cada um dos entes federados como protagonistas deste movimento.

Ainda que tenhamos apontado as potencialidades deste trabalho, também temos desafios e dificuldades que necessitam de um cuidado. A composição do coletivo de apoiadores, por trabalhadores da atenção à saúde do município, pode ser uma grande potencialidade. Todavia, é necessário construir um espaço para o lugar de apoiador. Lugar este que se desloca da atenção à saúde e se põe a pensar e analisar os processos de trabalho das equipes de outro lugar, com desejada externalidade e capacidade de análise. A construção do lugar do apoiador está sempre em tensão, visto que o mesmo opera neste intermediário entre as equipes de saúde e o grupo gestor.

Assim, cuidar da relação do grupo de apoio junto ao grupo gestor é fundamental, para que possamos consolidar um espaço de apoio entre estes grupos, essencial para a gestão. Há sempre um tensionamento entre os trabalhado-

res, que por não deixarem as atividades da “ponta” podem, por vezes, ter dificuldades de se conectar com as necessidades do grupo gestor e de transitar entre estes lugares. Este deslocamento do lugar de apoiador é algo que não é tão simples e básico, pois há um pertencimento real e orgânico nos modos de funcionamento daquele local. Há uma sobreimplicação com o cenário, com os aspectos culturais e sociais, com a suas histórias, com o modo de operar daquele território.

É importante ficar atento a esta questão que é inerente e natural ao processo, para tanto, é necessário provocar neste movimento de constituição do lugar de apoio o deslocamento, o reposicionamento, a ampliação da capacidade de análise e atuação destes apoiadores. O processo de formação/intervenção precisa pensar em metodologias e arranjos que possam incluir e dar conta destas questões, ao longo do caminho, percebendo os efeitos e os movimentos disparados em relação a função apoio, que se desenha no decorrer do percurso. Percebemos que o trabalho de um apoiador externo ao coletivo, que acompanha o mesmo semanalmente, tem sido essencial para provocar e fortalecer os movimentos de análise e proposta de intervenção dos apoiadores.

As mudanças provocadas no processo lançam para o coletivo as questões referentes aos limites da gestão e atenção, gerando incômodos, mas também movimentos de análise. Para além da constituição do apoio institucional e do grupo gestor, ainda não foi possível avançar na constituição do Colegiado Gestor de Saúde do município, inicialmente pensado com representantes de cada serviço e/ou equipe de saúde. Este colegiado será um espaço para apresentação, socialização e aprovação dos encaminhamentos e ações da secretaria para o município e que garantirá uma maior horizontalidade nas relações, de modo mais demo-

crático, ético e solidário. Com essa proposta, estamos apostando e investindo no fortalecimento de um Sistema Único de Saúde mais humanizado, acolhedor e resolutivo. Criando entre os diferentes atores espaços de compartilhamento de saberes, poderes, responsabilidades e cuidado. O desafio é sustentar a composição nas diferenças!

Referências

BENEVIDES de BARROS, R.; BARROS, M.E.B. de. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S. BARROS DE BARROS, M. E. (Orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí, 2007. p. 61-71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão /** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada, Brasília: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza-SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS /** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).**

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, Oct. 1998.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo; Hucitec; 2000.

HECKERT, A.L.C; NEVES, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção do coletivo. **Caderno HumanizaSUS**. Brasília, v. 1, p. 13-28, 2010.

PAULON, S.M. Formar-se um apoiador? Sobre conexões e desvios na trajetória de apoio. In: PINHEIRO, R. et al. **Práticas de Apoio e a Integralidade no SUS**: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2014.

PINHEIRO, R.; JUNIOR, A.G.S.; ASENSI, F. D.; SILVA, F.H., LOPES, T.C. Experiência, Integralidade e Direto à Saúde: articulando conceitos, práticas de pesquisa e percepções para (re)pensar o agir do apoiador institucional. In: PINHEIRO, R. et al. **Práticas de Apoio e a Integralidade no SUS**: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2014.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: Técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

SOARES, J. Cirando do Caminho. In: **Cantigas e Músicas Populares**. Universidade Popular de Arte e Ciência, 2013. Disponível em: <[http://www.circonteudo.com.br/stories/documentos/article/3608/CANTIGAS%20POPULARES-1%20-%20Universidade%20Popular%20de%20Arte%20e%20Ci%C3%Aancia%20\(UPAC\).pdf](http://www.circonteudo.com.br/stories/documentos/article/3608/CANTIGAS%20POPULARES-1%20-%20Universidade%20Popular%20de%20Arte%20e%20Ci%C3%Aancia%20(UPAC).pdf)>. Acesso em: 01 dez 2014.

O Apoio Institucional transpondo distâncias para o fortalecimento da Atenção Básica

Daiane Silveira, Iuday Gonçalves Motta

A nossa proposta, com este relato, é de compartilhar a vivência enquanto apoiadores institucionais da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES RS) para regiões cuja particularidade principal é as grandes distâncias das áreas apoiadas em relação a capital Porto Alegre. E aqui traremos o que está no nosso corpo de apoiador e, em boa parte, no nosso cotidiano: um pouco de escuta, de diálogo, de arejamento, de compartilhamentos. Tudo isso percorrendo lonjuras capazes de imprimir reflexões e inflexões para nos reconhecermos enquanto apoiadores pelo pampa gaúcho.

E o que nos remete quando pensamos nos Pampas deste Rio Grande? As vastas e verdes pradarias e suas coxilhas, o gado pelos pastos, os prédios históricos, as capitais farroupilhas, os territórios fronteiriços, o churrasco, o chimarrão e é claro, a figura do gaúcho e seu cavalo. Pegar a estrada com esta atmosfera nos preenche com sentimentos que transitam entre o encantamento e o afeto - inspiradores do nosso fazer de apoiador.

Do Ponto de Partida

A atual gestão da SES RS tem apostado fortemente no trabalho georreferenciado e no fortalecimento da atenção primária em saúde. Como principal porta de entrada para o SUS, este nível de atenção é o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é prioridade para a qualificação e melhoria do acesso da população ao Sistema Único de Saúde.

O Rio Grande do Sul está dividido em trinta Regiões de Saúde, em conformidade com o Decreto Presidencial nº 7508/2011, distribuídas em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde. As regiões de saúde foram definidas durante os anos de 2011 e 2012 entre SES, CRS e municípios com a finalidade de desencadear um processo de gestão coletiva e incentivar o planejamento e governança regional, o princípio da descentralização da gestão do SUS e a ampliação da participação social no processo de tomada de decisão sobre as políticas de saúde. (RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DA SAÚDE, 2013) Também adotou-se a organização das regiões de saúde em 7 macrorregiões: Metropolitana, Serra, Vales, Centro-Oeste, Sul, Missioneira e Norte.

Essa organização regionalizada e macrorregionalizada, para além de contribuir no fortalecimento de ações de cuidado em saúde que respondam às necessidades loco-regionais, também é um facilitador para a aproximação, comunicação e vínculo entre trabalhadores e gestores. É possível proporcionar ações descentralizadas que se tornam cada vez mais importantes para fortalecer a atenção básica, como encontros, eventos, capacitações, espaços de discussão permanente, grupos de trabalho, todos voltados às especificidades e necessidades de cada macrorregião, e se constituem como espaços que permitem a discussão sobre o processo de trabalho e o compartilhamento de experiências.

Para dar corpo e viabilidade a essa organização, o Departamento de Ações em Saúde da SES, bem como a Coordenação Estadual de Atenção Básica (CEAB) tem investido no trabalho no território, com uso de um poderoso dispositivo para operacionalização da intervenção: o apoio institucional. Ele se caracteriza por ser uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde cuja diretriz é a democracia institucional. O apoiador institucional tem a função de estimular a criação de espaços coletivos; reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de conhecimentos entre diferentes atores institucionais e sociais; mediar junto ao grupo a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; propiciar que os grupos possam exercer a crítica e que os profissionais de saúde sejam capazes de contribuir para melhorar a qualidade da gestão no SUS. (CAMPOS, 2000 apud BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Operacionalmente, o apoio é feito por duplas ou trios distribuídos nas macrorregiões de saúde, sendo eles responsáveis por estar no território, acolher as dificuldades dos municípios, fomentar parcerias e articular discussões.

As macrorregiões para as quais prestamos apoio são a Centro-oeste e a Sul, que juntas totalizam 116.244,092 Km² dos 281.730,223 Km² do RS, ou seja, cerca de 41,26% da extensão territorial do estado do RS. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014)

Do Destino

Pensar as ações do trabalho em saúde a partir da regionalização é fundamental quando se trabalha com o princípio da descentralização e com o conceito de equidade como meios de garantir o acesso dos usuários à atenção básica, à média e à alta complexidade, por oportunizar aproximá-los dos serviços e por levar em conta as demandas e necessidades de cada região. E por isso, também é fundamental quando falamos de apoio institucional.

São aspectos locais de infra-estrutura, rede de serviços, indicadores de saúde, cultura, entre tantos outros que dão direcionamento ao planejamento das ações de determinada região. Estar no território nos possibilita perceber esses aspectos da realidade de um modo diferente em relação a lidar com informações à distância e indicadores de saúde, pois presenciá-los nos proporciona ressignificá-los. Essa realidade nos provoca uma empatia inevitável, criando uma relação de afinidade e identidade com o “nosso” território.

Falar sobre regionalização em saúde implica em falar sobre formação e, conseqüentemente, em provimento de profissionais. Esta é uma dificuldade não rara no interior, pois poucos se fixam em municípios predominantemente rurais, ou distantes de centros formadores. O processo de interiorização de instituições formadoras é recente, e há alguns “pólos” distribuídos pelo interior do Estado. As universidades têm chegado aos poucos às partes mais longínquas do Rio Grande, e esse movimento é importante para que tenhamos a formação em saúde nas regiões que sempre sofreram com escassez de profissionais. Muitas pessoas saem da sua região para estudar e por vezes acabam não retornando, já que entendem que em grandes centros há mais oportunidades de trabalho e de formação. Contudo, sabemos que ainda existem outros fatores importantes na

hora de pensarmos no porquê de os profissionais não desejarem permanecer em municípios do interior, como serviços de saúde com equipes incompletas, a falta de condições adequadas de trabalho e remunerações pouco atraentes. Muitos profissionais fazem o possível com os recursos disponíveis, porém nem sempre é possível realizar o trabalho de forma que responda às demandas da população, e isso também pode ser um fator de desestímulo para que continuem o trabalho nesses locais.

A maneira com que se organiza e se opera o trabalho na prática, falando do processo de trabalho propriamente dito e do modelo de assistência que se oferta aos usuários, também pode ser percebida a partir da aproximação oportunizada pela regionalização. Muitas equipes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de Estratégia de Saúde da Família (ESF) ainda seguem o modelo assistencialista e curativista, por vezes herdado da origem desses serviços, vindas de grandes centros de especialidades, e que mantém práticas cristalizadas de trabalho em saúde.

Essas práticas cristalizadas também estão presentes, por vezes, na gestão e em outros espaços da administração pública e se refletem diretamente no modelo de atenção à saúde, mantendo uma lógica com características de um período anterior às diretrizes e princípios do SUS, mas que paradoxalmente se encontram em meio às discussões e diretrizes da saúde coletiva contemporâneas. O apoio institucional vem, nesse contexto, ofertar alguns instrumentos que podem contribuir na oxigenação dos modos de pensar e fazer saúde.

O trabalho do apoiador institucional se ocupa, em grande parte, da relação direta com os gestores, principalmente no que diz respeito a questões que necessitam de sustentação, de apoio junto aos profissionais em algumas decisões e posicionamentos. Nestas vastas terras da provín-

cia de São Pedro, percebemos diferentes posturas de gestores, como alguns mais apropriados sobre administração pública e políticas de saúde; outros nem tanto, porém dispostos a apropriarem-se; outros que se encontram em múltiplas funções, enfim, diversas maneiras de fazer gestão que exercem grande influência na condução dos processos de trabalho e da atenção em saúde para a população. Também encontramos pessoas que em pouco tempo contribuem para importantes transformações no cenário em que atuam, pessoas com experiência acumulada e leveza na condução de seu trabalho inspiradoras, e ainda grupos que se mobilizam enquanto coletivo e promovem mudanças.

Nosso trabalho tem relação direta e concreta com outro ator essencial na gestão estadual: as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). Por serem representações da SES-RS nas diferentes regiões e pela proximidade territorial que têm com os municípios de suas regiões, elas estão próximas da sua vida cotidiana, e isso possibilita conferir a elas um caráter de função apoio aos municípios, que perpassam por suporte, acolhimento das demandas, estruturação e organização conjuntas das políticas, entre outros. Dessa forma, o trabalho do apoiador se desenrola no território essencialmente ao lado e com as CRS partindo deste lugar comum de gestão estadual. Porém, é possível também que apoiemos as CRS uma vez que fazemos parte de uma outra equipe que pode contribuir com o olhar externo nos processos que dizem respeito às CRS ou aos municípios.

Sendo assim, CRS e apoiadores estão no mesmo “veículo” conduzidos por retas a se perder de vista, e o papel junto aos municípios - o destino - tem o mesmo ponto de partida. Entretanto, a relação da CRS e dos apoiadores com o território não são necessariamente da mesma ordem, já que vêm e vêem de lugares diferentes. É como se fossem os passageiros de um carro que ocupam assentos e têm pon-

tos de vista distintos, mas todos vão juntos em direção ao mesmo destino.

São essas experiências vivenciadas que vamos levando conosco em nossa mala e procuramos disseminar por onde andamos quase como um beija-flor, que vai polinizando por onde passa pela velocidade com que bate as asas e presencia a flor da qual se alimenta, pois é o recurso e a condição que tem para pairar no ar enquanto faz o seu trabalho. Percorre algumas distâncias e vai deixando um pouco do que traz de outras flores. Contribui para revelar algumas cores, perfumes, e, inevitavelmente e consequentemente, alguns espinhos doloridos. E seu momento é rápido, mas intenso.

Dos Viajantes

Para além de pensarmos no trabalho do apoio a longas distâncias, há também muito a se falar sobre o próprio apoiador, que coloca seu corpo na estrada. Nas nossas macrorregiões, os municípios mais próximos não estão a menos de 3 horas de viagem da capital. Há localidades que ficam a 8 horas de viagem. A estrada é um bom lugar para discutir o processo de trabalho, falar sobre a agenda, conversar sobre as coisas da vida e refletir sobre tudo que vimos, vivemos e carregamos conosco.

Antes de pegar a estrada, há um planejamento para bem mais do que fazer a mala. A agenda e o calendário são instrumentos que servem de bússola para o apoiador. É preciso organizar a agenda para otimizarmos o tempo e contemplar os encontros necessários, já que o retorno pode demorar mais do que o desejado para a continuidade dos processos disparados nesses encontros.

Um grande desafio que se encontra e se lida cotidianamente é o desdobramento do trabalho e os efeitos desencadeados pelo apoio junto aos diferentes atores nos cenários pelos quais passamos. O vínculo é um dos aspectos essenciais, e não estar continuamente no território torna-o mais difícil, porém não o impossibilita. Muitas vezes, a presença do apoiador já é capaz de desencadear um sentimento de receptividade e predisposição a trabalharmos juntos, naquele momento em que se dá o encontro. Quando estamos em um determinado território, é comum nos ocuparmos do que se passa nos outros territórios simultaneamente, porque os processos são contínuos e seguem o seu curso independentemente de nossa presença. As articulações e desdobramentos do trabalho também são manejados à distância, utilizando recursos leves ou tecnológicos que nos aproximam de nossos pares e contribuem para o fortalecimento do vínculo.

Uma estratégia importante adotada pelo apoio institucional no RS é que se faça o trabalho em duplas ou trios. Além do compartilhamento de diferentes olhares e das contribuições diversas nos territórios, não estar sozinho faz a distância de casa parecer mais leve. O apoio a lugares tão distantes nos exige um afastamento corriqueiro de pessoas, lugares e hábitos cotidianos de nossas vidas. Esse compartilhar de horas, de lugares diversos e de uma atmosfera sem rotina entre os apoiadores possibilita a criação de uma cumplicidade e de uma sintonia de trabalho. É inevitável. Nos afetamos pelo contato e pelo convívio contínuo, e isso pode ser, certamente, um fator de aprendizagem e partilha de vida.

Para despedida...

Ao fim de tudo, há algo que já é sabido, mas que cada vez mais foi tomando força no nosso dia a dia: a constatação de que, para se trabalhar com apoio, é imprescindível estar no território e ao lado dos atores que compõem os espaços, para uma construção coletiva e democrática que se constitui ao longo e no tempo costurada pelo encontro. Por mais que as tecnologias nos aproximem, elas não substituem o olho no olho, a aproximação e a experiência de vivenciar as diversas realidades existentes na vastidão do pampa gaúcho.

E assim, vemos o quão importante é a regionalização da saúde e a adoção de estratégias e ferramentas que conversam com as necessidades loco-regionais, e que nos contam uma história que ainda está longe de acabar, mas que a cada capítulo vai se ressignificando. Enquanto apoiadores é uma oportunidade ímpar poder acompanhar e simultaneamente fazer parte dessa escrita. O apoio guarda uma riqueza proporcionada pela itinerância, que nos coloca em constante movimento e em contato com pessoas, lugares e realidades que nos possibilitam novos e outros olhares que contribuam na construção de um SUS humanizado, equânime e democrático.

Referências

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=43&search=rio-grande-do-sul>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/glossary/term/95>>. Acesso em: 04 dez. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. Brasília: 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=43&search=rio-grande-do-sul>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012/2015**. Porto Alegre, RS, 2013. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1382374302_PES%202012-2015%20FINAL.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

Cartografando o Apoio Institucional em Terras Vermelhas

Anna Luiza Trein, Felipe Silveira da Costa

Contar uma história geralmente vem como algo difícil justamente por algo que também se configura como uma potencialidade para esses contadores. A característica de ser possível gerar diferentes entradas ou pontos de vista para um mesmo fato ou sequência de fatos. Começa-se por onde? Onde se enxerga que seja o início de um trabalho? Quais elementos são essenciais, quais são “apenas detalhes”... talvez possamos assumir começar pelo meio como maior potência.

Vamos começar pelo meio. Talvez a narrativa de um estudo com encontros faça sentido a partir de qualquer ponto que possa se desenvolver para o resto. Sabe-se até onde a intervenção alcança? Ou desde que momento e de que lugar ela passa a operar? Admitamos, pois, o meio caminho de algo. Meio caminho inteiro. Vidas. Sou o que? Psicóloga, pesquisadora, “analisadora das mentes”, professora. Mistura não balanceada, elementos significantes que levantam suspeita em quem mira, uma possível escuta atenta. Olha, vê o que vem por aí: uma “boneca” enfeitada

com palavras e dois anos de tempo. Menos que isso. De julho a dezembro. É curto o tempo, sabemos. Vamos, apura! Tenho algo a dizer, tenho algo a mostrar. (TREIN, 2012, p. 4)

Outra característica passa também pelo dilema do tempo dessa história. Seria ele linear com o encadeamento lógico de ações de acordo com a passagem do tempo cronológico? Ou talvez seria possível conceber um percurso de tempo não cronológico, não linear, em que dimensões do passado, presente e futuro se encontram no processo de contação a formar redes de significados não explícitos a partir do relato cronológico. Afinal, o que estaria nas entrelinhas também compõe essa história de apoio na macro-região Norte do RS.

Temos também a questão da forma em que nos é apresentada a história em seu léxico, estilo, erros e acertos gramaticais, enfim. Isso se considerássemos um texto escrito como o que aqui se apresenta, pois podemos pensar na composição de outras formas de textos que se colocam enquanto imagem, som, sensação corporal, movimento corpóreo de atores “seres humanos” e de diferentes objetos inanimados que compõem os diferentes cenários em que se desenvolvem os fatos.

Enquanto corporeidade a ser vivida e experimentada no trabalho de apoio no território, podemos citar também as experiências culinárias da região. Assim conhecemos, por exemplo, o famoso “chapão”, comida típica servida na região norte do Estado do RS. Trata-se de um pedido no qual vem muita comida (mais do que se pode realmente comer), entre outros: feijão, arroz, polenta assada, queijo assado, chuleta bovina, bife de calabresa, massa caseira com molho de tomate, legumes variados (geralmente na conserva) e às vezes batata frita. Esse prato é comido sozinho ou em grupo em grandes mesas, sendo que os garçons logo vão

repondo quando enxergam algum dos pratos oferecidos ficando vazios. O gosto do chapão, a imensa quantidade e variedade de comida por um preço fixo (já vimos de 12 reais para cima), o “vamos dividir um *refri* de 2 litros?” acompanharam nossas viagens também como forma de habitar o território da norte.

A escolha desses cenários compõe a argumentação que aqui está escrita na medida em que a escolha por descrever “mais” ou “menos”, de forma a privilegiar “esse” ou “aquele” aspecto do cenário em suas mais diversas interações com a realidade também é importante. Ela determina as próprias ações principais da história ao agir como um terreno fértil de onde podem surgir as plantas que mais se adaptam a ele especificamente. E quantas foram as possibilidades desviantes que fomos encontrando pelo caminho do apoio! Ora cedemos a algumas, ora provocamos outras, configurando um emaranhado de linhas estratégicas com relação ao apoio na Atenção Básica.

Finalmente chega-se ao debate do que é real ou imaginário ou a possibilidade de recriação da realidade a partir da intervenção contida na história e operada pela própria contação em si. A relação de transformação ou recriação dada pela ação direta do enredo é bastante evidente materializando-se na existência das próprias ações especificamente. Em outras palavras: contar uma história inaugura ela própria no tempo e no espaço. Assume-se sua legitimidade e de seus personagens por ela própria existir como algo acessível. Se não existisse, estaríamos em um estado de imagem congelada no tempo e no espaço, não produtora de relações. Quanto à inclusão do imaginário a partir do processo de contação, ele nem sempre se estabelece de forma tranquila e, por vezes, finda em ser alvo de críticas com relação a sua validade. Considera-se nela a assumpção da mentira e da enganação pelo fato de não ser fiel ao que teria ocorrido, por outro lado, seria possível considerar que

é impossível a não emergência dessa dimensão pela simples condição de que o que quer que tenha ocorrido tenha acontecido no passado e, mesmo que tenhamos as pessoas que vivenciaram concretamente, a singularidade da vivência está encerrada nela mesmo em seu tempo e espaço específicos.

Dessa forma, o enredo em si enquanto exercício de transposição do ocorrido de um tempo a outro, de uma forma a outra, de uma linguagem a outra, não seria passível de reprodução absoluta, mas relativa. Das brechas que aparecem no texto produzido (em suas diferentes conformações de acordo com o exposto anteriormente) têm-se a emergência de realidades subjacentes que escaparam às pessoas que vivenciaram o fato histórico em si. Também a partir delas é possível evidenciar outras realidades produzidas no momento da criação e divulgação do texto, motivado pelo assumir a história para si enquanto produtor de novos significados e intencionalidades.

Essas brechas por vezes podem ser tão sutis que é preciso observar atentamente para que não se perca a riqueza do processo que está a se desenrolar. Facilmente cai-se em uma rotina de direcionamento dos nossos olhares àquilo que é óbvio e unidimensional, que segue as rotinas e condicionamentos interpostos pelas formas de organização vigentes hegemonicamente. Entretanto, podem ser formadas verdadeiras “crateras” de onde emergem mundos outros a invadir o tempo presente, tão bem estruturado e talvez naturalizado até então, mas que, desde esse ponto, sofre um ruptura drástica e provoca deslocamentos nas práticas, na forma de olhar; desestabiliza o que estava instituído. Quase algo como uma produção delirante ou alucinatória.

Não seria adequado fazer um juízo de valor acerca das diferentes composições que toma esse processo; por outro

lado, a forma como os diferentes atores se aproximam e se relacionam com as diferentes dimensões dele é passível de avaliação de sua intencionalidade. De fato representam escolhas associadas a posicionamentos ético-político-estéticos frente ao mundo.

O presente texto não se propõe a alienar-se dessas várias questões e implicações e se assume na perspectiva do trabalho com elas considerando-as como desejáveis. Dessa forma, assume a posição de não se colocar enquanto uma verdade absoluta, devendo o texto ser apropriado das mais diferentes formas possíveis, da mesma forma como também o coletivo que o produziu também se apropriou do vivido da forma como lhe foi possível, desejável e potente.

Esse processo de apropriação foi iniciado desde os primeiros momentos dos percorridos pelo território da macrorregião norte do estado do Rio Grande do Sul enquanto apoiadores institucionais para a Coordenação Estadual de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde. De fato, desde aqueles primeiros dias foi sendo produzido um texto que aqui toma uma forma possível, a escrita. Naquele momento escrevíamos um texto que se inscrevia em nossos corpos levados pelas estradas daquela região de terra tão vermelha.

Uma terra que se impregnava nas nossas vivências, lentamente, carregando junto com ela um pouco dos vários atores e cenários com os quais travávamos contato. Uma mistura de olhares, toques, odores, frios, calores, ventanias de minuanos que não se sabe de onde vieram nem para onde vão. É algo que considerávamos como parte do trabalho, essa aproximação com tudo aquilo que estava posto enquanto política de saúde e suas repercussões e ressonâncias no território, a começar pelas impressões diversas apreendidas ao longo dos nossos caminhos.

Registrar essas vivências por escrito fica difícil quando o corpo vive tudo isso. Parece traiçoeiro pretender traduzir tais intensidades em linguagem objetificável - se é que existe tal coisa. Porém, queremos legitimar, aqui, os registros que se fizeram possíveis de outras maneiras, em outras rodas - menos científicas e mais comunitárias no sentido de produzir comuns. São ditos populares, desenhos, poemas e xingamentos de dias ruins na parede do bar Zeppelin, no município de Palmeira das Missões-RS: palavras e imagens criando enredos através do tempo e em um espaço de circulação desejante de histórias que só se contam não estando em “ambiente de trabalho”. Dificilmente se encontrava seu próprio escrito na próxima vinda, mas o interessante era observar como alguns registros dialogavam com outros, provocando-se mutuamente. Sim, no bar, fora do horário de trabalho, muitas coisas operavam em termos de apoio.

Lembramos-nos dos momentos que, em deslocamento de automóvel, fotografávamos a paisagem ao surgir algo de inusitado. Em algumas vezes, eram enquadradas paisagens dos campos de soja, trigo, milho, mandioca (plantios rotativos, como aprendemos com alguns colegas também viajantes por essas paisagens); em outras apareciam os grandes pastos com bois, vacas, ovelhas e outros animais.

É um risco que corremos. Risco em movimento. Mas não é somente da paisagem, que passa ligeira pela máquina fotográfica; é nosso enquanto trabalhadores em formação constante: corremos o risco de transformar-nos. E, transformando-nos, talvez nos estranhemos, não nos reconhecemos. A paisagem do risco nos convoca a ver as nuances do verde sem poder dizer onde começa uma e termina a outra; assim como pode nos convocar a (por que não?) sentir e aproveitar um pouco desse medo de nos tornar o que ainda não vemos.

Por vezes em tempos de chuva as gotas compunham

aí os cenários, escorrendo pelos vidros das janelas e, de vez em quando, algum arco-íris surgia pintando o céu cinzento com seu prisma multicolorido. As nuances de cores quando o sol se punha ou nascia também dançavam, geralmente em outro ritmo do das reuniões, pautas e urgências a serem debatidas com parceiros.

Nessas situações ocorriam conversas que transitavam entre o difuso de uma atenção flutuante às paisagens humanas e naturais colocadas na viagem e a discussão mais dura no que constam às agendas específicas que estavam em pauta naquele momento. Aqui, inclusive, contando com a participação dos motoristas (caso estivéssemos viajando em carro da Secretaria Estadual de Saúde) que, desde o seu ponto de vista de tantos anos de trabalho, ouvindo os mais diversos relatos espontâneos por detrás do volante, às vezes ignorados pelos passageiros, às vezes participando das conversas, opinando, nos colocavam um mosaico consistente de seu saber de experiência. Em alguns momentos com uma clareza maior do que a que tínhamos.

Momentos singulares que se nos preparavam para o encontro com as pessoas que estavam por se dar nos municípios para os quais nos dirigíamos. Lembramos-nos de uma cena inusitada que ocorreu certa vez durante uma viagem que fazíamos de Porto Alegre a Frederico Westphalen, sede da 19ª CRS. Estávamos nos dirigindo para mais uma oficina de apoio institucional com colegas apoiadores das CRS, num movimento de constituir um espaço permanente de debate acerca das experiências de apoio. Eis que, na altura de Lajeado do Bugre, nossa van pára em uma enorme fila de carros se formando na estrada. Nosso motorista, respaldado pelo nosso grupo inquieto e querendo saber o motivo de tamanha fila sem fim, resolve avançar na contramão para alcançar o início da fila.

O que era? Uma barragem feita de galhos de árvore,

cadeiras e algumas poucas pessoas sentadas nelas, tomando chimarrão, conversando, comendo bolacha. Havia também um grupo de uns dez homens que estavam na sombra ao lado da estrada. No caminho até eles, uma viatura policial, a quem primeiro perguntamos do que se tratava ali: “Não sei, parece que é dos Sem-Terra...”. Sem hesitação, fomos até esse grupo que estava olhando para o movimento. Iniciamos o diálogo nos apresentando e perguntando sobre o que reivindicavam. “É que a gente quer fazer pressão para o governo melhorar nossas estradas... não temos acesso de asfalto para três municípios aqui da região, daí resolvemos nos juntar e parar o trânsito aqui hoje até as 16h”. Não eram Sem-Terra e, pelo visto, o policial não havia se informado diretamente com o grupo manifestante.

Nosso evento começaria dali a meia hora e precisávamos passar por aquela barragem. Ao mesmo tempo, entendíamos a causa daquele pequeno grupo que havia se organizado e mobilizado para reivindicar suas questões. “Como será que podemos resolver isso?”, perguntamos, “pois somos da Secretaria Estadual de Saúde e temos um evento ali em Frederico para discutirmos questões de saúde, que também são importantes”. Nesse momento, chega uma mulher por quem todos aqueles homens da sombra pareciam ter bastante respeito e afirmaram depender da decisão dela para nos deixar passar ou não. Era uma vereadora de um dos municípios e, munida de chapéu de palha e passo firme, veio em nossa direção tirar satisfação. Foram vários minutos conversando, ponderando as vantagens e desvantagens de nos deixar passar: “Isso vai nos tirar o respeito!”, disse ela em tom indignado. Por fim, conseguimos negociar nossa passagem com o seguinte acordo: “Vocês nos deixam passar para assumirmos nosso compromisso com a saúde no RS e, em troca, levaremos a causa de vocês para expor no espaço onde estivermos reunidos até amanhã com outros colegas, pode ser?”. Ela e eles toparam. E

foi o que aconteceu: o início do nosso encontro sobre apoio foi regado a histórias sobre como cada grupo conseguiu chegar até o local. Entre elas, a nossa historinha também compôs esse início de trova e troca, dando um ar quase heroico ao momento da passagem.

Ao andar pelos corredores da sede da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde sempre me imaginava entrando em um mundo um tanto congelado pelo tempo. As paredes daquele edifício ressaltavam características de um prédio construído há pelo menos uns 30 anos (ou mais) que se ressentia de uma reforma nunca iniciada para torna-lo melhor habitável. Era um ambiente que denunciava a umidade e infiltrações que há muito se desenvolviam e faziam os narizes sofrerem com rinite.

Mesmo alguns elementos que poderiam proporcionar uma certa mudança nesse clima parecia que não estavam assim tão em destaque. Havia ali no canto de uma janela de uma das seções uma daquelas plantinhas artificiais que se movem sozinhas animadas pela eletricidade gerada por uma pequena placa que retirava energia da luz solar. Mas ela se encontrava ali, parada, longe do alcance da réstia de sol que naquela época do ano se posicionava bem perto, mas não exatamente sobre a placa.

Da mesma forma, parecia que a potência de muitas pessoas a trabalhar de maneira tão comprometida e competente parecia estar longe da “luz” a potencializá-las em seu trabalho. Mais uma vez surgiam as queixas de um setor da administração pública estadual que há muito vinha se sentindo à margem da cena de decisões, simplesmente acatando e executando ações emanadas do famigerado “nível central” da Secretaria Estadual de Saúde. Ao mesmo tempo, sentindo-se desvalorizado por suas condições objetivas de trabalho não serem as mais adequadas dado à precariedade do edifício em que se encontravam, a falta de

veículos em quantidade e qualidade suficientes, à escassez de insumos, à falta de pessoal em quantidade satisfatória para a realização de todas as atividades, entre outros.

O grupo que encontramos, assim, parecia como aquela plantinha longe do sol, circulando em torno do ressentimento por estar fora do foco iluminado e potente em que poderiam estar. Ao tentar inaugurar uma aproximação desde o tema emergente do suporte dos profissionais à implantação do Programa Mais Médicos para o Brasil, foi aberta uma possibilidade de escuta e leitura do cenário exposto anteriormente. Vale salientar que foi bastante significativa a possibilidade de aproximação desse campo a partir de algo que emergia no território enquanto mais uma demanda preocupante, que demandaria um apoio junto aos municípios de forma mais constante.

Por outro lado, coloca-se enquanto uma demanda por nós provocada enquanto equipe de apoio institucional que, isoladamente poderia não ser compatível com uma construção que fizesse significado para eles naquele momento. Afinal, era uma demanda trazida desde outro lugar e colocada em um espaço de problematização da equipe local; entretanto, inserida como uma demanda a ser problematizada pelo grupo e assumindo-se o risco de talvez não fazer sentido, construiu-se enquanto possibilidade de diálogo acerca do processo de trabalho como um todo da Coordenadoria.

Trabalhar o apoio institucional nesse caso, a partir de uma entrada como essa, teve um viés de explicitar os atravessamentos que, como atores institucionais, todos temos, desde o território da Coordenadoria até a Secretaria Estadual de Saúde, em que, na dinâmica da construção coletiva desde os desejos e potencialidades do grupo se interpõe como situações emergentes as verticalidades inerentes à instituição. Assumir a mediação dessas contradições, mais

do que fragilizar o processo de apoio como um todo, na situação em que se deu foi extremamente desejável, pois permitiu a sua desconstrução e reconstrução em reflexões das mais diversas sobre o processo de trabalho e algumas intervenções possíveis. Inclusive o atendimento à demanda nova e inexorável de suporte ao Programa Mais Médicos que foi daí assumida pelo grupo a partir de uma outra perspectiva, articulando-se a uma rede desejos e significados constituída no âmbito do coletivo que ali era vivenciado.

Dessa forma, foi possível vivenciar junto com o grupo os dilemas referentes ao fortalecimento do coletivo de trabalhadores ao se depararem com o desejo de cogestão ao mesmo tempo que a abertura para tal de forma mais radical não era tão possível. Como expressão desse movimento, deu-se a constituição do grupo de monitoramento e avaliação enquanto um espaço para além de sua perspectiva inicial, mas como também um exercício de práticas auto-gestionárias que fomentavam a articulação dos trabalhadores entre si na proposição de um modelo de ação que aproximasse a técnica considerada mais adequada às potencialidades e fragilidades individuais. Uma intervenção importante enquanto equipe de apoio constituiu-se na intensificação desse grupo enquanto um espaço de resistência e proposição de uma superação do isolamento da plantinha artificial longe do sol.

Assim, o grupo empreendeu estratégias solidárias de atuação frente às demandas do cotidiano de trabalho que procuravam minimizar as fragilidades estruturais que não poderiam ser resolvidas a um curto espaço de tempo, por exemplo, a partir da intensificação do compartilhamento de atividades. Ao mesmo tempo, deu continuidade a movimentos reivindicatórios que propunham junto à Secretaria Estadual de Saúde a melhoria de suas condições de trabalho.

Por fim, longe de considerar a atuação junto a esse grupo enquanto um conjunto de intervenções isoladas, procurando identificar onde começa e onde termina o que se constitui enquanto trabalho de apoio institucional e a velha prática autoritária de emanar normas e diretrizes, reconhece-se todo o percurso desenvolvido enquanto processo de apoio, já que todos os momentos dele estão intrinsecamente interconectados. Aliás, a própria tentativa de fragmentar os diferentes momentos dele nos afastaria de constatação de que, em todo o processo, é possível identificar elementos de ambas as características. Isso só é possível a partir da visão ampliada de todo o conjunto de ações que isoladamente só reforçariam as suas contradições internas enquanto tensão entre aquilo que seria um processo de construção ascendente e produtora de novos significados e as verticalidades da instituição hierárquica a que todos fazem parte. Ao contrário, desde uma visão ampliada do processo, é possível observar a possibilidade de encontrar as brechas que existem para a emergência do que pode ser chamada de invenção ou criação, ou seja, da possibilidade dos atores tornarem co-construtores de sua realidade desde aquilo que expressam enquanto potência de vida.

Outro caso de apoio, dessa vez em um espaço de reunião de CIR - Comissão Intergestores Regional dividido entre 6ª e 15ª Coordenadorias¹¹ (que compunham uma

11 Interessante notar que essa região de saúde constituía uma exceção no Estado, pois a maior parte das CRS no RS é responsável por mais de uma região de saúde, e não o inverso. Isso era um aspecto que dificultava um tanto o processo dessa CIR, uma vez que não havia no nosso Estado uma trajetória de corresponsabilização de territórios entre as CRS como prática comum. Atualmente decidiu-se em conjunto com a Assessoria Técnica de Planejamento (ASSTEPLAN) pela retirada de municípios da 6ª CRS dessa CIR, mantendo-se somente municípios da 15ª CRS. A 6ª CRS, a partir do remanejamento dos seus municípios que antes dividia com a 15ª CRS, passa a compor três CIR, não mais 4, como era até o momento. Isso também significa uma diminuição significativa prática das agendas dos técnicos das CRS que acompanhavam todas as CIR.

das trinta regiões de saúde do RS), também nos colocou a pensar em alguns aspectos sobre o apoio. Reuniões de CIR, ocupadas majoritariamente por secretários municipais de saúde de dada região, ocorrendo uma vez por mês conforme calendário anual estabelecido com antecedência para as agendas poderem ser garantidas junto aos gestores, costumam ser espaços de diálogo mais formal, de aprovação de projetos de construção, reforma e ampliação de unidades sanitárias, de veículos para transporte de pacientes até hospitais regionais e/ou para equipes de Saúde da Família realizarem seu trabalho de visita domiciliar, entre outros. Nessa CIR que ocorria entre a 6ª e a 15ª CRS havia o costume de intercalar o município que sediava a reunião - uma espécie de rodízio do exercício de anfitrião.

Além de secretários municipais de saúde, participavam também alguns profissionais de equipes de saúde dos municípios, coordenadores das CRS, bem como alguns técnicos das CRS, como por exemplo da Atenção Básica e de outros setores do Departamento de Ações em Saúde - DAS. Mesmo com essa diversidade de participação e com representação bipartite (Estado e municípios), a impressão que tínhamos enquanto apoiadores é que o espaço não se concretizava enquanto potente para questões realmente relevantes e necessárias de serem discutidas entre esses importantes parceiros de região de saúde.

A cada reunião, dava-se mais tempo e importância para aprovação em massa de projetos que previam recursos financeiros - o que também é fundamental para a operacionalização do trabalho! - do que para debater, por exemplo, as tensões existentes e claras dentro dessa região de saúde. De que formas eram possíveis de aparecer para possibilitar maneiras solidárias de resolução de conflitos e interesses e também para que o espaço da CIR não acabasse por ser um espaço de disputa entre municípios vizinhos por recurso? A

própria questão de se reconhecer enquanto um território, uma região de saúde, tornava-se uma missão quase impossível à medida que as CRS tomavam posições diferenciadas quanto aos seus municípios-membros, surgindo dessa maneira espaços paralelos de debate, dinâmicas diferentes de negociação, entre outros.

Outro aspecto interessante é que a Atenção Básica, mesmo reconhecendo-se seu papel condutor de outras políticas de saúde, como descrito na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) como sendo ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, não conseguia ocupar seu espaço enquanto temática constante e estratégica para o fortalecimento da região de saúde. No momento em que cada município saía da reunião e se via novamente “sozinho” nas suas práticas cotidianas (gestores e trabalhadores), a Atenção Básica não parecia conseguir organizar de modo efetivo as redes para diminuir internações hospitalares, por exemplo.

A partir da análise desses três componentes que identificamos (CIR enquanto espaço pouco potencializado, dificuldade em reconhecer-se enquanto uma região de saúde e Atenção Básica não conseguindo ocupar seu devido espaço enquanto organizadora de redes de saúde), podemos pensar o nosso papel enquanto apoiadores dessa região. Primeiramente, quando era possível - em termos de agenda - participarmos desses encontros, nossa participação acabava sendo mais informativa do que provocadora de um debate mais amplo entre os municípios e as CRS. Entendemos nosso papel de apoiadores também como sendo de cunho informativo quando há essa necessidade para estreitar laços e ampliar o diálogo entre parceiros de saúde. No entanto, enxergamos com preocupação quando nossa participação é reduzida à informação pontual.

Nesse exemplo de CIR, enxergamos basicamente

duas possibilidades potenciais de fortalecimento do espaço através do apoio: a) intensificar e provocar as CRS separadamente quanto à sua participação e função nas CIR ao longo do apoio dado nas suas especificidades territoriais; b) priorizar na agenda os encontros da CIR para ocupar estrategicamente como ponto de apoio de ambas CRS juntas, em ato. Ambas podem ser estratégias interessantes para o mesmo propósito, podendo-se pensar ora mais uma, ora mais outra.

Poderíamos reunir mais contos e causos vividos em nossas experiências de apoio a esse território tão heterogêneo como é o da Macrorregião Norte do RS. Há muitos elementos para serem pensados, colocados em análise junto aos coletivos apoiados e possivelmente também novas ofertas de formatos de apoio a serem feitas tanto às CRS quanto aos municípios. No entanto, encerramos nossa breve narrativa, apostando que os vários quilômetros rodados tenham tido efeitos de provocação mútua na diáde apoiadores-apoiados, justamente pela nossa premissa de que o apoio não atua unidirecionalmente nem tampouco transforma necessariamente somente uma das partes (coletivo apoiado, por exemplo); mas sim, desperta um outro aguçar também nosso, enquanto apoiadores, para o que nos cerca e nos constitui nesse papel. Pode arejar também as próprias práticas dos apoiadores a cada nova ida, planejamento, questionamento, entre outros. Dessa maneira, o apoio “respinga” multidirecionalmente.

Podemos colocar também que o próprio território emerge de outra forma nessa complexidade de aberturas a partir desse olhar cartográfico. A Mostra Regional de Saúde, ocorrida em todo o Estado e, especificamente na Norte ao longo de dois dias no mês de setembro de 2014, é a própria imagem do território emergindo em meio ao processo de apoio: práticas são narradas, mostradas e trocadas a partir

da possibilidade de se criar espaços democráticos de “se amostrar”, preenchidos por técnica, arte, amorosidade na saúde e alegria do encontro.

Ao encontrarem-se os mais diversos atores de saúde, entre eles gestores, trabalhadores, usuários, atores de teatro e grupos populares artísticos, estudantes, professores universitários, foram produzidos diálogos entre saberes e práticas na perspectiva da construção de uma saúde desejada. Novas parcerias foram possíveis nessas entrelinhas sensíveis e visíveis durante a Mostra: com universidades, grupos populares, gestores e trabalhadores de saúde, Escola de Saúde Pública. Das sutilezas até as várias institucionalidades mais formais que envolvem o processo de apoio, esse encontro da Mostra, que reuniu em torno de quatrocentas pessoas vindas dos mais diversos municípios (entre os cento e quarenta e sete que compõem a Macro Norte), possibilitou legitimar como dispositivos de cuidado com a população as mais variadas e simples tecnologias do fazer que as equipes propuseram e experimentaram no cotidiano de suas unidades. Quanto mais se espera estruturas já “prontas”, constituídas, mais a revolução se desloca para a microdimensão das relações. Ora, se é ali que se encontra potencial revolucionário das práticas em saúde, então se configura como um fazer primordial do apoio provocar mais espaços de encontro entre diferentes atores.

Também fomos entendendo que o apoio não se dá somente no momento em que se encontra o coletivo a ser apoiado em ato: compõe esse cenário todo o processo de apoio tudo o que fomos narrando aqui e que, à primeira vista, parecia ser somente introdução marginal à temática do apoio. São os modos como se contam histórias, as expectativas que tínhamos pré-viagem, as conversas com os motoristas, a paisagem nos recebendo de diversas formas e a gente intervindo nelas, o cochilo leve com a cabeça

pendendo para os lados, o gosto dos lanches e refeições no meio do caminho, os anseios com o trânsito barrado ou perigoso, as trocas pós-encontro, incômodos, não-saberes (ex)postos, mudanças radicais metodológicas, as resistências que encontrávamos ou nós mesmos produzíamos, os silêncios intercalados... Tudo isso foi compondo um apoio cartográfico no território com diferentes potenciais analíticos, não para cada aspecto isoladamente - isso nem seria possível - e sim, para um conjunto de elementos que se julgam pertinentes e analisadores para o processo de apoio em um dado momento e em um dado espaço demarcado. Sigamos contando mais desses casos de e em outras terras.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2006.

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

TREIN, A.L. **O que estamos fazendo aqui?** Sobre o pesquisar e a autônima nos jogos de visibilidade do SUAS. 2012. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2012.

Acolher e Apoiar: Uma Insistência na Produção de Encontros

*Alessandra Charney, Michele Eichelberger,
Micheli Rossetto dos Santos*

(...)

Não era mais a denúncia das palavras que me importava mas a parte selvagem delas, os seus refolhos, as suas entraduras.
(Manoel de Barros)

Na contemporaneidade do trabalho em saúde é perceptível um cenário de individualismo, isolamento e fragmentações nas relações interpessoais - envolvendo aqui as relações entre gestores, trabalhadores e usuários num dado território - e de curto prazo, brevidade e acelerações violentas nas relações com o tempo.

Os trabalhadores de saúde estão submetidos à premissa da captura constante de um intenso fluxo de informações. Intenso em quantidade e intenso em velocidade. Excesso de informações que passam e acontecem constantemente, reduzindo incrivelmente as zonas disponíveis às experiências de troca e à emergência dos comuns possíveis com o território em uma unidade de produção de saúde.

“A informação não é experiência. E mais, a informa-

ção não deixa lugar para a experiência, ela é quase o contrário da experiência, quase uma antiexperiência.” (BONDÍA, 2002, p.21) A experiência é o que nos acontece, o que nos afeta e produz alguns afetos, ou até, em última instância, o que nos produz cotidianamente, seja de “um dia para o outro ou no transcurso do tempo.” (HEIDEGGER *apud* BONDÍA, 2002, p.25) Experimentar tem a ver com a elaboração do sentido ou do sem-sentido do que nos acontece e para tanto necessita da invenção de um outro modo de se relacionar com o tempo. Clama por certa desaceleração dos imediatismos de respostas em prol da experimentação das subjetividades que nos compõe, que compõe o trabalho em saúde e que se diferem em múltiplas no território.

Quanto ao mais da vida, as chamadas “vivências”, qual de nós pode levá-las a sério? Ou ter tempo para elas? Nas experiências presentes, receio, estamos sempre “ausentes”: nelas não temos nosso coração - para elas não temos ouvidos. (NIETZSCHE, 2007, p. 7)

É por não se poder parar que nada nos acontece. Nunca se passaram tantas coisas, mas a experiência é cada vez mais rara. A disposição ao encontrar-se com o diferente e especialmente a cooperação entre diferentes sempre foi algo complicado, mas a sociedade contemporânea vem debilitando-a de forma inédita.

Então, como produzir pontos de encontro nos territórios e ampliar possibilidades de espaços de produção de saúde com expressividade de outras formas de cuidado? Há uma atividade básica e relacional da produção de cuidado, um agenciamento territorial essencial e que no entanto falta: fazer comunidade. O encontro desse espaço fronteiro, lugar de articulação e troca, expressa no campo da Saúde Coletiva um outro estilo político que recorrentemente vem sendo aprisionado: abrir espaços, produzir pontos de en-

contro, construir zonas de troca. Um problema de consistência que pode restaurar nas coletividades a capacidade comum de inventar a vida: (PACHECO & CARVALHO, 2009)

(...) um modo de efetivamente ampliarmos as chances de participação de todos nas escolhas que mais diretamente afetam a “poética social” que produzimos e que é, afinal, o modo como realizamos individual e coletivamente uma dada estética da existência. (TEIXEIRA, 2003, p. 95)

Foi a partir destas problematizações sobre o produzir cuidados em saúde nos territórios que a Coordenação Estadual da Atenção Básica (CEAB) - a partir de seu Núcleo de Apoio Institucional e Práticas Pedagógicas (Naippe) - propôs encontros para a construção e execução de um plano de ação compartilhado com gestores municipais, Coordenadores Regionais e Municipais da Atenção Básica, Coordenadores dos Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NURESC) e dos Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) e trabalhadores das equipes da rede de Atenção Básica.

Escolhemos como dispositivo disparador de nossos encontros a temática do acolhimento nos territórios. A escolha se deu por entendermos o campo de possibilidades que esta diretriz provoca enquanto aspecto organizacional do processo de trabalho; aspecto relacional entre trabalhadores, gestores e usuários; ampliação e qualificação do acesso aos serviços de atenção básica e valorização da produção de subjetividades pelo coletivo inserido naquele dado território.

O arranjo clínico-político do acolhimento pode ser uma tecnologia de trabalho em saúde com potência para diferir daqueles planos de intervenção que funcionam através da produção de *kits perfis-padrão* (ROLNIK, 1997, p.19)

- limitados a priori e estranguladores das redes de vida por capturas em “formas acolhedoras morais que entristecem e tornam a vida dependente de mediações.” (NEVES & HECKERT, 2010, p.156)

Encontros: Territórios de Produção de Saúde

Não dispondo de papel, ele escreveu no próprio corpo.
(*Mia Couto*)

O desafio foi discutir a radicalidade da diretriz do acolhimento escapando com desenvoltura da captura do tema a, exclusivamente, seu aspecto organizacional dos serviços. Extrapolar, extravasar, contaminar a discussão centrada apenas em uma ação de triagem administrativa; de recepção gentil, com “boa-vontade” e boa informante; de redução das filas de espera; de abarcar toda a demanda espontânea, porém mantendo a lógica centrada na consulta médica e de “despachar” todas as necessidades de saúde trazidas pelos usuários quando a consulta médica não está mais disponível.

Para tanto, fez-se necessário inventar encontros possibilitadores do exercício de ampliação das capacidades de afecção pelas subjetividades produzidas no cotidiano do cuidado. Ampliar ao máximo as zonas de troca com disponibilidade para experienciar o exercício clínico para além de querer apenas ocupar um papel ou uma função que talvez tenha sido socialmente designada. Mas será que há preparo para este grau de abertura ao plano dos relacionamentos e das coletividades? “Um plano que já não mais pertence a um espaço determinado, a uma ação intersubjetiva, ou mesmo a uma prática específica, mas se dá ‘por entre’ as

formas (sujeito, objeto) e territorialidades (espaciais, locais, existenciais) constituídas.” (NEVES & HECKERT, 2010, p.153) Ou será que há cenários que, prioritariamente, impulsionam o trabalhador para “fechar o corpo”? Como se a existência permitisse evitar riscos, filtrar sensações e abafar sentimentos. “A melhor maneira de manter o corpo fechado é com o máximo de abertura.” (FUGANTI, 2007)

Para estar sempre reinventando as práticas de acolhimento, é importante dar ênfase aos processos de produção coletiva de subjetividades. Um movimento relacional, que não está em um ponto, nem em outro, mas que emerge efetivamente nos encontros.

Do nosso ponto de vista, a construção de práticas de acolhimento que possam fazer da existência uma arte de viver sustenta-se no cultivo de uma prática ética em que o cuidado consigo, com o outro e com o mundo, se faz quando cuidamos da dimensão coletiva e relacional de nossa existência. (NEVES & HECKERT, 2010, p. 153)

Acolhimento é um dispositivo técnico-ético-estético-político de comunicação, passível de ser operado por todo e qualquer profissional ao longo dos encontros com o usuário e entre os trabalhadores. Assim, “não se trata necessariamente de uma atividade em particular, mas de um conteúdo de qualquer atividade assistencial” (TEIXEIRA, 2003, p.106). As práticas de acolhimento extrapolam o ponto de recepção do usuário no serviço e proliferam-se por todos os encontros assistenciais, auxiliando no desenho das trajetórias possíveis a serem percorridas pelo usuário nos serviços - diferentes linhas de cuidado articuladas a partir dos territórios.

Os cenários normativos, que operam sob a lógica programática e enquadram os processos de trabalho para a realização serializada de consultas exige do plano das ex-

periências micropolíticas novas formas de resistência para precipitar outras formas de vida e trabalho com a produção de outros encontros necessários. Atividades básicas não só para desnaturalizar discursos e barreiras de acesso à saúde, mas para enfrentar uma modulação dos itinerários de vida e trabalho que recorrentemente aciona posições - lícitas ou ilícitas - em determinados territórios de produção de saúde. Para além de espaços abertos, de pontos da rede interconectados nos territórios, para superar uma articulação de propostas de cuidado operando um modelo compartimentado de atenção, é preciso produzir uma melhoria qualitativa: verdadeiros encontros.

(...) pode-se dizer que comunicar é tentar ter alguma coisa em comum. Portanto, é, necessariamente, um verdadeiro encontro, a comunicação. Não é só transmitir uma mensagem. É alguma coisa que se constrói. Que se constrói no tempo [...] Não é um tempo que se meça pelo relógio ou pelo calendário. É um tempo que é interno à comunicação. É o tempo que se leva para ter alguma coisa em comum, para partilhar alguma coisa. (LEVY, 1999, p. 147)

Nossas redes têm produzido estes pontos de encontro? Assemelhando o cotidiano das redes de trabalho ao itinerário urbano das políticas públicas, há zonas em que a vida coletiva ainda não circula e a maioria dos conceitos e instituições políticas estão radicalmente desadaptadas (LEVY, 2000), ou seja, sem fazer os movimentos precisos para sustentar os princípios do SUS, um outro estilo político e novas poéticas sociais.

Um caráter intervencionista da produção de saúde que sobredetermina a fixação de unidades de atenção, com pontos de encontro e zonas de troca bem demarcadas acaba por negligenciar territórios de diferença no campo social

e erguer barreiras para a produção de redes nos territórios.

Entendendo que o acesso a pontos de atenção à saúde num território passa por estes se constituírem como pontos de apoio comunitário e que as trocas se afinam na radicalidade dos encontros, a reversão política que precisa ser operada destaca o caráter de intersecção e inverte a semântica do acesso aos espaços abertos: a produção de pontos de encontro com as comunidades é uma atividade básica que logra construir zonas de troca com os usuários e operar de forma consistente redes territoriais e interssetoriais, ampliando efetivamente os territórios de produção de saúde.

Portanto, o encontro é o nosso dispositivo intercessor. Espaço de aproximação primordial onde pode se dar passagem a verdadeira necessidade do outro, ou seja, a sua perspectiva de saúde enquanto território de existência. Em um verdadeiro encontro não há tendências à homogeneização, e sim, à construção de uma política de convivência.

Mais do que um somatório ou agrupamento por justaposição de interesses não-coincidentes, o comum, como afirma Jullien (2008), se faz pela 'decisão concertada', isto é, pelo acorde no sentido musical do termo que produz uma sonoridade singular a partir da multiplicidade dos sons. Trata-se de uma 'decisão', por outro lado, porque o acordo não está dado nem é previsível, pois requer um reposicionamento dos diferentes interesses. O comum nunca está dado, mas é politicamente construído em função da disponibilidade de cada um abrir-se no sentido da comunicação ou da ação no projeto comum. (PASCHE & PASSOS, 2010, p. 444)

Fala-se de uma intercessão para além de uma troca de referências clínicas; de uma atividade coletiva que se dá

nos encontros da rede de trabalho e na comunicação entre pontos de atenção à saúde. Tornar transparentes estes verdadeiros encontros, até então imperceptíveis nos itinerários públicos das redes de saúde, não se trata de torná-los uma nova ordem central do trabalho a recair numa imediata relação de redundância, de obrigação social. (DELEUZE & GUATTARI, 1995) Trata-se de uma produção de comuns - essencial para convocar um outro estilo político - que, ao não limitar comunicações, acolhe e torna necessariamente perceptíveis territórios de diferença no campo social.

Uma aparente fragilidade da rede de saúde em construir esse plano de consistência do trabalho, como uma política de resistência a produções homogeneizantes dos territórios, é reforçada pelo seu enfraquecimento em operar um modo de trabalho descentralizado e em mobilizar equipamentos não só da rede de saúde, mas de outros campos de atuação, de uma rede essencialmente intersectorial. E essa falta de movimento da rede acaba por abrir várias portas de entrada e nenhuma porta de saída, ou seja, acaba por conceber uma rede que não se tece e, assim, desqualificada, cria uma função centralizadora do cuidado para alguns serviços de saúde. (OLIVEIRA & PASSOS, 2009)

Além de cortejar as práticas micropolíticas de produção de saúde, é preciso maquinar a problemática da produção de redes. Ao reforçar a produção de pontos de encontro, também como uma questão de articulação da rede, toma-se a diretriz do acolhimento como um modo de intervenção no processo de trabalho em saúde, numa produção comprometida com interesses dos usuários e com compromisso ético-estético-político de inventar platôs, ali onde aparentemente não há zonas de troca.

Temos, no trabalho em saúde, que buscar um outro meio de relacionar-nos de modo a construir-nos enquanto um “trabalhador coletivo” (MERHY, 1997) e reconhecer que

o trabalho em saúde tem uma natureza eminentemente conversacional. Ou seja, o cotidiano do trabalho em saúde é constituído e também produzido por diversas formas e conteúdos de conversas - entre os trabalhadores e destes com cada usuário - durante os trajetos pelos serviços de saúde ou durante a permanência nos territórios. Em qualquer dessas conversas pode-se acolher e, de maneira dinâmica, desenvolver ou exercitar dispositivos flexíveis de escuta e conversação. Essa rede de conversações produz um autêntico espaço coletivo de conversação, composto de várias e distintas “regiões de conversa” interligadas. (TEIXEIRA, 2003, p.99)

Assim, conversar e acolher são tecnologias leves (MEHRY, 2002) que associam-se a relações de produção de vínculo, autonomização e alteridade. Portanto, são tecnologias de trabalho em saúde - e não aspectos de bondade relacional - que devem ser aprimoradas de modo a poderem ser inventadas com criatividade pelos trabalhadores de saúde a cada encontro com o usuário, produzindo a cada momento um novo fluxo de competências.

Políticas de Convivência em Territórios de Diferença

Encontrar é achar, é capturar, é roubar, mas não há método para achar, só uma longa preparação. Roubar é o contrário de plagiar, copiar, imitar ou fazer como. A captura é sempre uma dupla-captura, o roubo, um duplo-roubo...
(Gilles Deleuze & Claire Parnet)

Ao nos lançarmos à proposta de trabalhar a diretriz do acolhimento através da função apoio, passamos por um momento inicial em que planejamos um cronograma pré-

vio e semi-estruturado com seis encontros com gestores e trabalhadores a serem desenvolvidos nos municípios-sede de cada Coordenadoria Regional de Saúde.

Porém, a experiência da função apoio nos permitiu reconhecer diferentes configurações territoriais, diferentes modos de ocupação e produção dos territórios, em detrimento de um sentido fechado e único, convocando-nos a pensar em diferentes dispositivos de produção de encontros e de abertura de espaços para construir zonas de troca.

Abandonamos então a segurança de um modelo estruturado de oficinas e assumimos posturas criativas de construção de encontros orientados pelas complexidades locais; pelo protagonismo do cuidado e manejo do dispositivo do acolhimento pelos trabalhadores dos serviços municipais de Atenção Básica (AB) e pelas necessidades de fortalecimento da relação destes com a gestão municipal, singular em cada caso ou realidade.

A transformação das práticas profissionais está baseada na reflexão crítica sobre as “práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços.” (HADDAD, ROSCHKE & DAVINI *apud* CECIM & FEUERWERKER, 2004, p.49) Portanto, os encontros foram desenvolvidos de modo a garantir a construção conceitual e a análise da diretriz do acolhimento a partir da problematização das práticas de cuidado e do processo de trabalho dos profissionais em seus territórios e unidades de saúde.

Debruçamo-nos então, enquanto núcleo, a aprofundar nossas impressões sobre a diretriz do acolhimento e após algumas rodas de conversa conseguimos a emergência de um platô comum conceitual (este já descrito anteriormente) e de um platô comum metodológico. Estas rodas seguiram, como um grupo condutor, durante todo o processo de desenvolvimento destes planos singulares para discussão da diretriz do acolhimento nas equipes de AB dos

municípios, garantindo um processo avaliativo constante e uma cartografia¹² desta experiência.

Como diretrizes comuns a esta proposta, entendemos o coletivo como plano de produção de saúde no SUS; o cotidiano como plano de experimentação e invenção de modos de cuidar e a indissociabilidade entre o modo de nos produzirmos como sujeitos e os modos de se trabalhar em saúde. Como objetivo comum, tomamos o apoio à composição de um trabalho coletivo competente tecnicamente e comprometido eticamente com a escuta e as respostas às necessidades de saúde dos usuários.

Cada apoiador envolveu-se com atores regionais e municipais na escolha dos municípios e das equipes onde desenvolveríamos este trabalho. A relação entre equipe e seu território foi - em todas as experiências - a base do tecimento da rede de apoio ao desenvolvimento da proposta. Rede esta que, após este exercício específico de apoio à implementação da diretriz acolhimento, seguiu aquecida apoiando de maneira mais ampla os serviços e a gestão da AB dos municípios envolvidos.

As rodas de conversa com os trabalhadores priorizaram a dimensão relacional da diretriz do acolhimento e estimularam os mesmos para, em atividades de dispersão

12 “Para os geógrafos, a cartografia – diferentemente do mapa: representação de um todo estático – é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos. Sendo tarefa do cartógrafo dar língua para os afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. O cartógrafo é antes de tudo um antropófago”. (ROLNIK, 1997, p.23)

e utilizando de maneira mais potente as suas reuniões de equipe, construirão de forma autônoma um plano de trabalho possível a cerca da implementação da diretriz do acolhimento. Em momentos seguintes puderam compartilhar e defender seus posicionamentos e planejamentos com a gestão municipal, regional e estadual.

Nesse sentido, a construção de planos de trabalho é um desenho inferido em função das experiências concretas dos coletivos, onde coisas acontecem com atraso ou adiantadas e formam esse ou aquele agenciamento coletivo: “o plano de consistência do trabalho.” (DELEUZE & GUATTARI, 1995) Assim, para extrair algo de comum do trabalho é preciso abrir espaço para que processos possam se tornar visíveis, escapando ativamente de uma estrutura que deixa de lado demasiados fatores especiais: o encadeamento e a precipitação, a comunicação que se desencadeia.

Contudo, e para tanto, é preciso preparar esse campo, ocupar os espaços (de fora) e cuidar dos encontros (abertos), pois sem a expressão necessária de um trabalho comum um outro estilo político permanece marginal (DELEUZE & GUATTARI, 1995), subtrações criadoras de outras possibilidades de cuidado e traços de singularização da rede tendem a ficar reservados, ser achatados, atolados em si ou mesmo capturados, reemoldurando os coletivos e enquadrando zonas de troca.

Salienta-se assim, a importância de uma atuação conjunta nestes territórios de produção de saúde, ou seja, de apoiadores estaduais, regionais, municipais e de trabalhadores e gestores da AB dos municípios. Um coletivo no exercício de desenvolver dispositivos dinâmicos e extremamente flexíveis para escutar, retraduzir, trabalhar e aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços para coletivamente reorganizar o processo de trabalho - uma atividade básica para atingir a relevância da diretriz do acolhimento e do trabalho em equipe - para o tecimento das redes de apoio.

Os percursos de construção de uma rede de apoio, contexto de inserção deste trabalho, são tomados como cenários que possibilitam acompanhar e avaliar a produção de redes como territórios de produção de saúde, uma vez que desafios operacionais da função apoio trazem um processo vivo e amplamente colaborativo. Dar voz a como se precipitam esses encontros, encadeiam-se ações e se desencadeiam conceitos, produzindo arranjos de rede em função da experiência desses coletivos, é um modo de ressaltar a capacidade política-inventiva das coletividades.

Nesse sentido, traz-se o apoio como um dispositivo que se lança à constituição processual do trabalho e do cotidiano, ou seja, sua função é construída coletivamente, não se encontra pronta ou fechada, uma vez que é seu grau de abertura que garante a sua funcionalidade. (COUTINHO, MEDEIROS & TRINDADE, 2012) Assim, o que está em jogo é o projeto de construção de redes e, sem referência fixa, faz-se do exercício do acolhimento um dispositivo: transparecendo a produção de pontos de encontro e construção de redes de apoio como função clínica da construção de novos planos de cuidado.

Entende-se que cada interseção entre atores estaduais, regionais e locais resulta em trajetos formativos produzidos em ato que aquecem uma rede de trabalho afetivo para que efetivamente possa se fazer comunidade.

Isso requer incluir uma noção de comunidade como um conceito operativo (PINHEIRO, 2010) para superar cotas de acesso compartimentado à rede, que apenas reforçam fracassos das razões públicas da integralidade em saúde através do fechamento das organizações ao compartilhamento do cuidado e à pluralidade de interesses (PASCHE, 2010). Tratando não daquilo que é semelhante, mas sim compartilhado. O comum se caracteriza mais no sentido de se descerrar do que de se fechar (PINHEIRO, 2010), produ-

zir comum habitando a coexistência entre o que comuna e o que difere.

O pensamento, à primeira vista extravagante, de que alguém deva considerar a ação que presta ao outro como superior, quando comparada àquela que presta a si mesmo, e este outro novamente da mesma forma etc., que só se deva chamar boa uma ação porque alguém com ela não tem vista a si mesmo, mas antes o bem do outro, tem o seu sentido, a saber: como instinto do senso comum, descansando sobre a avaliação de que o indivíduo, em geral, tem pouca importância, mas todos juntos têm muita, contanto que eles formem uma sociedade, com um sentimento comum e uma consciência comum. Portanto, uma espécie de exercício em uma determinada direção do olhar, vontade de uma óptica, a qual quer tornar impossível ver-se a si mesma. (NIETZCHE, 2009, p. 157)

Para tanto, apostamos em produzir espaços permanentes de encontro, usando os espaços coletivos e os processos de trabalho em saúde para fazer comunidade em territórios de diferença e qualificar a relação gestor-trabalhador-usuário. Uma produção comum que fundamenta a função pública das políticas. Em outras palavras, é a atividade básica das políticas públicas: produzir espaços coletivos de trabalho em saúde ocupados por outros e melhores critérios clínicos, regidos por escolhas ético-políticas que tomem a produção de redes com um fazer comum, como a centralidade de uma rede de trabalho para acessar e produzir territórios de vida e saúde.

Esse é irremediavelmente o nosso platô político de intervenção, onde o trabalho de apoio se insere para acessar e dar visibilidade a outros movimentos micropolíticos. E

essa comunidade de experiências é, portanto, um percurso que se busca atualizar para a produção de mais conexões de vida.

Referências

BARROS, M. **Poesia completa**. São Paulo: LeYa, 2013.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Universidade de Barcelona, Espanha. Tradução GERALDI, J.W. **Revista Brasileira de Educação**. n. 19, p. 20-28, 2002.

CECCIM, R.B. ; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, V. 14, p. 41- 65, 2004.

COUTINHO, A.R.; MEDEIROS, E.; TRINDADE, T.F. Supervisão em grupo: considerações sobre um dispositivo clínico-institucional. **Mnemosine**, vol.8, n. 2, 2012.

COUTO, M. **Um rio chamado tempo, uma casa chamada terra**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

DELEUZE, G. ; GUATTARI, F. **Mil platôs**. Postulados da Lingüística. N. 34, Volume II, Rio de Janeiro: 1995.

DELEUZE, G. ; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

FUGANTI, L. Onde há presença da potência o poder não cola. 2007. Disponível em: <<http://www.luizfuganti.com.br/escritos/ditos/67-onde-ha-presenca-da-potencia-o-poder-nao-cola->>. Acesso em: 04 dez.2014.

MERHY, E, E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In PINHEIRO, R. **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005, p.195-206.

_____. **Saúde**: A Cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo, Hucitec, 2002.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.), **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997, p.71-112.

NEVES, C.A.B.; HECKERT, A,L.C. Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. **Estudo, pesquisa, psicologia**. V.10. N.1, 2010.

NIETZSCHE, F. **Genealogia da moral**: uma polêmica. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

_____. **A vontade de poder**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2008.

OLIVEIRA, J.A.M; PASSOS, E. Novos perigos pós-desospitalização: controle a céu aberto nas práticas de atenção em saúde mental. In CARVALHO, S. R. et al. **Conexões**: Saúde Coletiva e Políticas da Subjetividade. São Paulo: Hucitec, 2009.

PACHECO, J. ; CARVALHO, S.R. A vontade de compreender o meio: a fronteira clínica-prevenção. **Conexões**: Saúde Coletiva e Políticas da Subjetividade. São Paulo: Hucitec, 2009, p.94-118.

PASCHE, D.F. A humanização como estratégia frente à medicalização da vida: aposta na democracia institucional e na autonomia dos sujeitos. In: PINHEIRO, R., LOPES, T.C. **Ética, técnica e formação**: as razões do cuidado como direito à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010, p. 101-120.

PASCHE, D. F. ; PASSOS, E. O lugar do método na Política Nacional de Humanização: aposta para uma experimentação democrática radical. **Revista Saúde em Debate**. vol. 34, n. 86, 2010.

LEVY, P. **Filosofia world**: o mercado, o ciberespaço, a consciência. Lisboa: Instituto Piaget, 2000.

_____. Árvores de Saúde: uma conversa com Pierre Lévy. Revista Interface, Comunicação, Saúde, Educação, v.3, n.4, 1999.

PINHEIRO, R. Inclusão do direito de ter (interesses) e de ser (comum): inovação e desafio do método da Tríplice Inclusão para produção de mudanças na saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol. 34, n. 86, p.436-438, 2010.

ROLNIK, S. Toxicônamos de identidade: Subjetividade em tempo de globalização. In LINS, p. 19-24. **Cultura e Subjetividade. Saberes Nômades**. Campinas: Papirus, 1997.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. Publicado In PINHEIRO, R ; MATTOS, R. A. **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003, p.89-111.

A Atenção Básica e Comunidades Indígenas: O Desafio do Desenvolvimento da Intersectorialidade com Base no Território

*Gisele Vicente, Anna Luiza Trein, Felipe Silveira
da Costa*

Os caminhos do apoiador institucional perpassam diálogos tecidos na diversidade entre etnias em territórios que, por vezes, levam ao desafio de lidar com práticas tradicionalmente relegadas a campos assumidos de forma bastante específica por alguns setores da gestão pública. Assim se deu no caso do encontro entre comunidade indígena e não-indígena de um município da macro-região norte do Estado do Rio Grande do Sul.

A partir de fluxos incipientes no cuidado integral em atenção básica e serviço hospitalar de referência regional e na queixa de trabalhadores e gestores de que muitas pessoas de determinado município, especialmente indígenas, estariam sendo encaminhadas para atendimento de atenção básica no hospital, foram provocadas uma série de agendas com gestores municipais e regionais. Em rodas de conversa, a Secretaria Especial de Saúde Indígena, Secretaria Municipal de Saúde, Hospital Regional, Departamento de Atenção Ambulatorial e Hospitalar e Secretaria Estadual de Saúde, Departamento de Ações em Saúde com a Coordenação Es-

tadual de Atenção Básica e Coordenação Estadual de Saúde Indígena colocaram-se o desafio de **ativar** a rede de saúde local, particularmente de Atenção Básica.

Como resultado dessas rodas de conversa, foi criado o Grupo Gestor de Redes, composto por representantes dos espaços de gestão e de outro coletivo ampliado com a participação também de trabalhadores do município em questão, bem com da comunidade indígena. Em rodas de conversa, suscitamos em círculo a potência de um território que se faz cotidianamente entre etnias, em diversidade ímpar. E nesses espaços, sob a perspectiva do diálogo de saberes e construção coletiva de ações, a possibilidade de qualificação da rede local de saúde.

Foi na experiência da diversidade do território, na possibilidade de mediação e articulação de processos de cuidado integral em saúde a partir do trabalho de apoio institucional que pudemos expandir nosso olhar enquanto diferentes atores na perspectiva de superar as demandas específicas e integrá-las. Da mesma forma, de colocar em evidência as contradições presentes no cenário político institucional local para que pudessem ser trabalhadas de forma compartilhada.

Debes amar la arcilla que va en tus manos;
debes amar su arena hasta la locura
y si no, no la emprendas que será en vano;
sólo el amor alumbra lo que perdura
sólo el amor convierte en milagro el barro
Debes amar el tiempo de los intentos;
debes amar la hora que nunca brilla;
y si no, no pretendas tocar lo cierto
sólo el amor engendra la maravilla
sólo el amor consigue encender lo muerto
(José Martí, La Habana)

O imaginário das ações

As comunidades indígenas têm muito a ensinar. O cuidado em terra indígena é praticado por todos, e desde muito cedo se sabe que não há hierarquias: árvores, animais e humanos são igualmente importantes. Avaliar as ações preventivas realizadas no território é entender outros modos de pensar a partir das tradições dos povos indígenas do Rio Grande do Sul.

Esta escrita diz do trabalho do Departamento de Ações em Saúde (DAS), Coordenação Estadual da Atenção Básica e Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. O apoio institucional realizado entre os entes federativos - Estado, municípios e Secretaria Especial de Saúde Indígena/SESAI) - implica repensar aspectos importantes dos processos de trabalho entre instituições, do papel da gestão no território (*lá na ponta*), do planejamento, monitoramento e avaliação das ações e, sobretudo, da construção de novos saberes e práticas em saúde. Esse é o resultado do trabalho cotidiano no território da macrorregião norte às pessoas, profissionais e gestores, que buscam e oferecem o cuidado integral em saúde na atenção básica.

O imaginário de ações desenvolvido durante o trabalho de apoio institucional nesse território buscou pensar a atenção básica e a saúde indígena no diálogo com o SUS, principalmente através de encontros municipais e interfederativos. Pensar a saúde para povos indígenas demanda uma problematização ética profunda, considerando a diversidade dos modos de vida e especificidades das etnias que compõem o estado. É uma discussão potente e requer atenção permanente para que não ocorra uma transposição de saberes ou então a homogeneização das diferenças. A dificuldade de permanência de alguns fluxos de cuidado está justamente na impossibilidade de agregar valor às práticas indígenas de saúde.

O desafio e a potência na produção de saúde destas comunidades estão neste espaço que podemos chamar de mestiço. Neste espaço,

a prática mestiça reivindica outras paragens: práticas de atualizar interstícios e, sobretudo, reivindicar deixar vibrar pelo encontro, atos de saudar palavras em vida. A mestiçagem faz saber que, nenhum profissional estará efetivamente aberto à alteridade e à aprendizagem de sentidos sem experimentar uma terceira margem. A possibilidade terapêutica estaria na terceira margem ou lugar mestiço. (CECCIM, 2008, p. 266)

Esta terceira margem pode dizer de uma novidade para este lugar multiprofissional, interfederativo, entre serviços, onde não mais nos relacionaríamos como diferentes perfis de profissionais de saúde, mas na produção de si e dos cenários de prática. Essa terceira margem pode ser travessia de sensibilidade, onde o fazer *saúde* “emergiria em clínica mestiça ou clínica nômade; em que todos potenciais seguiriam se atualizando e o equilíbrio não seria outro que não a transformação permanente.” (CECCIM, 2008, p.267)

Práticas mestiças: quem sabe uma disponibilidade em vida de atuar a si mesmo? Desejar ausências em certos momentos de descuido de nós mesmos ou das nossas obrigações cidadãs, desejar a virtude de mover-se no instante que antecede a velha opinião elevada de si mesmo - *Já sei*.

Fortalezas possíveis: as palavras da rede de cuidado

A produção de atos de saúde *entre* etnias desafia nossa estrutura de pensar práticas especialistas de cuidado. Esvaziar palavra é possibilitar atos de saúde em outras pers-

pectivas que, diferente de paradigmas, servem para tirar da ponta da língua nossas palavras colocadas em prática para estabelecer o cuidado com o outro, colocando-nos ativos nos processos de mestiçagem, como intercessores.

Uma vez no lugar mestiço, inventar palavra que devolva alteridade às pessoas (trabalhadores e/ou usuários, gestores, parceiros), palavra que experimente entre equipes a novidade, palavras que afirmem a vida, palavras que traduzam o “cuidado, tratamento e escuta como potências de invenção, como critério dos valores de atenção à saúde, como constituição de sentidos expansivos da vida e das aprendizagens para autoprodução de si e do mundo...” (CECCIM, 2008, p.277) Entre etnias e em coletivos, alguns entendimentos puderam ser colocados em roda.

Partirmos de alguns pontos em comum faz iniciar o tecer redes. A Agenda de Compromissos com a Saúde Indígena como linha do cuidado, por exemplo, reaviva a discussão sobre o acolhimento na atenção básica para os indígenas bem como pontos de atenção no SUS, quando em vazios assistenciais e/ou áreas sem cobertura de saúde pela SESAI.

Assim, nossas pactuações entre governo estadual e municípios, na macro-região norte no âmbito da atenção básica se dão através de encontros e em rodas de conversa. São pautas das discussões:

- **Educação Permanente** - Fomentar a implantação de reuniões/fóruns de rede sistemáticas, no âmbito municipal, pela garantia dos fluxos pactuados para o cuidado a saúde;
- **Grupos Condutores da Linha de Cuidado em Saúde** - Mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada modalidade de atenção (entendemos por básica, alta e média complexidade), apoiar a or-

ganização dos processos de trabalho voltados à implantação e implementação da rede, identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada modalidade de atenção, monitorar e avaliar o processo de implantação da rede, apresentar às CIR e CIB a situação do andamento da implantação e implementação dos diversos pontos e atenção da rede para pactuações e repactuações, caso necessárias;

- **Apoio Institucional** - Para o fortalecimento da atenção básica e das redes de cuidado, o apoio institucional (principalmente aos gestores municipais trabalhadores da saúde indígenas e não-indígenas), é ferramenta imprescindível no território. Iniciamos movimento piloto em município da região norte (uma das maiores terras indígenas do estado, com quase cinco mil habitantes) que consiste no apoio institucional para estruturar a rede de atenção básica e suas interfaces com o território.

A macro-região norte contempla mais de 80% da população indígena do estado do RS (16.564 pessoas). Constituída pela 19ª, 15ª, 11ª e 6ª Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS, configura-se prioridade da gestão estadual garantir aos povos indígenas o acesso ao cuidado em saúde com qualidade, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, através do reconhecimento dos seus saberes tradicionais e suas especificidades culturais.

A potencialidade do apoio institucional para atenção básica esteve na retomada da *Agenda de Compromissos com a Saúde Indígena: Construindo Redes de Atenção* que teve construção coletiva e, portanto, abre a discussão para os diversos sujeitos implicados com a saúde indígena. O processo de efetivação da Agenda de Compromissos com

a Saúde Indígena apostou na relação entre trabalhador e o usuário-índio. Outro aspecto fundamental é o referencial simbólico sob o qual os índios atuam e constroem a realidade social, e que deve ser considerado quando se trata de assistir a sua saúde. A produção do cuidado nessas comunidades pressupõe a compreensão e respeito à sua cultura e religiosidade, sendo os ritos xamânicos muitas vezes considerados dispositivos terapêuticos.

Assim, o desafio é o de “encontrar um equilíbrio em um modelo que atue sobre as condições sanitárias propriamente ditas, e ao mesmo tempo opera a clínica ampliada, com ênfase nas tecnologias leves e no campo relacional para a produção do cuidado.” (MERHY & FRANCO, 1999)

Integralidade do Cuidado à Saúde: pela pactuação de fluxos seguros no cuidado integral à saúde

Pensar a integralidade do cuidado à saúde indígena é garantir um dos princípios fundamentais para efetivação da política do Estado brasileiro para a saúde - o Sistema Único de Saúde (SUS) -, que se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço. Suas origens remontam à própria história do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, que, durante as décadas de 1970 e 1980, abarcou diferentes movimentos de luta por melhores condições de vida, de trabalho na saúde e pela formulação de políticas específicas de atenção aos usuários.

A integralidade está presente no encontro. É na conversa que o profissional de saúde busca, de forma responsável e implicada, reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde. Segundo Mattos (2005), “a integralidade está

presente também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos.”

Neste sentido, a integralidade, como modo de organizar práticas, exige certa horizontalização das práticas de cuidado em saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. Assim, trabalhamos para que os indígenas possam nos afetar com seus saberes e práticas em saúde para o desenvolvimento de atividades coletivas *entre* equipes, *entre* serviços, *entre* culturas, *entre* cuidados, etc.

A integralidade, ao ser constituída como ato em saúde nas vivências cotidianas dos sujeitos produtores das redes de cuidado em saúde, têm germinado experiências que atualizam transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização.

Compondo com o que propõe a Política Nacional da Humanização - PNH, entendemos que o apoio institucional abre a possibilidade de funcionar como articulador, como conector, produzindo novos territórios, borrando, embalhando lugares previamente constituídos como aqueles convencionalmente denominados, identificados, dicotomizados como lugares de gestão e de atenção, de trabalhadores de saúde e de usuários. O apoio institucional se coloca aqui como um híbrido que, sem ponto de partida e de chegada, se faz em meio, no entre, nas margens, movimentando-se e pondo a movimentar os pontos conectados, potencializando a produção de redes quentes e não sectárias.

Mas afinal, de que rede falamos? A rede está dada? Ou será que se trata de pensarmos: quais redes estamos colocando e provocando para que entrem e fiquem em funcionamento? Quê redes se está produzindo? Da mesma

maneira que assinalamos a necessidade de escapar da insistência na procura das origens (assim, escapar da queixa infinda, da busca por culpados, da justificativa pela necessidade da defesa), aqui também pontuamos a importância de não idealizar aonde chegar.

O processo de condução dessa rede que se formou entre os vários entes e parceiros na macro-região norte do Estado com relação à organização da rede de serviços de saúde para população indígena e não-indígena teve como efeito visível uma maior participação democrática nas reuniões, na produção de pautas, no levantamento de compromissos firmados no coletivo. Algumas comunicações a nível de gestão municipal foram retomadas, a exemplo da troca de informações mais precisa e atualizada a respeito da demanda de medicação para população indígena.

Outro efeito que se pôde notar ao longo do processo de rede nesse município da norte foi uma crescente abertura para o lugar do outro e da mestiçagem através do rodízio de locais para reuniões: certa vez, indígenas convidaram para que fosse na própria aldeia o encontro. E a roda aconteceu, com muitas pessoas participando da comunidade, podendo inclusive produzir um momento de culinária *kaingang* ao final da reunião.

De maneira geral, produziu-se uma grande brecha para o encontro com o diferente como um ponto de partida para outras travessias. Houve, no entanto, também resistências em sustentar o processo ao longo do tempo, o que ocasionou que alguns parceiros fossem se perdendo ao longo do caminho. Institucionalmente fizeram-se grandes avanços a partir da aproximação dos vários entes representados ali por gestores, usuários e trabalhadores. Mesmo que se avalie que esse tipo de trabalho deva ser ainda retomado e continuado para que ganhe novamente força e novos efeitos de práticas conjuntas, parte-se do pressuposto de que é

somente através de um processo democrático, mesmo que longo e trabalhoso, que se consegue ouvir e olhar a todos presentes para pensar integralidade, equidade, universalidade do acesso à saúde em um dado território.

Acreditamos que através da organização de processos de trabalho na rede básica de saúde, a integralidade do cuidado possa se efetivar. A partir da educação permanente e do apoio institucional em saúde, novos modos de pensar o cuidado podem surgir. Esperamos que emerja a ideia de que a assistência seja multi-profissional, que opere através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de pessoas onde a responsabilidade esteja essencialmente no cuidado e em rede intersetorial. Assumimos também o exercício do diálogo que associa cuidados individuais e cuidados coletivos, que faz suscitar palavras disponíveis para projetos terapêuticos cuidadores, propostas pensadas para fluxos de cuidado, para processos dialéticos de complementação e também de disputa de palavra: A diversidade de um território multiétnico é capaz de transformar saberes, de compor novas formas de dizer da produção de **saúde**.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde**. 2006, v.9. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politicanacionaleducacaopermanente-saude.pdf>>. Acesso em: 10 nov 2014.

CECCIM, R. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é filosofia?** Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

FRANCO, C.M.; FRANCO, T.B. **Linhas de cuidado Integral: Uma Proposta de Organização da Rede De Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf>. Acesso em: 10 nov 2014.

FRANCO, T. B. **Modelo Assistencial para a Saúde Indígena: DSEI-MG/ES**. Disponível em: <<http://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub42.pdf>>. Acesso em: 10 nov 2014.

MARQUES, D.S. **“Nossos irmãos fetichistas”**: o discurso sobre a identidade indígena nas políticas oficiais do Rio Grande do Sul na primeira república (1910-1930). 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2010.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005.

MERHY, E. E; FRANCO, T. B. **Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado**. Movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde. Campinas (SP); Unicamp, 1999.

_____. **Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde**. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reestruturacao_produtiva_e_transicao_tecnologica_na_saude_emerson_merhy_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 10 nov 2014.

PINHEIRO, R. **Integralidade na saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em: 10 nov 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Linha de Cuidado de Saúde Mental**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/244/?LinhaCuidadoSa%C3%BadeMental>>. Acesso em: 10 nov 2014.

Transpondo a Soleira da Porta: Movimentos iniciais para a Formação da Política Estadual da Saúde das Populações do Campo

Julia Monteiro Schenkel, Anajá Antonia Machado Teixeira dos Santos, Georgina Elida, Leslie Tuane Penteado Charqueiro, Letícia Alves, Rafael Gil, Flora Helena

A aprovação em 2011 da Política Nacional da Saúde das Populações do Campo e da Floresta, pelo Ministério da Saúde (PNSIPCF), desafia o Sistema Único de Saúde a enfrentar as barreiras de acesso à saúde existentes para essas populações. Neste texto trazemos relatos de olhares e movimentos diversificados que dialogaram com as necessidades de saúde das populações do campo. Propomos uma *bricolagem* composta a partir de escritas realizadas de diferentes lugares. Compomos um relato de vivência de uma trabalhadora de saúde na zona rural, com a narrativa de experiências de formação-intervenção a partir da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em uma comunidade rural no município da região centro-oeste do Rio Grande do Sul. Ambos abordando o contexto da produção de saúde em assentamentos da reforma agrária. Posteriormente, compartilhamos a configuração dos primeiros passos na gestação desta política no estado do Rio Grande do Sul a partir do

Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde. Afirma-se a necessidade de acolher as demandas desta população a partir dos princípios do SUS - integralidade, equidade e universalidade - sem deixar de considerar a essencialidade da intersectorialidade também prevista na PNSIPCF.

Dialogando Práticas em Torno da Saúde do Campo

O presente artigo visa incitar a discussão inicial sobre as perspectivas da PNSIPCF (BRASIL, 2013) no contexto do Rio Grande do Sul. Dialoga com as peculiaridades e especificidades das populações contempladas na mesma, e que no estado apresentam seus modos de vida diferenciados de outros estados e regiões.

Oriundo do francês, o termo *bricolagem* significa um trabalho manual, feito de improviso que aproveita diferentes materiais. (LIPPI & NEIRA, 2012) Como *'bricoleurs'*, juntamos nesse texto blocos de práticas que se realizaram em espaços-tempo distintos (atenção, formação e gestão), mas que se ligam a partir de um desejo comum de operar o direito à saúde para populações historicamente esquecidas pelas políticas públicas. Desejo de reconhecer e acolher as especificidades e necessidades em saúde das populações do campo. Desde um relato vivencial de uma trabalhadora de saúde na zona rural, passando pela narrativa de uma experiência de formação-intervenção a partir da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da UFRGS em uma comunidade rural em um município da região centro-oeste do estado do Rio Grande do Sul. E principalmente, relatando os primeiros passos na gestação dessa política no estado do Rio Grande do Sul a partir do Departamento de Ações em Saúde (SES).

Inicialmente, será realizada a apresentação da PNSIPCF visando problematizar suas perspectivas de concretude, de acordo com a realidade gaúcha. Tanto no que tange ao território de existência destas populações, como aos espaços de discussões propiciados para a efetiva implantação e implementação da política no estado.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta no Contexto Brasileiro

A PNSIPCF, ligada à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, está situada junto a outras Políticas de Promoção da Equidade em Saúde voltadas para populações em condições de vulnerabilidade e iniquidades, como as populações LGBT, negra, em situação de rua, e a população cigana.

A promoção de equidade como propósito dessa política, relaciona-se com o desenvolvimento humano e de qualidade de vida, por meio da melhoria do nível de saúde decorrente da implementação de políticas setoriais “baseadas na geração de emprego e renda, acesso à terra, provimento de saneamento ambiental, habitação, soberania e segurança alimentar e nutricional, educação, cultura, lazer e no transporte digno.” (BRASIL, 2013)

A população do campo e da floresta é entendida como povos e comunidades que têm seus modos de vida relacionados ao uso da terra e das águas:

Camponeses, agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados ou temporários que residam ou não no campo; comunidades remanescentes de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativis-

tas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; e outras comunidades tradicionais. (BRASIL, 2013, p. 22)

Recentemente, após o II Encontro Nacional dessa Política, o povo das águas reivindicou a sua inserção, tornando-se então Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, da Floresta e das Águas.

Essa política foi construída a partir do Grupo da Terra, instituído pelo Ministério da Saúde em 2004 por meio da Portaria 2.460, composto por representantes de movimentos sociais ligados a essas populações. Assim como as outras políticas de promoção de equidade em saúde. Ela se constitui no reconhecimento da dívida histórica com essas populações. Dentre as demandas citadas como características das mesmas destacam-se aquelas relacionadas à desigualdade no acesso a projetos, programas e serviços das redes públicas nas políticas intersetoriais, bem como a desigualdade no acesso a recursos básicos, como aponta o alto índice de consumo de água em condições inapropriadas, devido ao baixo acesso a políticas de saneamento básico. (BRASIL, 2013) Consideramos, também, acidentes de trabalho relacionados ao extrativismo e às tecnologias de manejo empregadas, como aqueles relativos aos riscos e danos à saúde decorrentes da intoxicação por metais pesados e por agrotóxicos (BRASIL, 2013), bem como as doenças adquiridas neste manejo.

Os contextos de violências e vulnerabilidades associadas aos processos de trabalho, por sua vez, entram em relação direta com estes indicadores mais fechados em aspectos clínicos da saúde. Os aspectos culturais e socioeconômicos podem ser descritos na forma dos episódios de violência relacionados, por exemplo, aos conflitos pela posse e propriedade de terra, bem como pelas precárias condições de trabalho relacionada ao extrativismo. Associamos, nisso, os

processos de saúde e doença com o processo de trabalho, no que incluímos o sofrimento psíquico e suas relações com as redes afetivas, sociais e familiares. (GIL, 2013)

Assentados e Trabalhadora da Saúde: uma Vivência no Assentamento

No princípio, era o trabalho. E o trabalho era a troca necessária e criativa com os assentados na arte e na lida da vida. O trabalho modelava a criatividade e as necessidades coletivas. Onde experiências do dia a dia de uma trabalhadora da saúde, na zona rural, juntamente a um grupo de usuários da unidade e moradores da localidade, se encantam e levantam a bandeira do SUS e sonhavam em produzir saúde de qualidade, a partir da humanização e solidariedade.

Em uma das visitas domiciliares de rotina, chegamos a uma família assentada que estava muito feliz, apesar das muitas dificuldades existentes, como a falta de água, luz, alimentos, o atraso nos incentivos dados pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). Haviam construído dois cômodos de madeira, com piso de chão batido e repartições internas de lona preta, estavam de casa nova! Saíram do antigo barraco de lona preta. Fomos recebidos por um senhor de idade avançada e sua esposa também idosa e com sofrimento psíquico. Convidados para conhecer a casa nova, entramos no primeiro cômodo que seria a sala e cozinha, com poucos móveis, bastantes modestos, fabricados por ele próprio, que também nos mostrava com orgulho os quadros pendurados na parede que seus netos fizeram: desenhos lindos de uma casa com chaminé, jardim, árvores e lagos com patinhos, produzidos em folhas brancas de cadernos pequenos, pintados de lápis de cor, colados com “grude” na parede da sala.

A cena mostrava a projeção do sítio num amanhã muito próximo, transparecendo possíveis sonhos de seus netos, que tinham de quatro a onze anos de idade. Remeteu-me à construção de uma família, com valores, onde o amor e a sensibilidade não tinham fronteiras.

Fomos para o quintal onde havia várias casinhas pequenas de lona preta reaproveitada da antiga moradia, onde orgulhosamente aquele senhor mostrava a casa dos porcos, das galinhas e dos cachorros com a finalidade de proteger seus animais do frio e da chuva. Havia também uma casa maior mais ao fundo do pátio, também construída em lona preta com a estrutura de taquara, a qual questionei para que era aquele espaço e prontamente, o senhor orgulhoso me respondera que se tratava da casa de bonecas de seus netos. Na parte interna, havia um espaço montado com bancos, mesa, fogão de barro com chapa, cuia, bomba e cambona, vassoura de chirca, todos em miniatura. Bonecas de pano confeccionadas pela avó, “Aqui elas brincam e tomamos mate doce.”

Foi um momento mágico, de emoção, onde me reafirmou que criança é criança, sendo assentada ou não! Tendo sua casa de bonecas em cor-de-rosa ou construída de lona preta com estrutura de taquara. Fez-me rever meus conceitos como pessoa, mãe e trabalhadora da saúde, de que devemos nos apaixonar, nos encantar e ocupar tudo o que o SUS tem de bom, precisamos trabalhar em grupo, no coletivo, para o coletivo, na comunidade e para a comunidade e pensar que podemos combater a solidão, a fome, o frio, as tristezas.

Todas as limitações são e podem ser vencidas, as relações se criam na organização e na mobilização, basta construirmos um novo jeito de sensibilizar e de trabalhar, de organizar e melhorar a comunicação dos movimentos sociais na perspectiva de uma nova sociedade, potencializando o saber técnico e o saber fazer e saber compartilhar.

Formação-Intervenção: ampliando campos na Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva.

Muitos questionaram sobre o fato de cinco residentes em saúde mental coletiva buscarem a área rural de uma região distante de Porto Alegre/RS, a região centro-oeste, para dar continuidade aos trabalhos da residência. Todavia, estes residentes se sentiram confiantes ao propor e construir a proposta embasada no conceito ampliado de saúde e no próprio conceito de Saúde Mental Coletiva proposta por Fagundes, como sendo uma expressão surgida da “intercessão entre saúde, educação e movimento social, por um cuidado com a vida”. Na sua definição, Fagundes refere:

Saúde Mental Coletiva é um processo construtor de sujeitos sociais, desencadeador de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer política, ciência e gestão no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo as segregações e substituindo certas práticas por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida. (FAGUNDES, 2009, p. 98)

O processo de inserção no município ocorreu de julho a novembro de 2013. Configurou-se como um projeto de Cooperação Interinstitucional pactuado entre o Programa de Residência ao qual estávamos vinculados (EducaSaúde/UFRGS), o município e a Secretaria Estadual de Saúde. A proposta partiu de uma equipe de residentes, interessados em realizar um trabalho de promoção de saúde mental coletiva em um contexto diferente do habitual para maioria dos trabalhadores da saúde mental: um assentamento da reforma agrária.

O desejo da equipe de residentes ressoou no desejo de uma trabalhadora da saúde mental da cidade, importante articuladora da proposta. Apesar de termos nos inserido

em outros campos de atuação, fizemos aqui, a opção de limitar o relato ao trabalho realizado na comunidade rural, de acordo com a intencionalidade desse texto.

Trabalhamos a partir da noção de direito à saúde, levando em consideração o conceito ampliado de saúde, e primando pela participação dos assentados nas articulações, discussões e reivindicações sobre as políticas de direitos sociais, como a saúde, a educação, a assistência social, moradia, renda, trabalho e a terra.

A proposta de intervenção no assentamento foi pensada a partir da construção de um Plano Terapêutico Singular (PTS) que pudesse contribuir com o fortalecimento do coletivo. Esse processo foi sendo construído com a equipe da unidade básica de saúde referência para esse território, bem como com as lideranças do assentamento. Não havia um projeto pronto para ser colocado em prática, apostávamos na participação e na construção coletiva. Pensando juntos em relação às necessidades, vontades, dificuldades e nos colocando como parceiros na busca de alternativas para os problemas enfrentados. Levando em consideração que a educação popular tem por base o saber que provém da experiência, sendo este saber entendido como o “que se adquire no modo como alguém vai respondendo ao que vai lhe acontecendo ao longo da vida e no modo como vamos dando sentido ao acontecer do que nos acontece.” (BONDIA, 2002, p.27)

Este assentamento, existente há cerca de seis anos, ainda necessitava uma ampliação de acesso às políticas públicas, principalmente para sanar questões referentes às suas necessidades básicas. Além da dificuldade de acesso ao centro da cidade e aos serviços das políticas sociais de referência, não havia adequada assistência técnica para a produção agrícola, dificultando a garantia de seus direitos fundamentais.

O trabalho iniciou na identificação de que práticas e ações de saúde essa população tem acesso. A Unidade Básica de Saúde (UBS), situada a 15 km de distância do mesmo, não contava com agente comunitário de saúde responsável por essa área. A dificuldade de acesso era concreta, assim como a nossa dificuldade em chegar até o assentamento para realizar o trabalho! Havia também uma unidade móvel que visitava o assentamento bimensalmente.

A partir do vínculo com o assentamento e a escuta da população foi se percebendo a necessidade de articular as ações em saúde desenvolvidas ali, por diferentes serviços. Havia a previsão de abertura de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) Rural, que passaria a realizar a cobertura a essa população. A UBS era formada por uma técnica de enfermagem e dois agentes comunitários. Semanalmente, profissionais de saúde se deslocavam à UBS, como a dentista e o médico. Além disso, era realizado um potente trabalho de promoção de saúde mental a partir de uma oficina terapêutica.

Nesse processo foi possível aprender com o movimento dos trabalhadores sem-terra e com sua força pela constante luta pela garantia de direitos básicos de cidadania. A inserção dos residentes não teve de imediato um produto concreto, tendo característica difusa em diversos pontos da cidade. Podemos apontar para uma contribuição na desmistificação sobre o que é ser assentado e pertencente ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST). Além disso, para a ampliação da visão e ação na perspectiva do *trabalho interdisciplinar e intersetorial*.

Desdobrando a PNSPCF para os Pampas

–“Mas nós temos floresta no Rio Grande do Sul?”

Esta pergunta ocupou um tanto das primeiras impressões despertadas por colegas trabalhadores (as) e gestores(as), quando tomavam conhecimento de nossos primeiros movimentos. Curiosamente, porém, nossos movimentos passaram longe de uma articulação inovadora.

A implementação desta política não começou do zero: partimos das muitas experiências sobre algumas questões fundamentais do planejamento em saúde. Ao pensar populações tradicionalmente vistas como habitantes de territórios de difícil acesso, podemos inverter a lógica deste pensamento, ao propor, desde o planejamento da oferta, uma dúvida sobre em que medida as redes de saúde como um todo têm seguido as grandes concentrações populacionais. Mas isto passava, certamente, pelo reconhecimento das diferentes formas de sustentar a vida nas regiões do estado, as relações com a terra, trazendo o conhecimento de nossos biomas para o cotidiano do planejamento da gestão em saúde.

Do chão no qual se pisa é que deveríamos sair para projetar ações: desafios como este se colocam quase como que um indicativo de por onde deve passar a construção do SUS. O eixo da Atenção Básica, quando visto como centro que ordena o fluxo de pessoas acessadas na rede, sugere um movimento ideal, utópico (ou seja, que exige permanente construção) que apontará para uma saúde cada vez mais próxima do território onde vivem as populações. Há um outro aspecto que vamos aprendendo no cotidiano desta tarefa: não somente pensamos em ampliar oferta de serviços, mas também o seu modo de funcionamento. E nisto, o contato com as diferentes populações do campo, da floresta e das águas promete enriquecimento de práti-

cas e saberes, não somente nos campos da educação ou da atenção em saúde, mas também para o controle social e para a gestão.

Trazendo isto para a prática, quais as atribuições do Estado nessa construção? De acordo com o artigo 6º da Portaria no 2866/2011 (BRASIL, 2013, p. 26-29), que institui esta política, compete aos Estados promover a implementação da PNSIPCF; incentivar a criação de espaços de promoção da equidade para implementação dessa política de forma participativa; desenvolver e apoiar ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações, bem como ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais com base em perspectivas educacionais críticas e no direito à saúde; prestar apoio e cooperação técnica aos municípios; dentre outros.

Em relação ao processo de construção na Secretaria Estadual de Saúde, é importante observar que o espaço de inserção dessa Política dentro do Departamento de Ações em Saúde (SES) foi se transformando no decorrer da gestão. Primeiramente situada junto às outras Políticas de Equidade (ao lado da Saúde Indígena, Prisional, LGBT), no ano de 2014 a Política da Saúde das Populações do Campo passa a compor diretamente com a equipe da Coordenação Estadual da Atenção Básica. Movimento esse que reflete a necessidade dessa construção dar-se a partir da principal porta de entrada do SUS, na medida em que trata-se do desafio de ampliar o acesso ao direito à saúde.

Neste processo, algumas ações que foram desdobradas no âmbito da gestão estadual: a disponibilização de protetores solares para municípios com maior incidência de câncer de pele, voltada a agricultores e trabalhadores da pesca (Lei Estadual nº 13.469); a criação de incentivo para aquisição de Unidades Móveis de Saúde da Família para

municípios com menor densidade populacional no estado; e a criação do Comitê Gestor da Política Estadual da Saúde das Populações do Campo e da Floresta. Destacamos as duas últimas ações referidas, reconhecendo sua importância para a continuidade dessa construção no estado.

Ao final de 2013, com a intensificação do diálogo com a Coordenação Estadual da Atenção Básica, iniciou-se a formulação e avaliação de indicadores, a partir das ações previstas para os Estados, de acordo com o Plano Operativo Quadrienal (2012-2015) da PNSIPCF, publicado por meio da Portaria n. 2866/2011.

Em reunião com a Coordenação Estadual de Atenção Básica, foram priorizados indicadores sobre os recortes populacionais, como os obtidos a partir do cruzamento de dados do percentual de população rural por município, bem como da densidade demográfica. Este parâmetro norteou a Portaria n. 565/2013, que prevê recursos para aquisição de Unidades Móveis de Saúde da Família, em planos de ação dedicados à atenção em saúde das populações do campo, da floresta e das águas. O desafio que se coloca para essas unidades é integração do trabalho da mesma na Estratégia de Saúde da Família.

Estávamos com alguma ferramenta para intervir e projetar ações de articulação de redes nos municípios e entre regiões. Mais adiante reavaliaríamos este critério e estes indicadores, no entanto, percebendo que nem sempre os municípios com menor densidade demográfica são os mais desassistidos, e a invisibilidade histórica destas populações prometia à gestão pública da saúde, além da disponibilização de recursos, uma tarefa de sensibilização sobre suas demandas que se dava num mesmo tempo que o próprio aprendizado junto a elas, no campo da gestão.

Isto já estava sinalizando - se no próprio contexto das reuniões do Grupo de Trabalho, espaço valorizado pelo en-

contro e reconhecimento entre diferentes instâncias reunidas devido ao olhar da política nacional (campo, floresta e águas), com pautas diversas ainda, sem um planejamento e objetivo em comum. Isto, na gestão, demandava também consideração da equipe, evitando a imposição de metas ou prazos quando estes pudessem ameaçar a grupalidade que estava se formando - era preciso entender o espaço, enfim, como lugar do controle social, dentro da proposta de gestão estratégica e participativa.

A implantação do um Grupo de Trabalho no estado, respeitou especificidades das regiões, bem como, dos movimentos presentes. Neste GT foi percebendo-se a necessidade de trazer para este universo, discussões que são pertinentes também ao meio urbano, como a Saúde da Mulher, do Homem, da Criança e Adolescente, do Idoso, da saúde Bucal, de DST/HIV.

Durante o processo de amadurecimento do GT e com as contribuições do Coletivo de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra - MST que tem sua origem em 1998, foi iniciada uma articulação para compor uma rede para esta política. Já em sua primeira reunião em outubro de 2013, foram tiradas algumas diretrizes, como articular demais instâncias da Secretaria Estadual de Saúde - SES e realizar mapeamento dos assentamentos rurais para pautar questões de agroecologia e plantas medicinais.

A partir deste momento, mensalmente iniciou-se as atividades do GT, dando continuidade nas discussões nas especificidades das regiões e da cultura de cada lugar, bem como, da distância que há entre seu local de moradia e o meio urbano para atendimento. No segundo semestre de 2014, priorizou-se no GT a discussão e elaboração da minuta da portaria da criação do Comitê, assim como o início da elaboração da política estadual desta política nacional.

Além das discussões no GT, percebemos que é necessário para realizar este trabalho e atendimento dessa população é o conhecimento do profissional daquela cultura e com isso tendo a compreensão do seu modo de vida. Para que “isso se concretize, torna-se necessário investir em educação permanente dos trabalhadores de saúde, de modo a lhes propiciar compreensão sobre as especificidades de cada um dos grupos populacionais do campo e floresta.” (BRASIL, 2013) Estratégias como essa, organizam o trabalho e aproximam os usuários do SUS e os trabalhadores da política para a discussão e evolução das atividades. Neste momento, a Minuta da Portaria encontra-se no Gabinete da Secretária de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul para aprovação.

Apontamentos para o Fortalecimento da Saúde no Campo

Transpor a soleira da porta é reconhecer que existe um outro. Que esse outro também possui seu modo de vida, modo de pensar e falar e somos nós, trabalhadores da saúde, que devemos saber compreender os diferentes modos de vida e não impor modos que julgamos melhores. Passar pela porta, demonstra que estamos aptos a viver algo que não faz parte do nosso dia a dia. Esse desejo de alteridade parece ser fundamental para que trabalhadores da saúde, formados em uma cultura hegemonicamente urbana, branca e patriarcal, possam se deslocar para o encontro com a diferença.

Acompanhando os diferentes trajetos aqui relatados, podemos afirmar a intersetorialidade como essencial na construção de redes e fortalecimento de ações voltadas para as pessoas, na sua integralidade. Desta forma, para que a Saúde possa ser efetivamente concretizada há a necessi-

dade de articulação de diversos dispositivos de garantia de direitos, assim como das Políticas Públicas intersetoriais.

Esperamos que as ações relatadas possam contribuir para dar visibilidade às necessidades em saúde dessas populações. Entendemos que a construção da Política de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas precisa de mais, necessitando se organizar e tomar forma, ter a cara das pessoas que ela representa. Por este motivo que não há como concluir, pelo simples fato que a própria política estadual ainda engatinha nas mãos daqueles que pensam que é possível alcançá-la.

Referências

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Universidade de Barcelona, Espanha. Tradução GERALDI, J.W. **Revista Brasileira de Educação**. n. 19, p. 20-28, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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

DELEUZE, G, GUATTARI, F. **O anti-édipo: capitalismo e esquizofrenia 1**. São Paulo: Editora 34, 2011.

FAGUNDES, S. Psicologia e políticas públicas: formação em saúde mental coletiva. In: **Tecendo relações e intervenções em psicologia social**. Porto Alegre: ABRAPSO SUL, 2009.

LIPPI; M.G, NEIRA, B.G. Tecendo a teia de retalhos: A bricolagem como alternativa para a pesquisa educacional. **Revista Educação e Realidade**. Porto Alegre, v37. n 2. maio-agosto 2012.

MATIELO, E. **Dialogando Sobre Educação em Saúde e Ética a Partir da Rurais Sem Terra**: Experiência do Curso Técnico em Saúde Comunitária do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra. Florianópolis, 2009. *Mimeo*.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2013-2014.

SCHENKEL, J.M. **Entre fios doidos e rurais**: transbordando a reforma psiquiátrica. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2013.

Um Mundo dentro do Nosso Mundo: Imerção na Rua por uma Política Pública Cuidadora

Elissandra Siqueira da Silva, Andrei da Rocha, Clóvis Rodrigues, Gabriel Amado, Felipe Silveira da Costa, Michele Eichelberg, Ana Leticia Fontanive

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.
(Leonardo Boff)

Introdução e Reflexão Teórica

Por que escrever sobre uma política pública para pessoas que habitam a rua? Acreditamos não ser uma questão existencialista ou meramente assistencialista reduzindo os povos que circulam pelas ruas da cidade a pessoas ou mercedoras de reprovação social ou de caridade abnegada. Ao contrário optamos por considerá-la uma questão de di-

reitos humanos, de integralidade e de equidade, que engloba todos aqueles que passam grande parte do seu tempo nos espaços de via pública ou aqueles que tomaram o espaço da rua como local de moradia. Essas são justificativas que permeiam corroborar os princípios e diretrizes de um Sistema Único de Saúde (SUS) que acredita em sujeitos potentes, pois segundo Paulo Freire (2000), “todo sujeito deve valer a pena” e que a nossa presença no mundo implica escolha e decisão, não sendo apenas uma presença neutra. Acreditamos junto com Petuco e Medeiros (2010) de que saúde rima com autonomia, e de que é preciso respeitar os desejos, os tempos e os limites de cada pessoa.

Considerando a expressividade da questão do uso de álcool e outras drogas para uma parte considerável da população em situação de rua, inclusive este uso colocando-se em consonância com suas estratégias de luta e resistência às adversidades presentes em seu contexto social, pautamos todas as nossas ações dentro da potência de Redução de Danos (RD), ou seja, construímos o cuidado em saúde democraticamente com os usuários a partir de suas vontades, desejos e suas singularidades, não impondo qualquer julgamento moral sobre suas ações na busca por prazeres ou alívios seguindo a ideia proposta pela Política de Atenção para Usuários de Álcool e outras Drogas no moldar de estratégias “não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida.” (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2004)

Por isso, como militantes do cuidado, não podemos ficar imóveis diante da oportunidade de construir uma política que leve a alteridade como potência norteadora de sua constituição. Pensamos como Sérgio Arouca na sua contribuição sobre opor-se ao modelo de saúde ainda posto em prática por diversas instituições, através de uma prática voltada para a doença e não para a saúde. Continua sendo o conteúdo do hospital, das comunidades terapêuticas, do

modelo higienista e da normatização e burocratização do cuidado e não do atendimento integral centrado no sujeito e nas suas múltiplas subjetividades, bem como diz Campos (2007) quando propõe uma “clínica ampliada do sujeito”.

É nesse sentido que exploramos as multiplicidades do *devir rua* buscando democraticamente construir com *usuários-guias* mecanismos para aproximar-nos de um entender “viver na rua”, que implica suas necessidades, seus medos, suas alegrias, suas tristezas... enfim, fazer dos habitantes da rua porta-voz de uma política que visasse o que eles precisam para fazer seu *habitus* reverberar em espaços institucionais responsáveis pelo seu cuidado. É curioso perceber que esse desafio nos impactou a ponto de novos modos de enxergar, pensar e constatar o quanto as políticas públicas de saúde estão distantes de seus usuários. Nesta trajetória ouvimos críticas e desaprovações sobre o que a saúde pública lhes proporcionavam e vivenciamos diversas situações inusitadas, engraçadas, tristes, desconfortáveis, mas ainda sim ricas para a nossa constituição como sujeitos responsáveis pela articulação legítima da saúde da população em situação de rua.

Para reforçar a dinâmica de uma construção interseccional, diversos atores institucionais estiveram presentes nesta construção. A Coordenação Estadual da Atenção Básica (CEAB), da Secretaria Estadual de Saúde do RS foi uma das disparadoras do processo, contando também de algumas hábeis mãos da Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, as políticas de equidades com representantes da Saúde Prisional, RS na Paz e Saúde da População Negra. Contamos também com a ajuda de serviços que atuam “na ponta” diretamente com esses sujeitos como as equipes de Consultório na Rua. Além da participação de serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), como a Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC) e seu Centro Especializado para a População em Si-

tução de Rua (Centro Pop) e principalmente com o projeto Ação Rua. Além de diversos profissionais identificados com as causas como agentes sociais profissionais, agentes redutores de danos, estudantes, entre outros, enfim o convite para a construção foi aberto. Sem falar da forte contribuição do núcleo representativo do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR - RS) e de representantes do Jornal Boca de Rua e o espaço cedido pelo Sindicato dos Municípios de Porto Alegre (SIMPA), que foram grandes dispositivos na porta de entrada para a criação de vínculos cálidos no construir coletivo.

A integralidade é entendida como princípio doutrinário do SUS, assim como preconiza a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90), construindo uma proposta de sistema que alcance todas as diversidades, dificuldades e vulnerabilidades produzidas pela sociedade. Bem como temos na Política Nacional de Atenção Básica a integralidade marcada como diretriz para a atenção nas práticas do cuidado das pessoas (BRASIL, 2012). É pensando nessa lógica que a Secretaria Estadual de Saúde do estado do Rio Grande do Sul, juntamente com diversos atores já mencionados, propôs no de ano de 2014 a criação de dispositivos que visam potencializar esse princípio do SUS: O Grupo de Trabalho Saúde da População em Situação de Rua (GT na Praça) e o Comitê Técnico Estadual da Saúde da População em Situação de Rua (Comitê).

Primeiros Passos e Encontros

Essa história teve como estopim a data de novembro de 2013, a partir da realização da Oficina de Planejamento das Políticas de Equidades articulada pelo Ministério da Saúde (MS), ocorrida na cidade de Porto Alegre/RS. Nesta

Oficina discutiu-se - entre outras variadas temáticas debruçadas no tema da equidade em saúde - sobre a constituição de um *Comitê Técnico Estadual* para tensionar a discussão sobre a saúde da População em Situação de Rua (PSR). A partir desse encontro, os trabalhadores e trabalhadoras da Secretaria Estadual de Saúde se integraram para discutir e decidiram primeiramente construir um Grupo de Trabalho para articular e dialogar sobre esta temática.

Iniciamos o GT em Janeiro do ano de 2014, tendo o primeiro encontro articulado dentro do prédio da Secretaria Estadual de Saúde - Centro Administrativo Fernando Ferrari, um espaço mais institucional e mais formal. Lá se encontravam diversos serviços da rede que eram envolvidos com a temática, entre eles: Centro Pop de Porto Alegre, OSC Proame de São Leopoldo, Saúde Mental de Pelotas, Consultório na Rua de Centro/PoA, Amurt - Ação Rua de PoA e Centro de Defesa dos Direitos Humanos das PSR e Catedores de Materiais Recicláveis. Deste encontro surgiram diversos encaminhamentos, dentre deles e o mais notável, a vontade dos próximos encontros serem dados em um local de origem própria das pessoas que habitam a rua. O propósito foi dado pela vontade do grupo de elevar a participação dos usuários potencializando a democracia no sentido da participação social e de construirmos políticas *com* e não apenas *para* esses sujeitos. Queríamos construir uma *linha de fuga* para o fator predominante de que, na maioria dos casos de processos institucionais formuladores de políticas públicas não levarem em conta a real participação de seus usuários. Sendo assim, um coletivo de profissionais e pessoas identificadas com a vontade de construir junto vão ao encontro da Rua.

Imersão e Encharcamento à Rua

O segundo encontro do GT já se deu na rua, localizado em uma praça da cidade de Porto Alegre, a famosa Praça Garibaldi. Neste novo cenário, nos deparamos com a realidade como ela é, a dinâmica do viver na rua, os modos de se encontrar e de se relacionar. Acreditamos que para algumas pessoas isso possa ter causado um impacto considerável, pois já nos encontros posteriores, surgiram questionamentos do tipo: como manter em sequência as discussões entre um encontro e outro? Qual a finalidade deste GT mesmo? Começaram a surgir certos ruídos inerentes à constituição e seguimento do Grupo de Trabalho.

Tendo em vista facilitar e fomentar a participação de alguns trabalhadores, depois de alguns encontros pensou-se em reunir o GT na praça às 15 horas pois, assim, mais convidados profissionais de diversas áreas participariam. Porém, percebemos que as pessoas em situação de rua não poderiam acompanhar, daí a primeira grande constatação: não podemos atravessar o itinerário destes habitantes, pois a rua demanda trabalho, suor e responsabilidades. Então, convencionou-se que os encontros do GT seriam na Praça Garibaldi, às 17 horas, corroborando o local enquanto ponto de encontro estratégico da “galera da rua”, por estar próximo de um Centro Pop e que neste horário muitos moradores de rua ali se encontravam para trocas, descansos, desabafos, organização com a comida e entretenimento. Os encontros ocorrem numa sistemática quinzenal nas quartas-feiras.

Entretenimento em que muitas vezes envolviam o uso de drogas seja para busca de alívios cotidianos ou para o puro prazer, mas não era de nosso real interesse ou objetivo entender o uso de substâncias psicoativas por parte desses sujeitos, por isso reafirmamos aqui a importância

de atuar conforme a diretriz da Redução de Danos para o “levar da carruagem” dessas reuniões. Os encontros eram rizomáticos, apesar da hora marcada os participantes podiam “aprochegar” quando sentiam vontade, em algumas ocasiões o método era da roda, em outras o encontro se dava de modo mais fragmentado em núcleos diferentes de conversas, mas o principal objetivo era, na maioria dos casos, alcançado: Escutar a rua falar.

Foram estes atravessamentos que podem ter gerado um certo “mal estar”, criando um certo ar de preocupação de um possível esvaziamento do GT, por parte de alguns trabalhadores. Pois, como citado, a dinâmica da rua é diferente, todos falam aos mesmo tempo, vive-se um dia por vez, enquanto a conversa acontece, alguns habitantes da rua usam loló, crack, bebidas alcoólicas, maconha, entre outras drogas, bem como o acontecimento de diversas interferências, como o caso de uma pessoa que estava passando muito mal devido a tuberculose ou quando havia uso excessivo de determinada droga, o álcool na maioria das vezes. O maior desafio para os integrantes foi o desapego aos habituais ritos e espaços institucionalizados, pois o institucional não se limita a um espaço físico, pois a rua também pode ser um espaço institucionalizado, depende do que você institucionaliza. A configuração da rua é completamente diferente da nossa e neste GT o objetivo principal sempre foi respeitar e valorizar essas diferenças, colocando nossos corpos e saberes a disposição do que aos habitantes daquela praça se dispunham a nos ensinar, a trocar a nos encontrarmos. O mundo da rua provoca um desacomodar saudável das nossas relações estruturais.

Tudo precisava ser construído conforme a demanda presente, pois estávamos no meio deles. Acabamos fazendo diversas intervenções pontuais, a partir de uma demanda real e emergencial de algumas pessoas que se encon-

travam presentes no grupo. Através destas intervenções, a relação de confiança foi ficando cada vez mais fortalecida. No processo de construção de vínculo, tivemos momentos diversificados de aproximação como dançar e cantar juntos, escutas prolongadas de histórias de vidas, escutas sob efeito de algumas SPA, dividir alimentação, em alguns momentos partilhar cigarros, valorização da fala de cada um, cumprir as combinações feitas com eles e entre outros elementos que enriqueceram a vinculação. Ali começa o agir em saúde através de uma clínica da Promoção e Educação em Saúde.

Alguns participantes, trabalhadores da rede de serviços, tentaram impor ordem, sem sucesso. Porém, foram nestes aspectos que residiram a vontade do “querer mais” para a construção de um jeito novo de chegar, um jeito novo de construir junto. Construir o diferente talvez seja demais para algumas pessoas, entendemos e respeitamos isso, mas para nós que estamos aqui diariamente, construindo o possível em cada relação, isso é fantástico. Pois até quando o inverno chegou, trazendo o frio e a chuva, fizemos como Raul Seixas quando ele canta que perdeu o seu “medo, o meu medo, o meu medo da chuva”, estabelecendo o que chamamos de terrenos solidários quando buscamos abrigos para a reunião no bar à frente da praça.

O ápice desta imersão à rua foi um convite bem provocativo para o GT, de vivenciar com eles uma noite na rua. Foi marcado para o dia 05 de novembro de 2014. Ao chegarmos na praça este dia, a organização deles foi completa. Já nos esperavam com alguns alimentos e materiais para a janta: carne, cebolas, tomates, massa, latões, material para fazer o fogo e esquentar a comida. Assim como os papelões para dormir, galões de água e até mesmo os seus cães já estavam a nossa espera.

Foram cuidadosos em todos os detalhes, queriam que realmente vivenciássemos a rua da forma mais próxima do seu dia a dia. Em cada gesto, olhares e conversas (re) afirmávamos o vínculo construído a cada encontro desde de fevereiro deste ano.

Movimentos concomitantes: O GT na Praça dá vida ao Comitê Técnico Estadual da Saúde da População em Situação de Rua

Enquanto o GT na Praça seguia com seu propósito de potencializar uma construção debruçada na alteridade, o Núcleo de Assessoria e Planejamento (NASPLAN) da CEAB começou a articular os encontros para a construção do Comitê Técnico Estadual da Saúde da População em Situação de Rua, conforme preconizado na Portaria MS/GM 3.305/2009. Conforme a potência do GT na Praça ganhava riqueza, foi a hora de decidirmos que estávamos embasados para um encontro mais institucional, convidando atores já citados na introdução deste trabalho. Assim, o primeiro encontro ocorreu no dia 19 de setembro de 2014, na sede da Secretaria Estadual de Saúde, no turno da manhã.

Na primeira reunião, contamos com a presença de vinte e cinco profissionais de múltiplos serviços, sendo da assistência, da gestão e da universidade, bem como a presença do Consultor da Coordenação-Geral dos Direitos da População em Situação de Rua/SNDH, Binô Zwetsch, para nos auxiliar e nortear na construção do Comitê. Muitos que foram ao encontro não sabiam da existência e dos tensionamentos do GT na Praça - algumas participantes eram de outros municípios, como Caxias do Sul, Santa Maria e Canoas - então num primeiro momento pautamos uma apresentação sobre um breve histórico de tudo que teria ocorrido

até a presente data, mostramos a construção do GT na Praça dado pelos encontros na rua e ensejamos a importância da articulação coletiva que resultasse no Comitê.

Entre outros assuntos surgiram os relatos dos encontros com pessoas em situação de rua; a situação da população que habita a zona norte de PoA; a falta de acolhimento às pessoas que habitam a rua; Educação Permanente; Críticas ao Plano Crack: “É possível vencer”; Violência Institucional; Articulação e alinhamento da rede de saúde e de assistência social; Pensar as ações descentralizadas por todo o estado do Rio Grande do Sul. Depois de horas de debate, chegamos aos encaminhamentos: Trazer o histórico da Constituição dos Grupos de Trabalho e Comitês de outros locais; Começar o esboço de uma escrita para o Comitê; O desejo de manter o GT na Praça mesmo com o Comitê insituído.

O segundo encontro foi agendado para o dia 17 de outubro, mas desta vez na sede do SIMPA (Sindicato dos Municípios de Porto Alegre), onde o MNPR-RS realiza suas reuniões semanais, assim podemos aproveitar para trazer a participação dos usuários através do seu mecanismo de representação de sociedade civil organizada. Estavam presentes neste novo encontro cerca de vinte participantes, composto por uma grande maioria presente no primeiro encontro. As discussões foram pautadas pelos encaminhamentos do encontro anterior e contamos com a apoiadora institucional do Ministério da Saúde, Maria de Fátima Marques. Ela pontua a diferença entre o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Pública para População em Situação de Rua e o Comitê Técnico de Saúde para População em Situação de Rua e sintetiza que a potência deste comitê é tensionar para dentro do serviço e para dentro da gestão. Além destas contribuições esclarecedoras, Maria de Fátima mostrou ao grupo como se ar-

ticulou o Comitê em outro Estado para podermos partir de uma referência, mas levando em conta as características e singularidades do Estado do Rio Grande do Sul.

No desenrolar das conversações surgiram a lembrança de que o GT na Praça continuava potente no intuito de corroborar para uma política edificada junto aos moradores de rua; quais nomes e instituições comporiam o Comitê e a importância do MNPR-RS participar destes espaços. A partir das reflexões e conversações, Maria de Fátima apontou uma reflexão muito importante:

O Consultório na Rua está sendo “bode expiatório”. A saúde da população de rua, não é só de competência do Consultório na Rua, ele é uma porta de entrada do sistema e não a única. Eu entendo essa angústia de vocês trabalhadores e temos que também pensar em quem cuida do cuidador. O que nós estamos fazendo é abrir uma estrada a picão, o que significa neste contexto uma atitude contra-hegemônica. Nós estamos interferindo numa cultura que ainda considera população em situação de rua, um caso de polícia. Nós estamos semeando para colher daqui há 10, 15 anos. E também não podemos esquecer que nós estamos fazendo Controle Social. Precisamos ter ciência de que ser trabalhador do SUS é acordar todos os dias disposto a disputar pelo modelo de saúde e de sociedade que acreditamos. (Fala registrada durante uma das reuniões do GT na Praça)

Depois de importantes elucidaciones, o encaminhamento se baseou na participação de representação dos trabalhadores (SUS e SUAS) e nomeação dos representantes do Comitê, tendo já uma minuta pronta para ser discutida no próximo encontro.

Em um terceiro encontro foi possível finalizar a minuta da portaria que constituirá o Comitê Técnico de Saúde da PSR que define o Comitê enquanto grupo consultivo e de monitoramento, avaliação e assessoramento para discussões técnicas e políticas voltadas para as políticas públicas da População em Situação de Rua, no âmbito do SUS no Estado do Rio Grande do Sul.

Referente à construção desta portaria há que se considerar o conceito ampliado de saúde e sua necessidade de promover a articulação entre as ações de saúde das instâncias do Sistema Único de Saúde, com vistas à integralidade e equidade na atenção à saúde da população em situação de rua. Bem como o caráter transversal nas questões relacionadas à saúde da população em situação de rua e à escuta de diferentes atores sociais para o aprofundamento do conhecimento sobre o tema e delineamento de estratégias intra e intersetoriais de intervenção. Reforçando que o Comitê será Estadual e precisará considerar as especificidades de cada território e a necessidade de aproximação com as diferentes realidades e potencialidades do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul.

Algumas considerações

Pensar sobre esta temática também nos convida a refletir sobre como têm se estruturado as visões acerca dos espaços públicos e privados. Também de todas as estratégias referentes à construção de uma sociedade de controle e, mais recentemente de sociedades de seguridade que visam intensificar o processo de controle da sociedade por parte do estado e dos grupos por eles representados que costumeiramente acumulam poder econômico, simbólico, entre outros. Isso entra em contraste com formas de uso do

espaço a partir de sociedades ditas “primitivas” em que ele se torna um espaço coletivo.

Ao se aproximar dos espaços públicos de produção de cuidado, fala-se de *aparelhos* que se constituem como um espaço aberto onde há *rodas* operando (FEUERWERKER & MERHY, 2011), ou seja, construindo sua função pública. Assim, como um dispositivo aberto à sua própria construção, esses espaços de encontro são também *praças*, com várias funções clínicas em produção e sem uma funcionalidade a priori, única e específica a ser obedecida. (MERHY, 2006)

Em outras palavras, os coletivos que estão aí se constituindo estão produzindo pontos de encontro como uma atividade básica de abertura desses serviços para fazer comunidade e produzir pontos de apoio à saúde.

Assim, abrir espaços para tornar aparelhos em verdadeiras rodas é criar situações de praça nesse espaço aberto dos serviços e gestão, um movimento de adequação que abre diferentes possibilidades de atuação e ativação de uma rede pública. Fala-se de ocupar a experiência que se dá nesse espaço intermediário de construção de políticas públicas, ao invés de esvaziá-la. Nesse contexto de produção, os usos dos serviços passam antes por esses se constituírem como pontos de encontro, no sentido como Merhy (2006) descreve as praças, onde o acontecimento é a regra e os encontros são sua constitutividade.

Desse modo, constituindo-se como praça aberta aos encontros, os serviços e a gestão se ocupam da experiência que habita o seu cotidiano pra produzir rodas, que por sua vez produzem e operam esses aparelhos públicos. Logo, uma política que logra ser praça, roda e aparelho ao mesmo tempo, está permanente e efetivamente aberto à reinvenção de sua comunidade de práticas, ao compartilhamento do cuidado e a operação consistente de redes de cuidado.

Nesse sentido, é uma invenção de si (ALLIEZ, 2000), uma experiência que subsiste a “colocação entre parênteses” e que não para de se tecer, gigantesco tear, um tecido de relações entrecruzadas.

Romper com ciclos de violação e negação de direitos, desconstruir práticas, preconceitos e estigmas, construir um cuidado em saúde pautado na autonomia e na singularidade têm-se apresentado como os grandes desafios dos trabalhadores e militantes do Sistema Único de Saúde. Pautar essas discussões considerando segmentos historicamente excluídos apresenta um desafio ainda maior.

Todas as ideologias dominantes exercem seu controle, sua dominação ou mesmo sua violência sobre o nômade. Qual a falta atribuída aquelas figuras designadas? A de serem inassimiláveis a comunidade, irreduzíveis, impossíveis de governar, de dirigir. O capitalismo atual condena do mesmo modo a errância, à ausência de domicílio ou ao desemprego os indivíduos que ele rejeita e amaldiçoa. Que crime eles cometeram? Serem inassimiláveis ao mercado, a pátria dos homens do dinheiro. Qual o castigo? As pontes, as ruas, as calçadas, os porões, as bocas de metrô, as estações ferroviárias, os bancos das praças públicas - o aviltamento dos corpos e a impossibilidade de um porto, de um repouso. (ONFRAY, 2009, p. 12-13)

Refletir sobre o nomadismo, as diferentes formas de ser e de estar no mundo, o papel dos espaços públicos e sobre a violência que a sociedade imprime sobre o nômade, vai ao encontro do conceito de Autonomia apresentado pelo SUS. Entretanto pensar a autonomia e realizá-la no cotidiano de trabalho só é possível a partir de uma postura de encontro com o outro sem nenhuma construção de an-

temão. Toda e qualquer construção só será possível a partir dos encontros, entendidos enquanto momento único onde sujeitos se relacionam e “que supõe a produção de um no outro.” (MERHY, 2006)

Aproveitamos para afirmar que este relato se configura com uma escrita à esquerda, uma fala do pensamento de esquerda. Para Deleuze, é importante definir que a esquerda, não é pensar numa representação política partidária, não existiriam ou provavelmente não existirão partidos de esquerda, mas “partidos que atendem exigências da esquerda”. Sendo assim, ser de esquerda é “ser ou devir minoria”, ou seja, lutar contra a lógica do sujeito padrão, instituído, que oprime ou que representa pensamentos hegemônicos. Lutar pelas minorias, pelo negro em uma sociedade racista, pelo homossexual em uma sociedade homofóbica, pelo pobre perante o capital opressor e outros exemplos é se colocar à esquerda, é divergir dos preconceitos e microfascismos anexados em uma cultura alienada e incivil. No nosso caso, ser de esquerda é lutar pelos direitos humanos e de saúde dos habitantes da rua.

Referências

- ALLIEZ, E. **Gilles Deleuze: uma vida filosófica**. São Paulo: Ed 34, 2000. p.267-278.
- AROUCA, S. **O dilema preventivista – contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

PETUCO, D.R.S.; MEDEIROS, R.G. **Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas: Contribuição à IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial**. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/9808-saude-mental-alcool-e-outras-drogas-contribuicao-a-iv-conferencianacional-de-saude-mental-intersetorial>>. Acesso em 23/10/2014.

FREIRE, P. **Pedagogia da Indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: Ed. UNESP, 2000.

BOFF, L. **Saber Cuidar**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1999.

ONFRAY, M. **Teoria da Viagem: poética da geografia**. Porto Alegre: L&PM, 2009.

FEUERWEKER, L.C.M.; MERHY, E. E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. (Orgs.) **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p.290-305. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps/>>. Acesso em: 01/12/2014.

MERHY, E.E. Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças. In: ACIOLE, G.G. **A Saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

Desinstitucionalização do Cuidado nos Dispositivos de Saúde Mental na Atenção Básica

Ana Carolina Rios Simoni, Elissandra Siqueira da Silva, Marília Silveira, Paula Adamy, Károl Veiga Cabral, Ricardo Heinzelmann, Simone Alves de Almeida, Jaqueline da Rosa Monteiro

Da institucionalização do cuidado

A maioria das atuais práticas de atenção em saúde ofertadas aos usuários confunde “cuidar das pessoas” com adaptá-las aos modos de viver reconhecidos pela sociedade como “mais adequados”. Essa intenção de promover a adaptação dos indivíduos cega e ensurdece os profissionais de saúde para as necessidades e possibilidades de cada usuário e de cada comunidade. A busca pela adaptação das pessoas ao que é ‘mais saudável’ afasta os serviços de saúde dos modos de andar a vida daqueles a quem se dirige o cuidado.

O modelo de atenção em saúde mental centrado na doença tem produzido o que chamamos de institucionalização do cuidado. Quando nos referimos à institucionalização, não se trata de atentar, exclusivamente, para a prolifera-

ração de práticas segregadoras e isolacionistas pelas quais se recorre a instituições fechadas para a condução dos tratamentos. Referimo-nos também aos efeitos da tomada do sofrimento psíquico, exclusivamente, no campo da técnica, pelo qual o itinerário terapêutico do usuário é um interminável ciclo de submissão às prescrições de normalidade, sem a constituição de vínculos terapêuticos que garantam o cuidado integral. Trata-se do que, no movimento da Luta Antimanicomial, chamamos de manutenção dos manicômios mentais (GOFFMAN, 2001), cuja face se presentifica, por exemplo, nas práticas atuais de medicalização do sofrimento. O aprisionamento do sujeito que sofre, em tratamentos burocratizados, ordenados de forma hegemônica pelo saber técnico, opera na direção da normatização da vida, retirando da cena do cuidado a dimensão produtiva e criativa da experiência popular e singular e neutralizando os movimentos singulares e coletivos que produzem mudanças e novos olhares sobre os aspectos da vida. Nesse processo, o usuário frequentemente se vê diante de ofertas de cuidado que padronizam o “terapêutico” e colocam, muitas vezes, obstáculos para a continuidade de seu acompanhamento de saúde.

Nesse cenário, o enfrentamento da hegemonia do modelo centrado na doença e a superação dos especialismos, que reduzem o sujeito a um conjunto de categorias do saber instrumental, meramente técnico, constituem-se como impasses históricos para a incorporação da dimensão acolhedora das singularidades e das diferenças culturais nos atos de cuidado em saúde mental, para a oferta de escuta e construção de projetos terapêuticos singulares alicerçados nos recursos do território e, principalmente, para a promoção da cidadania como elemento intrínseco à produção de saúde. No entanto, tais impasses precisam ser acolhidos como desafios para implementação de uma política pública que vise à equidade e à integralidade da atenção.

Diante disso, assume-se como desafio para a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas trazer efetivamente os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira para o cuidado que se faz nos territórios, a partir da Atenção Básica. O respeito aos direitos humanos, a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde, o combate a estigmas e preconceitos, a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, a atenção centrada nas necessidades das pessoas, a diversificação das estratégias territoriais de cuidado com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania são pontos de partida e de chegada que nos levam a buscar na potencialização da Atenção Básica alternativas à institucionalização do cuidado.

No SUS, quando se fala de saúde, fala-se daquilo que as pessoas reconhecem como sendo suas necessidades e demandas e para os quais elas possam recorrer aos serviços e profissionais de saúde e de outras redes. Nesse sentido, trata-se de não focar nos sintomas e nas doenças, mas sim na construção e acompanhamento de projetos de vida. Esta forma de cuidar pode diminuir riscos e vulnerabilidades e incidir nas relações para potencializar as estratégias de cuidado dos próprios sujeitos, famílias e comunidades.

Das especificidades do território

Considerando as características loco regionais do estado em termos do perfil da rede de serviços instalada, dos processos de trabalho instituídos nesta e da realidade demográfica dos municípios e regiões, o processo de ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no Rio Grande do Sul, guarda certas especificidades em relação ao proposto pela Portaria GM/MS 3088/2011, que institui a RAPS a nível nacional. No que se refere à realidade demográfica,

o Rio Grande do Sul é constituído por uma grande maioria de municípios de pequeno porte. Dos 497 municípios, 76,6% têm menos de 15 mil habitantes, não atendendo os critérios populacionais para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial.

Em relação ao perfil da rede instalada, observa-se, de 2004 a 2010, uma expansão dos dispositivos de internação - leitos psiquiátricos e leitos para dependentes de álcool e drogas em hospitais gerais e vagas em Comunidades Terapêuticas - estimulada pelo grande volume de recursos do tesouro do estado destinado ao custeio destes equipamentos e não acompanhada do fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos. Como consequência, os processos de cuidado instituídos na rede são caracterizados por dificuldades de inserção do cuidado em saúde mental na atenção básica, fragilização da Redução de Danos como ética e estratégia de cuidado a usuários de álcool e outras drogas e manutenção da centralidade da internação como oferta de atenção em saúde mental.

O estado do Rio Grande do Sul iniciou trabalho com Programa de Redução de Danos (PRD) logo nos primeiros anos de experiências no Brasil. Porto Alegre implantou o primeiro Programa de Redução de Danos no estado em 1995 e, logo em seguida, outros municípios implantaram também com recursos somente do Programa Nacional de DST/AIDS. Como esse financiamento era realizado através de editais anuais, isso acarretava em muitas descontinuidades. Em virtude disso, os Programas de Redução de Danos foram diminuindo ao longo do tempo. No mapeamento da Rede de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul realizado pela Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/RS em 2011, foram identificados onze Programas de Redução de Danos no Estado, sendo que destes, cinco eram municipais e seis de Organizações Não-Governamentais. Os PRD que se mantiveram ao longo do tempo

sofriam com a precarização do trabalho e com a incerteza da continuidade dos recursos no ano seguinte.

É neste campo de proveniência caracterizado por vazios assistenciais, por períodos de reconhecida hegemonia dos modelos de gestão e de cuidado centrados na internação, mas também por movimentos de resistência a essa lógica, forjados nos territórios, sustentados por trabalhadores e usuários, somados à vontade política da gestão estadual 2011-2014 de assumir efetivamente seu papel de gestor do cuidado nas redes de atenção em saúde no SUS, que se criam as condições de possibilidade para o fortalecimento da Saúde Mental na Atenção Básica como alternativa à institucionalização do cuidado.

Assim, a partir de 2011, inicia-se um profundo redirecionamento dos recursos do tesouro do Estado para a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial, bem como a instauração de um processo de apoio institucional georreferenciado aos municípios para a implementação das redes de atenção à saúde, apostando na criação de espaços de educação permanente capazes de transformar as práticas e os processos de trabalho das equipes. As novas linhas de financiamento e os processos de apoio institucional e educação permanente se estruturaram a partir dos seguintes objetivos estratégicos:

- Linha de cuidado como forma de organização da atenção territorial em rede;
- Fortalecimento da Atenção Básica para o cuidado em saúde mental;
- Ampliação e qualificação da Atenção Psicossocial Especializada;
- Qualificação do componente Atenção Hospitalar na lógica do cuidado em rede;

- Ampliação do componente Moradia Transitória a partir da implantação das Unidades de Acolhimento e do monitoramento das Comunidades Terapêuticas contratualizadas;
- Fortalecimento das Estratégias de Desinstitucionalização;
- Transversalidade das ações de saúde e intersectorialidade do trabalho em rede.

Para alcançar estes objetivos estratégicos apostamos em políticas que não separem atenção/gestão/educação e participação social, o que nos convocou à criação de dispositivos de cuidado e educação permanente que operassem continuamente no tensionamento destas fronteiras. Nesse contexto, a inserção do cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica se colocou como prioridade, tendo sido criados financiamentos específicos para este fim.

Em 2011, cria-se financiamento para equipes de saúde mental apoiadoras matriciais as equipes de UBS/ESF - os Núcleos de Apoio à Atenção Básica - bem como para a implantação de Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica. Em 2012, cria-se financiamento para Composições de Redução de Danos, reformulado em 2014 tanto em relação ao aumento do aporte de custeio, quanto no que diz respeito a sua vinculação exclusiva a equipes de Atenção Básica (antes podiam ser vinculadas aos CAPS). Ainda em 2013, inicia-se um processo de sensibilização dos municípios para a utilização da Estratégia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM), pela qual se constituíram vários grupos de usuários e trabalhadores para abordar as experiências singulares do uso da medicação psiquiátrica nos diversos serviços da RAPS, com destaque para os espaços de cuidado da Atenção Básica. Finalmente, em 2014, cria-se financiamento para a contratação de profissionais para realizar Acompanhamento Terapêutico de usuários de saúde mental na Atenção

Básica. No decorrer deste relato, definiremos cada uma destas ações, buscando esclarecer porque as entendemos como dispositivos de desinstitucionalização do cuidado.

Saúde Mental na Atenção Básica

Os Núcleos de Apoio à Atenção Básica, as Oficinas Terapêuticas, as Composições de Redução de Danos, a Estratégia da Gestão Autônoma da Medicação e o Acompanhamento Terapêutico criam espaços de afetação entre gestão, atenção, educação e participação social, subvertendo, cada um a sua maneira, a normatização da vida. Tal afetação é estruturante dessa outra lógica de produzir saúde, colocando-se como contraponto aos modelos de atenção que historicamente se fazem cargo da atenção em saúde mental, os quais submetem os usuários à institucionalização de seus projetos de vida, reeditando formas de tratamento moral.

Atualmente temos 297 Oficinas Terapêuticas funcionando semanalmente na Atenção Básica, das quais 21 são vinculadas a ESF quilombola, 118 Núcleos de Apoio à Atenção Básica, 40 Equipes de Redução de Danos, 5 municípios com Acompanhamento Terapêutico e 32 municípios realizando grupos GAM na atenção básica. A Atenção Básica vem aumentando a cobertura em todo o Estado (estando atualmente em 63%) e construindo, na afetação com estes dispositivos, o cuidado cotidiano em saúde mental.

A seguir apresentaremos cada um dos dispositivos de Saúde Mental na Atenção Básica mencionados acima, apontando para suas potencialidades de desinstitucionalizar o cuidado.

O Núcleo de Apoio a Atenção Básica (NAAB) é composto por uma equipe multiprofissional de apoiadores junto às equipes de Atenção Básica buscando ampliar ações

já desenvolvidas e construir a diversificação dos modos de cuidar, seguindo a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Ministério da Saúde. Podem realizar atendimentos juntamente com as equipes de Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família, discussão de casos com a equipe e demais serviços e profissionais da rede, planejamento de ações na comunidade, discussão de temas sobre saúde mental com os trabalhadores e comunidade.

O maior desafio que se coloca para a construção efetiva de Planos Terapêuticos Singulares é a modificação dos processos de trabalho, de forma que as diretrizes de acolhimento, vínculo e responsabilização se tornem rotina dos serviços. As equipes de referência e o apoio matricial são arranjos organizacionais capazes de produzir novos modos de cuidar, a partir de alterações nesses processos de trabalho.

As Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica são destinadas à Promoção da Saúde, através de práticas coletivas, de convívio entre as pessoas das comunidades para fortalecer as redes de solidariedade e a inclusão social. A Atividade Educativa - modalidade Oficina Terapêutica, como parte integrante de Projetos Terapêuticos Singulares, deve ocorrer de forma articulada com a Unidade Básica de Saúde da qual faz parte, e com a rede de atenção de seu município, contando com apoio matricial da equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), equipe de saúde mental, ou de equipe de NASF e NAAB, quando houver. As oficinas devem ocorrer no território da atenção básica, seja na própria unidade de saúde ou, preferencialmente, em espaços da comunidade. Consistem em encontros em grupo de duração mínima de 2 (duas) horas para realização de atividades criativas, como por exemplo: música, teatro, artesanato, carpintaria, costura, cerâmica, fotografia, artes plásticas entre outras. São espaços de práticas coletivas e de convívio entre as pessoas

da comunidade. Devem ter, por princípio, a produção de autonomia dos participantes a partir de suas necessidades e desejos. Constituem-se em espaços que operam considerando os princípios da Reforma Psiquiátrica. Incluem pessoas em sofrimento psíquico e/ou pessoas que usam drogas, não se limitando a elas, mas entendendo que é o espaço da diversidade que tem maior potencial terapêutico. O foco do trabalho deve ser a promoção da saúde na perspectiva da educação popular, sendo cada pessoa vista como protagonista de sua vida e de sua saúde. As oficinas podem ainda funcionar como dispositivos de geração de renda e inserção no trabalho para seus participantes.

O papel da coordenação é de facilitação do processo do grupo. O coordenador(a) não deve atuar a partir de uma perspectiva prescritiva mas sim de construção coletiva e singular, de estímulo à participação, às relações sociais e à criatividade. O coordenador(a) deve ainda participar do processo de trabalho da equipe em que realiza as oficinas - reuniões de equipe e discussões dos projetos terapêuticos singulares - de modo que as atividades educativas estejam articuladas às demais ofertas de atenção do serviço e à realidade do território em que está inserida.

As Composições de Redução de Danos são equipes que buscam se aproximar dos cenários e experiências do uso de drogas para criar vínculo com o usuário e construir estratégias de cuidado para ampliar os fatores de proteção e, assim, minimizar os efeitos nocivos do uso de drogas. Trata-se de construir projetos de vida nos quais o cuidado de si e do outro é possível, independentemente da presença ou ausência de abstinência do uso de drogas. Neste dispositivo, cada equipe é formada de três profissionais de nível médio ou superior que realizam atividades de campo de redução de danos nas cenas de uso e apoiam (apoio matricial) as demais equipes da rede sobre o tema da redução de danos.

A Redução de Danos como diretriz ética do cuidado a usuários de álcool e outras drogas possibilita incluir no cotidiano da atenção em saúde práticas de cuidado às pessoas que usam álcool e outras drogas e apoio ao trabalho das equipes para, assim, ampliar as possibilidades de acolhimento e trabalhar no sentido de escapar do risco de demonizar o uso de drogas e de estigmatizar os usuários. Esta diretriz ganhou lugar estruturante dentro das áreas técnicas Estaduais de Atenção Básica, Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e de Controle das DST/HIV/AIDS, potencializada e instituída com a Política Estadual de Redução de Danos sendo esta aprovada em 2014, por unanimidade, no Conselho Estadual de Saúde.

O Acompanhamento Terapêutico (AT) é um trabalho clínico que visa promover a autonomia e a reinserção social, bem como uma melhora na organização subjetiva do usuário, por meio da ampliação da circulação e da apropriação de espaços públicos e privados.

Acompanhar é estar junto, ao lado, com a pessoa. Assim, o trabalho do acompanhante torna-se terapêutico na medida que escuta e respeita o tempo e o desejo desses sujeitos, buscando fortalecer ou restabelecer e qualificar ou ressignificar laços sociais e afetivos (escola, trabalho, família, comunidade, etc.), por meio de uma clínica que está sempre aberta e em movimento. O cenário para o AT é flexível e múltiplo, podendo ser a casa, o quarto, a rua, uma praça ou o espaço de uma instituição. O AT é indicado para aqueles que se encontram em uma situação de sofrimento psíquico intenso, por vezes em condição de isolamento e com grandes dificuldades para conduzir sua vida e seus projetos. É um recurso utilizado tanto em estados de crise aguda, como em períodos crônicos de angústia e estagnação. O trabalho se desenvolve através de encontros cujo campo de ação é o cotidiano dos sujeitos acompanhados e um fazer em comum, por meio do qual o paciente pode

encontrar uma maneira de conduzir sua vida de forma mais autônoma.

Pessoas com transtornos mentais, deficiência mental ou física, com problemas relacionados ao uso de drogas, crianças e adolescentes com dificuldades no processo de escolarização e idosos no enfrentamento de questões decorrentes do envelhecimento são exemplos de situações em que há indicação para o trabalho do AT. A prática do acompanhante terapêutico, como dispositivo da reforma psiquiátrica, acolhe a diversidade, podendo ser realizada por diferentes profissionais de nível superior ou médio, bem como os agentes comunitários de saúde, que são profissionais com trabalho articulado no território e com um vínculo constituído com sua população adstrita, podendo, portanto, estar atentos às situações que necessitam de cuidado intensivo e, dessa forma, além de realizar esses acompanhamentos, também fazer as articulações com a rede local.

Trata-se de um dispositivo que pode fazer parte do Plano Terapêutico Singular desenhado com o usuário que necessita ou não de intensividade de cuidados. Inserido num modelo de atenção em rede, o AT potencializa o caminhar do usuário em sua linha de cuidado, contribuindo para o trabalho da equipe de referência. Em última instância, a ética do acompanhamento terapêutico coloca em ato as diretrizes de acolhimento, vínculo e responsabilização, ao inventar formas itinerantes de cuidado, promoção de saúde e de cidadania nos territórios de vida dos usuários.

A Estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) emerge num contexto onde o uso crescente de psicofármacos mostra-se frequentemente inadequado e associado a fatores socioeconômicos, sendo a prevalência do uso de medicação bastante relacionada aos indivíduos de maior vulnerabilidade social, à baixa escolaridade e à

menor renda per capita. Mesmo em municípios equipados com serviços de saúde mental em quantidade e qualidade consideráveis, existem altas taxas de prescrição de psicofármacos. De outra parte, verifica-se muitas vezes que o tratamento em saúde mental está reduzido aos psicotrópicos e que a comunicação entre os profissionais de saúde e usuários sobre o tratamento é deficiente. Outra faceta deste problema envolve o baixo empoderamento que os usuários dos serviços possuem em relação ao seu tratamento, mostrando baixa apropriação de informação, centralização do poder nos profissionais de saúde e aumento da vulnerabilidade da clínica à economia de mercado e à lógica médico-hospitalocêntrica.

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma estratégia pela qual aprendemos a cuidar do uso dos medicamentos, considerando seus efeitos em todos os aspectos da vida das pessoas que os usam. A GAM parte do reconhecimento de que cada usuário tem uma experiência singular ao usar psicofármacos e de que importa aumentar o poder de negociação desse usuário com os profissionais da saúde que se ocupam do seu tratamento - sobretudo com os médicos, que são os que prescrevem os medicamentos. Ao prescrever um medicamento, o profissional tem que considerar a experiência prévia do usuário e não excluir a possibilidade de diminuir doses, trocar um medicamento por outro ou substituir o tratamento medicamentoso por outras formas de tratar. É fundamental que usuários e profissionais possam avaliar juntos em que medida os medicamentos servem mesmo à melhoria da qualidade de vida, reduzindo o sofrimento que os sintomas da doença causam; ou, se, de maneira oposta, intensificam esse sofrimento com efeitos não desejados (efeitos colaterais). É fundamental que profissionais de saúde se aproximem das vivências dos usuários; e que estes se sintam com liberdade e no direito de intervir nas condições do tratamento que recebem.

Para ajudar usuários e profissionais de saúde a tomar as melhores decisões sobre os medicamentos, de forma compartilhada, foi criado o Guia GAM. O Guia GAM é uma ferramenta prática e útil, que oferece não só informações técnicas, mas perguntas amplas e abertas, que remetem às experiências e aos significados individuais de usar tal ou qual medicamento, além de outros aspectos considerados importantes para avaliar se o tratamento está sendo adequado. A GAM é uma estratégia para ser praticada de forma coletiva, em grupo, de maneira dialogada e compartilhada - e assim deve ser também o uso do Guia GAM.

O Guia GAM foi elaborado por pesquisadores, usuários e trabalhadores de saúde mental, primeiramente no Québec/Canadá nos anos 1990, e posteriormente, adaptado como estratégia no contexto brasileiro, contando com a participação de usuários e trabalhadores de saúde mental ao longo de um processo de pesquisa. Atualmente, é uma ferramenta metodológica da Política Estadual de Saúde Mental do RS, para enfrentar os problemas descritos acima e promover autonomia e protagonismo dos usuários. A GAM entra na Política de Saúde Mental do estado do RS como mais uma das ferramentas que fazem operar a Linha de Cuidado - *O cuidado que eu Preciso*¹³ no delicado tema das medicações e das prescrições. Com ela buscamos trabalhar mais práticas de cuidado COM o outro do que SOBRE o outro. O Guia GAM é disponibilizado pela Secretaria Estadual da Saúde para os serviços da RAPS junto à oferta de apoio técnico para a realização de grupos.

13 Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – O Cuidado que eu Preciso configura-se como um Projeto Estratégico da SES/RS que implica a criação de novos serviços de saúde, a qualificação dos serviços já existentes via estratégias de educação permanente dos profissionais, e, principalmente, a pactuação de fluxos nos níveis municipal e regional entre os pontos de atenção, incluindo a articulação com as redes intersetoriais.

Ao propor, no cotidiano da atenção em saúde, uma metodologia de encontro em grupos, para falar das experiências com o uso das medicações, a partir do material proposto no GUIA GAM, uma série de movimentos nos processos de cuidado podem se desencadear. O deslocamento do profissional do lugar do especialista pela convocação ao reconhecimento dos saberes singulares pode abrir novas possibilidades de oferta e acompanhamento de itinerários terapêuticos. Por outro lado, ao autenticar o lugar de protagonista dos usuários através da criação de novos campos de negociação e de diálogo, a GAM pode desencadear processos de promoção de contratualidade que propiciem a participação dos usuários, em igualdade de oportunidades, em outros espaços, ampliando sua rede social e afetiva. A ampliação da rede social e afetiva e da autonomia de usuários, assim como a invenção de novos itinerários terapêuticos são indispensáveis para a produção de uma linha de cuidado. O uso do Guia em grupos visa o compartilhamento e consequente apropriação da experiência de adoecimento e uso de psicofármacos, além da discussão de informações sobre medicamentos e direitos dos usuários de saúde mental.

Saúde Mental na Atenção Básica: dispositivo de desinstitucionalização

As equipes e ações de Saúde Mental na Atenção Básica são definidas como dispositivos de desinstitucionalização à medida que introduzem uma ética na experiência do território e nas relações com os usuários capaz de gerar modificações nos modos de cuidar. Como dispositivo, entendemos um conjunto multilinear, composto por linhas de natureza diferentes, “linhas de visibilidade, linhas de enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação, linhas

de brecha, de fissura, de fractura, que se entrecruzam e se misturam, acabando por dar umas nas outras, ou suscitar outras.” (DELEUZE, 1996, p. 3) Dito de outro modo, um dispositivo é algo que aciona novas formas de perceber, de sentir, de olhar, de escutar, de se relacionar com o outro. Algo que cria condição para a invenção de outras práticas, algo que “faz fazer” diferente. Decorre daí um efeito importante no que concerne à operação dos dispositivos: o repúdio dos universais. (DELEUZE, 1996)

Um financiamento para Equipes de Redução de Danos na Atenção Básica, para trazer um exemplo, força a entrada da ética envolvida nessa perspectiva de cuidado, fazendo fazer e fazendo pensar algo novo, que não estava colocado. Interroga a ideia de que haja um único modo de ser usuário de drogas, possibilitando pensar que há singulares modos, que cada usuário tem uma relação própria com as drogas que usa, sejam lícitas ou ilícitas, e que a função da saúde, portanto, é pensar junto com o usuário um modo de cuidar com ele os seus usos. Podendo movimentar-se assim as práticas já instituídas, frequentemente movidas por valores morais e julgamentos preconceituosos quando o tema é o uso e abuso de drogas.

Da mesma forma, a inserção de espaços de convivência e de compartilhamento de fazeres e saberes, como as oficinas terapêuticas, pode inserir outras linhas de força e de visibilidade nas relações saber/poder entre profissionais de saúde e usuários. Sendo a oficina um lugar para aprender um fazer a partir dos saberes singulares e coletivos que constituem os modos de viver em uma comunidade, experimenta-se outras formas de produzir cuidado, o que pode levar à ampliação dos recursos e ofertas de uma equipe de saúde, pela inclusão do saber popular neste repertório.

Assim, para que uma ação ou estratégia de saúde opere como dispositivo é preciso que ela crie espaços inéditos

tos de encontro entre usuário, trabalhador, gestor. Um dispositivo opera quando possibilita estar com o outro, dando lugar aos diferentes saberes, escutando as diferentes experiências e possibilitando novas contratualizações entre os diversos atores que compõem as redes de saúde.

Um dispositivo de desinstitucionalização, por sua vez, aciona uma ética do cuidado que encarna no fazer os princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade. Trata-se de ousar estabelecer espaços de produção e compartilhamento, com acolhimento, vínculo e corresponsabilização. Nesse processo, o lugar de saber e da decisão sobre os projetos terapêuticos se desloca da figura do especialista para um espaço de construção e contratualização com os usuários, familiares e demais atores do cuidado, estando assegurado o direito daquele de decidir sobre si, sobre o próprio corpo, sobre seu projeto de vida.

Cabe aqui um esclarecimento. Ao mencionar a importância do envolvimento dos familiares no processo de cuidado, não nos referimos à família nuclear, idealizada socialmente - modelo imaginário de família “ideal”, que nos leva, facilmente, a diagnosticar uma família como desestruturada. No cotidiano de nosso trabalho, é importante considerar família como um grupo de pessoas que moram juntas ou convivem, compartilhando as rotinas domésticas e outras questões da vida existindo ou não entre elas relações de consanguinidade. O que nos interessa é buscar conhecer como cada grupo familiar está estruturado, como se organizam os laços de pertença, de suporte, de colaboração e de afetos.

A capilaridade da Atenção Básica possibilita que as equipes estejam presentes nos territórios de vida, estabelecendo relações próximas com grande potencial de produção de vínculo de confiança, afeto, com capacidade para sustentá-los ao longo do tempo. A perspectiva da longitu-

dinalidade e da convivência territorial faz toda a diferença quando o que está em questão é o cuidado compartilhado. Institui-se outro tempo nos processos terapêuticos quando é possível conviver no território e acompanhar os sujeitos ao longo de sua vida.

O cuidado Integral depende do ato acolhedor diante do problema trazido pelo usuário, da presença e disponibilidade do profissional ao vínculo a partir do que for possível para cada pessoa atendida e da responsabilização pelo acompanhamento contínuo ao longo do processo de cuidado dentro da rede, a partir de seu Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é o conjunto de atos assistenciais pensados para uma situação específica, para resolver um problema de saúde ou diminuir sofrimentos. Deve ser desenvolvido em espaços de cuidado em saúde como forma de propiciar a atuação integrada da equipe, a partir da singularidade dos usuários. Um Projeto Terapêutico deve ser Singular e não Individual, na medida em que singular e o individual designam duas formas distintas de considerar a pessoa que estamos acolhendo e cuidando. Ao considerar o sofrimento, o diagnóstico e os sintomas como de ordem individual, efeito de problemas de caráter pessoal, físicos ou mentais, estamos enfocando a individualidade. O olhar sobre individualidades acaba por priorizar, na construção dos projetos terapêuticos, ações que não consideram o entorno social e supervalorizam as variáveis relacionadas ao indivíduo e sua “doença” no processo do cuidado (BRASIL, 2008).

Por outro lado, quando consideramos o sofrimento, o diagnóstico e os sintomas como da ordem do que se produz no laço aos outros e, portanto, sempre efeito do processo social, torna-se possível focar o cuidado às singularidades. Dizer que um projeto terapêutico é singular significa dizer que se pactuou com o usuário um conjunto de ações de cuidado diferente de qualquer outro. Singularidade é um outro nome para diferença. Nesse caso, trabalhar com sin-

gularidades significa construir estratégias não apenas para e com o usuário, isoladamente, mas para e com as famílias, os grupos, as redes de apoio social e afetivas, as comunidades. Todos estes atores passam a ser envolvidos, de algum modo, no processo de superar e/ou construir modos de se relacionar com o sofrimento, os sintomas e os diagnósticos, mas acima de tudo, modos de andar a vida: desinstitucionaliza-se o cuidado.

Referências

BRASIL. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização - 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec, 2000.

DELEUZE, G. **Foucault.** São Paulo: Brasiliense, 2005.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos.** São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

Percursos da Redução de Danos no Rio Grande do Sul¹⁴

Simone Alves Almeida, Paula Emilia Adamy, Ana Carolina Rios Simoni, Elissandra Siqueira, Jaqueline Soares, Karol Veiga Cabral, Ricardo Brasil Charão, Ricardo Heinzelmann

Ainda vão me matar numa rua
Quando descobrirem
Principalmente
Que faço parte dessa gente
Que pensa que a rua
É a parte principal da cidade
(*Paulo Leminski*)

Primeiros percursos

A Redução de Danos (RD) iniciou no Rio Grande do Sul nos anos 90 como uma estratégia de prevenção a AIDS. Através de editais lançados anualmente pelo Programa Nacional de DST/AIDS, surgiram as primeiras experiências de

¹⁴ Agradecemos a todos que constroem a redução de danos no Rio Grande do Sul ao longo da história e aos que estiveram conosco nestes 4 anos, seja nos aconselhando ou correndo a maratona lado a lado, agradecemos essa intensa e afetiva rede de ensino-aprendizagem, militância e amizade.

Programas de Redução de Danos em algumas regiões do Estado. Esses Programas foram importantes não só ao possibilitar cuidado em saúde a uma população com dificuldades de acesso aos serviços, mas principalmente, ao apontar um novo paradigma ético na atenção as pessoas que usam álcool e outras drogas.

A primeira experiência como Programa de Redução de Danos no Rio Grande do Sul ocorreu em Porto Alegre. Antes disso, vários municípios do Estado recebiam recursos do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde/RS para realização de trocas de seringas. O projeto em Porto Alegre para o trabalho em redução de danos iniciou em 1995, voltado à prevenção do contágio de DST/Aids por usuários de drogas injetáveis. Foi implantado, primeiramente, em uma Unidade Básica de Saúde, onde havia um grande número de usuários de drogas injetáveis e uma equipe sensível para trabalhar essas questões com outra forma de abordagem.

Neste bairro, foram colocadas algumas caixas coletadoras de seringas em locais estratégicos - ponto de ônibus, domicílio, bar. Além disso, os redutores realizavam trabalho de campo à tarde e sua presença na comunidade fazia com que as pessoas os procurassem para trazer questões para além do uso de drogas, sobre a saúde como um todo, tendo grande adesão a esse trabalho por parte dos usuários. (LANCETTI, 2012) Porém, a regulamentação deste projeto aconteceu somente três anos depois do seu início, através da aprovação do Projeto de Lei nº 69/99. (RIO GRANDE DO SUL, 1999)

No decorrer dos anos, no Rio Grande do Sul, vários outros municípios acabaram implantando Programas de Redução de Danos com recursos do Plano de Ações e Metas (PAM) do Programa Nacional de DST/AIDS. Como esse financiamento era realizado através de editais anuais, in-

corria-se em muitas discontinuidades. Em virtude disso, os Programas de Redução de Danos foram diminuindo ao longo do tempo. No mapeamento da Rede de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul realizado pela Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/RS em 2011, foram identificados 11 Programas de Redução de Danos no Estado, sendo que, destes, 5 eram municipais e 6 de Organizações Não-Governamentais. Os PRD que se mantiveram ao longo do tempo sofriam com a precarização do trabalho e com a incerteza da continuidade dos recursos no ano seguinte.

O Rio Grande do Sul tem uma história de pioneirismo na Reforma Psiquiátrica, sendo o primeiro Estado a aprovar uma Lei de Reforma: a Lei 9.716 de 7 de agosto de 1992. (RIO GRANDE DO SUL, 1992) No entanto, a Política de Saúde Mental tardou a aproximar-se das experiências de redução de danos e a tomar para si certos compromissos em relação às práticas existentes no Estado, as quais, apesar de terem iniciado como estratégia preventiva no campo da Política de DST/AIDS, já mostrava, desde sempre, sua potência como tecnologia de cuidado em saúde mental.

Um dos principais atores envolvidos no apoio aos Programas de Redução de Danos, além da Coordenação Estadual de DST/AIDS - que financiava as ações através de recursos da PAM -, foi o Centro de Referência de Redução de Danos (CRRD) da Escola de Saúde Pública. O CRRD teve início em 1999 e desenvolveu ao longo dos anos cursos, encontros, grupos de estudo e assessorias, sendo, como o nome diz, referência no assunto para os atores envolvidos, em especial, redutores de danos, trabalhadores e gestores que apostavam na RD. O Grupo de Estudos sobre Redução de Danos, criado em 2000 pelo CRRD, se mantém até hoje.

Até 2010, o RS era um dos estados brasileiros que destinava menos recursos do orçamento próprio para a

saúde. Na Saúde Mental, todo o recurso estadual era destinado a duas únicas estratégias escolhidas como prioritárias para atender a demanda decorrente do uso de álcool e outras drogas: o custeio de leitos em hospitais gerais e de vagas em comunidades terapêuticas. A Redução de Danos tinha um lugar periférico no cenário da gestão estadual da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, cercada de mal-entendidos, preconceitos e restrições de entrada nos serviços da rede. Pressionada pelo discurso midiático da “epidemia do Crack”, a então Seção Estadual de Saúde Mental e Neurológica (SSMN) respondia de forma direta ao apelo por mais formas de internação, sem problematizar a construção dessa demanda e suas motivações econômicas. Eram tempos e caminhos difíceis para a Redução de Danos; ruas perigosas para os usuários de álcool e outras drogas.

Transversalização

Em 2011, com a nova gestão, inicia-se um processo de avaliação dessa realidade, que resulta no estabelecimento de novas prioridades para a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e num incremento significativo de seu financiamento. A partir de 2011, o financiamento estadual para saúde mental seguiu a diretriz da diversificação das ofertas de cuidado e da articulação em rede para garantir o acesso universal, a equidade e a integralidade da atenção. Passou-se a cofinanciar os serviços da RAPS, criados pelo Ministério da Saúde, além de se criar desenhos de serviços adaptados à realidade dos territórios e demandas locais. Em três anos, os recursos destinados pelo governo estadual para a Política de Saúde Mental triplicaram (conforme podemos observar no gráfico abaixo), alavancando um processo de ampliação dos pontos de atenção em todos os componentes da Rede de Atenção Psicossocial.

Entre as novas prioridades elencadas pela equipe da Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas esteve incluir na Reforma Psiquiátrica do RS o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, buscando garantir o acesso à cidadania e o direito ao cuidado integral em liberdade. Para tal, seria preciso superar o modelo de atenção que se restringe a prescrever internação, desintoxicação e manutenção da abstinência, e que leva os hospitais ao fenômeno da “porta giratória”; constituir uma rede sólida de serviços de saúde, em articulação com outras redes como assistência social, direito, cultura, esporte e trabalho; ofertar cuidado no território, inclusive nas cenas de usos de drogas, acionando os pontos de atenção da rede, organizados em linha de cuidado, tendo a Atenção Básica como ordenadora para a construção de Projetos Terapêuticos Singulares; e principalmente, efetivar a redução de danos como diretriz do cuidado usuário-centrado.

O fortalecimento do cuidado em saúde mental na Atenção Básica foi priorizado e, assim, foi destinado recursos financeiros do tesouro do Estado, o que contribuiu principalmente para que os municípios de pequeno porte (80% dos municípios gaúchos), que dependem exclusivamente da atenção básica, pudessem garantir o acesso ao cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas. Destaca-se, em 2011, a criação de financiamento estadual para Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) e para Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica. Os NAAB foram pensados para o apoio matricial das equipes de Atenção Básica em municípios com menos de 16 mil habitantes (Resolução CIB 403/2011). Hoje há 118 equipes de NAAB trabalhando em 118 municípios do Estado. (RIO GRANDE DO SUL, 2011a) Já as Oficinas Terapêuticas, são espaços de convivência e de promoção de saúde na Atenção Básica, cujo financiamento pode ser acessado por todos os municípios do Estado (Resolução CIB 404/2011) (RIO GRANDE DO SUL, 2011b). Atualmente, há

297 oficinas financiadas nos municípios gaúchos.

Para a qualificação do cuidado, ampliou-se as ações de monitoramento e avaliação em hospitais gerais prestadores de serviços, assim como se redefiniram os critérios para acesso ao financiamento estadual de leitos, na direção de inserir os hospitais na lógica do trabalho em rede. (CIB 402/2011, substituída pela CIB 562/12) (RIO GRANDE DO SUL, 2012a)

Também no sentido da qualificação do cuidado e da garantia dos direitos humanos, ainda em 2011, foram realizadas vistorias em todas as comunidades terapêuticas que recebiam recurso estadual para o atendimento pelo SUS. Nesse processo, foram encontradas diversas irregularidades, que geraram desde a solicitação de adequações, passando pela suspensão de contratos e do envio de recursos até o encaminhamento de relatórios ao Ministério Público. Uma dessas instituições, contratualizada pelo Estado em 2009, além de perder seu contrato com o Estado teve seu fechamento decretado pela justiça. Em 2013, constrói-se, em diálogo com os proprietários e trabalhadores das Comunidades Terapêuticas que continuaram tendo contratos com o Estado uma nova Portaria que estabelece critérios para o funcionamento destas instituições. (Portaria 591/2013) (RIO GRANDE DO SUL, 2003b)

Com o desafio de assumir seu papel diante da construção da Redução de Danos no Estado e fortalecer o cuidado para pessoas que usam álcool e outras drogas no território, em diálogo com a Coordenação de DST/AIDS e com o Centro de Referência de Redução de Danos, a equipe da Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas passou a construir uma proposta de Resolução CIB, que visava destinar recursos da saúde mental para equipes de Redução de Danos. Após alguns meses de grupo de trabalho entre estes atores, foi publicada a Resolução CIB

38/2012, que estabelecia recursos financeiros estaduais para a implantação de Composições de Redução de Danos em âmbito municipal, tendo como função o Trabalho de Campo nas cenas de uso de drogas e Apoio Matricial sobre o cuidado em álcool e outras drogas na Atenção Básica. (RIO GRANDE DO SUL, 2012b)

Essa Resolução viria subsidiar tanto equipes já existentes, mas com dificuldades de manutenção, como, por exemplo, os PRDs de Santana do Livramento e Pelotas, vinculados ao Programa de DST/AIDS; quanto possibilitar a abertura de novas equipes, como aconteceu nos municípios de São Lourenço do Sul e Rio Pardo. Nesse sentido, essa primeira proposta de financiamento da Redução de Danos pela Saúde Mental, por um lado, legitimou os movimentos em curso, nos municípios com PRD, de transversalização entre a Política de AIDS e a de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, fortalecendo as aproximações da RD com a Atenção Básica. Por outro lado, criou as condições para a inserção da RD na Rede de Atenção Psicossocial de municípios que nunca tinham tido esta experiência, contribuindo muito para a rede pensar a Redução de Danos junto à Reforma Psiquiátrica.

A definição de dois enfoques de atuação para as Composições de RD - trabalho de campo e apoio matricial - visa potencializar o trabalho do redutor de danos, transversalizando seu conhecimento na rede de saúde, pelo compartilhamento com os demais atores do cuidado. Conhecimento este que tem a especificidade de se produzir na aproximação às cenas de uso de drogas, através do vínculo e do acompanhamento de usuários para a promoção de saúde. Trabalhar com esses dois enfoques também visa potencializar a articulação das ações de redução de danos nas Políticas e Serviços de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Atenção Básica e DST/AIDS.

No entanto, mais do que destinar recursos, era necessário assessorar as equipes no trabalho, possibilitar encontros entre os sujeitos - alguns com acúmulo de experiência no assunto e outros se aproximando pela primeira vez. Pensando nisso, antes de se iniciar o trabalho das composições de equipe nos municípios, foi realizada uma oficina de implantação para as mesmas. Participaram deste momento trabalhadores de 25 municípios que trouxeram questões sobre como se aproximar das cenas de uso de drogas no trabalho de campo, demonstrando a importância e a potência destes momentos de encontro e educação permanente para a implementação das estratégias de cuidado em saúde.

Sabia-se, no entanto, que era necessário o apoio contínuo, não só para essas equipes, mas para a rede como um todo. Ampliava-se a rede de saúde mental, significativamente, mas somente a existência de uma rede não garantiria a superação da lógica manicomial, especialmente, quando o que está em jogo é o cuidado em álcool e outras drogas - campo historicamente tão carregado de preceitos morais. Era preciso capilarizar a redução de danos na rede, não somente como estratégia de cuidado de redutores de danos, mas como diretriz ética do SUS para a atenção às pessoas que usam álcool e outras drogas. O desafio era criar as condições para que a RD se fizesse presente como ética e como estratégia na prática de qualquer profissional do SUS, onde quer que ele estivesse.

A presença intensificada do trabalho de apoio institucional georreferenciado em todas as regiões do RS possibilitou a ampliação de encontros, rodas de conversa e assessorias junto as coordenadorias regionais de saúde e municípios. Em todos esses espaços, a temática álcool e outras drogas esteve presente, a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (BRASIL,

2003) foi divulgada e a ética da redução de danos ganhou centralidade nos debates sobre o cuidado.

No ano de 2012, as prioridades foram tais agendas de apoio, o que ampliou a demanda dos municípios pela implantação da rede e, em especial, a demanda por mais conversas sobre a redução de danos. Em muitos desses lugares, nunca se tinha ouvido falar em redução de danos; em outros, havia um entendimento equivocado acerca do assunto; em outros, ainda, encontrava-se interessante acúmulo de experiência. Em todos esses contextos, havia muito que discutir e aprender.

O trabalho de apoio institucional às equipes também exige uma escuta clínica dos trabalhadores, pois cada profissional é atravessado por suas questões morais, as quais precisam estar em suspensão no momento da escuta dos usuários. Não há garantia de que essa suspensão da moral ocorra, a não ser a aposta de que, através de apoio, acompanhamento e educação permanente, possa haver um processo constante de colocação do próprio trabalho em análise e de deslocamento da posição moral. Em cada agenda de assessoria, visita técnica ou educação permanente a redução de danos é tema debatido como ética a ser trabalhada. Obviamente houve e ainda há resistência, mas já se verifica uma ampliação significativa do interesse das pessoas pelo tema.

Em 2013, foi dada continuidade às agendas permanentes de apoio, bem como se priorizou a realização de encontros macrorregionais de CAPS. O número de CAPS ampliou no RS de 139 em 2010 para 186 em 2014 e os CAPS de funcionamento 24 horas passaram de zero para 12 implantados neste período. Para estimular a implantação de CAPS com funcionamento 24 horas, a Secretaria Estadual de Saúde/RS estabeleceu em 2013, através da Resolução CIB 242, repasse de recursos para complementação do valor de cus-

teio repassado pelo Ministério da Saúde. Foi feito o mesmo com as Unidades de Acolhimento e os Serviços Residenciais Terapêuticos - serviços que ainda precisam ser estimulados e expandidos no RS. (RIO GRANDE DO SUL, 2013b)

Avaliou-se que estes equipamentos estavam com muitas dificuldades para empreender seu trabalho territorial, sendo que muitos deles operavam na lógica da abstinência e da centralidade da internação. Foram realizados então, ao longo de 2013, encontros de CAPS nas 7 macrorregiões de saúde do RSe, em todos os encontros, a redução de danos foi um dos temas priorizados, ao lado do apoio matricial, da atenção à crise e da infância e adolescência. Esses temas foram escolhidos a partir das demandas dos territórios, que apontavam estas questões como sendo os maiores impasses do trabalho dos CAPS.

Construção da Política

Já no último ano desta gestão, havia a preocupação em dar mais consistência aos diversos, potentes, mas ainda insipientes encontros da RAPS com a redução de danos. Sabemos do quanto esse trabalho está na contracorrente, na medida em que há muito mais acesso aos discursos antidrogas e a informações que estimulam a discriminação e a exclusão do que à redução de danos como ética de cuidado. Considerando este cenário, no planejamento de 2014 a equipe da Coordenação Estadual de Saúde Mental Álcool e outras Drogas definiu tais ações: 1) publicar uma nova Resolução CIB que ampliasse os recursos para as equipes de redução danos; 2) criar uma Portaria Estadual que estabelecesse a Redução de Danos como Política Pública, dando diretrizes para sua inserção como prática e como ética no SUS e 3) realizar Encontros Macrorregionais de Redução de

Danos em todas as regiões. O objetivo foi fortalecer a redução de danos como diretriz de cuidado, possibilitar encontro entre os atores interessados, produzir rede de pessoas que pudessem continuar dialogando e se encontrando independente da existência de apoio da gestão estadual.

A aproximação da Saúde Mental, Álcool e outras Drogas com a Atenção Básica e DST/AIDS se intensificou ainda mais, o que possibilitou uma articulação importante para a construção não só destes documentos, mas também do apoio compartilhado no território. Esse triângulo aproximou o acúmulo de experiência e construção com a sociedade civil da Política de DST/AIDS dos percursos da RD por dentro da Saúde Mental, ao promover ações de saúde mental de fato, mesmo que não por direito, pois não havia um posicionamento claro na Reforma Psiquiátrica e nem suporte financeiro na Política, da Atenção Básica e sua vocação essencialmente territorial, pelo cuidado em liberdade, longitudinal e integral. A substituição da Resolução CIB 038/2012 pela Resolução CIB 234/2014 (RIO GRANDE DO SUL, 2014a) é resultado dessa potente triangulação, que fez ajustes e ampliou os recursos, agora não são só oriundos da Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, mas também da Atenção Básica e DST/AIDS. Atualmente, existem 40 composições de equipe de Redução de Danos no Estado.

A intensividade do caminho que se percorria nesse ano de 2014 convocava cada vez mais à transversalidade entre as Políticas. Na construção da Política Estadual de Redução de Danos, através da Portaria SES RS 503/2014 (RIO GRANDE DO SUL, 2014b), tal articulação entre as Políticas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Atenção Básica e DST/AIDS se fortalece, somada à participação da Política Estadual de Saúde da População Negra.

A Portaria, que institui a Política de Redução de Danos em âmbito estadual, faz um resgate do trabalho da

Redução de Danos no Rio Grande do Sul integrado entre as três políticas, com a compreensão da RD como diretriz para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas para qualquer trabalhador em todos os serviços de saúde onde houver essa demanda. Aparecem como diretrizes da Política a promoção e prevenção de DST/HIV/AIDS na perspectiva da integralidade; a educação sobre drogas, na perspectiva da promoção da autonomia; articulação com outros equipamentos sociais e de produção de saúde; e o enfrentamento ao racismo institucional como determinante social em saúde.

A Portaria foi aprovada por unanimidade do Conselho Estadual de Saúde, cabendo a cada um e a todos dar vida a ela, como tentamos fazer com a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas nos territórios. Tanto a Política Estadual de Redução de Danos do RS quanto a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do MS são documentos que podem servir como ferramentas para pensar o cuidado, tendo como principais diretrizes o protagonismo e autonomia dos usuários.

Já os Encontros Macrorregionais de Redução de Danos foram acontecimentos históricos importantes, pois rompe com um tempo em que a redução de danos era “censurada” no RS. Esses encontros foram extremamente intensos, reunindo muitas pessoas, atores históricos e recém-chegados na redução de danos. O compartilhamento de experiências, o debate sobre as políticas de drogas e, principalmente, o encontro entre pessoas foram seus principais aspectos.

É importante ressaltar que a programação e organização dos encontros se construíram com os atores de cada território, na aposta de servir como dispositivo para disparar processos de educação permanente na micropolítica. Essa potencialização da RD nos territórios foi mesmo pro-

duzida a partir dos Encontros Macrorregionais: alguns municípios reativaram Fóruns de Redução de Danos e outros os fortaleceram. Consideramos também que os Encontros serviram como espaços de educação permanente para os próprios redutores e como catalizador da rede, nutrindo-a com espaços de encontros e trocas.

As Resoluções CIB/RS e Política Estadual de Redução de Danos aprovadas são marcos importantes para legitimar o cuidado a pessoas que usam álcool e outras drogas, afirmado pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Porém, apenas políticas instituídas pelo Estado não garantem sustentabilidade como política pública. A Redução de Danos historicamente tem se sustentado a partir do encontro entre pessoas, não dependendo exclusivamente do apoio de um governo. É assim que se mantém há 14 anos, por exemplo, o Grupo de Estudos de Redução de Danos da Escola de Saúde Pública coordenado pelo Centro de Referência de Redução de Danos. Por isso, a aposta é de potencializar a construção da Redução de Danos nos territórios, nos encontros singulares em que se opera a ética do cuidado e o investimento em processos de educação permanente em saúde.

Espera-se que estas ações tenham constituído certa institucionalidade, de modo que possam servir de ferramentas para os atores envolvidos continuarem trabalhando. Espera-se que estes encontros tenham nos fortalecido para os desafios adiante, que são muitos. Por fim, ficam os desafios a todos que, como nós, *pensam que a rua é a parte principal da cidade* e o cuidado só é cuidado se for em liberdade.

Nós redutores
De danos,
Nos identificamos
Com as dores.
Com seres humanos
Que antes dos planos
São acolhedores.
Foi diferente
A hospitalidade
Da mocidade
Independente.
Não rolou bateria,
Mas tanta simpatia
Vinculou a gente
Como a gente quer,
Sem nariz em pé,
Um amor não exigente.
Com tanto carinho
E tanta amizade,
A gente é mocidade
Desde pequeninho.
Captou a nossa essência
Em uma feliz convergência
No acaso de um caminho.
Um astral bem mentaleiro,
Que com o nosso corrobora,
Até a tranca do banheiro
Fica do lado de fora!

(*Carlinhos Guarnieri, Mocidade das Dores*¹⁵)

15 Poema escrito durante o Encontro de Redução de Danos da Macro-

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde: 2003.

LANCETTI, A. **A clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Resolução CIB nº 403, 03 de novembro de 2011. Porto Alegre: 2011a.

_____. Resolução CIB nº 404 de 03 de novembro de 2011. Porto Alegre: 2011b

_____. Resolução CIB nº 562 de 19 de setembro de 2012. Porto Alegre: 2012a.

_____. Resolução CIB nº 038 de 1 de março de 2012b. Porto Alegre: 2012b.

_____. Resolução CIB nº 234 de 12 de maio de 2014a. Porto Alegre: 2014a.

_____. Portaria SES/RS nº 503 de 01 de julho de 2014b. Porto Alegre: 2012b.

_____. Portaria SES/RS nº 591 de 19 de dezembro de 2013. Porto Alegre: 2013..

região Centro-Oeste, em Santa Maria, em 17 e 18 de julho de 2014.

Itinerários da Redução de Danos e a Função Apoio: Pontos de Encontro e Zonas de Troca

Michele Eichelberger, Elissandra Siqueira da Silva, Ana Letícia Fontanive

Oxalá esta pequena música possa trespassar o uivo grave das sirenes do medo.
(Pierre Lévy)

A construção de uma rede de atenção a usuários de Álcool e Outras Drogas (A&OD) no Sistema Único de Saúde (SUS) é recente, somente a partir de 2003 se articulou uma política pública para produzir esse cuidado. E foi com o redirecionamento do modelo assistencial em Saúde Mental e o destaque da perspectiva da Redução de Danos (RD), a ser consolidada pelas políticas de Saúde Mental (III Conferência Nacional de Saúde Mental - 2001¹⁶), que se instituiu um Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada¹⁷ e começou a se articular uma Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.

Nesse contexto, a RD deixa de ser um conjunto de es-

16 “Cuidar, sim. Excluir, não. Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”.

17 A Portaria 816 de 30 de abril de 2002 institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas.

estratégias do campo exclusivo DST/Aids (desenvolvidas por Programas de Redução de Danos - PRDs) e vai se tornando um conceito que abrange diferentes estratégias (SOUZA, 2013). Mais do que um conceito-diretriz, um dispositivo clínico-político. Em outras palavras, uma articulação clínica e política que toma forma de arranjos operativos de outra lógica de atenção: uma política pública de saúde para pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas e uma rede A&OD na interface do campo Saúde Mental-Saúde Coletiva.

Assim, sendo imperativo implementar serviços substitutivos da atenção regida exclusivamente pela política antidrogas em vigor, essa nova política de saúde busca preencher uma lacuna assistencial e sustentar intervenções com o desafio de articular pontos da Rede de Atenção à Saúde- RAS, integrar pontos de Atenção Básica com a Rede de Atenção Psicossocial- RAPS e fortalecer o princípio da intersetorialidade, de modo a viabilizar o acompanhamento dos usuários de forma itinerante e a operação consistente de redes de cuidado integral.

No limite, e para superar a fragilidade de expansão e qualificação de uma rede territorial e intersetorial, essas interfaces e os diferentes modos de interagir na prática do cuidado em saúde buscam, através da ampliação das possibilidades da clínica, ampliar espaços de produção de um cuidado em liberdade, ou seja, a própria produção de redes de apoio. Fala-se de articulações intra e intersetoriais, Pontos de Acolhimento e Integração Social (Centros de Convivência), Pontos de Cultura, equipamentos comunitários, entres outras redes sociais articuladas ao campo da Saúde Coletiva.

Contudo, e para a efetiva articulação da lógica da Redução de Danos com pontos de atenção à saúde, para garantir o funcionamento de redes territoriais, é necessário produzir os pontos de encontro da Rede de Atenção Psicos-

social, dando suporte às intervenções nos territórios, discutindo, articulando e acompanhando a produção de uma política de saúde integrada com outros arranjos de ações e serviços.

De modo que acolher a complexidade de articulação e gestão desse cuidado, através da ampliação da capacidade da rede em apoiar diferentes itinerários de vida e trabalho, seja ao mesmo tempo fortalecer a produção de redes, como garantia da função pública das políticas, da integralidade do cuidado, do acesso à saúde através de práticas essencialmente não excludentes.

Para tanto, é preciso abrir o espaço do trabalho como lugar de permanente encontro e troca entre profissionais e usuários, entre equipes. Um território vivo, lugar de criação, invenção. Nesse sentido, a diretriz clínica e política da RD orienta o desenho organizativo de ações e serviços na RAPS-A&OD, desdobrando-se em uma diretriz-guia para a gestão da clínica e viabilizando linhas de cuidado, diferentes formas de articular planos de cuidado no território e a partir do território. O que exige radicalizar os princípios da Reforma Psiquiátrica através de uma abertura ao que se passa nos encontros dos espaços de trabalho, qualificando o exercício de produção de pontos de apoio à saúde e novas possibilidades de cuidado.

Pontos de Encontro

A visão de um mundo interconectado não conduz necessariamente ao irenismo¹⁸ mas sim a uma nova apreensão dos conflitos. Efetivamente, só nos batemos com os nossos vizinhos ou, no mínimo, com adversários ao nosso alcance. Geralmente, o

¹⁸ Atitude conciliadora com outras religiões.

inimigo hereditário trava batalha em torno das fronteiras. A etnia detestada vive no mesmo território. A guerra é em larga medida um jogo no espaço e na proximidade, um trabalho topológico: cercar o adversário, separá-lo das suas próprias forças, interromper ou baralhar as suas comunicações[...]. (LÉVY, 2000, p. 13)

De forma recorrente se percebe que o que vem se aprisionando, aparentemente ou concretamente, é *um outro estilo político*: abrir espaços, produzir pontos de encontro, construir zonas de troca. Acabando por negligenciar territórios de diferença no campo social e erguer barreiras para a produção de redes nos territórios.

Ao revisitar a produção de saúde no âmbito da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, cartografando o itinerário dessa política pública, deflagra-se a recorrência do território de produção do “problema das drogas” produzindo barreiras de acesso à saúde: que se erguem e apoiam-se em redundâncias terapêuticas, são idealizadas por esquemas de referência e representação, concebidas em dualidades e arquitetadas em relações de domínio e dependência.

O que acaba por produzir, num regime mais sofisticado, afinado, convincente, penetrante e aceitável de controle, penas terapêuticas *substitutivas*. (DELEUZE, 1992) Atualiza-se a grosseira sociedade disciplinar numa eficiente sociedade de controle, negligenciando a condição pública das políticas de saúde, o compromisso do SUS com o campo das políticas sociais e seus territórios de diferença.

Diante disso o Movimento Social de Luta Antimanicomial e de Reforma Psiquiátrica, como projeto coletivamente produzido para mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado, enfrenta nas últimas décadas desafios que transversalizam o SUS: ocupar um *outro estilo políti-*

co, produzir pontos de encontro e construir zonas de troca em territórios de diferença. Logo, mais do que identificar a sua organicidade e abrigá-lo nos espaços abertos instalados na rede, trata-se de superar uma organização identitária de encontros e trocas, exigindo que a produção de pontos de encontro e a construção de zonas de troca se arranje ajustada com a experimentação de outras formas de trabalho.

Trata-se de liberar políticas públicas de lógicas que as definem de antemão, de ocupá-las para desnaturalizar barreiras, de produzi-las para achar saídas nos territórios, e não de sujeitá-las a lugares que por excelência interdita pontos de encontro e zonas de troca. Trata-se, em essência, de produzir encontros na lógica das trocas e desenquadrar o cuidado. O que, em transparência, exige diferentes formas de produzir um *cuidado em liberdade*.

Fala-se de escolhas clínicas, éticas e políticas não excludentes de *razões públicas*, da participação de gestores, trabalhadores e usuários, que lançam os coletivos em produção no/do cotidiano do trabalho em saúde à cena principal do processo de concretização do SUS e do seu princípio de atenção integral.

Desse modo, no limite, e na interface com a Saúde Coletiva, como a RD interage com as práticas de cuidado em saúde? Qual a função da Atenção Básica na Atenção Psicossocial? Qual o papel do acolhimento? A articulação clínica e política da RD, como arranjo operativo de uma Rede de Atenção Psicossocial, traz um problema de consistência: que política se está afirmando na produção de redes territoriais de saúde a usuários de álcool e outras drogas? Tornar explícitos os pressupostos das abordagens clínicas também em suas experiências territoriais é essencial para jogar luz na *necessária transformação de um campo de práticas*, radicalizando os princípios dos SUS. (TEIXEIRA, 2009)

Contudo, acompanha-se a transição de um modelo

disciplinar para uma sociedade de controle: modulam-se formas de acolhimento e conversação alcançando a gerência cotidiana da vida, dos afetos, do desejo, dos corpos. Uma produção que o regime disciplinar, fechado e autoritário, não logrou atingir: as ideias de *Promoção à Saúde* pulverizadas nas redes sociais, vistas *por aí*. (PACHECO & CARVALHO, 2009)

Essa invisibilidade e flexibilidade da lógica de controle, por sua vez, encontrou legitimidade através do enfraquecimento dos coletivos, agora mapeados, garantindo a sustentação de uma gestão sobre a vida. No que tange o esvaziamento do desejo, a produção de indivíduos “desnecessários” (TEIXEIRA, 2004), e da capacidade de resistência desses indivíduos e coletivos, inscreve-se a grande engenharia do investimento neoliberal.

Portanto, para desconstruir essa lógica de captura, há que se colocar em análise o exercício de produção de um “outro estilo político” que logre integrar transformações coletivas e sociais. Há que se *acompanhar* sua produção na criação de serviços territoriais que efetivamente substituam as relações manicomial de tutela, *avaliar* os processos de trabalho e, logo, de produção de subjetividade operada nesses serviços substitutivos. (OLIVEIRA & PASSOS, 2009)

Fala-se de atentar para o perigo de uma modulação de controle que se apropria da vida através refinadas tecnologias políticas: passando do molde, da captura da vida, para uma modulação generalizada dos movimentos. Pois essa produção coletiva de subjetividade, que não se limita a lugares específicos, com muros cada vez mais invisíveis e ainda em pé, boicota a qualificação política do trabalho em saúde. Diz-se isso uma vez que um novo ordenamento político-social, deslocando-se dos meios de confinamento, pode ser eficaz não só em gerenciar a vida, mas controlar territórios de diferença (de saúde, de desejo), esvaziando

espaços públicos e criando microfascismos, formas de captura não menos brutais nas práticas cotidianas. (OLIVEIRA & PASSOS, 2009)

Felix Guattari imaginou uma cidade onde cada um pudesse deixar seu apartamento, sua rua, seu bairro, graças a um cartão eletrônico (individual) que abriria as barreiras; mas o cartão poderia também ser recusado em tal dia, ou entre tal e tal hora; o que conta não é a barreira, mas o computador que detecta a posição de cada um, lícita ou ilícita, e opera uma modulação universal. (DELEUZE, 1992, p. 225)

Tratam-se de mecanismos de controle que, prontos-para-agir, não mais procedem pela organização de meios de confinamento, necessariamente reformados, mas passam a gerir *políticas de vida* e saúde através de um controle ao ar livre. Um sistema que substitui o modelo disciplinar de espaços fechados de produção de saúde por mecanismos de controle comunitários (“a domicílio”). Onde intervir exclusivamente por esquemas de referência na produção de pontos de encontro e construir zonas de troca apoiadas em redundâncias terapêuticas, com efeito, anula diferenças de dinâmica e naturaliza barreiras de acesso à saúde.

Em outras palavras, há mecanismos de atenção que não interdita fronteiras do trabalho em saúde, mas recorrentemente fixam zonas de troca. O que exige das experiências micropolíticas novas formas de resistência, outra lógica de formação-intervenção no SUS, a produção de outros encontros, um outro estilo político.

Sendo que essas zonas de trocas, como que uma zona de vizinhança comum, é uma coexistência intencionalmente produzida para precipitar uma ocupação cujo sentido é: aumentar a capacidade da rede de trabalho em acolher diferenças e ampliar a perspectiva de produção de saúde na

atenção a usuários de A&OD.

Dito de outra forma, e para resgatar os coletivos necessários, é preciso articular um plano de consistência da rede de trabalho em saúde para que se recupere algum sentido de público (TEIXEIRA, 2004), essa atividade comum, de relação básica com os territórios, que recorrentemente é desqualificada.

Entendendo, assim, que a instalação de pontos de atenção à saúde permanece nas distâncias territoriais concebidas, são os espaços práticos que nos interessam. Pois o trabalho é vivo, produz a vida, necessariamente produz e reproduz afetos e, logo, tem enorme potencial de ação biopolítica. (HARDT, 2003)

Desafios operacionais, comuns à necessária transformação de um campo de práticas em saúde, que a noção de produção de redes necessariamente traz à tona ao romper com práticas de gerenciamento de pontos de atenção a saúde: valorizando a criação de espaços coletivos nas práticas cotidianas da rede de trabalho, investindo no seu próprio valor de incremento social, de construção de políticas públicas, de produção de redes como construções conceituais e operativas para qualificar a gestão de práticas de cuidado.

Zonas de Troca

Um território só interessa pelas saídas que oferece.

(Deleuze & Guattari)

Com os desdobramentos do movimento de Reforma Sanitária e Psiquiátrica Brasileira, espaços abertos foram e vem sendo organizados em uma rede de serviços comunitários. Entretanto, nos últimos anos intervenções avaliati-

vas desses espaços levantaram questões sobre o *processo de trabalho e a produção de cuidado* nessa rede, revelando problemas na *produção de redes* nos territórios.

No entanto, salientando que qualificar esse processo de trabalho é um desafio clínico-político para enfrentar e superar certas barreiras de acesso da rede, ampliar de fato a discussão sobre *redes de produção de saúde* só será possível se cercarmos o que queremos compreender: o campo das práticas em saúde, a própria produção de redes.

De modo a compreender o território de práticas sociais enquanto território de diferenças e inventar acessos como quem inventa saídas, ocupa e produz pontos de encontro nas comunidades. Por isso, mais do que pontos de referência, com excessiva centralidade, é necessário produzir pontos de encontro, para que certas institucionalizações não substituam a produção de redes nos encontros, ou ainda, o encontro de zonas de troca nos territórios.

Entendendo, contudo, que o acesso a pontos de atenção à saúde num território passa por esses se constituírem como pontos de apoio comunitário e que essas trocas se afinam na radicalidade dos encontros, a reversão política operada pela lógica da Redução de Danos destaca o caráter de troca dos encontros e inverte a semântica do acesso aos espaços abertos: a produção de pontos de encontro com as comunidades é uma atividade básica que logra construir zonas de troca com os usuários de álcool e outras drogas e operar de forma consistente uma Rede de Atenção Psicossocial, ampliando efetivamente a produção de redes como territórios de produção de saúde, conforme diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

A qualidade desses pontos de encontro, então, depende da função que eles vão exercer em casos precisos e a função do trabalho em saúde depende da produção desses encontros: do encontro de zonas de troca entre trabalha-

dor-usuário, nas equipes, entre serviços, nos territórios. De modo que a função e a qualidade de uma rede de trabalho em saúde, no caso da RAPS-A&OD, não são datas de antemão, são maneiras diferentes de produção de cuidado a usuários de drogas que ocupam um outro estilo político.

É nesse sentido que se aposta na essência clínica da RD no seu fazer campo, na construção de redes de apoio, uma produção de pontos do encontro para encontrar zonas de troca com outros pontos das redes de atenção a saúde, comungando passos para produzir uma RAPS-A&OD no SUS. Salientando que ao tomar o desafio de ampliar o acesso a usuários de álcool e outras drogas, diversos arranjos, dispositivos e estratégias de produção de saúde são convocadas a operar uma Rede de Atenção Psicossocial.

Pois na medida em que o paradigma exclusivo da abstinência é uma meta imposta, uma qualidade pressuposta do cuidado, e a função do trabalho é realizada por referência a essa realização, pontos de encontro de antemão são interditados, zonas de troca e outras possibilidades de cuidado são aprisionadas. Assim, operar a lógica da Redução de Danos na rede de atenção à saúde, abrir espaços e produzir pontos de encontro cuja ocupação é construir zonas de trocas, traz “uma nova relevância para o papel norteador da Redução de Danos como diretriz orientadora da RAPS.” (SOUZA, 2013, p. 21)

Portanto, é necessário nos aproximarmos de intervenções que já se realizam cotidianamente nos espaços abertos interconectados nos territórios e das razões públicas para integração dos pontos de atenção à saúde. Pois se o interesse de abrir espaços é produzir pontos de encontro para encontrar zonas de troca e esse é o critério de funcionamento da lógica de Redução de Danos, essa política deve se atualizar na construção de projetos terapêuticos: como um esforço coletivo do trabalho em saúde para produzir la-

ços de confiança e ocupar territórios onde até recentemente só se reproduziam desconfianças.

De um ir e vir conversando, fazendo fronteira a partir da vinculação básica com os territórios, sem prescrever a direção do cuidado, insurge uma clínica praticada em movimento (LANCETTI, 2007) de adequação com as comunidades e acolhimento de diferentes necessidades de saúde. Esse espaço fronteiro, lugar de articulação e troca, expressa no campo da Saúde Coletiva o encontro do *entre esses*, que se produz como lugar de conexão e também limite: produzir entradas e saídas, restaurando nas coletividades a capacidade comum de inventar a vida. (PACHECO & CARVALHO, 2009)

Desse modo, com o campo da saúde sendo interpelado por modos concretos de *tocar a vida* e outras formas de produção de cuidado, a centralidade do *fazer campo* da RD alarga a perspectiva de produção de saúde e, logo, o repertório de produção do cuidado. A produção coletiva e social desse arranjo clínico e político é, então, um fortalecimento coletivo que logra integrar arranjos de ações e serviços nos territórios e efetivamente investir na produção de pontos de encontro com as comunidades, ou seja, na garantia de qualidade do acesso.

Além disso, na perspectiva da Redução de Danos, a ativação desses processos de construção coletiva exerce *uma função clínica* (SOUZA, 2013), sendo precisamente a gestão dessa clínica, seus enlances coletivos e sociais, que podem dar consistência ao modo como a RD é operada no cotidiano das RAPS-A&OD: “como uma abertura para o campo da clínica, trazendo novos possíveis que estavam obstruídos pela política proibicionista.” (SOUZA, 2013, p.259) Nesse sentido, o deslocamento é sutil: do afeto de *confiança* para o afeto de *acolhimento*. (TEIXEIRA, 2004)

Com isso, ressalta-se que esse processo de encontro e interação da RD no campo da Saúde Mental, bem como o fortalecimento dessas ações na Atenção Básica, como ética de cuidado, vem sendo acompanhado e avaliado ao mesmo tempo em que a articulação dessas ações nos territórios vem sendo intensificada. Uma vez que, além de fortalecer os espaços abertos, é preciso convocar esse arranjo clínico-político a criar aberturas para produzir espaços de atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas na rede de saúde e com recursos dos territórios (como equipes de Atenção Básica), de modo a qualificar o exercício coletivo de produção de um cuidado norteado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Abrir espaços é o trabalho preparatório de um campo de práticas ao mesmo tempo em que integrará uma outra organização tecnológica do trabalho em saúde, interessada em produzir pontos de encontro para encontrar zonas de trocas e efetivamente *fazer comunidade*.

Um pouco de arte, é o que a redução de danos traz aos espaços coletivos de trabalho em saúde. Sendo que separar as artes, a essência de cada arte e sua eventual essência clínica perde a importância aqui, pois *há uma comunidade das artes, um problema comum* (DELEUZE, 2007): destacar a presença dos clichês e preparar um campo operatório de trocas.

Redes de Apoio

A partir de agora, a grande aventura já não é a de países, de nações, de religiões, de quaisquer ismos, a grande aventura é a aventura da humanidade [...] não é um império, não é uma religião conquistadora, uma ideologia, uma raça pretensa-

mente superior, qualquer ditadura [...] são canções [...] as misturas [...] um processo coletivo e multiforme que emerge por todos os lados. (LÉVY, 2000, p. 04)

Torna-se cada vez mais evidente que a construção de modos de cuidar centrados em procedimentos ergue barreiras para expressão de diferentes necessidades, o que exige uma abertura para novas conformações na produção do cuidado, para criar novas formas de construir e movimentar o plano das políticas públicas. Descentralizar o cuidado e produzir outras relações nesses espaços coletivos, uma comunidade de experiências, tem sido um dispositivo para as equipes de saúde, nos seus cotidianos, produzir diferentes arranjos de rede.

Estamos diante de uma questão que é amplamente popular, está em meio aos nossos itinerários de vida e trabalho, e torna-se comum. Contudo, um problema que vem tensionando a efetividade das políticas públicas, de uma rede pública de saúde, é que política do comum é essa? Que cotidianos de vida e trabalho vem se produzindo? Em que medida se afirmam territórios de diferenças sociais ou se enquadram outras possibilidades de vida operando novas de estratégias de inclusão-exclusão?

Entende-se que para acessar os coletivos de um outro modo, que não se confunda com o social totalizado, é preciso dar visibilidade a essa outra lógica: o coletivo como um plano de relações que se produzem de diferentes formas. (ESCÓSSIA, 2009) Na construção de políticas públicas de saúde, na produção do trabalho em saúde, fala-se de criar possibilidades para produção de um plano relacional que amplie a capacidade política-inventiva dos coletivos, produzindo transformações através de suas comunidades de experiência.

Evidentemente, a criação de novos dispositivos de produção de uma Rede de Atenção Psicossocial movimenta a criação de novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica, bem como sua hibridização: expressão simbólica da institucionalização da essência clínica do fazer campo da RD como diretriz organizadora de práticas no campo da Saúde Mental. Essa tendência às misturas, articulações ao invés de separações, são movimentos de integração social que não deixaram e não deixarão de ser apropriados pelas políticas institucionais (da atenção). As quais, numa organização das multiplicidades e singularidades, muitas vezes acabam por reduzi-los a relações de correspondência, tomando a promoção do social e da saúde como *Standards*. (PINHEIRO, 2010)

Revelam-se *por aí* procedimentos apoiados na desmaterialização da singularidade que constitui os espaços de fronteira (lugares de encontro em meio a diferenças), os quais constroem a necessária validação social dos dispositivos forjados na Atenção Psicossocial. O que, desde o princípio, boicota a transformação dos processos de trabalho e a própria produção de cuidado: investindo em pontos de fixação territorial ao invés de pontos de apoio comunitário.

Na complexa trama que vem se desafiando tecer, transparecendo uma produção de encontros essenciais aos processos de trabalho no campo da Saúde Coletiva, ainda se busca enfatizar uma comunidade de experiências de apoio institucional na interface Saúde Mental-Atenção Básica. Na mesma medida em que “Redes de produção de saúde”, desafiadas a radicalizar sua função pública, necessitam operar uma política de convivência para qualificar a coexistência do trabalho e desnaturalizar as barreiras do acesso à saúde, toma-se esse desafio político-metodológico de produzir uma comunidade de práticas na lógica das trocas.

Nessa lógica de apoio, o acesso a comunidades exige uma vinculação básica com os territórios e a construção e *redes de apoio* necessita desse espaço fronteiriço: lugar de encontro e interfaces. Assim, uma aposta radical na produção de arranjos singulares e coletivos no itinerário das políticas públicas compreende inventar e qualificar dispositivos de formação-intervenção que possibilitem escapar de um agir compartimentado da rede de trabalho em saúde: saindo de territórios já dados para abrir novas possibilidades de produção do cuidado. (MERHY, 2005)

Como vem se entretecendo, os espaços de cuidado que apostam em políticas de convivência, no acolhimento de outras formas, necessidades e singularidades da vida, são espaços de resistência, é preciso produzir brechas cotidianas para desenquadrar o cuidado e fazer prevalecer outra produção de vida. Mas como fazer escapar e sustentar outros movimentos no campo da saúde? É um desafio político e tem se feito uma necessidade junto a práticas de planejamento e gestão em saúde, ao cotidiano de trabalhadores e usuários: produzir redes e validar sua função social.

É necessário abandonar a brutalidade de uma comunidade de ofertas predominantemente medicalizantes e tomar o fazer comunidade como “uma luta pela vida na sua diversidade coletiva.” (MERHY, 2012, p.18) Mas para abandonar os bem-intencionados choques de ordem, em nome do bem-cuidar e bem-vigiar, ou mesmo da defesa da vida, é preciso substituir representações imóveis por formas vivas, por uma poética própria de afirmação da vida que ocupa esses cenários. Trata-se de, no *tempo das trocas*, reencontrar nos espaços manifestações e suas potencialidades de transformação, a própria concepção que envolve a atenção integral a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

Para tanto, atreladas a uma comunidade de experiências de apoio clínico e institucional, incluindo encontros

com a rede de Saúde Mental, Atenção Básica e rede inter-setorial (encontros de redes e redes de encontros), subtrai-se o processo de trabalho nesse espaço fronteiro: lugar de encontros e interfaces que maquinam a construção de redes de apoio para construir e movimentar o plano dessa política pública concebida no campo da Saúde Coletiva.

Nesse sentido, aposta-se em configurar a atividade básica de apoio como dispositivo ético-político para abrir espaços, produzir pontos de encontro, construir zonas de troca e fazer comunidade, fortalecendo a produção de redes nos territórios: uma ética de trabalho em rede para produzir um outra poética social nas ruas. Essa política de convivência é então o arranjo político-operativo da RD que exerce uma função clínica quando se atualiza na construção de diferentes planos de cuidado, norteados a gestão da clínica e produzindo um plano consistente de trabalho em saúde.

Nesse movimento, inventando o entrelaçamento clínico-político da função apoio a partir do cotidiano dos serviços abertos, como os movimentos da clínica tem se ocupado das experiências concretas dos coletivos para intervir na produção de redes?

É com esse caráter que se atrela uma comunidade de experiências de apoio e se procura levantar questões da clínica para qualificar uma política de atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas, ou seja, para qualificar o que nesse campo se afirma como cuidado em saúde, distanciando-se de uma análise de controle (COUTINHO *et al.*, 2012). Acolhe-se, desse modo, um movimento singular, e não universal, das coletividades envolvidas na produção de serviços substitutivos, sua capacidade concreta de produzir aberturas na rede e acessar territórios de diferença, desdobrando os problemas apresentados.

São platôs, zonas de troca desse trabalho que abrem a possibilidade de comunicar diferentes formas de trabalho em saúde. Essência de um nomadismo operário, de uma composição de experiências de apoio, que mais do que perceber e analisar cria instrumentos para reconstruir permanentemente a sensibilidade do trabalho em saúde, localizando comunidades que permanecem invisíveis em territórios tomados como uma totalidade. Assim, o encontro é o nosso dispositivo intercessor, que aciona uma comunidade de experiências clínicas e institucionais para acolher o desafio de construção de pontos de apoio comunitário à saúde, de produção de redes de apoio:

O campo da saúde, lugar de encontro permanente, da produção de uma vida mais qualificada, aposta na produção de mais vida na diferença e implica o entendimento da saúde como construção cada vez mais múltipla de redes de conexões existenciais. (MERHY, 2013, p. 263)

Para tanto, assume-se o desafio de transformação de um campo de práticas e qualificação do processo de trabalho em saúde para o fortalecimento das RAPS, recuperando o sentido público de uma política de saúde a usuários de álcool e outras drogas, os diferentes modos de produção de experiências coletivas e de outras relações com os itinerários urbanos: seus pontos de encontro e zonas de troca. Revendo e reavendo o desafio metodológico do apoio, entendendo que sua função é transitória, fazer transitar (PASCHE & PASSOS, 2010), há um rigor próprio da Redução de Danos para fortalecer a invenção de formas de cuidado: como um percurso que garante o seu caminhar. Aceitar que o trabalho de apoio, assim como a clínica, se produz por um caminhando, significa reconhecer que ambos não podem cumprir sua tarefa sem colocar, a si mesmos, em questão (PASSOS, 2013). É dessa maneira que uma comunidade de

experiências torna-se a produção de si: caminhando na adequação de um problema comum no campo da RAPS-A&OD, que se dá no trânsito, no que se passa no itinerário da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.

E essa comunidade de experiências é, portanto, a virtuosa que se busca atualizar no exercício de produção de um outro estilo político, abrindo espaço para os encontros necessários e dispersando metodologias de construção comum de planos de trabalho: um modo de fazer, de produzir um plano comum através dos encontros abertos, que pode ultrapassar problemas recorrentes de gestão e planejamento em saúde e produzir novas coletividades.

Nadie nos prometió un jardín de rosas...
Me gusta estar al lado del camino
(Fito Páez)

Referências

- CAPOZZOLO, A.A. et al. Formação descentrada na experiência. In: _____ (Org.). **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p.124-150.
- COUTINHO, A.R.; MEDEIROS, Edimárcio; TRINDADE, Tarso Ferrari. Supervisão em grupo: considerações sobre um dispositivo clínico-institucional. **Mnemosine**, v. 8, n. 2, p. 24-50, 2012.
- DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- _____. **Francis Bacon: lógica da sensação**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.
- ESCÓSSIA, L. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, vol.13 supl.1 Botucatu, 2009.

- HARDT, M. O trabalho afetivo. In: NÚCLEO DE ESTUDOS DA SUBJETIVIDADE PUC/SP. **O reencantamento do concreto**. São Paulo: Hucitec/EDUC, 2003.
- LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- LÉVY, P. **Filosofia world: o mercado, o ciberespaço, a consciência**. Lisboa: Instituto Piaget, 2000.
- MERHY, E.E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005. p.195-206.
- _____. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. Conselho Federal de Psicologia. **Drogas e Cidadania: em debate / Conselho Federal de Psicologia**. Brasília: CFP, 2012. p.09-29.
- _____. Ver a si no ato de cuidar. In CAPOZZOLO, A. A. et al (Org.). **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p.248-267.
- OLIVIERA, J.A.M.; PASSOS, E. Novos perigos pós-desospitalização: controle a céu aberto nas práticas de atenção em saúde mental. In: CARVALHO, S. R. et al. (Org.). **Conexões: Saúde Coletiva e Políticas da Subjetividade**. São Paulo: Editora Hucitec, 2009. p.322-341.
- PACHECO, J.; CARVALHO, S.R. A vontade de compreender o meio: a fronteira clínica-prevenção. In: CARVALHO, S. R. et al. (Org.). **Conexões: Saúde Coletiva e Políticas da Subjetividade**. São Paulo: Editora Hucitec, 2009; p.94-118.
- PASCHE, D.F.; PASSOS, E. O lugar do método na Política Nacional de Humanização: aposta para uma experimentação democrática radical. **Revista Saúde em Debate** (Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde- CEBES), Rio de Janeiro, vol. 34, n. 86, jul/set 2010, p. 439-447.

PASSOS, E. A construção da clínica comum e as áreas profissionais. In: CAPOZZOLO, A.A. et al (Org). **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p.213-228.

PINHEIRO, R. Inclusão do direito de ter (interesses) e de ser (comum): inovação e desafio do método da Tríplice Inclusão para produção de mudanças na saúde, PNH. **Revista Saúde em Debate** (Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde- CEBES), Rio de Janeiro, vol. 34, n. 86, jul/set 2010, p.436-438.

SOUZA, T.P. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”**: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos), Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas, 2013.

TEIXEIRA, R.R. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. In: Research Conference on: Rethinking “the Public” in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America Center for Iberian and Latin American Studies University of California. Workingpaper. San Diego, 2004. Disponível em: <http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>

_____. Humanização: transformar as práticas de saúde, radicalizando os princípios do SUS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, supl.1, 2009, p. 785-789.

Aporte Financeiro: Potente Aliado para Consolidação da Atenção Básica no Rio Grande do Sul

Aline de Souza Moscardini, André Luis Leite de Figueiredo Sales, Liara Saldanha Brites

Este relato procura trazer a experiência em financiamento em saúde realizado pelo governo do Estado do Rio Grande do Sul (RS) entre 2011 e 2014. Faremos um recorte do ponto de vista da atenção básica (AB), pois foi esta foi uma das apostas prioritárias da gestão estadual da saúde nesse período. Tal aposta parte da premissa que investir nesse nível de atenção é a melhor forma de organizar as redes de atenção em saúde e garantir o cuidado integral preconizado no SUS. Estamos cientes de que a qualificação desejada não será alcançada exclusivamente pela via do aumento dos recursos financeiros, contudo, considerando os entraves orçamentários vividos principalmente pelos municípios de pequeno e médio porte populacional (que arrecadam menos e têm de investir além do percentual preconizado de seus orçamentos), entendemos que o aumento de aporte orçamentário do estado pode auxiliar a criação de condições que permitam a efetiva qualificação da AB.

A criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF) fo-

ram vias que possibilitaram o aumento dos investimentos financeiros federais na criação e difusão de um modelo de AB em saúde. A partir de 1994, com a criação do PACS e em 1996 do PSF, criou-se financiamento específico (Piso da Atenção Básica - PAB - com componentes fixos e variáveis) almejando mudanças no modelo de atenção. Tais recursos passaram a ser, gradativamente, repassados diretamente aos municípios, por transferência fundo-a-fundo: do Fundo Nacional de Saúde direto para os Fundos Municipais de Saúde, sem intermédio dos estados. Esse financiamento passou a atrelar o repasse de recursos federais do componente variável do PAB à adoção de modos específicos de organização da atenção e se constituiu, durante a década de noventa, como a principal estratégia de indução ao modelo de atenção vigente no SUS. (SOUSA & MERCHAN-HAMANN, 2009; SILVA, CASOTTI & CHAVES, 2013)

De certa forma esse recurso despertou nacionalmente o interesse dos gestores municipais de saúde em aderir ao PSF. Porém, a insuficiência dos repasses federais para custear completamente as ações requeridas pelo PSF dificultava a adesão de municípios gaúchos à proposta, principalmente aqueles de pequeno e médio porte. Segundo dados populacionais do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dos 497 municípios gaúchos, 332 (67%) deles têm menos de 10 mil habitantes, podendo ser considerados municípios de pequeno porte; e, se considerarmos municípios até 20 mil habitantes, este número sobe para 397 (80%). Em muitas cidades a contratação, manutenção das equipes era uma questão de difícil manejo, principalmente no que se referia ao custeio e contratação dos profissionais com carga horária de trabalho de 40 horas semanais. Isso obrigava, por exemplo, os gestores de município com população menor, que consequentemente arrecadam menos impostos, a destinar além dos 15% preconizados em lei de recurso do próprio orçamento para conseguir susten-

tar as equipes do PSF e suas especificidades (como equipe multiprofissional e carga horária).

No início dos anos dois mil três destinavam recursos estaduais específicos para a AB: recurso mensal para equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Saúde da Família voltadas para população indígena¹⁹; recurso mensal para as equipes de Saúde Bucal (eSB)²⁰; financiamento anual, transferido aos municípios em parcela única e destinado a apoiar os gestores municipais a bancar encargos trabalhistas dos agentes comunitários de saúde, bem como, realizar incentivo financeiro com vistas a valorização destes profissionais²¹.

Diante do cenário de cofinanciamento, houve um aumento na adesão à Estratégia de Saúde da família (ESF). Conforme a série histórica de saúde da família do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), de 584 ESF credenciadas em setembro de 2003, ampliou-se para 673 ESF em dezembro do mesmo ano, com o aumento de 89 novas ESF em três meses. Neste mesmo período, o número de municípios que tinham, pelo menos, uma eSF, passou de 282 para 306. Acontece que este crescimento acelerado e contínuo não se manteve por muito tempo, como fica evidenciado no gráfico abaixo.

O gráfico 01 (abaixo) mostra que, conforme esperado, o incentivo financeiro estadual está correlacionado ao aumento tanto do número de equipes no estado quanto do número de municípios que aderiram ao programa, o que

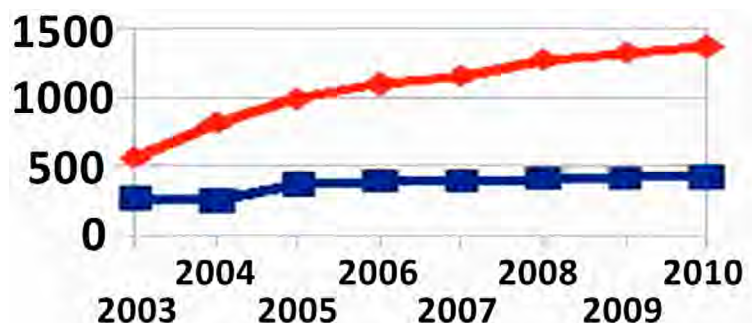
19 Portaria Estadual nº 51 de 10 de setembro de 2003. Estabelece incentivo financeiro para qualificar a Atenção Básica à Saúde prestada nos municípios através do Programa Saúde da Família e Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena.

20 Portaria Estadual nº 52 de 10 de setembro de 2003. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à Saúde Bucal nos municípios através do Programa da Saúde da Família.

21 Portaria Estadual nº 53 de 10 de setembro de 2003. Cria incentivo financeiro adicional para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

ocorre principalmente no período entre 2003 e 2005. A partir de 2006, o crescimento anual torna-se bem menos expressivo e apresenta tendência a se estabilizar. Tal fato nos leva a pensar que a criação desses incentivos não foi o suficiente para que o RS seguisse ampliando o número de eSF ao longo do período entre 2005 e 2013. A insuficiência dos recursos repassados para custear a ESF continuou a ser apontado como problema.

Gráfico 01

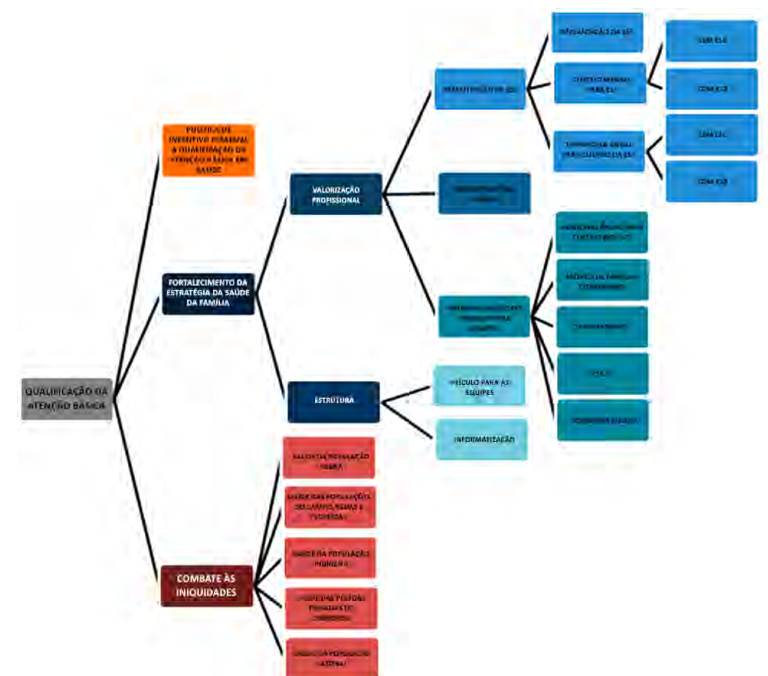


Fonte: Departamento de Atenção Básica/RS, 2014.

O cofinanciamento e o apoio institucional aos municípios são considerados como principais ferramentas de ação do projeto “Aqui tem Saúde” - um dos sete projetos estratégicos no setor saúde na gestão estadual 2010-2014. As modificações de financiamento ligadas a este projeto tinham os seguintes objetivos: aumentar os valores repassados pelo estado aos municípios; atuar em caráter complementar as propostas de financiamento feitas pelo governo federal; possibilitar aporte de recursos diferenciado nos municípios de acordo com as necessidades dos municípios; valorizar as iniciativas de qualificação da AB que já estivessem acontecendo nos territórios do RS; e seguir a proposta federal de financiamento diferenciado baseado na avaliação de desempenho das equipes.

Entre resoluções da Comissão de Intergestores Bipartite - CIB e decisões do Secretário Estadual de Saúde, publicadas na forma de Portarias, no período entre 2011 e 2014, foram criados mais de quinze instrumentos normativos que possibilitaram aos municípios angariar recursos estaduais. Por fins meramente didáticos, neste capítulo representamos os financiamentos norteados com base em três grandes categorias: I) Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde, II) Fortalecimento da Estratégia da Saúde da Família; III) Combate às iniquidades, conforme ilustração abaixo.

Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES)



Criada em maio de 2011, em consonância com as políticas federais de qualificação da AB, a Política de Incentivo

Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES) aumenta o fluxo de recursos para os municípios e propõe critérios de distribuição que visam imprimir uma marca de equidade ao financiamento. Primeiramente, distribui o recurso por porte populacional, levando em conta ainda alguns critérios: uso dos serviços por menores de 05 anos e a transição demográfica que aponta para o aumento da população idosa; os municípios com menor receita tributária recebem maior aporte financeiro; e o maior Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), que é uma medida de desigualdade entre os municípios quanto à proporção de população em situação de vulnerabilidade, definida pela proporção de domicílios em situação de pobreza e pela menor densidade populacional. O método de cálculo do valor a ser repassado é detalhado em resolução²² e atualizado anualmente.^{23, 24, 25}

Entre 2011 e 2014 foram repassados aos municípios pela PIES um total de 340 milhões de reais, que devem ser aplicados no custeio de ações e serviços de saúde na AB, devidamente registrados nos Planos de Saúde Municipais vigentes e aprovados pelos Conselhos Municipais de Saúde, com base em prioridades informadas pelos indicadores de saúde pactuados para o município e prioritariamente em áreas de maior potencial de redução de internações hospitalares.

22 Resolução Estadual nº 119 de maio de 2011. Aprova para qualificação da Atenção Básica - PIES.

23 Resolução Estadual nº 163 de 19 de dezembro de 2012. Aprova, para o ano de 2012, a forma de distribuição do recurso financeiro estadual para atenção básica dentro da Política Estadual de Incentivo para Qualificação da Atenção Básica – PIES.

24 Resolução Estadual nº 121 de 15 de abril de 2013. Aprova, para o ano de 2013, a forma de distribuição do recurso financeiro estadual para atenção básica dentro da Política Estadual de Incentivo para Qualificação da Atenção Básica - PIES.

25 Portaria Estadual nº 280 de 10 de abril de 2014. Dispõe sobre o financiamento estadual para Atenção Básica dentro da Política Estadual de Incentivo para Qualificação da Atenção Básica - PIES 2014.

Apostando em espaços coletivos como mote de fortalecimento da AB, em 2012 formou-se um Grupo Técnico de Trabalho da AB (GT-AB)²⁶ para pensar e propor os novos rumos da AB no estado. O GT é formado por representantes do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do RS (COSEMS-RS), grupo técnico da SES-RS, com apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e se reúne de forma ordinária mensalmente. Entre os seus principais objetivos estão: construir um espaço de formulação e cooperação entre a gestão municipal e estadual pelo fortalecimento da Atenção Básica; discutir prioridades de financiamento; pactuar e partilhar experiências exitosas na organização do SUS que norteiem a melhoria da qualidade da AB.

Fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família

Mendes (2009, 2000) refere que a atenção primária deve cumprir três funções dentro do SUS: resolução da maior parte dos problemas de saúde da população; organização dos fluxos dos usuários dentro dos distintos serviços presentes no sistema - coordenando e ordenando o cuidado oferecido e, responsabilização pelos usuários, estejam eles dentro do seu serviço de atenção, ou em qualquer outro ponto da rede de saúde. A Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), aponta o fortalecimento da atenção primária tanto como diretriz, quanto com estratégia para a consolidação da implementação das Redes de Atenção à Saúde. Entendendo que a Estratégia Saúde da Família: (ESF) é uma via privilegiada para consolidação des-

26 Resolução Estadual nº 325 de 16 de setembro de 2011. Institui o Grupo de Trabalho pelo Fortalecimento da Atenção Básica.

tas funções, o estado criou um conjunto de financiamentos para fortalecer a ESF. Por fins didáticos, apresentaremos em dois grandes blocos essas ações: 1) financiamentos para valorização profissional e 2) financiamentos para melhorias na infraestrutura.

Financiamento para Valorização Profissional

1. Incentivos para manutenção da ESF

Em 2012, as alterações das bases legais da AB começaram pelo financiamento da Estratégia (antigo “Programa”) de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O financiamento anterior repassava valor de apenas duzentos e quarenta reais mensais por ACS. Foi proposta então a revogação da portaria anterior e publicação de nova portaria²⁷ que possibilita o repasse em valor variável e equiparado ao repassado aos municípios pelo Governo Federal.

A fim de auxiliar no custeio das estruturas necessárias para o início das atividades de uma Equipe de Saúde da Família (eSF) e apoiar financeiramente o município em um período inicial no qual (por questões administrativas) o recurso federal ainda não está sendo repassado regularmente, em outubro de 2013 foi lançado um incentivo para a implantação de novas eSF²⁸, no valor total de trinta mil reais, pagos em três parcelas, qualificado em 2014 por meio de outra resolução²⁹.

27 Portaria Estadual Nº 892 de 22 de novembro de 2012. Cria o incentivo financeiro adicional para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

28 Resolução Estadual Nº 502 de 14 de outubro de 2013. Cria incentivo financeiro estadual para implantação de novas Equipes de Saúde da Família - ESF que tiverem solicitação de credenciamento aprovadas na CIB/RS.

29 Resolução Estadual Nº 636 de 07 de novembro de 2014. Revoga o artigo 2º da Resolução Nº 502 de 14 de outubro de 2013.

Quanto ao valor repassado aos municípios especificamente para custeio das eSF, ainda em 2013, uma nova portaria³⁰ aumentou o recurso de dois mil reais mensais por eSF para quatro mil reais mensais, estabelecendo ainda que se a eSF trabalhar conjuntamente com os profissionais da saúde bucal o repasse aumenta para cinco mil reais mensais. Desta forma, a gestão estadual tenta induzir a qualificação do cuidado na AB pela via da diversificação de ofertas neste componente da atenção em saúde, além de incentivar financeiramente os gestores a criarem as duas equipes concomitantemente. Houve ainda a deliberação em portaria específica³¹ para pagamento de uma décima terceira parcela de igual valor a ser repassada aos municípios no final do ano, a fim de prestar suporte aos gastos extras que os gestores municipais têm para manter suas equipes.

2. Incentivo atrelado ao desempenho das equipes

Os recursos mensais supracitados por eSF com ou sem eSB, conforme a mesma portaria, também podem variar de acordo com o desempenho alcançado pelas equipes no Programa Nacional de Melhoria de Acesso da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Criar condições de financiamento alinhadas à proposta do governo federal de atrelar remuneração ao desempenho demonstra o compromisso no aumento efetivo da cobertura de ESF quanto à necessária qualificação da oferta de serviços prestados pelos trabalhadores da AB.

30 Portaria Estadual nº 539 de 20 de novembro de 2013. Cria incentivo financeiro para a Estratégia Saúde da Família, Estratégia de Saúde Bucal e Estratégia de Saúde da Família Quilombola (ESFQ), em parcela básica e a parcela adicional de qualificação.

31 Portaria Estadual Nº 563 de 24 de dezembro de 2013. Cria incentivo financeiro estadual extraordinário para estratégia saúde da família e estratégia de saúde da família e saúde bucal, denominado de décima terceira parcela do incentivo estadual.

3. Incentivos para potencialização do trabalho das equipes

Em outubro de 2013 uma resolução estadual estabeleceu um conjunto de incentivos estaduais diferenciados visando a qualificação da ESF por meio da contratação de profissionais para eSF e eSB (enfermeiro, médico e técnico de saúde bucal). Para início do recebimento de qualquer um dos três recursos abaixo, gestores devem assinar um Termo de Compromisso disponibilizado pela SES comprometendo-se com o desenvolvimento de ações em saúde nos territórios das equipes.

Reconhecendo a importância e sobrecarga de trabalho dos profissionais de Enfermagem, bem como a necessidade de que trabalhadores da AB possuam habilidades e competências necessárias para uma atuação resolutiva, foi criado³² um incentivo no valor de quatro a cinco mil reais destinado a auxiliar os gestores municipais de saúde na contratação de um segundo enfermeiro para a eSF. Pelo menos um desses profissionais deve possuir formação específica para a AB, entendida como especialização *latu sensu* em Saúde da Família, Saúde da Mulher, Enfermagem Obstétrica ou Saúde Pública/Saúde Coletiva) ou especialização na modalidade Residência em Saúde da Família, Saúde da Mulher, Enfermagem Obstétrica ou Saúde Pública/Saúde Coletiva.

Ainda na direção de atrair profissionais com formação específica para a AB, prevê um adicional de dois mil reais por eSF na qual atuem médicos com certificação de especialização em Medicina de Família e Comunidade. E, para também ampliar o acesso e qualificar as ações de saúde bucal, incentiva a contratação de pelo menos um técnico de saúde bucal nas eSF com eSB modalidade II.

32 Resolução Estadual nº 503 de 14 outubro de 2014. Cria um conjunto de incentivos financeiros estaduais diferenciados para qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal.

Financiamento para melhorias de Infraestrutura

1. Incentivo para aquisição de veículos para as eSF

Para ampliar e qualificar o acesso da população às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, incentiva-se os municípios com cinquenta mil reais para aquisição de veículo de uso exclusivo às eSF³³, com prioridade àquelas que assistem usuários que residem em áreas mais distantes das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A base de cálculo para o número de veículos por eSFs é disposto em resolução e são priorizados vinte e cinco por cento dos municípios do RS com as mais baixas médias da renda tributária líquida *per capita* dos últimos anos.

2. Incentivo para ações de informatização

Convergente com a Política Nacional de Informatização e o e-SUS AB (estratégia do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde para reestruturar as informações da AB em nível nacional), o Programa de Tecnologia de Informação no SUS no âmbito do RS (Rede-SUS RS)³⁴ possibilita recurso aos municípios para adequações de rede lógica e elétrica e também a compra de periféricos de informática (como *tablets* para ACS) para o uso de soluções informatizadas nas UBS. O recurso³⁵ tem como prioridade UBS com eSF e é calculado de forma singularizada para cada unidade, variando em até quarenta e quatro mil reais por unidade básica de saúde.

33 Resolução Estadual nº 633 de 23 de dezembro de 2013. Cria incentivo financeiro para aquisição de veículos exclusivos ao uso das Equipes de Saúde da Família.

34 Decreto Estadual nº 51.058 de 23 de dezembro de 2013. Insitui o Programa de tecnologia de Informação no Sistema Único de Saúde, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul - REDE SUS RS.

35 Resolução Estadual nº 142 de 1 de abril de 2014. Estabelece Incentivo Financeiro Estadual para Implantação do REDESUS RS.

Combate às iniquidades

Construir um sistema com acesso universal e pautado no princípio da equidade requer estruturar ações que consigam captar as singularidades tanto de territórios quanto de populações. Na tentativa de enfrentar este desafio, foram estruturados um conjunto de financiamentos específicos ligados ao combate das iniquidades - tanto regionais, quanto populacionais - os quais apresentaremos em blocos a seguir.

1. Saúde da População Negra

Condizente com o Estatuto Estadual da Igualdade Racial (RIO GRANDE DO SUL, 2011), que refere que o direito à saúde da população negra será garantido pelo poder público mediante políticas universais, sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e de outros agravos, este incentivo¹² leva em conta as necessidades sociais e vulnerabilidades das comunidades remanescentes de quilombos e visa qualificar a atenção à saúde quilombola prestada nos municípios. O valor do incentivo financeiro para os municípios com ESF é de cinquenta por cento de acréscimo no incentivo financeiro do componente variável do PAB transferido pelo Ministério da Saúde. As condições para o recebimento dos recursos incluem: ter plano municipal de saúde que contemple a atenção integral da saúde da população negra e comunidades remanescentes de quilombos; ter interlocutores na gestão municipal e na comunidade para dialogar, monitorar e avaliar a situação da saúde da população negra no município; e pactuar uma agenda de compromissos com a gestão estadual do SUS. Os municípios também devem apresentar um plano de aplicação dos recursos elaborado por lideranças quilombolas e representantes das gestões estadual e municipais de saúde. É previsto ainda um incentivo³⁶ entre dez e doze mil e qui-

³⁶ Resolução Estadual Nº 636 de 23 de dezembro de 2013. Institui o

nimentos reais, conforme população, repassados em duas parcelas, aos municípios gaúchos que instituírem o Programa de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica do Rio Grande do Sul (PCRI/AB-RS).

2. Saúde das Populações do Campo, Florestas e Águas

Considera a necessidade de desenvolvimento de estratégias inovadoras a fim de garantir acesso às ações e serviços de atenção básica para as populações do campo e da floresta no RS, conforme a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e das Florestas (BRASIL, 2011) ao prever um incentivo³⁷ de duzentos e cinquenta mil reais para que municípios com população rural adquiriram uma Unidade Móvel Terrestre (UMT) para uso nos territórios rarefeitos da população específica que em geral se distancia das eSF por barreiras de acesso geográfico. Para definição dos municípios elegíveis foram utilizados critérios como: municípios com eSF e densidade demográfica menor que dez hab/Km², com mais de setenta por cento da sua população vivendo em área rural. Os contemplados devem elaborar um plano de trabalho descrevendo as comunidades a serem atendidas e agenda de atividades da equipe multiprofissional de saúde,

3. Saúde da população Indígena

Em cooperação entre os entes federativos e cumprindo o papel complementar do Estado nas ações desenvolvidas pela União na saúde indígena, em 2003 foi criado o incentivo para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e para saúde da família bucal indígena. Em

Programa de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica do Rio Grande do Sul e cria incentivo financeiro estadual para implantação do programa nos Municípios com ESF, ESFQ ou que foram contemplados com o Programa Mais Médicos do Governo Federal.

³⁷ Portaria Estadual nº 565 de 24 de dezembro de 2013. Cria incentivo financeiro para aquisição de Unidade Móvel Terrestre.

2013, também levando em conta as necessidades sociais e vulnerabilidades das comunidades indígenas e as regiões de saúde onde os territórios indígenas devem ser contemplados no cuidado integral, o incentivo³⁸ mudou para quatro mil reais por EMSI completa e varia entre um e quatro mil reais por equipe não completa, calculado conforme dados populacionais e condicionado a ações específicas para a população indígena.

4. Saúde das pessoas privadas de liberdade

Estes incentivos consideram o Plano Nacional de Saúde, que prevê a inclusão da população penitenciária no SUS e garantia do direito à cidadania na perspectiva dos direitos humanos, acesso à saúde, equidade, universalidade e integralidade da resolubilidade da assistência; o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (BRASIL, 2014), destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional por meio de equipes interdisciplinares de saúde para as unidades federadas; e, ainda, os indicadores de saúde do RS, em especial, aos relacionados às doenças transmissíveis como o HIV e a Tuberculose e a necessidade de ações de controle e prevenção. Em 2006, complementar ao federal, foi criado o incentivo estadual³⁹ para a implementação de Equipes Municipais de Saúde Prisional nas Unidades Penitenciárias com mais de 100 pessoas presas. Este foi alterado em 2013⁴⁰, com valor entre um mil oitocentos e noventa reais e dezoito mil reais, conforme população prisional,

38 Portaria Estadual nº 41 de 1 de fevereiro de 2013. Estabelece incentivo financeiro para qualificar a Atenção à Saúde Indígena prestada nos municípios, prezando pela corresponsabilização dos três entes federativos.

39 Resolução Estadual nº 101 de 08 de junho de 2006. Aprova a criação do incentivo financeiro estadual, para a implementação de Equipes Municipais de Saúde Prisional nas unidades penitenciárias.

40 Resolução Estadual nº 257 de 31 de agosto de 2011. Aprova a alteração do incentivo estadual para habilitação de Equipes Municipais de Saúde Prisional e aprovar repasse financeiro para cada Unidade de Saúde Prisional a ser habilitada.

em uma mesma resolução que cria um repasse financeiro para cada Unidade de Saúde Prisional a ser habilitada, com teto máximo de oitenta mil reais para despesas de investimentos (construção, ampliação, equipamentos e material permanente), a ser transferido em parcela única, mediante apresentação de plano de Trabalho.

5. Atenção a Saúde das populações sazonais

O programa Verão numa Boa, entre outras ações intersetoriais, prevê na saúde um incentivo em resposta às demandas de gestores de municipais com variação populacional sazonal (safristas, veranistas, e turistas) onde o aumento de fluxo de pessoas durante o período de verão implica na necessidade de incremento dos serviços da rede de atenção às urgências e emergências e nas ações na AB. Para a AB, o incentivo Verão Numa Boa⁴¹ prevê entre cinquenta e setenta e cinco mil reais para municípios com aumento da população sazonal no verão, conforme o incremento de atendimentos por dia.

Considerações Finais

O panorama exposto aqui visa demonstrar um conjunto articulado de ações de financiamento realizado a partir da assunção do compromisso do governo do estado de investir os 12% de seu orçamento no setor saúde e de destinar parte destes recursos para a atenção básica, compreendida como ordenadora das redes de atenção em saúde.

Reconhecer as especificidades locais, atender as reivindicações dos gestores municipais de saúde e atrelar a distribuição dos recursos a um conjunto de critérios e premissas com potencial para produzir modificação no modo

41 Resolução nº 672/CIB/RS de 23 de dezembro de 2013. Dispõe sobre o financiamento do Verão Numa Boa - Atenção Básica de 2013/2014.

como a atenção ao usuário é prestada, foi o objetivo principal da criação de todos estes incentivos. No que se refere à estimativa de população atendidas pela Estratégia de Saúde da Família, é possível afirmar que estes financiamentos produziram impulsionaram mudanças, pois no início de 2010 a havia uma cobertura populacional de 35,59%, enquanto em setembro de 2014 este valor já representava 50,39%. (DAB/MS, 2014)

Faz-se necessário agora, articular uma série de medidas avaliativas que se dediquem a mensurar os impactos que esta mudança no panorama de financiamento produziu ou produzirá nos indicadores de saúde dos municípios, bem como, na qualidade de vida das pessoas atendidas por estas equipes.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Brasília: 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.866 de 2 de dezembro de 2011. Brasília: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1 de 2 de janeiro de 2014. Brasília: 2014.

MENDES, E. V. **Sistemas Integrados de Serviços de Saúde: a reforma microeconômica dos sistemas de serviços de saúde.** *Mimeo*, 2000.

_____. **A Rede de atenção à saúde.** Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de MG, 2009.

RIO GRANDE DO SUL. Lei n.º 13.694 de 19 de janeiro de 2011.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2013, p. 221-232.

SOUSA, M. F.; MERCHAN-HAMANN, E. Saúde da Família no Brasil: estratégia de superação da desigualdade na saúde?. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2009, p. 711-729.

Núcleo de Gestão Estratégica de Orçamento e Processos: Organização Essencial para o Processo de Apoio Institucional

Aline de Souza Moscardini, Lilian Nelcy Lemos Sartori, Kaline Lígia Feitosa Cauduro, Neusa da Silva, Fabiana La Maison, Janilce Dorneles de Quadros, Renata da Silveira Pia Severino

Introdução

A Gestão Pública tem por finalidade o planejamento democrático dos serviços para a prestação dos mesmos com qualidade, objetivando o atendimento das demandas que lhe são requeridas pela sociedade, visando garantir a cidadania e atuando como articuladores e negociadores. (GIMENEZ & ABANESE, 2005) Assim sendo, gera um futuro para a população que utiliza a Atenção Básica, trazendo garantias de direitos de cidadania, através de políticas públicas mais eficientes, planejadas, embasadas no princípio participativo, com perspectiva e visão de gestão democrática.

A política que orientou a criação do SUS fundamenta-se em um conceito ampliado de saúde, entendido como

resultante das condições concretas de vida dos indivíduos e coletividades. Baseada em princípios como os da universalidade do acesso, integralidade e equidade da atenção, agregados à participação da população, esta política instituiu uma ampla participação social, identificando o usuário como membro de uma comunidade organizada, com direitos e deveres.

A atenção básica se desenvolve com o mais alto grau de capilaridade, chegando ao território em contato diretamente com os usuários, sendo considerada a principal porta de entrada, vindo ao encontro aos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. (BRASIL, 2012)

Segundo Gastão Campos (2003):

O Apoio Paidéia é uma postura metodológica que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão. Não se trata de uma proposta que busque suprimir outras funções gerenciais, mas de um modo complementar para realizar coordenação, planejamento, supervisão, avaliação do trabalho em equipe. (CAMPOS, 2003, p. 1)

Neste artigo relataremos como e porquê ocorreram as mudanças no processo de trabalho da equipe da Coordenação Estadual de Atenção Básica (CEAB) da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, transformando um dos aspectos mais duros/inflexíveis da gestão do SUS, que é o gerenciamento de recursos financeiros e outras atividades administrativas, em um formato de gestão que aproximou “o sujeito do conhecimento e o do poder ao objeto a ser conhecido e manipulado.” (CAMPOS, 2003, p.2)

Descrição da construção da nova estrutura da CEAB

Considerando que a gestão estadual tem como parte de sua função o financiamento das ações de saúde, assim como as esferas Federal e Municipal, a distribuição e o repasse dos recursos financeiros necessitam agilidade e simplificação, visando desemperrar a máquina pública muitas vezes criticada por usuários e gestores.

A forma como estavam distribuídas as múltiplas tarefas dos trabalhadores da Coordenação Estadual da Atenção Básica (CEAB) da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul gerava pouca eficiência e eficácia no atendimento das demandas do serviço, além de trazer muito desgaste emocional e físico para a equipe, pois os profissionais acumulavam as funções de Apoio Institucional para os municípios com a tarefa de analisar e responder os processos administrativos e as outras demandas da CEAB. Foram muitos os períodos em que os trabalhadores necessitavam viajar, ficando fora da CEAB praticamente três das quatro semanas do mês. Estas situações foram determinantes para que a equipe da CEAB se mobilizasse e reivindicasse mudanças.

A Coordenação da CEAB, sensibilizada por esta situação, e os profissionais que constituíam a equipe neste período, construíram, de forma participativa, uma metodologia de debates e apresentação de propostas que qualificassem a organização do trabalho, respeitando as características técnicas e o desejo de cada trabalhador. A partir destes debates foram constituídos grupos com tarefas e responsabilidades claramente pactuadas, surgindo assim os chamados “Núcleos” da CEAB.

Esta construção se deu durante uma semana em dezembro de 2013, quando afastados de suas atribuições rotineiras e em vários espaços de discussões entre os trabalhadores, ocorreu um processo de construção coletiva de

identificação de desejos e definição de papéis. A partir deste momento a CEAB ficou estruturada em cinco núcleos de trabalho, a saber: Núcleo de Apoio Institucional e Práticas Pedagógicas (NAIPPE), Núcleo de Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde (NUTICS), Núcleo de Indicadores da Atenção Básica (NIAB), Núcleo de Assessoria e Planejamento (NASPLAN) e Núcleo de Gestão Estratégica de Orçamento e Processos (NUGEOP) e além da Coordenação de equipe da CEAB.

Neste momento ficou também mais evidente ainda que o pequeno número de trabalhadores que integravam a equipe não poderia “dar conta” do volume de responsabilidades que envolvem uma estrutura como a CEAB levando a gestão estadual priorizar a contratação de novos funcionários. O número de técnicos e pessoal de apoio triplicou, possibilitando a qualificação do trabalho da equipe.

O processo de trabalho do NUGEOP

O NUGEOP, teve como função sistematização de respostas técnicas dos processos de solicitação de equipamentos e veículos por meio de convênios, consulta popular, credenciamentos de equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal, Agentes Comunitários da Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Atenção Básica, pagamentos, criação de minutas de resoluções estaduais, monitoramento do recurso utilizado pela Atenção Básica, e compilação de dados inseridos pelos municípios para abertura de processos de pagamentos conforme legislação específica. Reforçando, neste contexto, que o processo é um conjunto de causas, que provoca um ou mais efeitos.

O processo de trabalho do NUGEOP constituiu ainda um fluxo sequencial e interdependente, necessário para a

execução de cada processo. Tendo diferentes níveis de detalhamento. O gerenciamento deste fluxo de trabalho teve impacto na organização da CEAB/SES e sua missão institucional. Cruz (2002), reforça que a formalização de fluxos viabiliza algumas vantagens nas organizações, bem como: reduzir custos, diminuir o re-trabalho, visualizar os recursos-humanos envolvidos no processo; qualificar o trabalho em equipe; aumentar a motivação e a responsabilidade individual; etc.

O NUGEOP é constituído, atualmente, por quatro técnicos de nível superior com formação heterogênea, além de profissionais integrantes da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública (ESP-RS) (composto por duas enfermeiras, uma cirurgiã-dentista, uma administradora de empresas, além de duas profissionais da Residência Multiprofissional da ESP-RS. A diversidade das formações profissionais enriquecem o processo de trabalho deste grupo pois aumenta a potência de análise das diferentes demandas. Entretanto é comum a necessidade de consultar outros colegas que compõem a equipe da CEAB que possuem outras formações profissionais, como médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos entre outras, para esclarecimento de dúvidas específicas.

Ao longo do ano de 2014, a interface entre os cinco núcleos foi sendo fortalecida em decorrência de movimentos em todos os sentidos, isto é, todos os técnicos da CEAB buscaram apoiar-se mutuamente. Por exemplo, os apoiadores do NAIPPE buscaram dados junto ao NUGEOP, ao NASPLAN ou ao NIAB, visando instrumentalizar o Apoio Institucional, assim como a aproximação dos técnicos do NUGEOP com o NAIPPE e o NIAB qualificou a análise dos processos pois aproximou o parecer técnico da realidade do município ou da região de saúde, evitando assim decisões baseadas apenas em dados duros e inclusive, em al-

guns casos, revertendo decisões que poderiam prejudicar a qualificação da AB que estava sendo estimulada localmente pelos apoiadores institucionais do NAIPPE.

Além disto, os técnicos do NAIPPE, procurando instrumentalizar-se com os dados disponibilizados pelos outros núcleos, apropriaram-se dos caminhos até estes dados e conseguiram autonomia e facilidade de acesso às informações que eles próprios, ou os gestores, necessitassem quando encontravam-se nos municípios.

Em vários momentos também o NUGEOP procurou o auxílio do NASPLAN, principalmente quando o processo administrativo a ser analisado envolvia algum programa específico, como por exemplo, Academia de Saúde, Melhor em Casa, PSE ou quando tratava-se de pagamento ou devolução de parcela do PIES. O NIAB e o NUTICS em vários momentos auxiliaram o NUGEOP com sua eficiente e moderna formatação e disponibilização de informações. Estas aproximações ocorreram de forma presencial, em reuniões com pequenos grupos, por telefone, por e-mail e pelo “WhatsApp”.

Residentes da Residência Multiprofissional da ESP que cumpriram estágio obrigatório junto ao NUGEOP desenvolveram, com o passar do tempo, grande afinidade com a proposta de trabalho de nosso núcleo. Após a capacitação destes profissionais, já na primeira semana, iniciaram a análise de processos, avaliação e compilação dos documentos do FormSUS e outras atribuições dos técnicos, a ponto de sentirem-se habilitadas para responder às demandas dos municípios. E, por fim, sempre tivemos acesso direto para discutir os pareceres técnicos junto à Coordenação da CEAB.

Fluxo de trabalho do NUGEOP

Para estabelecer um fluxo de trabalho era necessário levar em consideração, a ordem de entrada dos vários processos na CEAB. Após o registro desta entrada em livro próprio, os processos eram separados por Macro-região facilitando sua localização. A análise e elaboração do parecer técnico eram então distribuídas entre os componentes do NUGEOP.

Eram então analisados assim diversos tipos de processos e incentivos sendo os principais: Consulta Popular⁴², Convênios⁴³, Incentivos Estaduais (com base Resoluções CIB/RS 502/2013, CIB/RS 503/2013, CIB/RS 426/2014, CIB/RS 672/2014, CIB/RS 142 de 2014, CIB/RS 063/2014 e Portarias CIB/RS 633/2013, CIB/RS 280/014, CIB/RS 565 de 2013, CIB/RS 539 de 2013)⁴⁴ e Solicitações de Retroativos⁴⁵.

42 O Plano Plurianual (PPA) é um plano de Governo que orienta a elaboração e a execução das políticas públicas para tratar do desenvolvimento econômico e social do Estado, definindo a orientação estratégica, as prioridades e as metas consensualizadas com a sociedade para um período de quatro anos.

43 Consiste no compromisso firmado entre o órgão do Governo Estadual e municipal com a finalidade de repassar certa quantia de recursos, sendo assim o município tem o compromisso de realizar as ações propostas entre os governos Estadual e municipal o qual se compromete a realizar as ações e posteriormente a prestação de contas

44 O Governo do Estado possui incentivos financeiros para qualificar a Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família (ESF). Para os municípios terem acesso a estes incentivos devem acessar o FormSUS que é um serviço do DATASUS para a criação de formulários na WEB, para que possam realizar as solicitações conforme resolução.

45 O NUGEOP também é responsável por receber dos municípios os pedidos retroativos para equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde e dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família.

Conclusão

Segundo o método Paidéia (CUNHA E CAMPOS -2010) “o apoio institucional ressalta a importância da pluralidade e a interpenetração (transversalidade) das instituições, assim como a necessidade de entender esses espaços não somente pelo seu aspecto negativo (as instituições - máquinas de produção de objetividade e, portanto, de controle), mas também pelo seu aspecto positivo: espaços de produção de subjetividade passíveis de transformação e instrumentos para realização de desejos coletivos.”

Pela complexidade e a multiplicidade de atribuições, torna-se difícil para a maioria dos profissionais de saúde pública conhecer e manejar todos os dados relacionados com a gestão como, por exemplo, a legislação em vigor, a potencialização dos recursos materiais, da mão de obra e da infraestrutura disponível, respeitando as características demográficas, sociais, econômicas e culturais locais. Esta situação exige, no cotidiano da gestão, uma grande habilidade de negociação e de informações confiáveis. Com a diversidade do SUS, é exigido um desenvolvimento estratégico, com a finalidade de melhoria da qualidade da gestão e da organização das políticas de saúde, transformando o financiamento do setor público em ações de saúde.

O Apoio parte da pressuposição de que as funções de gestão se exercem entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder... Na realidade, ao não reconhecer que toda gestão é produto de uma interação entre pessoas, se verifica, com frequência, uma tendência à reprodução de formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e dos usuários. O Apoio Paidéia procura compatibilizar estas três finalidades, reconhecendo que a gestão produz efeitos sobre os modos de ser

e de proceder dos trabalhadores e de usuários das organizações. (CAMPOS, 2003, p. 02)

A CEAB/SES-RS está inserida num modelo organizacional de coordenação coletiva no cotidiano das ações. Apesar de toda complexidade da estrutura, a impossibilidade relativa de uma padronização mecanicista e a intensa distribuição do poder na mesma, sugerem, um modelo de gestão negociado, de ajustamento mútuo, além disso, a equipe é multiprofissional o que torna o trabalho coletivo, marcado por múltiplas intervenções e interação dos diferentes profissionais.

Julgamos que o resultado final do trabalho da equipe do NUGEOP constitui um “fazer gestão” que se aproxima do apoio institucional proposto por Gastão Campos em “Apoio Paidéia”, pois ao instrumentalizar o trabalho dos demais núcleos integrantes da CEAB e ao apoiar e orientar as Coordenadorias Regionais de Saúde e as gestões municipais em decisões que influenciarão no destino e na qualidade de vida de todos os envolvidos, sejam eles usuários e/ou trabalhadores, empresta uma grande dimensão política de poder decisório a este núcleo tanto quanto aos demais núcleos que integram a CEAB.

O somatório das atividades do NUGEOP/CEAB/SES atinge vários objetivos almejados pela Política Nacional de Atenção Básica, entre os quais podemos destacar: a devolução dos recursos disponíveis, a regionalização dos serviços e a estruturação das redes de serviços a partir da atenção primária à saúde da população, inaugurando uma forma inédita de gestão da Atenção Básica na Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, na qual reconhece que “ toda gestão é produto de uma interação entre pessoas” e que sempre “ produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder dos trabalhadores e de usuários das organizações.”(CAMPOS, 2003)

Referências

BRASIL. Decreto nº7.508 de 28 de junho de 2011.

CAMPOS, G.W.S. **Paidéia e gestão:** Um ensaio sobre o Apoio Paidéia no trabalho em saúde 2001-2003. Campinas, 2013. Disponível em: <http://www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/doc_download/35-apoio-paideia>. Acessado em: 01/12/2014.

CUNHA, G. T; CAMPOS, G.W.S. Método Paidéia para Co-Gestão de Coletivos Organizados para o Trabalho. **ORG & DEMO**, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010.

CRUZ, Tadeu. **Sistemas, organizações & métodos:** estudo integrado das novas tecnologias de informação. São Paulo: Atlas, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

NOGUEIRA, A.M. **Teoria da Administração para o século XXI**. São Paulo: Ática Universidade, 2007.

Processo de trabalho do Núcleo de Informações da Atenção Básica: Subsídios à Práxis do Apoio Institucional

Fabiane Vargas de Vargas, Maria Aparecida de Araújo, Mariana Kliemann Marchioro

Introdução

O apoio institucional é um exercício relacional de planejamento conjunto, de articulação, acordos negociados e agregação de interesses (CASANOVA, TEIXEIRA & MONTE-NEGRO, 2014). O mesmo surge como uma estratégia para auxiliar a equipe a discutir os processos de trabalho e a identificar suas fragilidades, dificuldades e potencialidades. O apoiador deverá ser um profissional externo a equipe a qual utilizará uma metodologia pactuada junto às equipes e com tempo determinado.

Sendo assim, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), no Departamento de Ações em Saúde (DAS) e inserido na Coordenação Estadual da Atenção Básica (CEAB), desde 2014, organiza seu arranjo de trabalho na atuação em Núcleos, os quais têm no Núcleo de Apoio Institucional e Práticas Pedagógicas (NAIPPE) o foco principal da CEAB e a proposta do apoio institucional nas

práticas de gestão descentralizadas aos municípios e regionais de saúde, distribuídos nas sete macrorregiões do estado, a citar: Norte, Centro-Oeste, Sul, Missioneira, Serra, Vales e Metropolitana.

O Núcleo de Informações da Atenção Básica (NIAB) foi criado com o desafio de aprimorar as informações em saúde e ser um apoio ao próprio apoio institucional vinculado ao NAIPPE, subsidiando-o de informações para a discussão das fragilidades e potencialidades do território, fortalecendo a atuação do apoio e qualificando-a no que se refere à cogestão das práticas de trabalho.

Neste sentido repensar as práticas de trabalho na atenção, exige a necessidade de também repensá-las na gestão a qual requer a capacidade de análise e atuação das equipes nas organizações de saúde (BRASIL, 2009). Desde sua criação, a gestão do SUS sofreu inúmeras modificações visando o aperfeiçoamento e a qualificação da assistência, sendo contemplada a participação de todos na formulação e implementação de políticas públicas de saúde.

O Núcleo de Informações da Atenção Básica (NIAB)

A função da atenção básica tem sido repensada continuamente, incorporando distintas interpretações, desde porta de entrada do sistema de saúde até como estratégia reordenadora do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja função consiste em ser o centro de comunicação do sistema e o coordenador do cuidado aos usuários no âmbito das Redes de Atenção à Saúde. (CASANOVA, TEIXEIRA & MONTENEGRO, 2014)

De acordo com estabelecido na Lei Federal nº 8.080/ (BRASIL,1990), art. 7º, os serviços de saúde pública, bem como os privados contratados ou conveniados ao SUS, de-

verão obedecer ao princípio de: “VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário”. É neste contexto que os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) oportunizam reflexões de alcance técnico-político e social, predispondo conhecer, ainda, as características que levam a população a necessitar de práticas de saúde voltadas à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Assim, os mesmos constituem instrumentos de fundamental importância na consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, tendo o papel de:

contribuir para o desenvolvimento dos profissionais de saúde, para a construção de uma consciência sanitária coletiva, como base de ampliação do exercício do controle social e da cidadania; contribuir também para resgatar uma relação mais humana entre a intuição e o cidadão. (FERREIRA, 2001, p. 176)

Nesta perspectiva, os dados, o conjunto de informações e a construção de indicadores desempenham um papel importante nas políticas de saúde, permitindo o desenvolvimento de ações respaldadas e conscientes. Além disto, sistematizá-los predispoem com que a informação faça sentido e tenha significado para os profissionais de atenção e gestores do SUS quanto à análise de situações de vida e de saúde, identificando vulnerabilidades, condicionantes e determinantes de saúde.

De acordo com este pressuposto, o NIAB possui uma importante função no fortalecimento da cultura da informação, especialmente relacionados à Atenção Básica (AB) no nível estadual. Tem como sua prática de trabalho o acompanhamento e a avaliação do desenvolvimento de serviços, ações, programas e políticas de saúde, por meio de dados e indicadores, bem como informações de finan-

ciamento atualizadas e sistematizadas periodicamente, possibilitando assim uma análise situacional da saúde no estado e suas respectivas regiões. Estas informações visam subsidiar tanto as ações e as estratégias dos demais Núcleos que compõem à CEAB/ESF quanto à gestão da SES/RS a nível estadual, regional e municipal, além de qualificar os processos de trabalho dos profissionais de saúde inseridos na AB.

Considerando que as informações em saúde são produzidas pelos trabalhadores do SUS, o pensamento de Merhy (1997) sobre o trabalho vivo remete como instrumento desta “caixa de ferramentas”, a qual consiste no conjunto de tecnologias que o trabalhador dispõe para desempenhar o seu trabalho.

O autor reforça a coresponsabilidade do trabalhador neste processo, tornando-se o principal “marceneiro” no desenvolvimento de estratégias e ações para a qualificação do SUS. Nesta perspectiva, o NIAB estimula o conhecimento e a identificação da importância do empoderamento dos profissionais de saúde diante das informações. Neste sentido:

o seu trabalho vivo estará sendo não só comandado por uma parte do trabalho morto contido no seu universo tecnológico, como também pelo modo como se constroem socialmente as necessidades dos consumidores de cadeiras e as maneiras sociais de satisfazê-las. (MERHY, 1997, p. 16)

Na maioria das vezes, as informações em saúde aparecem na forma de indicadores e dados de forma recortada, fragmentada, inviabilizando a utilização dos mesmos como ferramentas de organização das práticas de trabalho. Entretanto, percebem-se avanços importantes nos últimos anos, considerando especialmente indicadores do Pacto

pela Saúde/Pacto pela Vida e mais recentemente a implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), além de outras estratégias desenvolvidas para fortalecer a cultura da informação na análise dos cenários de saúde.

Diante disso, para avançar na consolidação do SUS, quando se trata de fazer uma análise com maior proximidade do mundo do trabalho dos profissionais e dos usuários faz-se necessário ampliar o acesso e divulgação das informações no âmbito da saúde para além da formação profissional e do controle social, justificando-se dessa forma a construção desta experiência vivenciada durante a Mostra Regional de Saúde da Macrorregião Metropolitana. Visando aproximar as informações de saúde do arcabouço da atenção básica à prática cotidiana do trabalho na atenção e na gestão do SUS, o presente relato traz a experiência da abordagem do NIAB junto aos participantes no espaço destinado a Tenda Cultural, inserida na Mostra Regional de Saúde - Macrorregião Metropolitana ocorrida no dia 25 de setembro de 2014.

Espaço Coletivo na Tenda Cultural

Visando aproximar a prática dos trabalhadores do SUS às informações em saúde produzidas pelos mesmos e inovar o trabalho do NIAB, foi pensada uma roda de conversa intitulada: “UM RESULTADO, UMA CAIXA: A INFORMAÇÃO EM SAÚDE ME REPRESENTA?”, a ser realizada durante a Mostra Regional de Saúde da Macrorregião Metropolitana na Tenda Cultural.

A roda de conversa objetivava trabalhar a informação pertinente às consultas médicas realizadas na AB, distribuídas por demanda imediata, demanda agendada e cuidado

continuado, no período de 2011 a 2013, na Macrorregião Metropolitana (1ª, 2ª e 18ª Coordenadoria Regional de Saúde), por meio de um gráfico de barras confeccionado em painel. A partir deste e de uma caixa contendo palavras-chaves relacionadas aos princípios e diretrizes do SUS e ao monitoramento e avaliação, os profissionais deveriam responder a questões norteadoras relacionadas ao que os mesmos haviam feito e o que eles poderiam ter feito na prática do dia-a-dia de trabalho para os dados apresentados.

Esta atividade contou com aproximadamente 30 participantes, dentre estes residentes da Escola de Saúde Pública (ESP/RS), estudantes e trabalhadores do SUS tanto da assistência, quanto da gestão, os quais dispararam questionamentos e discussões pertinentes e que contaram com a participação de todos. Além disso, pode-se perceber uma uniformidade das ações, dificuldades, fragilidades e potencialidades nos relatos dos profissionais de saúde, além de suscitar a percepção dos profissionais aos dados ali apresentados bem como permitir a percepção de que nos locais de trabalho os mesmos dados se comportam de forma distinta.

A roda foi finalizada com a reflexão de um dos médicos presentes, o qual ao escolher a palavra promoção da saúde destacou que, ao contrário de Cuba, o Brasil ainda trabalha pouco com este tema nas suas práticas de saúde e que o mesmo gostaria de ter mais tempo para realizar ações programáticas voltadas a este eixo. Além deste relato, destacou a importância dos ACS para o SUS e sua implicação nos indicadores apresentados, reforçando que em Cuba não contam na composição da equipe com os ACS e que levará esta experiência como diferencial na qualidade da atenção à saúde.

Ademais, a percepção dos participantes a respeito desta atividade foi positiva, entretanto reforçaram a dificuldade de retorno das informações em saúde disponibilizadas por eles mensalmente e a importância de discussões deste tipo para que os mesmos possam se sentir empoderados e utilizá-las no planejamento, monitoramento, avaliação das suas ações e estratégias na rotina dos serviços de saúde.

Considerações finais

Este relato possibilitou com que, diante da escrita, fosse possível reforçar o escopo de atuação do NIAB, particularmente a interface junto ao apoio institucional, bem como remeter a vivência compartilhada junto aos diferentes atores que ocuparam a Tenda Cultural da Mostra Regional de Saúde da Macrorregião Metropolitana. Um espaço tão propício ao encontro com os demais, com suas singularidades e novas metodologias alternativas de produção do cuidado em saúde. O produto dos dados de saúde deverá ser socializado por todos os profissionais de saúde, incluindo os apoiadores institucionais, com intuito de aproximá-los da realidade da prática de trabalho no SUS e favorecer que possam ser pensadas novas abordagens de atenção e gestão e que novos significados possam ser assumidos pela informação em saúde, visando à qualificação da AB na RAS.

Por fim, inseridos na gestão da SES/RS, ao NIAB compete realizar estes movimentos de sensibilização junto aos diferentes locais de atuação, pois além de outras atribuições cabe ao mesmo potencializar o acesso de informações em saúde para serem conhecidas e implicadas nos processos do SUS. Sendo assim, é indispensável realizar estes disparadores de discussões e ocupar estes espaços, bem como oportunizar outros, no sentido de fortalecer o uso e o sentido da cultura de informação para os processos de trabalho.

Referências

BRASIL. Lei nº 8080 de 20 de setembro de 1990. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e co-gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CASANOVA, A.O.; TEIXEIRA, M.B.; MONTENEGRO, E. O apoio institucional como pilar na co-gestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 19, n. 11, p. 4417-4426, nov/2014.

FERREIRA, S.M.G. Sistema de Informação em Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, p. 171-191, 2001.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY E.E.; ONO-CO, T. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.2-34.

Cultura da Informação e Tecnologias Vivas: Gestão da Informação, Apoio e Atenção Básica orientando as Redes de Atenção à Saúde⁴⁶

Rafael Dall'Alba, Rafael Dal Moro, Maurício Reckziegel, André Luis Leite, Alcindo Antônio Ferla, Sandra Maria Sales Fagundes

Introdução

O setor da saúde é mobilizado pela necessidade de encontrar soluções para demandas diversas do dia-a-dia. Tanto na clínica quanto na gestão orientados para o cuidado, com maior ou menor grau de análise, o processo decisório embasado perpassa por fenômenos informacionais que emergem a partir do volume de dados e informações provenientes do cotidiano das instituições. Essa é uma potência e uma fragilidade do setor, uma vez que dificilmente informações e indicadores oportunos e adequados estão disponíveis, e quando estão, falta aos tomadores de decisão a compreensão do nível de embasamento passível de se obter. O produto dessas decisões - as ações em saúde - seja por qualquer um dos atores envolvidos, implica dire-

⁴⁶ Em memória de Sibebe Maria Ferreira Gonçalves ao seu ao trabalho estratégico de informações para saúde.

tamente na qualidade do cuidado prestado aos usuários do sistema de saúde. A informação é indissociável dos processos de planejamento e avaliação da efetividade de políticas e programas de saúde (HABICHT, 1999). A complexidade do contexto da saúde nesse campo exige abordagens interdisciplinares inovadoras buscando superar fatores não só tecnológicos duros, mas também fortalecer tecnologias leves que orientarão em solução potencialmente resolutivas⁴⁷. Nessa perspectiva e com o apoio dos principais gestores da Secretaria de Saúde, foi criada a estratégia de Implantação da Cultura da Informação no âmbito da Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul, coordenada pela equipe da Assessoria de Gestão em Tecnologia da Informação. A descrição da estratégia e ações desencadeadas são o foco deste relato, sendo apresentada didaticamente entre três componentes de construção: Processo de Trabalho, Tecnologia da Informação, Articulação Tecnopolítica e descrição da ação programática de Infraestrutura. A experiência de construção da ideia/espaço de qualificação da informação no âmbito da SES é o objetivo desse relato almejando tecer as potencialidades da costura entre a tecnologia da informação e a Atenção Básica coordenando os processos das redes assistenciais em saúde.

47 Segundo Merhy, as tecnologias na saúde podem ser classificadas como leves, leve-duras e duras. Para o autor, o conceito de tecnologias refere-se aos nexos entre o mundo do conhecimento e o mundo do trabalho, sendo que o gradiente de trabalho vivo e trabalho morto que existe em cada uma delas é o que as tipifica. As tecnologias leves são as das relações, sendo exclusivamente trabalho vivo realizado em ato; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais no caso hardwares e softwares, cuja principal característica é a ausência quase completa de trabalho vivo no momento em que são utilizadas (MERHY, 2002).

Metodologia e marcos conceituais do processo adotado

Processo de trabalho

A principal potencialidade deste projeto vem sendo a construção de um processo de trabalho que gere elementos de pertencimento e co-responsabilização pelos atores envolvidos a respeito dos processos ligados a produção, tratamento e disseminação e uso da informação. O objetivo é constituir dispositivos de resposta para as demandas e ao mesmo tempo atender a desejos e expectativas das próprias áreas temáticas e da alta gestão. Tendo a saúde coletiva como campo norteador, a cogestão vem como elemento agregador da ideia para articulação do trinômio - dado, informação e inteligência coletiva - ao mesmo tempo concentrando a informação, porém estimulando e sensibilizando as áreas temáticas de saúde ao âmbito da cultura da informação.⁴⁸ (CAMPOS, 2000; FERLA; CECCIM; DALL ALBA, 2012)

A necessidade de um espaço voltado para a qualificação tecnopolítica da informação de modo a fazer presente a co-responsabilização pela produção da informação, uma vez que a proposta para qualificação do dado resulta em uma construção mutua entre as áreas temáticas conectando-se com o movimento de aculturação informacional da instituição, isto é, uma transversalização pautada na educação permanente (Figura 1). Esse espaço de qualificação tecnopolítica dos dados e sistemas que acontecem na SES foi denominado de Colegiado da Informação. A qualificação

48 Fazendo-se valer de uma certa antropofagia o campo da saúde coletiva (CAMPOS, 2000) é dado a partir da liberdade de absorver, digerir e aproveitar tudo aquilo que for capaz de potencializar qualquer área do conhecimento humano. Como campo da saúde coletiva entende-se o vasto emaranhado de interdigitações entre toda e qualquer área profissional a que fosse oportunizada a participação em ações de saúde ou afins.

da informação produzida não foi o único produto almejado dessa interação, mas sim um movimento e exercício de educação permanente nos processos de trabalho da gestão em saúde.



Figura 1: Esquema conceitual interdisciplinar da experiência de implantação do processo de cultura da informação na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

Cabe aqui destacar que a atenção básica assume seu papel de coordenação das ações em saúde junto ao apoio institucional⁴⁹, completando o ciclo de transformação dos dados à informação, sendo encarada não só como produto-

49 O Apoio Institucional se configura como um suporte técnico especializado que é ofertado à uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, isto é ele estimula e sustenta ações com a equipe. (CAMPOS, 2000)

ra dos dados, mas sim, protagonista da utilização da cultura da informação para gestão do cuidado em nível local. Esse caráter da atenção básica em gerir as redes⁵⁰ de cuidado materializando e fortalecendo os fluxos é peça essencial para o desenvolvimento da estratégia de cultura de informação. Outro elemento fundamental para a implementação da cultura de informação é investir na capacidade do apoiador institucional em unir as necessidades das redes e serviços de saúde com as respostas contidas nos dados/informações disponíveis. Dessa forma os vazios informacionais são acolhidos como demandas, discutidos em roda e potencializados buscando uma ação. A caracterização tecnopolítica dos sistemas de informação, a exemplo de Sistema de Informações do Câncer (SISCAN), Sistema de Pré-Natal (SISPRENATAL) entre outros, utilizados na macropolítica de programas pactuados é um papel importante desses agentes articuladores. Essa atividade atua também como um filtro ajudando a racionalizar o input de dados e criar um foco para direcionamento das estratégias.

Tecnologia da Informação

Nesse contexto a tecnologia da informação (TI) atua muito além de se restringir somente pela operacionalização do conjunto de hardware e software, desempenhando tarefas de processamento de informações compreendidas desde a coleta, transmissão, armazenagem, busca, manipulação e apresentação. A TI se torna um novo ator estratégico na visão de saúde na medida em que disponibiliza

50 O conceito de rede utilizado remete ao movimento de transversalidade aos campos do saber - da biologia às ciências sociais, políticas e exatas dentro da organização dos processos onde a própria rede deve servir não como modelo (decalque), mas como a referência que temos daquele momento. (DELEUZE & GUATTARI, 2000 p.23; PARENTE, 2000 p.171)

diferentes fusões e interconexões entre bases e ferramentas de tratamento de dados, auxiliando nos mecanismos de apropriação da informação em mapas, fluxos dos processos de saúde, possibilitando elementos para tomada de decisão e planejamento mais robustos e eficazes dentro da estrutura pública. Nesse processo foram utilizados softwares livres, com baixo custo de implementação e possibilidade de ampla experimentação, acelerando a construção de um produto piloto. A arquitetura web garantiu a acessibilidade e a estabilidade foi garantida mediante a infra-estrutura da Companhia de Processamento de Dados do Estado do Rio Grande do Sul (PROCERGS). O casamento entre a operacionalização da ferramenta e o processo de trabalho de forma a atender demandas tecnopolíticas das informações em saúde como os diferentes agrupamentos das subdivisões administrativas do estado (Regionais de Saúde, Regiões de Saúde, Macrorregiões e Conselho Regional de Desenvolvimento) resultaram no Sistema de Gestão Estratégica (SGE). O SGE materializou o espaço de acesso a informação fruto do trabalho do Colegiado da Informação.

Articulação Tecnopolítica

Na estratégia de implantação do projeto de cultura da informação a equipe buscou contemplar uma sustentabilidade institucional. Compreendeu-se não só a incorporação, uso e discussão dos componentes da informação, mas também, entendendo que a proposta constitui-se por um processo que exige tempo para consolidação, mas ao mesmo tempo garantir produtos que visassem à sustentabilidade do projeto. Através da articulação entre o gabinete da secretaria de saúde com seus diretores e coordenadores dos departamentos, aliado ao apoio da Secretaria Geral de Governo do Estado o projeto conseguiu consolidar o espaço da Assessoria de gestão em Tecnologia da Informação com

uma equipe composta por sete analistas de sistemas estatutários e dois sanitaristas consultores. Também foi primordial a parceria estabelecida com o Núcleo de Informação da Atenção Básica. Além desse projeto a equipe também realiza a assessoria para a qualificação e uso dos diferentes sistemas de informação utilizados pelos departamentos, tendo como objetivo principal a implantação de um projeto integralizador da interoperabilidade entre os sistemas de informação do estado, municípios e união.

Ações desenvolvidas e Resultados

Da fusão metodológica entre o pensar dos processos de trabalho na produção da informação e a tecnologia da informação através da consolidação de uma ferramenta, foi possível articular um movimento inicial de cultura da informação de modo a construir sentido nessa iniciativa. O Sistema de Gestão Estratégica configurou-se como um dos produtos dessa proposta possibilitando a visualização das informações das próprias áreas temáticas como também das outras áreas e departamentos da secretaria de saúde, atuando no compartilhamento destas. Outro importante produto foi o resultado da construção coletiva da informação, o Colegiado da Informação, atuando como dispositivo de educação permanente sendo capaz de mobilizar a produção da informação alicerçada no empoderamento dos atores e cogestão orientando contratos dentro dos processos de trabalho.

As reuniões do Colegiado da Informação constituíram-se num importante instrumento de apresentação e apropriação da ferramenta do SGE e articulação do processo de organização da informação, envolvendo o Gabinete da Secretária de Saúde e as áreas responsáveis pela coordenação da atenção básica, da assistência de média e alta

complexidade, do Fundo Estadual de Saúde e do Departamento de Assistência Farmacêutica.

O trabalho do Colegiado da Informação resultou na realização de mais de 50 encontros com as diferentes áreas produtoras de dados/informação o que convergiu na consolidação de aproximadamente 200 indicadores que possuem uma fácil acessibilidade através do SGE. Também foram realizados cerca de 10 seminários sobre o tema da gestão da informação com amplo público. As informações sistematizadas no SGE podem ser visualizadas em diferentes formatos, conforme necessidade do usuário. Há a possibilidade de visualização da informação no formato tabular ou apresentado em mapas. As informações também podem ser apresentadas por série histórica, ou em diferentes níveis de agregação: município, região de saúde, coordenação regional de saúde e macrorregião de saúde.

Visando fortalecer o processo de regionalização e descentralização da gestão do SUS, o SGE empoderado pelos apoiadores institucionais na lógica de fortalecimento das redes de atenção à saúde partindo da atenção básica, porém não limitados a ela, possibilitou um melhor matriciamento e qualificação das demandas do território fornecendo subsídios para a tomada de decisão e ações mais efetivas e eficazes. Os resultados de utilização do SGE foram medidos pelo uso da ferramenta que indicam um acesso de 550 diferentes usuários da SES com uma média de 50 acessos por dia (entre os meses de Julho a Setembro de 2014), tendo uma rejeição baixa⁵¹ (10%). O uso da ferramenta esteve presente em 90% das reuniões do colegiado de diretores da SES subsidiando a tomada de decisão da alta gestão do gabinete da secretaria de saúde e do governo. O acesso nas coordenadorias regionais de saúde também foi expressivo, indicando um movimento de retorno da informação

51 A rejeição à ferramenta é descrita pelo acesso do usuário que entra no sistema e permanece na mesma por menos de 30 segundos.

para o polo produtor de dados, isto é, um indício de fortalecimento da cultura de informação aliada ao processo de regionalização.

A proposta de Implementação da Cultura da Informação no âmbito da SES desenvolveu uma valoração simbólica (BOURDIEU, 1989) para os trabalhadores, de fato a se incorporar no cotidiano de trabalho atuando tanto como ferramenta para a tomada de decisão quanto dispositivo de educação permanente.

Ação Programática de Infraestrutura: REDE-SUS RS

O Programa de Tecnologia de Informação no SUS no âmbito do estado do Rio Grande do Sul (Rede-SUS RS) foi instituído pelo Decreto Estadual nº 51.058 de 23 de dezembro de 2013 viabilizando investimentos em soluções informatizadas visando qualificar e agilizar o atendimento à saúde, além de ampliar e qualificar, nos três âmbitos da gestão, o acesso a informações para tomada de decisão.

Por meio de aporte financeiro estadual aos municípios para implantação de soluções informatizadas - tanto aquelas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde e incentivadas pela Secretaria Estadual da Saúde, como e-SUS, ou escolhidas pelo município espera-se contribuir para o avanço da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004)

O e-SUS é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à

população. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013) O estado também investiu e estudou outros sistemas de informação em saúde que foram implementados, porém o direcionamento avaliado a uma ferramenta com uma proposta de unificação na estratégia nacional de informação com um custo de operação zero para o município levou o e-SUS a caráter de prioridade.

O REDE-SUS focou-se no atendimento das necessidades da Atenção Básica em especial direcionado às Unidades com Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que inclui a maior parte da população usuária do SUS e se constitui num instrumento de agilização do atendimento, de redução da demanda na Atenção Secundária e Terciária e de registro de informações imprescindíveis ao planejamento das políticas acerca dos serviços de saúde e das condições de saúde dos usuários. O recurso visou à adequação desses serviços de saúde no que tange a infraestrutura da rede elétrica e lógica, contemplando também equipamentos como computadores, impressoras e servidores.

Planejamento, Execução e Resultados do REDE-SUS RS

A gestão estadual avaliando a importância da valorização da cultura da informação orientou seus esforços planejando a viabilização desses sistemas de informação em saúde a partir do fortalecimento da estrutura existente para posteriormente poder focar nos processos e resultados. (DONABEDIAN, 1980) A solução de TI implementada para organizar a demanda constituiu-se no Sistema REDE-SUS RS hospedado no site da SES-RS que foi divulgado para as secretarias municipais do Rio Grande do Sul. As secretarias por sua vez, cadastravam as suas UBS com Estratégias de Saúde da Família orientadas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A facilidade gerada pelo

uso do sistema possibilitou mapear as salas e as condições pré-existent das UBS possibilitando além de racionalizar o recurso conforme a demanda materializou um instrumento de contratualização rápido e eficiente entre o estado e os municípios. Aliada a essa ferramenta, a SES elaborou uma ata de registro de preços com a sugestão para aquisição de equipamentos compatíveis com a estrutura desejada sendo colocada a disposição dos municípios. O fator multiplicador da proposta foi alcançado com a colaboração dos apoiadores institucionais que incluíram na agenda de trabalho o tema da informatização. Conjuntamente com a Coordenação da Atenção Básica foi promovida a 1ª Oficina REDE-SUS abordando a temática das licitações direcionadas às redes lógicas e elétricas visando uma melhor execução dos recursos pelos municípios que aderiram ao primeiro ciclo de adesão.

A eficiência deste modo de trabalho resultou na finalização da primeira etapa do projeto contemplando 136 municípios e 630 unidades com um investimento total de 26,7 milhões repassados. Cabe ressaltar que esse processo de adesão, cadastro e repasse de recurso ocorreu em quatro meses. A ferramenta do sistema também permite o monitoramento de execução das obras onde o município é orientado a compartilhar as fotos do processo de adequação.

O Projeto REDE-SUS atuando em experiências de rede de informação teve também proveu apoio na elaboração de projetos pilotos em municípios como Porto Alegre e Esteio, fazendo costuras intersetoriais com outros projetos como é o caso do INFOVIA-RS possibilitando uma estrutura de conexão robusta interligando as UBS à segurança e armazenamento de dados em servidores alocados na PROCERGS.

Conclusões e Perspectivas

O paradigma enfrentado no cotidiano de saúde que fornece uma imensidão de dados, porém ainda carece em estruturas que de fato gerem informações para organização do processo de trabalho e tomada de decisão necessita de ações que transbordem âmbitos de políticas governos dependentes para políticas de estado. O entrelaçamento das ações de TI, planejamento, tecnopolítica e de processo de trabalho forneceram subsídios para a sustentabilidade desses projetos como legado da gestão atual com um respectivo tensionamento de sustentabilidade da proposta. A informação incorporada no trabalho em saúde tende a funcionar como um apoio dos apoiadores fortalecendo um movimento autopoietico crescente em melhorias, pois as fotografias (decalques) dos diferentes momentos das redes tendem a uma atualização mais frequente possibilitando uma nitidez das demandas e das próprias informações dos territórios. Nesta dinâmica de captar, fornecer e utilizar a informação somada ao processo de educação permanente realizado no colegiado da informação, o apoio possui um papel chave dentro desse processo de cultura da informação. A perspectiva é continuar o trabalho nesse processo fortalecendo as capacidades individuais e coletivas dos grupos de trabalho, incorporar novos atores e tecnologias objetivando um SUS cada vez mais ágil, sensível e resolutivo.

Referências

- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa: Bertrand Brasil, 1989.
- BRASIL. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia e-SUS Atenção Básica e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica - SISAB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, G. W. DE 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**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 162–201.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs (volume I)**. São Paulo: 34, 2000.

DONABEDIAN, A. **The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment**. I ed. Michigan: Health Administration Press, 1980. p. 3–31.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; DALL ALBA, R. A. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. **RECIIS**, v. 6, n. 2, 31 ago. 2012.

HABICHT, J. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. **International Journal of Epidemiology**, v. 28, n. 1, p. 10–18, 1 fev. 1999.

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

PARENTE, A. Pensar em rede. Do livro às redes de comunicação . **Revista brasileira de ciências da comunicação**, v. XXIII, n. 1, p. 167, 2000.

Imagens na Gestão

Anna Luiza Trein, Jaqueline Tittoni

O presente capítulo parte de uma breve análise do trabalho realizado na gestão - mais especificamente na gestão estadual de saúde - em um contexto em que trabalhadores vêm experimentando historicamente a retirada da função gestão de todo e qualquer trabalho, havendo como um dos efeitos a sensação de imaterialidade no trabalho da gestão propriamente dito. Para lidar com esse e alguns outros impasses identificados ao longo da presente gestão estadual de saúde, propôs-se, entre outros, trabalhar com produção de imagens como forma de disparar outros olhares e fazeres de trabalhadores gestores. A oficina de fotografia que ocorreu durante a semana de planejamento da Coordenação Estadual de Atenção Básica - CEAB no fim do ano de 2013 serviu como um dispositivo para operar discursos vigentes na produção de saúde, assim como também provocou novas perguntas éticas para práticas da gestão.

Se, por um lado, historicamente a dimensão de gestão foi retirada do trabalho, fazendo emergir um “fora” e um “dentro” como quase inconciliáveis, por outro lado, a reflexão que nos cabe pode ser esta: perseguir as porosidades que a gestão nos proporciona, e como essa nos convoca a materializarmos o nosso trabalho para além das emergências.

Eixo trabalho e gestão

Este estudo discute o trabalho nos setores conhecidos usualmente como a “gestão” do trabalho e parte de uma breve problematização da noção de “gestão” nos modos de conceber o trabalho e de trabalhar. Esta discussão busca enfatizar o aspecto “gestão”, considerando os modos como se configura o trabalho contemporâneo e seu intenso aspecto de imaterialidade. (LAZZARATO & NEGRI, 2001) O trabalho nos serviços e, neste estudo, na saúde, aponta a “gestão” como categoria fundamental de análise, tanto ao evidenciar os modos como efetivamente o trabalho é realizado, quanto nos modos como esse se articula às diferentes formas de gerenciamento de operacionalização das políticas de saúde.

O lugar do trabalho na vida social vem sendo debatido pela comunidade científica há algum tempo, levando em consideração as diferentes perspectivas de análise produzidas em distintas épocas e culturas. Interessa-nos aqui resgatar brevemente algumas destas perspectivas para traçarmos um plano de entendimento que se aproxime o máximo possível do que podemos viver e problematizar na experiência de trabalho em equipe do setor de “gestão” estadual de saúde.

Inicialmente é importante ressaltar que o tema “trabalho” fundamenta as análises da sociedade capitalista, por situar-se como um ponto estratégico e vital neste modo de produção da vida social. Ainda que sofrendo importantes modificações ao longo da história, o trabalho capitalista segue como uma regularidade que conserva e preserva os modos de acumulação baseados na lucratividade e na apropriação privada dos produtos do trabalho. Importantes mudanças são evidenciadas nestes modos de acumulação de riquezas, tais como a evidência do Capital Financeiro,

das práticas de consumo como motores da produção social (HARVEY, 2011), mas o trabalho segue sendo uma temática fundamental na análise dos modos de viver. Desenhando as cidades e seus contornos, pontuando nossos modos de viver, nossas formas de locomoção, definindo as faces de nossa diversão, de nossas formas de comunicação, entre tantos outros cenários visíveis, o trabalho vai deixando seus rastros. Vai deixando vestígios na vida, construindo e desmontando projetos, reinventando formas de viver e constituindo-se como um fator central no entendimento de nossos modos de vida.

Estes são os dois principais aspectos observados na Secretaria Estadual de Saúde: colegas da gestão em sofrimento por não verem materializado o trabalho realizado a nível de gestão. Além disso, uma certa “alienação” do todo (todo o campo de saúde) na qual se torna mais difícil questionar-se sobre os sentidos do trabalho, reconhecer suas condições e seus efeitos no tempo.

Castel (1998) nos lembra que o trabalho equivale a um “suporte privilegiado de inscrição na estrutura social” (1998, p. 24) e ocupa, portanto, uma posição social histórica e central, conforme Castel (1998) e Lazzarato & Negri (2001). Os modos como esta inscrição social se dá através do trabalho pode ocorrer de diferentes modos: na forma do trabalho formal, precarizado, informalizado ou mesmo “fora” de relações de trabalho legitimadas e/ou do mercado de trabalho, a compor o que Castel (1998) chama de “supranumerários”. Estas formas de inscrição social mostram, também, os percursos de trabalhadoras e trabalhadores, indicando, por exemplo, o acesso (ou não) aos direitos sociais, o reconhecimento social e a legitimidade das funções exercidas ou as formas de inscrição nas políticas públicas. Estas “faces” do trabalho mostram as dobras, as interfaces, as curvaturas que os modos de subjetivação fazem nas suas aproximações com o trabalho e indicam as íntimas ligações

entre os modos de trabalhar e os processos de subjetivação na produção dos modos de viver.

O trabalho pode ser, então, abordado como estratégia de produção da vida e da própria sobrevivência ou do viver e do (sobre)viver, implicando fronteiras, modos de organização, processos de trabalho e, ao mesmo tempo, projetos de vida, desejos de criação e estratégias de reinvenção dos próprios modos de trabalhar. Pode-se, então, trabalhar na reinvenção do próprio trabalho e este pode ser um elemento importante na gestão de nossos modos de trabalhar.

Os autores lembram que já em Marx aparecia a concepção de trabalho vivo como algo de potência que, para além da produção de mercadorias, poderia visar à produção de relações políticas. Em sua obra, Marx discute os modos como a noção de trabalho vai sendo produzida como equivalente à força de trabalho que o trabalhador vende. Assim, o trabalho é uma força, não apenas um produto. Foucault parte deste modo de conceituar trabalho e considera-o “como uma conduta econômica” (FOUCAULT, 2008, p. 307) a ser estudada.

No livro *Marx-Engels (História)*, organizado por Florestan Fernandes, encontra-se o texto sobre trabalho alienado, escrito e publicado por Karl Marx em 1844 nos Manuscritos Econômico-Filosóficos. Neste texto, Marx faz uma análise de como a Economia Política baseia-se nas premissas da propriedade privada, acumulação de capital e concorrência, partindo da divisão entre proprietários e trabalhadores sem propriedade, que vendem sua força de trabalho. Essas relações da Economia Política decorrem, segundo o autor, de quatro tipos de alienação do homem no trabalho: a) quanto ao produto; b) quanto à atividade de trabalho em si; c) quanto aos seus semelhantes e d) quanto a si mesmo. São essas as quatro formas de alienação ou exteriorização do trabalho, segundo Marx.

O autor sustenta que o trabalhador pode ser reduzido a uma mercadoria barata, pois com a “(...) valorização do mundo das coisas aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens.” (MARX *apud* FERNANDES, 1989, p. 148) Tal pressuposto é interessante para pensar sobre como o autor chega a formular os conceitos de alienação, de “*Entfremdung*” (do alemão: tornar-se estranho) no processo de trabalho: para haver produção, é necessário que o trabalhador objetifique, coisifique, externe sua força de trabalho. É necessário que o seu trabalho, o seu modo de trabalhar apareça como “algo” estranho a ele e seja semelhante aos equivalentes dos produtos que os transformam em mercadoria. Ou seja, o trabalho pode converter-se em dinheiro, em salário, em moedas de troca que permitem o acesso ao mundo do consumo de mercadorias. Para o autor, desta forma, o trabalho se afasta de seu valor de uso ou de sua utilidade, para situar-se como mercadoria passível de troca, de ingresso ao consumo dos bens sociais.

Tal estranhamento se vê acentuado através dos pressupostos da chamada administração científica do trabalho, organizada por Frederick Taylor e aperfeiçoada como forma de organizar o trabalho durante os últimos séculos e até os nossos dias. Uma grande referência desta estratégia é divisão do trabalho entre trabalho manual e trabalho intelectual, associada a processos de simplificação das tarefas, de modo que possam ser exercidas por qualquer pessoa. Essa divisão artificial das atividades em “manuais” e “intelectuais” vem seguida da supervalorização das atividades intelectuais, criando formas de dominação e de desvalorização do trabalho manual. A divisão artificial entre ambas categorias acaba por funcionar como um mecanismo de controle e de dominação, mostrando sua fragilidade a partir, sobretudo, da emergência das tecnologias digitais nos processos de produção e na organização do trabalho. No entanto, a gestão do trabalho passa por estes procedimentos tayloristas,

a ser identificada com o trabalho dito “intelectual” e a ser tratada como uma estratégia de controle. O entendimento da gestão do trabalho como uma função gerencialista e de controle é uma herança da perspectiva taylorista, cuja ruptura se torna emergente nos modos de pensar o trabalho.

Do ponto de vista do trabalho nos serviços e, sobretudo, na área da saúde, a gestão do trabalho coloca-se nesse campo de tensionamentos, no qual formas de controle dos modos de trabalhar e da produtividade coexistem com a necessidade de gestionar cotidianamente o trabalho no encontro com os colegas de equipe, dos usuários, do sofrimento trazido muitas vezes. Como lembra Campos (2011) às tecnologias duras, da análise dos processos de trabalho e de sua organização são associadas tecnologias leves, que envolvem flexibilidade, sensibilidade e implicação com as questões emergentes do trabalho com outros seres humanos⁵². A imaterialidade do trabalho, no sentido apontado por Lazzarato e Negri (2001) assume, aqui, uma função fundamental e toma a gestão do trabalho nos seus diferentes níveis.

O trabalho na gestão, por sua vez, traz a implicação de ser um trabalho sobre o trabalho de outras pessoas, envolvendo pensar o próprio trabalho e o trabalho de outros na forma de planejamentos, organização de participação dos trabalhadores, definição de planos de autonomia de decisões, entre outras tarefas que abordam intensamente a imaterialidade do trabalho. A expansão da noção de gestão para além do controle de processos e metas de produtividade implicará em pensar o caráter de formação, participação e flexibilidade no enfrentamento das situações cotidianas,

52 O autor critica a polarização entre tecnologia dura e leve, afirmando que uma ou outra não garantiria pré-requisito para a práxis, bem como chama a atenção para risco de se cair em um processo de fetiche da ferramenta “leve” como forma de arranjo subjetivo e cognitivo funcional de um dado modelo. (CAMPOS, 2011)

abordando não só o trabalho prescritivo, mas seu aspecto estratégico e inventivo.

Lazzarato (2001), analisando o trabalho contemporâneo, aponta que ocorreu uma “transformação do trabalho operário em trabalho de controle, de gestão de informação, de capacidades de decisão”, que evidenciam a subjetividade do trabalhador. Este ponto de vista faz pensar que as formas de alienação enfatizadas na posição marxista tomam outros contornos, na medida em que é justamente o controle e a implicação dos elementos subjetivos que são essenciais para a produção, em muitos setores. O trabalhador tornou-se um elemento fundamental na produção; na medida em que ele assumiu mais funções, passou a tomar decisões e iniciativas frente ao seu fazer, tendo assim, maior responsabilidade sobre o seu trabalho. Essa mudança no lugar e a maior responsabilização do trabalhador facilitaram para que ocorresse uma intelectualização do sujeito inserido neste contexto.

Longe de propormos uma discussão sobre a bipolaridade artificial entre os que “fazem” e os que “pensam”, talvez o que mais nos interessa em ambas as concepções acima é o fato de que ocorre, nos trabalhadores, um estranhamento generalizado ao se fazer gestão. O que, afinal, se gesta? Para que e com quem? De que maneira se pode sentir os seus efeitos concretamente?

Nesse sentido, a noção de clínica do trabalho e clínica da atividade, de Yves Clot, pode nos auxiliar quanto a esse estranhamento. Ao trabalhador é permitido desenvolver sua capacidade de agir, como principal agente de transformação de sua própria atividade, a partir de determinados métodos que são criados, na Clínica da Atividade. Intervindo sobre sua própria ação, o trabalhador incide também sobre si mesmo, não ficando restrito o efeito da Clínica da Atividade ao campo laboral. (CLOT, 2006) Ainda dentro dessa

concepção, o autor distingue atividade realizada do real da atividade; enquanto a primeira é o que se faz efetivamente, o segundo se coloca como algo que não se pode fazer ou que se poderia ter feito - ou tantas outras opções exceto o que se realmente faz.

Outra diferenciação interessante que podemos citar aqui é entre tarefa e atividade. De acordo com Leplat & Hoc (LEPLAT & HOC *apud* CLOT, 2006, p.115) “a tarefa é aquilo que se tem a fazer e a atividade, aquilo que se faz”. Pensar o trabalho como produção (não só de bens materiais, mas de sujeitos) exige o uso de tecnologias relacionais para as quais não há prescrição, restando ao sujeito (trabalhador) criar e inventar. Segundo Clot (2006, p.116): “A atividade é uma prova subjetiva em que cada um enfrenta a si mesmo e aos outros para ter uma oportunidade de conseguir realizar aquilo que tem a fazer”.

Estaria o trabalho da gestão, desse modo, em uma dimensão em que, mais do que a nítida necessidade de haver competências técnicas, se avalia a necessidade de investir nas tecnologias relacionais (intra e entre setores) e nos processos de criação de modos de se promover saúde para além da cisão entre gestão e assistência? Nesse sentido, mais do que as tarefas propriamente ditas (talvez de competência mais técnica), poderíamos pensar uma centralidade na atividade como campo inventivo e sempre atualizável do fazer na gestão.

Oficinando

A semana de planejamento da Coordenação Estadual de Atenção Básica - CEAB ocorreu fora do espaço físico da Secretaria Estadual de Saúde - SES na metade do mês de dezembro de 2013. O fato de ter realmente durado uma semana inteira já se mostrou uma prática diferente dentre as seções e departamentos da Secretaria Estadual de Saúde por ter o “privilegio” de dispor de tanto tempo para planejar ações e estratégias para 2014. Mesmo que essa semana fora da Secretaria tenha despertado algumas interrogações e, de certo modo, incômodos, em colegas de outros setores, optou-se por sustentar essa decisão, tanto em nível de equipe CEAB quanto com o respaldo da Diretoria de Ações em Saúde - DAS, à qual a CEAB pertence enquanto organização dentro da SES. Pode-se perguntar por que justamente tomar mais tempo para planejar o trabalho e as formas como se vai organizá-lo é que causa espanto, e não o inverso: não se tomar esse tempo e não sustentar essa prática é que poderia ser estranhado, uma vez que planejar com qualidade pode possibilitar aos trabalhadores da gestão enxergar-se no todo (produção que vai no sentido contrário ao dos tipos de alienação em Marx). Além do mais, as ações da Secretaria se pautam fortemente por indicadores, pelo Plano Estadual de Saúde - PES, por metas e ações estratégicas como método para avançar nas discussões deste trabalho de gestão.

O conjunto de trabalhadores da CEAB foi unânime em aceitar e valorizar essa semana de planejamento, participando de forma intensa e propositiva, criativa e reflexiva ao mesmo tempo. Durante a semana tivemos alguns momentos especialmente significativos, dentre os quais se destacam duas oficinas: a) oficina que gerou os núcleos de trabalho da CEAB; b) oficina de fotografias que levantou algumas questões sobre o trabalho na gestão.

Um pouco antes da semana de planejamento, a equipe já vinha fazendo uma avaliação de que gostaria de modificar algumas formas de organização do trabalho na gestão. Um dos maiores motivos para tanto é que os trabalhadores estavam considerando seu fazer como de multitarefas, sendo que sentiam pouca efetividade nas suas ações. Na oficina que gerou os núcleos de atuação como uma reorganização do processo de trabalho da CEAB, foram levantadas três questões às quais cada trabalhador respondeu para compor um mapeamento geral da equipe: 1) o que eu fiz em 2013? 2) o que eu gostaria de fazer em 2014? 3) o que eu acho que é necessário de se fazer em 2014 enquanto Atenção Básica? Com isso, foram consideradas não somente as principais metas e atividades da Atenção Básica Estadual, como também quais são os desejos e interesses dos trabalhadores dessa gestão.



Fotografia produzida durante a semana de planejamento: outras formas de ocupar o espaço de trabalho (Centro Administrativo Fernando Ferrari - CAFF).

Esse mapeamento conjunto teve como efeito que se conseguiu visibilizar o quanto trabalhadores estavam con-

seguindo se aproximar de um fazer do seu grado e o quanto todas essas ações estavam dando conta das metas que se consideram para essa gestão. A partir disso, configuraram-se então os seguintes núcleos de trabalho dentro da CEAB: Núcleo de Coordenação, Núcleo de Informações da Atenção Básica - NIAB, Núcleo de Apoio Institucional e Práticas Pedagógicas - NAIPPE, Núcleo de Gestão Estratégica de Orçamentos e Processos - NUGEOP, Núcleo de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde - NUTICS e Núcleo de Assessoria e Planejamento - NASPLAN.

A nova divisão de trabalho por núcleos foi uma proposição da coordenação justamente a partir do mapeamento feito pela equipe: há as atividades mais relacionadas ao auxílio direto prestado aos territórios para fortalecimento da Atenção Básica Estadual (apoio institucional); há também número sempre crescente de solicitações de convênios de municípios ao Estado para construções, reformas e ampliações de suas unidades básicas de saúde (processos); há todo o aparato administrativo para manter em funcionamento, com planilhas, ordens de pagamento, carimbos e assinaturas (orçamento, gestão estratégica); há ainda a necessidade de se veicular informações em tempo hábil para parceiros de eventos, oficinas, entre outros (comunicação); também há os fazeres de interface com os demais setores do DAS (assessoria e planejamento), bem como por vezes com outras Secretarias; por último, há também que se olhar para os dados estatísticos produzidos para vermos o quanto nos aproximamos das metas estabelecidas (informação).

Ao longo dessa semana de planejamento, portanto, houve momentos de intensa avaliação sobre a forma como a equipe da CEAB visualiza para desenvolver e otimizar suas ações. Entretanto, nem só desse tipo de análise vivemos nessa uma semana: pudemos experimentar um outro dispositivo, imagético, para falarmos do nosso trabalho na gestão - uma tarde de oficina de fotografia.

Como e por que se pensou na imagem como um possível disparador da problematização da gestão em saúde? O que abriu caminho para uma oficina dessas foram falas corriqueiras de trabalhadores da gestão e que sugerem imagens bastante comuns na gestão: “trabalhamos apagando incêndio”, “para ver a luz no fim do túnel” e “somos porta de entrada do SUS”. Quando um grupo remete suas falas e referências a produções que podem ser também imagéticas (como as metáforas acima), utilizando-se de imagens como forma de linguagem compreensível a um mesmo coletivo, então se entende que está em condições de trabalhar também a partir de imagens, fotografias.

Outro elemento que se entendeu como possível para essa abertura de trabalho para um debate com e a partir de imagens foi também a necessidade de trabalhadores da gestão em experimentar uma certa materialidade do fazer na gestão: fotografia como possibilidade de intermediar esse espaço entre o abstrato do que se faz (e que não se enxerga necessariamente como surtindo efeito no trabalho na “ponta”) e o concreto demais dos engessamentos cotidianos institucionais. A produção e autoria de imagens sobre a gestão em saúde puderam servir para um deslocamento de olhar da gestão, uma mudança de perspectiva, o reconhecer-se na angústia do outro, o espanto, a surpresa, entre outros que veremos a seguir.

Eixo imagem

A oficina de produção de fotografias - ocorrida no segundo dia da semana de planejamento - foi introduzida por um breve debate entre os participantes sobre a importância das imagens no mundo em que vivemos: imagens como discursos produzidos e que produzem lógicas e “verdades” que vão servindo mais ou menos para os nossos modos de fazer e operar o trabalho. Após, os participantes foram convidados a produzirem até três imagens a partir dos seus dispositivos: máquinas fotográficas, celulares, *tablets*, entre outros. O convite foi feito da seguinte maneira: “como eu enxergo o trabalho na gestão?”.

Para tanto, os participantes puderam circular pelos prédios e arredores, em espaços internos e externos conforme desejavam. Ao final da semana de planejamento, as imagens todas foram impressas em tamanho A4 e dispostas no chão, afim de que cada participante pudesse reconhecer sua imagem e falar algo sobre o processo de criação/produção da mesma - ou não. À medida que cada um ia pegando sua imagem e falando no que tinha pensado para produzi-la, ia pendurando em um varal, sendo que, ao final, tínhamos uma exposição fotográfica sobre o trabalho na gestão em saúde⁵³.

Partimos do pressuposto de que imagens também compõem linhas discursivas, juntamente com outros recursos técnicos de produção e expressão. Afinal, sabe-se que não é só palavra - dita, pensada ou escrita - que contém um certo discurso de verdade; também as imagens são textos - muitas vezes mais potentes e - capazes de afetar quem as produz, quem as observa, constituindo um determinado estatuto de verdade. Mais ainda consideramos pertinente

53 Essa exposição foi levada à Mostra Nacional de Atenção Básica, ocorrida em março de 2014 em Brasília-DF como uma produção coletiva de trabalhadores da gestão estadual.

olhar com atenção para o recurso fotográfico e imagético quando se constata que vivemos em um mundo-imagem. (SONTAG, 2004)



Fotografia produzida por D.: “o que sustenta nossa prática de apoio é viajar pelo Rio Grande e, pra isso, haja café!”

A imagem faz-se cada vez mais presente nas relações contemporâneas. Na imagem está não só um produto que se vê “pronto” (a fotografia, por exemplo), como também uma certa discursividade em torno deste produto: como ele é constituído, de que ângulo e por quem é visto, de que momento ele diz, com quem ele se relaciona, entre outros elementos possíveis de se analisar.



Fotografia produzida por P.: “Isso aqui é porque eu nunca tinha olhado aqui pra dentro.”

Em outras palavras, para além da representação, função esta clássica da fotografia por décadas e até séculos pela herança da comparação com a pintura, assumem-se, também, movimento e processualidade como alguns autores a seguir evidenciam. Deleuze também trata imagem não como mera representação, mas como vetor de subjetivação. (DELEUZE *apud* GUATTARI, 1992) O autor opera com os conceitos de imagem-tempo e imagem-movimento como germes de produção de subjetividade.

Dubois (1994) fala da “inaptidão da fotografia para exibir toda a sutileza das nuances luminosas” e também que a imagem “apresenta muitas outras falhas na sua representação pretensamente perfeita do mundo real” (DUBOIS, 1994, p.38). Estas considerações do autor vão ao encontro do tipo de proposta metodológica que tivemos nesta ofi-

cina: de duvidar da função meramente representativa - e falha - da imagem, apostando muito mais na capacidade de o sujeito conseguir produzir uma divergência daquilo que prende os olhos à representação, um outro recorte possível do real a partir do que vê, sente, ouve, enfim, a partir do que o constitui.



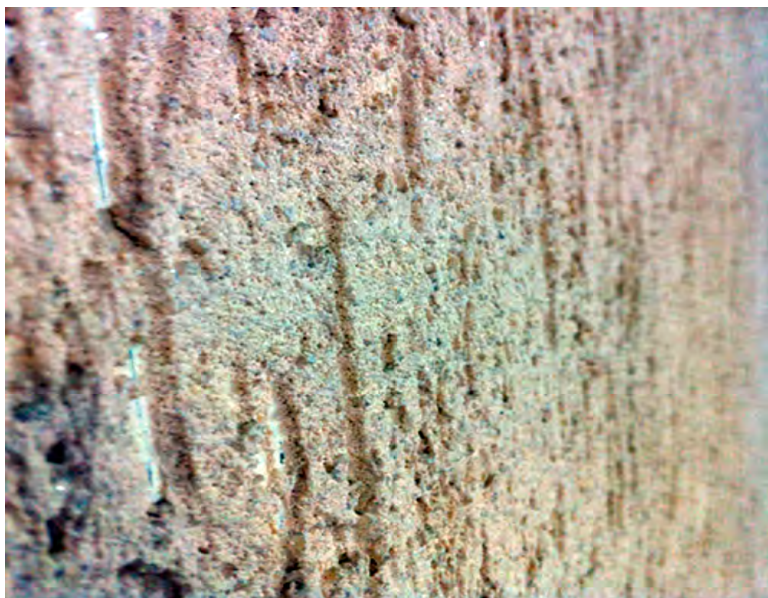
Fotografia produzida por F.: “Olhar para dentro e para fora do trabalho a partir do reflexo do monitor.”

Sontag (2004) refere que a humanidade continua vivendo na Caverna de Platão, modificando apenas sua maneira de ver, de “fotografar” seu entorno e concebê-lo. Ao nos ensinar um novo código visual, as fotografias, esses “vestígios espectrais” (SONTAG, 2004, p.19), modificam e ampliam nossas ideias sobre o que vale a pena olhar e sobre o que “temos o direito de observar” (SONTAG, 2004, p.13), constituindo uma ética do ver. Por meio das fotografias, famílias constroem uma “crônica visual de si” mesmas (SONTAG, 2004, p.19), marcando ritos, mostrando coesão e história familiar.



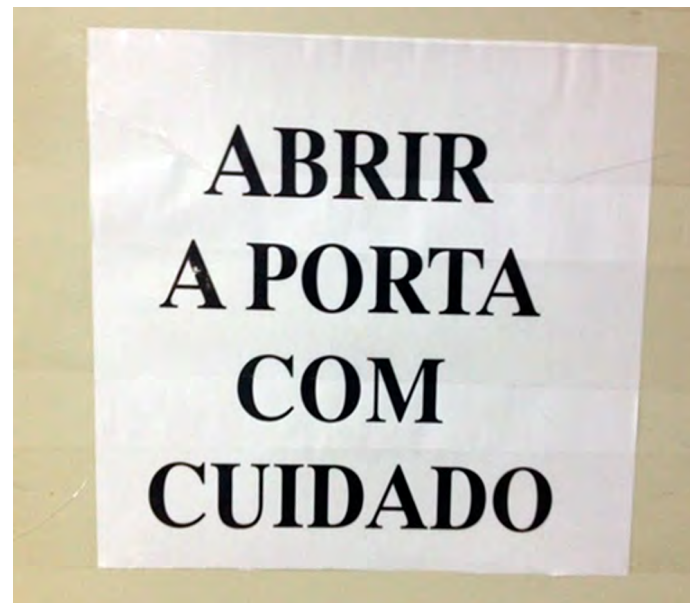
Fotografia produzida por J.: “O quadro está cheio de recados... mas o que me chamou a atenção é esse troço ali embaixo... o que é isso, afinal?”

Um dos desafios metodológicos que geralmente se apresenta durante uma oficina fotográfica é a discussão em torno da aparente dicotomia imagem-palavra. Há muita coisa entre imagem e palavra, se estes se configuram como dois pólos de análise. Talvez seja nesse intervalo que algo se constitua para o sujeito pensar sobre si. Os espaços em branco, destituídos de texto ou imagem, carregam as relações. É uma “ausência de espaço” (FOUCAULT, 1988, p.33), ausência de cruzamento entre palavra e imagem, dando lugar a outra coisa, a uma pausa, talvez uma divisão da ordem gráfica, algo que negue tanto o que vem acima quanto o que vem abaixo, mas nem por isso ausente de sentido.



Fotografia produzida por L.: “Aqui eu quis mostrar como a nossa prática é diferente quando se olha de perto... de longe parece só uma parede; mas de perto, se veem todas as ranhuras, brechas, rachaduras, imperfeições. Talvez a gente trabalhe com algo poroso!”

Pode-se também conceber uma certa experiência (transformadora de si) estética de trabalhar com palavras e imagens no sentido de reconhecer alguns limites: nem tudo pode ser dito e nem tudo pode ser tornado imagem. Há limites para o dizível e para o visível. No entanto, quando se trabalha com as duas dimensões, se pretende colocá-las em uma tensão na qual uma encontra sua potencialidade justamente no ponto em que a outra é desafiada a não mais acompanhar. Texto é também imagem, assim como imagem pode ser lida como texto.



Fotografia produzida por J.: “Não dizem que a Atenção Básica é a porta de entrada do SUS?”

Mais do que operar com a fotografia necessariamente, a proposta metodológica da nossa oficina foi trabalhar com o que é dizível/indizível, visível/invisível, dizível/invisível, visível/indizível, dizível/visível, indizível/invisível. Para não considerar estas posições como dicotômicas, nossa proposta foi considerá-las como um jogo, no qual existem certas formas de dizer e de mostrar que são consideradas verdadeiras, mas que podem modificar-se a partir do momento em que não servem mais para o que se quer dizer/mostrar. Esse interjogo pode ser um caligrama ou então deixar margem para provocar a tensão entre palavra e imagem, bem como entre possibilidade e impossibilidade, ou seja o que pode ser dito/mostrado e o que não o pode.

Inclusive, segundo Sontag (2004), o recurso da fotografia tem funcionado como um apelo a pessoas que vivem “submetidas ao imperativo do trabalho” (SONTAG, 2004,

p.20): produzir fotografia no tempo livre, por exemplo, passa a ser uma forma de ocupar-se sem trabalhar. Nesse caso, pensando a produção fotográfica a partir do trabalho na gestão em saúde, trata-se de incorporar uso, produção e afecção de e com imagens dentro do trabalhar.



Fotografia produzida por L.: “Ah, não sei... aqui eu acho que pensei que a gente quase não vê vida dentro do prédio em que trabalha... mas ela reflete nas paredes, nos vidros, estão vendo?”

E a fotografia, principalmente com a sua crescente democratização, tem ocupado um lugar por excelência não somente de eventos importantes na vida familiar e social, como também de propor enquadres para o vivido; vivência que vira *souvenir*. (SONTAG, 2004)

Se fotografia é produção, então todo o processo que ela envolve (o ato e a intervenção fotográfica) é igualmente produzido; não existiria em parte alguma do real se não fosse por esta intervenção específica, este encontro específico e inusitado entre o sujeito e seus modos de ver. Neste sen-

tido, os efeitos das produções nessa oficina vão na direção de Dubois, pois se “coloca a noção de processualidade e de intencionalidade, tomando a fotografia não apenas como uma produção ou registro de verdade” (OLIVEIRA *apud* TITTONI, 2009, p. 113).



Fotografia produzida por N.

São aparelhos nas mãos de pessoas que terão a oportunidade de refletir visualmente sobre os aparatos das relações de poder. Enquadrar, criar, clicar (capturar) uma cena pode contribuir para a problematização da sua própria condição de sujeito, inaugurando outros caminhos de dizer da sua relação com o seu trabalho, por exemplo. Sua perspectiva, desde a qual se falava, pode ser agora estranhada, a partir de outro lugar, talvez mais visibilizada ou não; mas certamente já no meio do jogo de visibilidades, dizibilidades, invisibilidades e indizibilidades.



Fotografia produzida por J.: “Esses são nossos usuários, estão no centro da mandala do DAS! Mas quis pegá-los assim, bem de pertinho para dar esse efeito.”

A fotografia convoca o seu autor a viver, pensar e brincar com a sua realidade, conforme dizia Flusser (1985): o termo “aparelho” (fotográfico, filmico) aparece como sendo um “brinquedo que simula um tipo de pensamento.” (FLUSSER, 1985, p.9) Simulacro, poderíamos dizer: produção de imagem marcando ou inaugurando formas de pensar, de ver. Não se negam os possíveis referentes; estes existem, a função representação existe. Com a diferença de que, no simulacro, não constituem objetivo final, mas brincam e flertam com ele, podendo tomar caminhos mais desviantes - e menos fiéis aos possíveis referentes. Flertar com a diferença durante o processo de produção de imagens, seja na diferença do que se pretende criar como imagem e do que realmente sai/acontece; seja no momento em que a minha imagem produzida se encontra com a do outro, produzindo

ali uma narrativa que pode ou não ter espaços maiores entre si: de entendimento, produção de sentidos comuns do fazer, estranhamentos, entre outros.

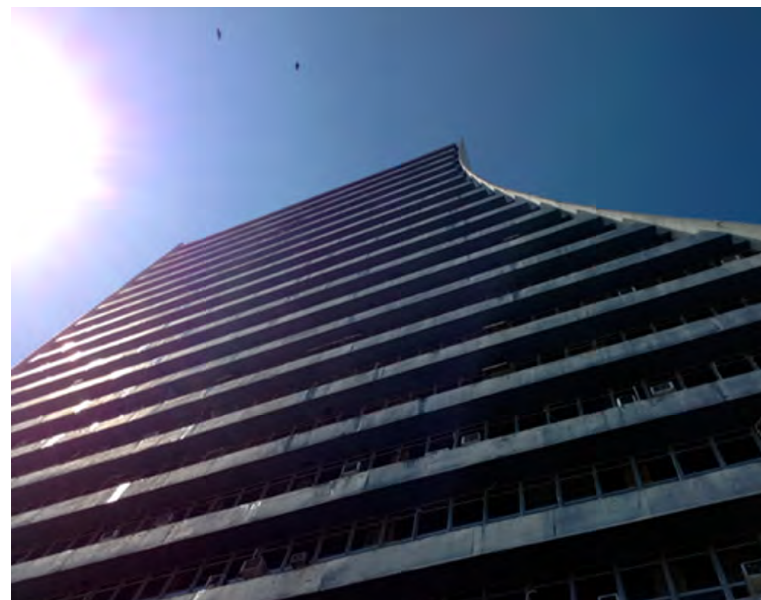


Fotografia produzida por A.: “Bah, mais gente teve a mesma ideia de fotografar o extintor de incêndio!”

Kehl, a respeito da discussão sobre a potência da imagem, sustenta que “em um mundo estabilizado pela força da imagem, não há o que inaugurar.” (KEHL, 2004) Pois bem, a relação que a autora coloca com a imagem é a de representação do real (semelhança). Não é dessa relação com a imagem que falamos neste estudo; e sim, de uma relação de similitude, conforme explica Foucault acima: de simulacro, errante e desviante na produção de si. Neste sentido, há sempre o que se inaugurar. Em “Theatrum Philosophicum” (FOUCAULT *apud* SALES, 2006) Foucault problematiza conceito de verdade da seguinte forma: “a verdade não se opõe aqui ao erro, mas à falsa aparência” (p. 5). Olhar uma segunda, terceira, quarta vez para um personagem ou uma

cena permite um encontro cada vez diferente e inusitado com o que se produziu tantas vezes. E cada vez será algo verdadeiro daquele momento e, talvez, íntimo demais para ser revelado em grupo; e também, por que não, rico demais para ser experimentado individualmente.

Foucault (1988) faz uma diferenciação entre semelhança e similitude, que, ao nosso ver, é o ponto culminante do seu livro. Diferentemente da função de semelhança, que é um recurso da pintura clássica e, portanto, pura representação, reprodução, pois “faz reconhecer o que está muito visível” (FOUCAULT, 1988, p.63), a obra de arte similar trabalha com uma noção de simulacro, pois não se pretende representar um objeto, e sim, percorrer e circular por diferentes versões de um mesmo objeto. A incerteza é que possibilita a liberdade de relação entre as coisas; forma-se uma rede aberta de sentidos. “A similitude multiplica as afirmações diferentes, que dançam juntas, apoiando-se e caindo umas em cima das outras.” (FOUCAULT, 1988, p.64) Similitude tem relação com o que está escondido, invisível, indizível e pressupõe a condição de um espaço vazio, da possibilidade do encontro com o diferente para o surgimento dessas relações. Destitui-se o lugar-comum e abre-se espaço para o que não tinha lugar anteriormente.



Fotografia produzida por V.: “Aqui é onde a gente trabalha mas visto de outro jeito.”

Considerando o trabalho na gestão, foi possível abrir outros caminhos e discursividades sensíveis para problematizar as práticas. As imagens produzidas individualmente, agora vislumbradas no coletivo, vão ganhando novas dimensões e possibilitando que os trabalhadores da gestão se coloquem outras perguntas (éticas enquanto reflexivo-críticas) e desviem um pouco o seu olhar, ora angustiado com a falta de materialidade que a vivência na gestão pode suscitar, ora sentindo-se um tanto longe do trabalho realizado na assistência em saúde como meta última (acompanhamento ao usuário do SUS).

Talvez se possa entender a sustentação do tempo de toda uma semana de planejamento, juntamente com o exercício de sustentação de um olhar desviante sobre as práticas na gestão em saúde como formas de resistência à obriedade e automatismo abstrato do trabalho, pois as

imagens produzidas pelos próprios trabalhadores da gestão colocam em evidência alguns estranhamentos sobre suas especificidades.

Poder produzir brechas porosas, por onde possam escapar os sujeitos produtores (de si) para encontrar outros sentidos possíveis do fazer em gestão, torna-se uma maneira de reinventar o próprio lugar de trabalhador nessa esfera. Transformar, ludicamente, in-gestão, cogestão, di-gestão em gestação de formas inventivas de ser e estar no mundo do trabalho.

Referências

CAMPOS, G.W.S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800002>. Acesso em: 19/11/2014.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

DUBOIS, Philippe. **O ato fotográfico**. Campinas: Papirus, 1994.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **Isto não é um cachimbo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

FLUSSER, V. **Filosofia da caixa preta**: ensaios para uma futura filosofia da fotografia. São Paulo: Hucitec, 1985.

GUATTARI, F. **Caosmose**: um novo paradigma estético. São Paulo: Ed. 34, 1992.

HARVEY, D. O capital reunido (Cap. 2). In: _____. **O enigma do capital e as crises do capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2011.

KEHL, M.R. Imagens da violência e violência das imagens. **Sinopse**, revista de cinema, v.6, n. 10, dez. 2004, p. 68-75.

LAZZARATO, M.; NEGRI, A.. **Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

MARX, K. Trabalho alienado e superação positiva da autoalienação humana. In: FERNANDES, Florestan (Org.). **Marx-Engels (História)**. 3. ed. São Paulo: Ática, 1989, p. 146-164.

SALES, A.C. Platão e o simulacro: a perspectiva de Deleuze. **Revista Univ. Rural**, Sér. Ciências Humanas. Seropédica, Rio de Janeiro, EDUR, v. 28, n. 21, jan-dez, 2006, p. 01-08. Disponível em: <<http://www.editora.ufrj.br/revistas/humanasesociais/rch/rch28n1-2/1-8.pdf>>. Acesso em: 19 novembro 2014.

SONTAG, S. **Sobre fotografia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

TITTONI, J. (org). **Psicologia e fotografia**: experiências em intervenções fotográficas. Porto Alegre: Ed. Dom Quixote, 2009.

Percursos para a produção do aprender e atender na Atenção Básica desde a gestão estadual do sistema de saúde

*Alexandre Amorim, Alessandra Charney,
Ricardo Burg Ceccim*

Aprendo mais com abelhas do que com aeroplanos.

É um olhar para baixo que eu nasci tendo.

é um olhar para o ser menor, para o insignificante que eu me criei tendo.

O ser que na sociedade é chutado como uma barata - cresce de importância para o meu olho.

Ainda não entendi por que herdei esse olhar para baixo.

Sempre imagino que venha de ancestralidades machucadas.

Fui criado no mato e aprendi a gostar das coisinhas do chão -

Antes que das coisas celestiais.

Pessoas pertencidas de abandono me comovem: tanto quanto as soberbas coisas ínfimas.

(Manoel de Barros)

Da ciência que (achamos que) fazemos e de sua relação com o atender em saúde

Nos textos científicos tradicionais as abordagens se aproximam (ou tentam aproximar-se) de formulações e análises inspiradas na neutralidade, evidência e isenção dos métodos. Essas generalizações (ou universalizações) impõem dificuldades em trabalhar com temas como a gestão ou a atenção em saúde, uma vez que ambas exigem, para sua operação mais profícua, uma análise da implicação dos sujeitos, de seus fluxos de desejo e de seus movimentos, que tendem a variar em contexto, sentidos e significados, sendo, portanto, plurais, a despeito de quaisquer permanências ou hegemonias. A diretividade ou a ausência de direção perdem a condição de condução do trabalho, condução muito mais presente na “construção de coletivos organizados”, seja pela potência resultante da composição com a pluralidade e sua capacidade de fazer emergir singularidades e fazer ver e deixar vir “minoridades”, seja pela rejeição e oposição que processos autoritários recebem como contraparte viva daquilo que pretendem controlar, comportar, encerrar. A construção de coletivos organizados também opera em redes, uma vez que é por seus efeitos de composição que indivíduos e instituições “capoeiram” (o jogar da capoeira), isto é, interagem sem subordinação, estabelecendo o confronto entre iguais, onde deve sobreviver as forças da potência ou a vitória das forças ativas, mas não as forças do poder (hegemonia das forças reativas) ou a derrota das forças ativas.

No entanto, o formato pelo qual (ou a formatação com a qual) somos educados estrutura nosso aprender e não favorece esta crítica ou esta prática em nossos campos de trabalho. Teríamos de desaprender certas formas, para aprender com outras abordagens e compor coletivos de aprendizagem mais vivazes. Habitamos a iniquidade social,

os postos e lugares de poder, habitamos saberes antecedentes e linhas duras de manutenção das práticas e conhecimentos tradicionais ou hegemônicos. Essas “habitações” funcionam como máquinas de captura (controle, comporta, encerramento): do singular; do múltiplo, na pluralidade; do minoritário, diante de hegemonias; e do devir, em nome de regras e técnicas prescritas. A instabilidade e a imprevisibilidade, todavia, inundam inexoravelmente nossos cotidianos e as intencionalidades das políticas de saúde envolvem atores tão diversos como gestores, trabalhadores, corporações, instituições de ensino, usuários, movimentos sociais, partidos e organizações religiosas ou morais, assim, não se domina um processo de trabalho por sua vigilância diretiva ou prescritiva, mas se aposta ou não na construção de coletivos. Conforme Capra (2011), a construção de coletivos organizados de produção da saúde não se extingue quando uma equipe dirigente se afasta ou perde o lugar de condução, suas potências se rizomatizam no seu pensar-sentir-querer onde estiverem ou vierem a estar em atuação. Perde-se a condução de um trabalho, não sua potência de proliferação.

Mostra-se essencial, então, lançarmo-nos ao agenciamento coletivo de enunciações, à elaboração de dispositivos, aos caminhos nômades de construção do conhecimento, à cartografia das forças de vida que mobilizem desejo e alegria. O “possível” deixa de ser o arranjo dos limites dados para se tornar a confecção das margens interessantes à potência. A “problematização” das questões e conceitos surge como linha de fuga para *reaprender* e para criar olhos-ouvidos-corpos novos. Para o trabalho em saúde, a condução assim disposta assume papel animador, já que podemos antever a emergência de contribuições e o convite às interações, a modificação de nosso pensar-sentir-querer para além do cristalizado e do instituído. Para problematizar o modelo biomedicalizador, por exemplo, precisamos aceitar

nossa inconformidade com o mesmo, aceitar o desajuste de nosso corpo físico e sensível ao conjunto de suas regras. Aceitar essa inconformidade e desajuste em nós, pois não se trata de uma fala sobre o(s) outro(s). No tombamento da Bastilha ou no tombamento do muro de Berlim, foram mundos que tombaram, não foram aspectos da forma ou da geografia do bairro, cidade ou país, foram mundos em que nos inseríamos que tombaram, arrastando valores, regras morais, direitos sociais etc. para outras posições e outros possíveis.

Na condução do trabalho em saúde, se tomarmos a pirâmide da racionalidade gerencial hegemônica ou dos modelos tecnoassistenciais que descrevem unidades de nível primário abaixo de unidades de nível secundário e, ambas, sob o topo do hospital, o que sobrevêm? Falamos em redes, mas desenhamos o trabalho em organogramas e fluxogramas piramidais. Qual a consequência desse pensar-sentir-querer, assim projetado?

O trabalho em saúde ou a educação da saúde assim projetados se fixam em procedimentos tecnológicos, corporativo-centrados, amplamente modelizadores e de reserva de mercado, reforçando um traçado medicalizador da vida e saúde. (CARVALHO & CECCIM, 2006, p.137) A *fragmentação*, como modo organizador do trabalho ou da educação, avança na dicotomia entre ciências básicas ou biológicas e as ciências profissionalizantes ou clínicas, assim como no desenvolvendo de práticas pedagógicas que privilegiam o acesso à informação em detrimento de um processo de produção do conhecimento a partir da experiência. O impacto da atenção medicalizada e do aprendizado fragmentado é a verticalização, o uso do comando e o baixo desenvolvimento de autonomias ou da capacidade de invenção. Sobressaem as informações sobre doenças e adoecimentos na população, mas não as práticas cuidadoras ou de inte-

gralidade; a assistência hospitalar, mas não a atenção básica, as “evidências científicas”, mas não as interfaces sociais.

Como substituição ao modelo medicalizador e fragmentado, de herança hospitalar e escolar-tradicional, coloca-se a “educação permanente em saúde” e as “redes de atenção em saúde”, reordenação das políticas de saúde, deslocando o eixo de aprendizado da internação hospitalar para o território vivo onde pessoas e grupos atuam suas vidas e para as linhas de cuidado que constituem itinerários terapêuticos. Porém arrasta-se um ideal imediatista de uma clínica que se faz por queixa-conduta e de uma educação que se faz por treinamento-capacitação, tentando-se a todo custo uma gestão que não se refere a uma realidade “existente”, senão uma realidade “fantasiada”. Organizam-se programas, conforme incidências e prevalências; organiza-se uma rede assistencial, conforme níveis e conforme localizações geográficas. Habilita-se/prepara-se gestores e distribui-se trabalhadores. Os usuários que se ajustem. Nesta prática não há margem de absorção das suas linhas de fuga como parte do projeto gerencial e formativo, linhas que restarão como resistência e reserva de criação. A mera ocupação dos espaços da atenção básica não necessariamente transforma a clínica. É preciso investir potência em movimentos disruptores. Não há movimento sem recomposição de itinerários. A colagem de modelos sobre realidades não contribui para a ressingularização das práticas, uma vez que tal desafio “depende de uma prática com as coisas, o que envolve utilizá-las, modificá-las e até destruí-las.” (KASTRUP, 2001, p.216)

Faz-se necessária uma prática de gestão-educação que atraia trabalhadores da atenção e da coordenação para o desejo de um saber não-pronto, ou seja, para um mundo desconhecido onde lhe seja possibilitado fazer contato e, através de seu estranhamento, produzir conhecimentos e

competências “capazes de serem um meio de exercício da liberdade de fazer diferentemente, de ser diferentemente, de inventar a si e também um mundo.” (KASTRUP, 2001, p.221) Sendo assim, o desafio da gestão para a mudança no aprender e atender é o de desenvolver uma proposta que se movimenta para a problematização; para a construção de coletivos organizados; para a desaprendizagem de prescrições, valores antecedentes e metanarrativas; coloque relevo nas miudezas e minúcias de uma atuação, uma atenção, uma educação.

Corrompendo o silêncio das palavras: a escolha do menor

Como percorrer as sinuosas trilhas do (re)pensar? Como ensinar a interface gestão-e-atenção numa gestão estadual da atenção básica? Como trazer a tona as insignificâncias e impertinências ao fazer gestão estadual orientada pelas redes de atenção básica e pelos territórios de vida? Aprender com abelhas, olhar pra baixo, flertar com as coisas do chão, convocar o ínfimo, enfim, tecer uma condução política e gerencial com o “menor”? Era inadiável fabular: reunir atores, estabelecer laços, entrelaçar, conversar, ouvir, conectar, ativar, enredar, “enredear”, permitir fluxos transformadores que ao nos atravessarem possibilitam rupturas permissivas.

Diversos acontecimentos singulares na experiência de gestão na Coordenação Estadual da Atenção Básica foram marcados pela sua interessante articulação com diversos estudantes, residentes e professores que fizeram parte significativa do último ano de gestão. Os cursos de graduação e pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul tiveram parte nisso. Durante este movimento, o desafio de trabalhar com uma informação

sobre o que era e como poderia ser conduzida a atenção básica. Narrar a atenção básica por suas diretrizes e mapas analíticos, contar das tarefas de reordenamento da atenção à saúde e da produção de compartilhamentos entre os saberes, práticas e afetos dos trabalhadores da gestão.

Nas miudezas e minúcias deram-se encontros impertinentes, insignificantes brechas, ínfimas tessituras, blocos de sensação, testemunhos, incômodos, desconfortos. Compreendendo que as políticas públicas de saúde não são “objeto natural e sim uma forma de territorialização que se estabelece mediante uma série: Estado, direito, população, governo” (BERNARDES & HILLESHEIM, 2012, p. 370), e que, como todo território, necessariamente oferta linhas de fuga, buscamos aqui, neste pequeno experimento textual, desenhar o aumento de potência ou os campos de possível da gestão na Atenção Básica.

As orientações governamentais são para transformar as práticas de gestão e da clínica, tendo como principal foco a Atenção Básica, sucedendo optar por “determinadas delimitações dos problemas de saúde e por determinadas estratégias de ação no âmbito institucional”, elas mesmas “politicamente determinadas.” (CAMPOS, 1994, p. 23) Traçamos, então, o menor, o não determinado, não determinante. Esta opção (ou intencionalidade) pode ser melhor demonstrada pela tentativa de recriação conceitual, permitindo visibilidade ao menor, às linhas de fuga, às coisinhas (que nos tornam mais potentes).

O menor, aqui colocado, não é uma forma estável ou que existe em uma relação de oposição a algo grande, maior. O menor - como expressão de linhas de fuga - pode ser narrado como força implacavelmente transformadora e intrinsecamente relacional, já que tornar-se menor (ou minoria) se produz dentro de (e intrinsecamente a) um território existencial maior (ou de maioria). Deleuze e Guattari

(1977) tomam Kafka como referencial, designam por *Literatura Menor*⁵⁴. Este experimento textual deverá permitir migrar do desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo (*o campo de compreensão das políticas públicas estaduais*) para as insistências do menor ou de suas *linhas de fuga*.

A “literatura menor” é política, coletiva, revolucionária. Ao mesmo tempo que produz um espaço de desterritorialização de um terreno, mapeia outro. De acordo com Deleuze e Guattari, a “literatura menor” mapeia o movimento desta desterritorialização; como tal, é uma literatura do povo; como tal, é também completamente política. “A máquina literária toma assim o lugar de uma máquina revolucionária por vir, de modo algum por razões ideológicas, mas porque só ela é determinada a satisfazer as condições de uma enunciação coletiva que falta por toda outra parte nesse meio.” (DELEUZE & GUATTARI, 1977, p.37) Uma experiência de gestão pode produzir percursos pedagógicos para o aprender e atender “menores” em Atenção Básica?

“A normatividade social atualmente presente na saúde impulsiona à busca constante e interminável por cuidados em saúde - preventivos, promocionais, de tratamento e cura ou ainda de expansão da vitalidade.” (LUZ, 2011, p.302) Cuidados estes associados à interposição maciça do instrumental tecnológico dos aparelhos, da farmacoterapia ou farmacoprevenção, da cirurgia, das terapias comple-

54 “Uma literatura menor não é a de uma língua menor, mas antes a que uma minoria faz em uma língua maior (...). A língua aí é modificada por um forte coeficiente de desterritorialização. (...) A literatura menor é totalmente diferente: seu espaço exíguo faz com que cada caso individual seja imediatamente ligado à política. (...) O caso individual se torna então mais necessário, indispensável, aumentado ao microscópio, na medida em que uma outra história se agita nele. (...) O que no seio das grandes literaturas ocorre embaixo (...), aqui ocorre em plena luz; o que lá provoca um tumulto passageiro aqui não provoca nada menos que uma sentença de vida ou de morte.” (DELEUZE & GUATTARI, 1977, p.25-26)

mentares e integrativas, das dietas e das terapias de comportamento. Verifica-se a presença maciça de conhecimentos e práticas de intervenção em saúde que se baseiam e justificam puramente na ciência moderna e na idéia de que o desenvolvimento se dá com a superação do passado e na ruptura com o mesmo, negando suas origens históricas, culturais e, principalmente, imaginárias. A rede de serviços de saúde atende a esta captura do “ser saudável”. Então, ter saúde, ou pelo menos estar em busca do ser saudável deve atender às grandes normas, não à ordem do menor, onde muitas vezes está a sobrevivência de nossa saúde.

É comum encontrarmos serviços de saúde com práticas hegemônicas de serialização dos encontros usuário-trabalhador, eminentemente prescritivas, programáticas, de ajustamento à saúde dos grandes. Na Atenção Básica este cenário se exemplifica com as ações programáticas e outros procedimentos oferecidos de acordo com uma agenda fixa e rígida, redução da diretriz do acolhimento a apenas sua dimensão de organização espacial e de triagem com foco restrito na minimização das filas, discussão de territorialização apenas como critério de adscrição de clientela, grupalização dos usuários por patologias, palestras como modelo de educação em saúde, reuniões de equipe informativas que reforçam o aspecto verticalizador das relações de gestão. O cotidiano de trabalho está fragmentado entre os diversos profissionais da saúde que, trabalhando em uma mesma unidade, não desenvolvem sua potência relacional para a produção de um *trabalhador coletivo*. (MERHY, 1997, p. 126)

Porém, o real é complexo, híbrido, intenso e caótico, o imprevisível está sempre em cena, nas bordas de tudo há a traição das formas dadas. Dúvidas e invenções insistem em escapar das certezas e regularidades organizativas dos serviços e das práticas instituídas aos trabalhadores da saúde. No real a construção do trabalhador coletivo ou dos

coletivos organizados de produção da saúde pedem passagem, legitimidade, comunicabilidade e cumplicidade.

Tornar o aprender e atender mais intenso e sensível à profusão de planos de necessidades em saúde não catalogáveis que pedem passagem é um desafio da gestão que quer a expansão da Atenção Básica, mesmo porque precisa ser conduzida com fluidez, de maneira rizomática e em coletivo. Os aspectos gerenciais e estruturais de gestão de uma política pública, neste caso a Política Nacional da Atenção Básica, inegavelmente existem e tem sua engrenagem garantida na máquina pública. Então damos o próximo passo, vamos adiante: abrir brechas, linhas de fuga por onde extravase o menor da gestão - a discussão de uma saúde das coisas menores e frágeis, das redes menores e potentes, dos corpos em linhas de fuga e de uma gestão para a guarida desse aprender e atender.

Como, na condição de gestor de uma política pública estadual, disputar por coletivos de trabalhadores e pela emergência de coletivos de trabalhadores que permita a explosão de potências que rompem com o instituído e dão passagem aos fluxos, plenos de pensamentos, sentimentos e desejos. Para esta disputa, consideramos criar novos agenciamentos de produção de encontros entre ensino-serviço, entre gestão-trabalhadores e entre gestão-gestores, com maiores graus de potência, portanto, de liberdade, com o propósito de desenvolver rizomas⁵⁵, já que a invenção não pode se efetivar na “estrutura que permanece rígida sobre o império da norma.” (FRANCO, 2013, p. 228)

55 Os sistemas em “rizoma”, termo tomado de empréstimo da botânica, aqui definem sistemas que, ao contrário dos diagramas arborescentes que procedem por hierarquias progressivas, podem derivar infinitamente e estabelecer conexões transversais sem que se possa centrá-los ou cercá-los. (GUATTARI & ROLNIK, 2005, p.387) “Um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo.” (DELEUZE & GUATTARI, 1995, p. 20)

No desenvolvimento de rizomas cabe citar: apoio de docentes da área de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) às discussões, práticas e produções de conceitos relacionados à função de apoio institucional e à função de avaliação e monitoramento de indicadores da Atenção Básica; integração dos trabalhadores da Coordenação Estadual da Atenção Básica (CEAB) como preceptores e tutores de residentes da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da UFRGS e da Residência Integrada em Atenção Básica na Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS); compartilhamento de falas com docentes da Saúde Coletiva da UFRGS na imensa maioria de mesas e outros espaços de encontros; participação dos trabalhadores da CEAB em grupos de pesquisa em Saúde Coletiva da UFRGS; espaços permanentes de encontro com gestores da Atenção Básica das Coordenadorias Regionais de Saúde e, regionalmente, entre gestores municipais da Atenção Básica; apoio ao Programa Mais Médicos para o Brasil através do exercício de uma política de convivência com todos os atores envolvidos; entre outros.

Todo aprender e atender é complexo e exige que nos mantenhamos abertos à trama de fluxos - visíveis e invisíveis - que atravessam os meios, os tempos e os indivíduos implicados em tais encontros. Exige que nos mantenhamos disponíveis intelectualmente e sensíveis às potências intensivas e intempestivas geradas em um processo de encontro envolvendo problematizar, desaprender e inventar. Nesta perspectiva, cabe à gestão “fabricar” múltiplos espaços de encontros, conexões e fluxos. Criar zonas de troca entre os agentes da gestão, academia, trabalhadores e usuários, pois são a fonte de produção da realidade, vida produtiva que se organiza pelas relações, segundo “conexões realizadas pelas pessoas que estão em situação e se formam em linhas de fluxos horizontais por dentro das organizações.” (FRANCO, 2013, p.226)

Uma gestão para o aprender e atender em Atenção Básica, potencialmente afirmadora dos “atores” em seus territórios de trabalho, produção de existência, resistência e criação não se finaliza (ou finaliza muitas vezes), abrindo/reabrindo pontos de partida plurais sistematicamente. Precisamos da gestão - nestes enfoques (aprender e atender) - assim, sempre em processo, sempre em ruptura da inércia do que tende a permanecer, sempre em movimento, sempre em hibridização.

Assim, sem pretensão de esgotar a temática ou mesmo atingi-la em sua ilimitada e peculiar profundidade, esperamos poder compartilhar a compreensão da Atenção Básica como resposta cotidiana e sensível às necessidades sociais em saúde, disseminada em território, não em unidades cativas como um hospital ou uma unidade básica de saúde. A proposição de acoplamentos novos, bricolagens impensadas, instauração de brechas e o (re)pensar da educação e da atenção em saúde requerem ousadia numa perspectiva ativa, subversiva, rebelde ou mesmo de insurgência.

Uma característica das literaturas menores é que tudo nelas é político⁵⁶

Compartilhamos com Félix Guattari, a ideia de que nesta “era”, no momento histórico em que nos encontramos, singularizar⁵⁷ é um atrevimento. Exercícios de autoprodução - atrevimento e singularização - aumentam nossas chances de sucesso na invenção de “revoluções

56 DELEUZE & GUATTARI, 1977, p.36.

57 Entendido aqui como processo de resistência aos empreendimentos capitalísticos de nivelção e aprisionamento das subjetividades. É desfazer-se dos sistemas modelizadores e permanentemente recusá-los.

moleculares.”⁵⁸ (GUATTARI, 1987) É preciso que desenvolvamos mecanismos - éticos, estéticos e políticos - que nos permitam impulsionar transformações reais, mediante o estabelecimento de transversalidades e conexões entre atores - docentes, profissionais, estudantes e usuários - que ativem a capacidade de tais atores intervirem de maneira criativa no pensar, sentir e querer aprendido e cuidado em saúde.

Desta forma, partindo de movimentos desejantes que abram mão dos poderes cristalizados e hegemônicos e construam outros tipos de relação - híbridas e mestiças - entre profissionais, professores, acadêmicos e comunidade, desenvolvemos a capacidade de inventar novos mundos e saídas não burocráticas para a invenção da saúde no Brasil. A mudança leva a um território inédito, desconhecido, o que inevitavelmente gera uma sensação inicial de desorientação, de desconforto, de estranheza. O processo de transformação inicia-se não quando se reconhece, mas quando se estranha, problematiza. Segue-se então para a fase de invenção e “a invenção é sempre invenção de novidade sendo, por definição imprevisível.” (KASTRUP, 2001, p.208)

Referências

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 29-87.

CAPRA, M.L.P. **A educação permanente em saúde como dispositivo de gestão setorial e de produção de trabalho**

58 Termo também trazido por Félix Guattari, o “molecular” aqui é a ordem dos fluxos, dos devires, das transições de fases e das intensidades.

vivo em saúde. 2011. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Educação, Grupo Temático de Educação em Saúde. Porto Alegre: UFRGS, 2011.

CARVALHO, Y.B.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006, p. 137-170.

CECCIM, R. B. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: MEYER, D. E. E. (org). **Saúde e sexualidade na escola.** 3a ed. Porto Alegre: Mediação, 2006. p. 37-50.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Kafka: por uma literatura menor.** Rio de Janeiro: Imago Editora, 1977, p.25-42

_____. **Mil platôs:** capitalismo e esquizofrenia, vol. 1. São Paulo: Ed. 34, 1995.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde:** textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

GUATTARI, F. **Revolução molecular:** pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1987.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica:** cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 2005.

GUAZZELLI, B.A.; HILLESHEIM, B. Insistência em minorar: reflexões sobre políticas públicas e saúde. **Avances en Psicología Latinoamericana,** v. 30, n. 2, 2012, p. 369-380.

KASTRUP, V. Aprendizagem, arte e invenção. In: LINS, D. **Nietzsche e Deleuze:** o pensamento nômade. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

LUZ, M.T. Questões e desafios colocados para o estudo das racionalidades médicas e das práticas de saúde na atualida-

de: ensino, pesquisa e exercício da atenção profissional em serviços. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR, A. G. S.(Orgs.). **Cidadania no cuidado:** o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ, 2011, p. 295-303.

MERHY, E.E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R. **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005, p. 195-206.

Onde Queremos Estar?: Potências de um Delírio Informe ou o Encontro entre o Superficial e Concreto, a Visita e a Imersão, ser Intruso ou Pertencer⁵⁹

Daniel Fernandes, Bruna Rocha, Ariana Kereski, Cleonice Gama, Danielle Silva, Josiele Bretanha, Katieli Gonçalves, Liana Peixoto, Pamela Radl, Savana Rocha, Thaíse Fernandes, Vanda Muller

Onde queremos estar? Alguém já nos perguntou? Será que alguém ouviu?

Estar na CEAB e deixar de estar, nos leva a momentos de diferentes ações e diferentes reflexões. Surge então, de vários lados, a ideia/necessidade/desejo/vontade de falar sobre estas vivências, e num movimento conjunto dos residentes passamos a construir este relatório, ou melhor, este delírio coletivo, tentando transmitir em palavras o sentimento que nos foi provocado com o passar dos dias e que nos acompanhou durante essa trajetória.

⁵⁹ Texto do relatório coletivo produzido pelo grupo de residentes da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul após estágio na Coordenação Estadual da Atenção Básica e entregue aos seus trabalhadores.

A vivência de estágio na Coordenação Estadual da Atenção Básica foi marcante, de tal forma que é possível dizer que, uma vez ter passado por ela, não somos mais os mesmos. Escrever sobre isso, então, torna-se um imperativo. Para que se registre e se comunique o efeito deste momento em nossa formação; para que, a partir da publicação deste efeito, possa-se continuar pensando como potencializá-lo; para que possamos, através do exercício da escrita, processar e refletir acerca do que se passou conosco e metabolizar a experiência.⁶⁰

Necessitamos colocar as ideias pra fora, deixando que elas oxidem com a presença do ar e, intuitivamente, se reordenem formando um desenho formado por palavras que aos poucos vai sendo decifrado aqui.

Porém, embora tratemos de um processo de grande intensidade, não é nada fácil converter essa experiência em palavras. As transformações e registros ocorridos se dão por outra via, que não se traduz bem em uma escrita “formal”. De modo a conseguir “dar língua” para algo de uma “intensa sutileza”, algo que poderia não ser “audível” sob outra forma de relato, nos propomos, então, a uma escrita delirante. Acreditamos que assim possamos atingir (e atravessar) barreiras institucionais, permitir que os sentidos escapem, transbordem e produzam brechas.

Essa postura de “transbordar da língua”, “escapar da formatação”, está muito ligado a um importante elemento dessa vivência formativa - um certo “desformar”, uma maneira de se construir enquanto profissional que conseguimos vivenciar aqui e que vai numa direção diversa do que “dar uma forma”.

Esse relatório é sobre o disforme. Sobre aquilo que

60 Embora a produção de um relatório coletivo não seja nenhuma exigência formal, tornou-se para nós, em decorrência dos pontos acima expostos, uma necessidade ética.

não cabe num papel e por isso sente a necessidade de ocupar outros territórios. Sobre a necessidade de costurar asas nas vivências aqui vividas. Sobre a vontade de dar movimento e suingue aos pensamentos que, apesar de cambaleantes, inventaram a sua própria maneira de se expor e que aqui será apresentada.

Pedimos licença aos duros e incapazes de ouvir a música que aqui toca, para que se sentem e se permitam. Aos dançarinos da vida, o pedido é que nos ajudem a arrastar o sofá e a ajustar o passo daqueles que se arriscam a dar um passo além. Mas não se trata de festa. Trata-se de vida extra-formalismo.

Falemos então da formação que nos trouxe até aqui. Quem são essas estranhas figuras - residentes - que chegam para um estágio de gestão no CEAB?

A realidade do até então R1 - designação para o residente que se encontra em seu primeiro ano de residência - é marcada, na maior parte das vezes, por ser tomada por atividades mais “mecânicas”, pela “rotinas de setor”, por uma intensa “divisão entre teoria e prática”, por um forte atrelamento a um saber nuclear, e pela solidão. A vivência dos “campos tradicionais” tende a ser muito mais procedimental, e o personagem residente encontra sua forma de ocupá-lo, no mais das vezes, recorrendo a uma identidade profissional nuclear: fazendo aquilo que supostamente sabe, visto ter uma formação específica para isso.⁶¹

61 Coisa engraçada é essa. Entra-se na esperada universidade e durante alguns anos liquidifica-se alguns conhecimentos necessários para receber tal titulação e, quando a gente menos espera, BUUUM! Alguém te dá um papel que em letras miúdas te avisa que és um profissional de saúde. Mas espera aí, meu senhor! Quem disse que o que você me forneceu, (e que foi engolido e digerido na hora prescrita, nos dias recomendados, respeitando os intervalos preconizados) chegou com os exatos X\$&mg/ml necessários para eu me tornar isso que aqui tá escrito? E os nossos metabolismos de primeira passagem completamente disformes? Ninguém leu a nossa bula?

A segurança e determinação que as barreiras de certo saber causam também geram isolamento; não sabendo por onde construir a tal interdisciplinaridade (ouça-se, distante, o eco de uma esperançosa voz que ainda clama - louca! - transdisciplinaridade...), visto que todo sair do “seu saber” o coloca em contato com sua ignorância, e toda possibilidade de construção do comum aparenta (e por que não?) uma invasão de barreiras e (e por que não?) um questionamento do “fazer como se faz” e do “saber tal como se sabe”, a tendência é que os contágios não aconteçam

E eis que dá-se uma quebra entre o “De onde viemos” e o “onde chegamos”:

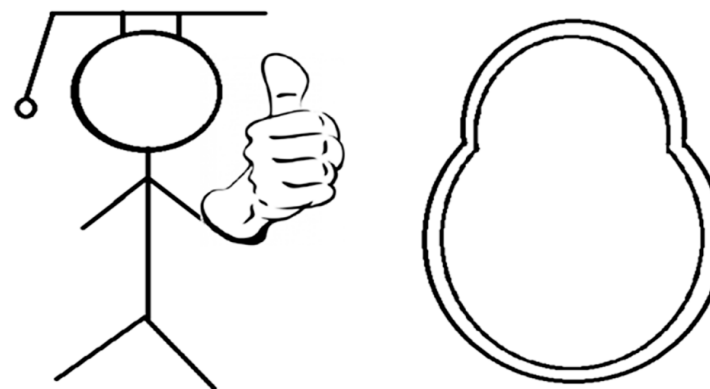
Residente da máquina pública, um (1) ano, solteiro, a procura de relacionamentos internucleares estáveis⁶². Status atual: Em metamorfose. Com um (1) ano de idade, o indivíduo já detém um número suficiente de sinapses que lhe permitem executar suas tarefas vitais⁶³. As mesmas sinapses inclusas em indivíduos adultos. Trabalhadores de saúde são indivíduos adultos e, portanto fazem sinapses. No entanto, são trabalhadores da máquina pública se, e somente se, fizerem sinapses adequadas ao setor público. Setor público que contrata trabalhadores de saúde, assim como

62 A estabilidade não é o melhor descritor para esta proposta, visto que as mais potentes relações internucleares com as quais a presente discussão se concerne são caracterizadas pela instabilidade que lhes mantém em um estado de permanente reconstrução.

63 Cabe aqui uma ligeira digressão reflexiva. As tarefas que esse acúmulo de produções sinápticas prévias são aquelas suficientes a sua sobrevivência no disputado e selvagem campo da saúde. As atividades vitais (referentes, mais do que a sua sobrevivência, a sua vida) dependem mais do movimento de produção de novas sinapses do que da existência de contatos prévios.

residentes. Residentes são divididos em núcleos. Como amebas. Núcleos são formados por trabalhadores de saúde. Amebas não tem núcleo. Trabalhadores de saúde são os mesmos que fazem sinapses. A princípio. Núcleos são formados por trabalhadores de saúde unidisciplinares. Como amebas. Amebas são seres unicelulares. Como núcleos. Amebas são necessárias ao mundo. Como núcleos. Mas o mundo não se centra em amebas. O mundo do trabalho se centra em núcleos. Como amebas.

Figura 1: A ameba e o trabalhador de saúde



A ameba e o trabalhador de saúde:

Trabalhadores de saúde tem o polegar opositor e o chapéu. Amebas não tem chapéu.

Muito menos, um polegar. Polegar era uma banda da década de 90.

Mas “após sucessivas explosões nucleares” (como já diriam Maestro Pletskaya & Kraunus Sang) Eis que chegamos a mais um estágio OBRIGATÓRIO para sermos HABILITADOS como profissionais ESPECIALISTAS EM ATENÇÃO BÁSICA. Campo de formação: COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO BÁSICA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO lotado no IMPONENTE Centro Administrativo Fernando Ferrari.

...

Feita as apresentações formais exigidas ao restrito e finito mundo profissional podemos afrouxar as gravatas, tirar os sapatos e olhar para a janela para ver o que o dia tem para nos atravessar hoje. OS NÚCLEOS⁶⁴, “compartimentando” ainda mais o serviço, dando uma ideia de maior dureza, de esquetejador da integralidade dos processos se mostrou como um aprofundador e intensificador de vivências. Vivência disponível só para os fortes visto que, a partir de agora, os aprendizados seriam potencializados de uma tal forma que atingiriam o âmago de todos. Procedimento irreversível, mas encantador. Enfim, residentes: a postos em seus núcleos, já escolhidos, a viagem agora pode começar...

Viveu-se muito mais do que se esperava.
Do que era possível.

Viveu-se intensamente em um âmbito
muito maior do que aquele determinado
pelo academicismo.

A gestão ganha vida nas paredes do DAS.
Brotava em forma de intenção e brilha em
forma de gente.

Gente.

Vi mais gente ali do que em um ano de
residência. Vi uma multidão escondida
em armários, espreitando em painéis
rabiscados de datas, ansiosas em papéis
empilhados. Vi gente de carne e osso

64 E agora? De quê núcleos falamos? Os núcleos profissionais, trazidos das vivências passadas, carregados em nossas peles e em nossos registros profissionais, instrumentos e lugares dos quais podemos nos utilizar, mas para os quais constantemente nós é que trabalhamos (nós é que somos seus instrumentos, encarnadores de uma técnica desencarnada)? Ou os núcleos da nova organização deste novo espaço a adentrar, divisões de algo que ainda não conhecemos na grande figura (conheceremos?), e que para nos posicionar precisamos entrar nas divisões (e seriam mesmo divisões?)?

olhando gente simbólica e dando um trabalho danado para simbologia virar ação concreta.

Concreto.

O concreto que cercava as reuniões estratégicas se esfacelava nos primeiros dez minutos. As cabeças, alvoroçadas, necessitavam de espaço para expandir e sair pelo mundo para cutucar. Cutucou-se tudo o que podia o quanto era possível, com intuito de sangrar. Sangrou em mim e não cicatrizou até agora. Mantem-se latente e pulsante. A cada ejeção de sangue um pouco de sangue irriga o íntimo e um pouco jorra, contaminando o meu externo.

Externo.

Pele. Superfície de contato. Contato com o mundo de fora, com o mundo de dentro, interagindo com outros mundos. Sou diferente daquela do dia 19 de março, por que, acima de tudo, me senti convocada a me doar por inteiro. A usar todos os sentidos possíveis para que pudesse emergir gestão pelos poros sem padrão algum. A ausência de métrica foi a responsável pela coesão e permanência de saberes apreendidos no final.

Olhei, senti e vivi gestão fora do horário comercial.

As genuínas vivências aparecem às 20h30 de um domingo.

Ou não.

As genuínas vivências odeiam clichês.

Que bom.

A viagem começou desordenada, mas intensa. Em virtude do cumprimento de questões logísticas, os residentes foram convocados a intensificar a vivência logo de início.

Coisa de destino que não tem mais o que fazer a não ser interferir na vida das pessoas para aplicar alterações significativas e permanentes.

Duas semanas foram suficientes para um processo de camuflagem exitoso. Os residentes, de saliências, viraram engrenagem provocador de novos caminhos, novos jeitos de modificar as funções fins para desfuncionalizar a máquina pública.

Foi uma equipe que antes tinha um espaço pré-definido para X pessoas e de repente, de maneira proposital, não modificou seu tamanho - seja físico ou mental - para alocar o espaço de X+12.

Tá apertado! Dá pra ir um pouco mais pra lá?

Pra lá onde? Esse constante incômodo nos convidou pra ir mais além. Pra ir pro lado de lá. LADO DE LÁ: LADO OPOSTO DE ONDE ESTÁ. LUGAR DIFERENTE DO QUE SE ESTÁ HABITUADO. Lugar nunca alcançado. Maneira didática para explicitar o lado onde não nos encontramos. Em busca do lado de lá, que nos mantivemos em intenso movimento.

E afinal, de que espaço estamos nos reportando? Será aquele pensado para nós (trabalhadores- usuários), ou talvez aquele que ainda se configura e busca quem sabe, o seu próprio status “de ser”? - a lembrar da recente modificação ocorrida na própria Coordenação Estadual de Atenção Básica antes chamada de Coordenação Estadual de Estratégia de Saúde da Família.

E então, brevemente deixemos de lado tal questão, para adentrar na referida Coordenação Estadual, tal como espaço de vivência e campo de formação; que costumemente dizia-se “gestão central” quando havia esforços para

que descentralizássemos a gestão e trabalhássemos em constante construção em redes.

Anteriormente, cabe o registro, de que ali se apresenta uma diversidade de questões, a exemplo do relacionar-se com o outro e com os interesses, do discurso marcante de reconhecimento de alteridade, dos momentos pelo quais se buscou respostas no outro, dos momentos em que se atenderam as demandas externas aparentemente sem questionamentos, do pensar estratégias, dos momentos de escuta, dos momentos de expansão de ideias e quem sabe de ideais, do trabalhar exaustivo e de olhar para o lado em busca de alguém, entre outras.

Pois eis a questão central e tampouco a “gestão central”: o “fazer Atenção Básica” para um imenso Território (497 municípios), de forma regionalizada e de operacionalização transversal... é realmente não deve ser nada simples... (expresso aqui o pensamento), sobretudo porque, na Atenção Básica não se encontra lugar para a uniformidade das demandas nem tampouco das necessidades das pessoas. E então, que lugar é este? - retornamos a questão inicial.

Podemos afirmar que se trata de um espaço formal de gestão que compõe um Departamento da Secretaria Estadual de Saúde e que por sua vez é composto por áreas/ programas e/ou políticas; estas das quais convergem ou tangenciam a CEAB, que por sua vez é composta por Núcleos (pensados talvez para dar conta daquilo que lhes é demandado) e que divergem em gestão. Este é mais ou menos o desenho, pois a Coordenação Estadual de Atenção Básica é sim, lugar de uma “certa incerteza” de uma “certa naturalização” de “certos atravessamentos” e interesses, duma “certa estranheza” e que estão em movimento com outras Políticas/ Programas e que por fim dá o espaço para uma “certa disputa” para ver quem (Programa/ Política) ocupa o tão privilegiado e consolidado espaço de influências e afluências se não o espaço da Atenção Básica.

Viramos o prisma. Mantemos o olhar sob o “mesmo objeto”, mas sob “outro ângulo”⁶⁵, ganhamos/construímos uma camada a mais de significação desta experiência: qual gestão se desenha a nossa frente nestes três meses? Uma gestão baseada na construção de coletivos implicados, compostos por integrantes de várias políticas, com responsabilidade sobre áreas geográficas definidas (as macrorregiões), orientados pela lógica do apoio institucional, com capacidade e poder para pactuar formas de trabalho e tomar decisões à nível de gestão. Um proposta de constante autoanálise dos graus de democracia interna.

Uma proposta de gestão que nos contempla, que contempla uma necessidade de vivência formativa nossa, que contempla a inclusão dos trabalhadores em todos os processos, onde o próprio processo de trabalho é valorizado e exaustivamente discutido a qualquer momento que ele surja. Uma gestão com maturidade⁶⁶ que valoriza o trabalhador.

Mais uma volta, outra face deste curioso objeto “gestão no CEAB” se ilumina: Uma gestão que se atualiza no contato, que exige um tempo intenso, mas também na urgência da decisão, que exige um tempo ágil. Um movimento que compreende uma estratégia fina, e certos bailarinos fluxos administrativos, mais ou menos duros. Uma gestão que compreende rotina e inovação, que está constantemente confrontada com a limitação do recurso, que precisa inventar o tempo todo novos ritmos e harmonias (e que nem sempre funcionam, o que por sua vez exigem novos ritmos e novas harmonias)... uma construção meio “barroca”, num híbrido de condução de orquestra e composição de uma *jam session*. Gestão multifacetada e ruidosa.

Disputas. Curioso como elas aparecem. Talvez por

65 Sinceramente, o que seria de nosso rigor se não fossem as aspas!
66 E jovialidade!

que se deixam aqui que apareçam. Mais: se cutucam elas, até que as danadas apareçam. E, se possível, trabalham-se sobre elas. Nem sempre isso é possível.

Nesse caso, tentam-se acolhê-las, dar-lhes um lugar, enquanto os diversos constrangimentos, próprios da gestão (e da vida) ainda não permitem que ganhem novas formas de se produzirem, de se desenvolver. Disputas explicitadas, curioso (ainda que “simples”) modo de operar coesão. Uma coesão que se embasa na possibilidade de diversos andar juntos. E há um projeto em disputa, no qual caímos. Para além das organizações internas ao espaço, o CEAB se pensou e reconstruiu enquanto campo que recebe residentes. Criou um projeto outro. Foi neste projeto que entramos.

Projeto marcado pela sua processualidade, passível de mudanças e afinações ao longo do processo, situação que ficou marcada pela importância do acompanhamento constante e das discussões de como tudo estava andando. Nesse andar, por três vezes fizemos reuniões de avaliação para nos deter em como as coisas andavam. Três momentos pontuais, que lançavam luz sobre o acompanhamento que não deixava de acontecer no cotidiano da vivência. Havia um projeto, para o qual fomos convidados a contribuir. E nessa dança, se recriavam continuamente o projeto, o campo, os residentes e os parceiros que nos acolhiam.

Março, abril e maio. A experiência deste grupo ocorreu no período de três meses. Mas o tempo que os mesmos estavam ali foi tanto maior e menor que isso. A intensidade não se presta a ser calculada em horas, meses ou em turnos, e pode-se dizer que dessa viagem não se saiu. Foi, e é, muito mais do que três meses. Mas em termos quantitativos, foi também muito menos.

16 turnos mensais em 3 meses = 48 turnos = 24 dias = 192 horas. Horas que também eram ocupadas com a preocupação decorrente de se estar longe de um outro cam-

po de responsabilidades, onde outras vivências ocorriam, onde produzíamos, dentro da organização que temos, ausências⁶⁷.

Um constante exercício de sair e entrar em caixinhas. Uma obrigação para trabalhar com duas realidades diferentes - gestão/assistência - em um mesmo dia. Um ligar e desligar constante de intenções, comportamentos e expressões. Outra obrigação ao encontrarmos nosso campo de assistência endurecido com o tempo, com normas com poucos fundamentos, mas que sustentam a tal instituição ali instaurada...

Como nós, residentes estimulados a crescer tanto durante um turno poderíamos nos acocar para caber naquela estrutura no outro turno? Alongamentos e aquecimentos necessários durante todas as manhãs desses 24 dias evitaram problemáticas dores nas costas.

24 dias. Em 24 dias, 24 borboletas nasceram e morreram. Em 24 dias, 12 residentes nasceram e morreram 24 vezes. Morreram e renasceram outros. Nasceram e morreram os mesmos. Nasceram e renasceram infinitos. De quê? De vida e significações que, nos desculpem, mas não cabem em meros signos “entendíveis”...

Mas falávamos de um estar e de um não-estar *aqui*,

67 A dor é componente deste tempo, mas assim como compunha essa vivência como um elemento de fundo - um incômodo que gera suas perturbações mas não desfoca aquilo que se mantém como questão -, também ela vai nesse relato ser deslocada para a nota de rodapé. Dividir-se em dois campos é sofrido. A sensação - e alguns efeitos - são de falha em ambos. Estamos, necessariamente, ausentes de um local que espera nossa presença, e essa “ausência presente” tem resultados: o atendimento que não pode ser viabilizado no campo da assistência, o seguimento de algum processo que estamos acompanhando na gestão etc. O pouco tempo também gera a dor de não poder acompanhar o resultado de muitos processos iniciados. O tempo de gestão é rápido, ágil, mas as construções tomam tempo, precisam se desenvolver para apresentar-se.

e não *lá*. É possível aprender a apreender gestão em 192 horas? É possível formar gestores em 192 horas? É possível formar profissionais em 192 horas?⁶⁸

Cremos que não. Mas, assim como a experiência não se presta a ser medida em horas, também a formação não se traduz em uma necessidade de cronograma. Talvez só seja possível alguém se formar para a gestão habitando esse espaço, em campo. Com tempo.

Mas o que também podemos dizer é que foi uma experiência consistente, e que convoca questões como essa. A gestão (e não qualquer gestão, mas uma experiência de gestão que se coloca continuamente como questão, que sabe-se habitante de um mundo, uma gestão outra que nos interessa viver) nos habita hoje. O tempo na gestão foi também um tempo de encontros - encontros potentes, encontros necessários, encontros surpreendentes, encontros questionadores, sobretudo bons encontros.

Encontros necessários, com o próprio trabalho, encontros gestados por colegas e parceiros. Nossa divisão de tempo entre dois serviços (e duas vivências com modulações de funcionamento distintos) somada a dinamicidade do espaço e do trabalho junto a CEAB nos fazia perder o andamento de vários processos. Estávamos sempre em risco (e em situação) de não acompanhar o (um) início, o (um) desenvolvimento ou o (um) desfecho (?) de alguma ação, o que podia resultar em fragmentação ou incompletude do aprendizado (será que há processo de aprendizado não incompleto). Aqui, a paciência e a disponibilidade de nossos preceptores, que, a todo tempo, regulavam seu tempo

68 Enquanto estamos nos perguntando sobre a divisão horária, talvez caiba explicitar algumas questões: Quantos projetos no DAS (ou somente no CEAB) tem residentes do EDUCASAÚDE ou outros programas imersos e produzindo conhecimento em serviço e quantos temos da Escola de Saúde Pública/da ênfase de Atenção Básica? Por quê?

de trabalho para conseguir resgatar-nos para junto daquilo que acontecia, foram essenciais.

Encontros com um *próximo distante*. Éramos doze (residentes)! Provenientes de diferentes campos, núcleos, pensamentos e trajetórias, que ocupavam diferentes espaços, e que conseguiram se trabalhar juntos e se encontrar. Cabe ressaltar que essa é A EXPERIÊNCIA de estágio “externo” que permite isso, visto que nas próximas voltaremos a ser “solitários”. Nos desacomodamos conjuntamente, e conjuntamente nos (re)construímos. Fomos mais que dentistas, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, nutricionistas - conjuntamente, pudemos mesmo ser profissionais da saúde, e reconhecemo-nos enquanto tal sem precisar ficar recorrendo a outra identidade. Habitamos um comum que ajudamos a construir, e pudemos agora carregá-lo. Construímos laços que podem agora nos sustentar, apoiar. Ser (no plural).

Encontros com um *distante e diverso que questiona nosso comum*. Éramos doze (residentes [da Atenção Básica da ESP])! Mas também não eramos só residentes da Atenção Básica da ESP. Pudemos nos colocar em contato com corpos de vivências distintas dentro de uma proposta de formação análoga. E questionar. Outras ênfases, outras propostas, outras liberdades (tantas), outros constrangimentos (tão menores!)... Pensar a residência e sua inserção em um campo se tornou, assim, mais complexo. E nessa complexidade, crescemos.

Encontros com o desconforto, e com o potencial de desconfortar. Não estamos preparados para a gestão. Não se está preparado para a residência. Nunca se está. E daí surgem as mais belas construções. [preparar-se é uma ação, não um estado - o campo vinha preparando-se, e continuou se preparando durante todo o contato. nós permanecemos nos preparando para a gestão durante todo o

“fazer gestão”.] E construiu-se e suportou-se o incômodo. Valorizou-se isso, enquanto potência que impõe questão e faz andar. Acolheu-se isso. Os profissionais do CEAB foram parceiros em “padecer” de nossa presença, e permitir que isso efetua-se mudanças. Mudanças que não ocorrem em um elemento da equação sem ocorrer no outro. Confiantes se abriram para o encontro. Confiantes nos jogamos neles.

Em algum lugar, no meio destas propostas, destes tempos, destes espaços, destas faces, destas intensidades, nos encontramos. E a dança foi linda... Agradecemos pela oportunidade de trazeremos tantas Arianas, Brunas, Cleonices, Daniéis, Danielles, Josieles, Katielis, Lianas, Pâmelas, Savanas, Thaíses e Vandas possíveis para esse salão.

Tenham a certeza de que levaremos as marcas de pisões nos pés, como um lembrete de que as falhas foram importantes e também fizeram parte da dança. As canções cantaroladas como um atestado da permanência da ideologia e dos valores dessa coesa equipe que seguiremos emanando em forma de ritmada. E a última música como uma bela recordação de que a confiança em nós depositada foi quem deu origem a bela coreografia aqui apresentada dando origem há muitas outras danças feitas desses encontros e desencontros aqui provocados.

Portanto, por essa confiança e por esses encontros, somos gratos.

Sobre os Autores

Alcindo Antônio Ferla, Médico, Doutor em Educação pela UFRGS, Professor Adjunto da Escola de Enfermagem na UFRGS, atuando no Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva e no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Coordenador da Rede Governo Colaborativo em Saúde/UFRGS.

Alessandra Wladyka Charney, Médica Acupunturista, Especialista em Saúde da Família com enfoque multiprofissional pela PUC-PR, Mestranda em Saúde Coletiva pela UFRGS. Tutora do Programa Mais Médicos para o Brasil e Coordenadora do Núcleo de Apoio Institucional e Práticas Pedagógicas da Coordenação de Atenção Básica da SES-RS.

Alexandre Sobral Loureiro Amorim, Médico, Especialista em Saúde da Família com enfoque multiprofissional pela PUC-PR, Mestrando em Saúde Coletiva pela UFRGS. Tutor membro da Comissão Pedagógica Nacional do Programa Mais Médicos para o Brasil no MEC e Coordenador Adjunto Estadual de Atenção Básica da SES-RS.

Aline de Souza Moscardini, Administradora de empresas. Coordenadora do Núcleo de Gestão Estratégica de Orçamento e Processos da Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES-RS.

Ana Carolina Rios Simoni, Psicóloga, Mestre e Doutora em Educação pela UFRGS. Coordenadora de Saúde Mental da SES-RS.

Ana Letícia Fontanive, Assistente Social, Residente em Saúde Mental Coletiva e Atenção Psicossocial pela UFRGS. Estagiária na Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES-RS.

Anajá Antonia Machado Teixeira dos Santos, Socióloga, Consultora técnica para a Política da Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas no Departamento de Ações em Saúde da SES-RS.

Andrei da Rocha, Sanitarista, especializando em Atenção Básica e Educação em Saúde Coletiva pela UFRGS/Ministério da Saúde. Foi estagiário bolsista da UFRGS do Núcleo de Assessoria e Planejamento da Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES-RS em 2014.

André Luis Leite de Figueiredo Sales, Psicólogo, Especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo GHC e Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. Assessor Técnico de Políticas Públicas do CRP-RS e do Núcleo de Assessoria e Planejamento da da Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES-RS.

Angelita Hermann, Nutricionista, Secretária Municipal de Saúde de Vacaria/RS, 1ª secretária do COSEMS-RS.

Anna Luiza Trein, Psicóloga, Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. Tutora do Curso de Especialização em Educação Permanente em Saúde da UFRGS e Apoiadora Institucional da Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES-RS para a Macro-Região Centro-Norte.

Ariana Kereski, Cirurgiã-dentista, Residente do Programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Atenção Básica em Saúde Coletiva pela ESP-RS.

Bruna Aleksandra Rocha da Rosa, Enfermeira, Especialista em Atenção Básica em Saúde Coletiva pela ESP-RS, Especializando em Atenção Básica e Educação em Saúde Coletiva pela UFRGS/Ministério da Saúde.

Carine Ferreira Nied, Graduada em Relações Públicas, especialista em Humanização na Atenção e na Gestão do SUS pela UFRGS/ESP-RS e Gestão Hospitalar pela ESP-RS/IAHCS. Coordenadora do Coletivo Sul para a Política Nacional de Humanização no Ministério da Saúde.

Carol Rodrigues, Fisioterapeuta, Especialista em Atenção Básica e Educação em Saúde Coletiva pela UFRGS/Ministério da Saúde. Especialista em Saúde na SES-RS e Apoiadora Institucional da Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES-RS para a Macro-Região Centro-Oeste e Sul.

Cleonice Lisbete Silva Gama, Farmacêutica, Ex-Residente do Programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Atenção Básica em Saúde Coletiva pela ESP-RS. Especialista em Saúde na SES-RS.

Clóvis Rodrigues, Educador Físico. Educador Social de Rua no Programa Ação Rua AMURT-AMURTEL.

Daiane Silveira, Fisioterapeuta, especialista em Sistema Público de Saúde com ênfase em Saúde da Família pela UFSM. Apoiadora Institucional da Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES-RS para a Macro-Região Centro-Oeste e Sul.

Daniel Rodrigues Fernandes, Psicólogo, Residente do Programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Atenção Básica em Saúde Coletiva pela ESP-RS.

Daniele Silva e Silva, Fonoaudióloga, Residente do Programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Atenção Básica em Saúde Coletiva pela ESP-RS.

Dário Pasche, Enfermeiro, mestre e doutor em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Diretor Geral da SES-RS.

Elissandra Siqueira, Terapêutica Ocupacional, Especializando em Educação Permanente em Saúde pela UFRGS. Coordenadora do Núcleo de Assessoria e Planejamento da Coordenação de Atenção Básica da SES-RS.

Fabiana La Maison, Assistente Social, Residente do Programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Atenção Básica em Saúde Coletiva pela ESP-RS.

Fabiane Vargas de Vargas, Enfermeira, Especialista em Saúde da Família e Sistema Público de Saúde, Mestre em Saúde Coletiva pela Unisinos. Especialista em Saúde na SES-RS, Assessora técnica do Núcleo de Informações da Atenção Básica da Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES-RS.

Felipe Silveira da Costa, Médico de Família e Comunidade, Mestrando em Saúde Coletiva pela UFRGS. Tutor do Programa Mais Médicos para o Brasil e Apoiador Institucional da Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES-RS para a Macro-Região Norte.

Flora Helena, Técnica de enfermagem. Trabalhadora no município de Alegrete/RS.

Gabriel Dal Ponte Amado, Psicólogo. Tutor do Projeto Caminhos do Cuidado/Ministério da Saúde e membro do Programa Ação Rua AMURT-AMURTEL.

Georgina Elida, Enfermeira, especialista em Saúde Mental Coletiva e Atenção Psicossocial pela UFRGS.

Gisele Vicente, Pedagoga, especialista em Saúde Mental Coletiva e Atenção Psicossocial pela UFRGS, Apoiadora Institucional da Coordenação Estadual de Saúde Mental da SES-RS.

Guilherme Shimocomaqui, Fisioterapeuta, Especialista em Saúde da Família pela FAMEMA e em Gestão do Cuidado em Saúde pela UFSCAR, Mestre em Saúde na Comunidade pela FMRP-USP. Sanitarista da SES-RS e Apoiador Institucional da Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES-RS para a Macro-Região Serra e Vales.

Iuday Gonçalves Motta, Enfermeiro, especialista em Saúde da Família. Especialista em Saúde da SES-RS e Apoiador Ins-

titucional da Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES-RS para a Macro-Região Centro-Oeste e Sul.

Janilce Dorneles de Quadros, Enfermeira, Residente do Programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Atenção Básica em Saúde Coletiva pela ESP-RS.

Jaqueline da Rosa Monteiro, Psicóloga, Mestre em Serviço Social e Doutora em em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS.

Jaqueline Oliveira Soares, graduada em ciência contábeis, Coordenadora Estadual da Política de DST/Aids da SES-RS.

Jaqueline Tittoni, Psicóloga, Mestre e Doutora em Sociologia pela UFRGS, Pós-doutora em Psicologia Social pela Universidade Autônoma de Barcelona. Professora adjunta da UFRGS.

Josiele Bretanha, Enfermeira, Residente do Programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Atenção Básica em Saúde Coletiva pela ESP-RS.

Julia Monteiro Schenkel, Psicóloga, especialista em Saúde Mental Coletiva e Atenção Psicossocial pela UFRGS e Mestranda em Saúde Coletiva pela UFRGS. Apoiadora Institucional da Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES-RS para a Macro-Região Missioneira.

Kaline Lígia Feitosa Cauduro, Enfermeira, Especialista em enfermagem do trabalho pelo e em Educação Profissional na Área de Saúde pela ENSP. Analista técnica do Núcleo de Gestão Estratégica de Orçamento e Processos da Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES-RS.

Károl Veiga Cabral, Psicóloga, Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS e Doutora em Antropologia Médica e Saúde Internacional pela Universitat Rovira I Virgili. Diretora do Departamento de Ações em Saúde da SES-RS.

Katieli Gonçalves, Fonoaudióloga, Residente do Programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Atenção Básica em Saúde Coletiva pela ESP-RS.

Leslie Tuane Penteado Charqueiro, Assistente Social, Especialista em Saúde Mental Coletiva e Atenção Psicossocial pela UFRGS e Mestranda em Serviço Social pela PUC-RS.

Letícia Alves, Terapeuta Ocupacional, Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde pela FioCruz e em Saúde Mental Coletiva e Atenção Psicossocial pela UFRGS.

Liana Peixoto, Cirurgiã-dentista, Residente do Programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Atenção Básica em Saúde Coletiva pela ESP-RS.

Liane Beatriz Righi, Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem na UFRGS, atuando no Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva e no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Liara Saldanha Brites, Fonoaudióloga, especialista em Sistema Público de Saúde com ênfase em Saúde da Família pela UFSM. Tutora da ENSP/FioCruz, Especialista em Saúde na SES-RS e Coordenadora do Núcleo de Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde da Atenção Básica da Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES-RS.

Lilian Nelcy Lemos Sartori, Cirurgiã-dentista. Especialista em Saúde da SES-RS, Analista técnica do Núcleo de Gestão Estratégica de Orçamento e Processos da na Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES-RS.

Maria Aparecida de Araújo, Nutricionista, Especialista em Saúde Pública pela UFRGS e em Nutrição Clínica pelo IMEC/IPA. Assessora técnica do Núcleo de Informações da Atenção Básica da Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES-RS.

Mariana Allgayer, Psicóloga, Especialista em Atenção Básica em Saúde Coletiva pela ESP-RS, Especializanda em Educação Permanente em Saúde pela UFRGS. Apoiadora Institucional da Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES-RS para a Macro-Região Serra e Vales.

Mariana Kliemann Marchioro, Farmacêutica, Mestre em Assistência Farmacêutica e Graduanda do Bacharelado em Saúde Coletiva pela UFRGS. Estagiária bolsista da UFRGS no Núcleo de Informações da Atenção Básica da Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES-RS.

Marília Silveira, Psicóloga, Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS, doutoranda em Psicologia na UFF. Consultora para a implementação da Estratégia da Gestão Autônoma da Medicação na Coordenação de Saúde Mental da SES-RS.

Maurício Reckziegel, Analista de Sistemas, Especialista em Tecnologias Aplicadas a Sistemas de Informação pela Uniritter. Assessor Técnico do Gabinete da SES-RS.

Michele Eichelberger, Enfermeira, Doutoranda em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Apoiadora Institucional da Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES-RS para a Macro-Região Metropolitana.

Micheli Rosseto, Enfermeira, Mestra em Saúde Coletiva pela ULBRA. Apoiadora Institucional da Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES-RS para a Macro-Região Metropolitana.

Neusa da Silva, Enfermeira. Analista técnica do Núcleo de Gestão Estratégica de Orçamento e Processos da na Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES-RS.

Otávio Pereira D'Ávila, Cirurgião-dentista, Especialista em Saúde Pública pela UFPEL, Mestre em Saúde Bucal Coletiva e Doutorando em Saúde Bucal Coletiva pela UFRGS. Apoiador

dor Institucional da Coordenação Estadual de Atenção Básica da SES-RS para a Macro-Região Missioneira.

Pamela Suelen Wildner Radl, Enfermeira, Especialista em Enfermagem do Trabalho pela UNINTER e em Saúde Coletiva pela UCDB. Residente do Programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Atenção Básica em Saúde Coletiva pela ESP-RS.

Paula Emilia Adamy, Psicóloga, especialista em Saúde Coletiva e mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. Assessora técnica da Coordenação de Saúde Mental da SES/RS.

Rafael Dal Moro, Cirurgião-dentista, Mestre em Saúde Bucal Coletiva pela UFRGS. Assessor técnico do Gabinete da SES-RS.

Rafael Dall'Alba, Biólogo, Mestre em Ciências Cardiovasculares e Cardiologia pela UFRGS. Pesquisador da Rede Governo Colaborativo em Saúde/UFRGS e Assessor Técnico do Gabinete da SES-RS.

Rafael Gil, cientista social, Ex-Consultor técnico para a Política da Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas no Departamento de Ações em Saúde da SES-RS.

Renata da Silveira Pia Severino, Enfermeira, Residente do Programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Atenção Básica em Saúde Coletiva pela ESP-RS.

Ricardo Brasil Charão, Antropólogo. Diretor Adjunto do Departamento de Ações em Saúde da SES/RS.

Ricardo Burg Ceccim, Enfermeiro, Sanitarista, Pós-Doutor em Antropologia Médica. Professor dos programas de pós-graduação em Educação e em Saúde Coletiva, da UFRGS, áreas de educação e ensino da saúde e de saúde mental coletiva, Coordenador da Comissão de Residência - Multiprofissional - em Saúde (Coremu), do Programa de Pós-

-Graduação em Saúde Coletiva e do EducaSaúde - Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde, na mesma Universidade.

Ricardo Souza Heinzelmann, Médico, Especialista em Saúde da Família pela UFBA e Mestre em Epidemiologia pela UFRGS. Tutor do Programa Mais Médicos para o Brasil no MEC e Coordenador Estadual de Atenção Básica da SES-RS.

Sandra Maria Sales Fagundes, Psicóloga, psicanalista, Especialista em Saúde Comunitária e Mestre em Educação pela UFRGS. Secretária de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul.

Savana Rocha, Assistente Social, Residente do Programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Atenção Básica em Saúde Coletiva pela ESP-RS.

Simone Alves Almeida, Psicóloga e especialista em Saúde Coletiva. Consultora UNESCO da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da SES/RS.

Tháise Fernandes, Nutricionista, Residente do Programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Atenção Básica em Saúde Coletiva pela ESP-RS.

Vanda Müller, Enfermeira, Residente do Programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Atenção Básica em Saúde Coletiva pela ESP-RS.

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

Atenção Básica - Olhares a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ

Orgs. Alcindo Antonio Ferla e Goulart Barbosa

Práticas de avaliação em saúde no Brasil: um diálogo a partir do PMAQ

Orgs. Alcindo Antônio Ferla, Marco Akerman, Juarez Pereira Furtado

Redes Colaborativas e produção científica: experiências na atenção básica

Orgs. Alcindo Antonio Ferla e Mirceli Goulart Barbosa

Atenção Básica em Produção: Tessituras do Apoio na Gestão Estadual do SUS

Orgs. Sandra Maria Sales Fagundes, Alexandre Sobral Loureiro Amorim, Liane Beatriz Righi, Ricardo Souza Heinzelmann

(Des)dobrando saúde mental e atenção básica no território

Orgs. Ana Carolina Simoni, Károl Veiga Cabral, Ricardo Souza Heinzelmann, Márcio Belloc, Sandra Maria Sales Fagundes

Gestão estadual inclusiva: promovendo equidade em saúde

Orgs. Sandra Maria Sales Fagundes, Cristian Guimarães, Liese Serpa, Mateus Castro

Saúde mental em campo: da lei da reforma ao cotidiano do cuidado

Orgs. Ricardo Ceccim, Paula Adamy, Károl Veiga Cabral, Márcio Belloc

Linhas de cuidado e atenção básica em saúde: fazendo caminhos de integralidade a partir da gestão estadual

Orgs. Károl Veiga Cabral, Ricardo Ceccim, Analice Palombini, Mariana Seabra

Quebrando a máquina por dentro: experiência da gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul

Orgs. Sandra Maria Sales Fagundes, Márcio Belloc, Ricardo Souza Heinzelmann, Alcindo Antônio Ferla

editora



redeunida

www.redeunida.org.br