

***GUSTAVO NUNES DE OLIVEIRA***

**Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**

**Campinas  
2011**



**GUSTAVO NUNES DE OLIVEIRA**

## **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**

*Tese de Doutorado – Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, Área de Concentração em Saúde Coletiva*

**ORIENTADOR: PROF. DR. SERGIO RESENDE CARVALHO**

**CAMPINAS**

**UNICAMP**

**2011**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecária: Rosana Evangelista Poderoso – CRB-8ª / 6652

OI4d	<p style="text-align: center;">Oliveira, Gustavo Nunes de</p> <p>Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. / Gustavo Nunes de Oliveira. -- Campinas, SP : [s.n.], 2011.</p> <p style="text-align: center;">Orientador : Sergio Resende Carvalho</p> <p style="text-align: center;">Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p style="text-align: center;">1. Gestão em saúde. 2. Saúde e trabalho. 3. Democracia. 4. Cartografia. 5. Humanização na saúde. I. Carvalho, Sergio Resende. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.</p>
------	--

**Título em Inglês: Becoming a supporter: a cartography function support**

Keywords: • Health management  
• Health and work  
• Democracy  
• Cartography  
• Health humanization

**Titulação: Doutor em Saúde Coletiva**

**Área de Concentração: Saúde Coletiva**

**Banca examinadora:**

Prof. Dr. Sergio Resende Carvalho

Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos

Prof. Dr. Ricardo Rodrigues Teixeira

Prof. Dr. Maria Elizabeth Barros de Barros

Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira

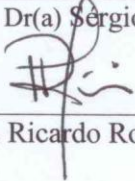
**Data da defesa: 23.02.2011**

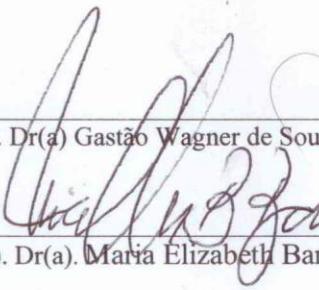
## Banca examinadora de Tese de Doutorado

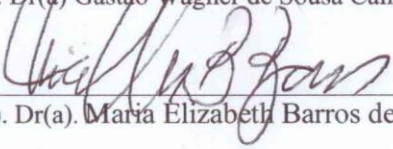
Aluno(a): Gustavo Nunes de Oliveira

Orientador: **Prof.(a). Dr.(a).** Sérgio Resende Carvalho

  
\_\_\_\_\_  
Prof.(a). Dr(a) Sérgio Resende Carvalho

  
\_\_\_\_\_  
Prof.(a). Dr(a). Ricardo Rodrigues Teixeira

  
\_\_\_\_\_  
Prof.(a). Dr(a) Gastão Wagner de Sousa Campos

  
\_\_\_\_\_  
Prof.(a). Dr(a). Maria Elizabeth Barros de Barros

  
\_\_\_\_\_  
Prof.(a). Dr(a). Eduardo Henrique Passos Pereira

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 23/02/2011



## **Dedicatória**

À Paula, minha amada companheira.

Às minhas filhas Helena e Sofia.





## **Agradecimentos**

Ao Sergio, meu orientador, por sua disponibilidade, generosidade e paciência.

Ao Gastão, por sua generosidade e por ter me propiciado a oportunidade de participar do projeto em Vitória.

Aos grandes amigos e intercessores do Conexões, que tanto contribuíram para este trabalho.

Aos apoiadores institucionais, trabalhadores e gestores de Vitória, companheiros de construção desse trabalho e do SUS em ato de criação e luta cotidiana, por terem composto comigo tão importante relação de confiança, de afeto e de trabalho.

À Paula Furlan, pelo suporte e apoio competente nos momentos mais difíceis do trabalho e da vida. E pelos mais felizes também.

Ao Ricardo Pena, valoroso companheiro de todas as horas.

Aos companheiros Gustavo Cunha e Marcelo Coimbra que participaram do projeto em Vitória.

Aos professores, alunos e trabalhadores do Departamento de Medicina Preventiva e Social, por terem criado as condições necessárias para a produção deste trabalho.

Aos companheiros da Rede HumanizaSUS, promotores de verdadeiras redes democráticas por esse país à fora, pelas múltiplas possibilidades de interlocução.

Aos companheiros da Política Nacional de Humanização, sempre abertos ao bom diálogo e sempre dispostos para a ação.

À minha família, meus maiores apoiadores, sempre próximos, disponíveis e companheiros em todos os momentos.

Ao meu amigo Carlão, sempre presente.

A todos os “SUSeiros” que nos enchem de energia a cada dia.



## Epígrafe

Zaratustra tinha adormecido um dia debaixo de uma figueira, porque fazia calor, e com o braço protegia o rosto. Veio então uma víbora que o picou no pescoço, soltando Zaratustra um grito de dor. Quando afastou o braço do rosto, olhou para a cobra; então ela reconheceu os olhos de Zaratustra, contorcendo-se desajeitadamente e tentou afastar-se. – Ainda não! Disse Zaratustra, ainda não lhe agradei! Acordou-me a tempo. Tenho ainda um longo caminho para andar. – “O caminho que lhe resta já não é muito grande, disse tristemente a víbora: o meu veneno é mortal”.

Zaratustra começou a rir:

- Desde quando o veneno de uma cobra matou um dragão? Perguntou ele. Reabsorve o seu veneno. Não é suficientemente rica para me fazer presente dele. Então a víbora tornou a enlaçar-lhe o pescoço e sugou-lhe a ferida.

Nietzsche. Assim falou Zaratustra.



## Resumo

Este trabalho teve como campo de experimentações as atividades de apoio institucional realizadas pelo pesquisador e colaboradores no município de Vitória, ES, no período entre novembro de 2007 e fevereiro de 2010. Trata-se de pesquisa que assume como objetivo explorar-experimentar e mapear no que consiste a função apoio em suas mais difundidas modalidades (apoio institucional, apoio à gestão e apoio matricial) e contribuir com a formulação de projetos de liberdade e de democracia em construção e em disputa no campo das políticas públicas de saúde. O apoio, tomado como uma função, inscrita em arranjos concretos que põe em relação sujeitos com diferentes desejos e interesses, com a missão de ativar objetos de investimento mais coletivos e de apoiar esses sujeitos na ampliação de sua capacidade de problematização, de invenção de problemas, de interferência com outros sujeitos e de transformação do mundo e de si, implica em uma tarefa clínica-crítica-política. Cartografamos alguns modos de interferência e de contágio da função apoio na construção de projetos de reorganização dos processos de trabalho, da produção de saúde e autonomia e da ativação de redes de saberes e de competências, contribuindo também para a formação de um sistema de cogestão. Um *ethos* constituído no esforço por interferir nos processos de subjetivação e escapar da personalização identitária dos conflitos. No percurso esboçamos algumas indicações metodológicas do apoio e alguns modos de sua inscrição nos processos institucionais em organizações do setor Saúde e nos campos da Gestão e da Saúde Coletiva. O texto narrativo composto busca expressar o encontro atual em contato com a memória-intensiva. É uma cartografia, agenciada pelo pesquisador, das afecções e dos movimentos provocados pelos encontros. A exposição de um Eu-pesquisador, atravessado o tempo todo por forças coletivas, que pretende fazer expressar e afirmar algo da ordem do impessoal, aquilo que é imanente ao plano de consistência de uma realidade, procurando evitar ver e avaliar apenas a partir da representação e de um lugar de juízo. O desafio final deste texto surge no esforço de torná-lo um agenciamento, o qual, ao contrário de indicar um fechamento, procura constituir outras cartografias modificadas a partir da composição com o próprio leitor.



## Abstract

This research started from the activities of institutional support performed by accomplished researcher and colleagues in the city of Vitoria, in the period between November 2007 and February 2010. The purpose of this research is to explore and map the experience of the function support more widespread in their arrangements (institutional support, management support and support matrix) and contribute to the formulation of projects for freedom and democracy under construction in the area of public policy health. The support, taken as a function, proposed in concrete ways that arise from individuals with different desires and interests, with the mission to activate objects of more collective investment schemes and support these individuals to expand their capacity for questioning, inventing problems, interference with other subjects and transform the world and of itself implies a political task and clinic. Mapping of some modes of transmission and function support support in building projects for the reorganization of work processes, the production of health and autonomy and the activation of networks of knowledge and skills, contributing to the formation of a truly democratic system. An ethos established in an attempt to influence the subjective process and avoid personalizing the conflict of identity. Produce some methodological indications of support and some forms to register with the institutional processes in the health sector and organizations in the areas of Management and Public Health. The narrative text composed tries to express this meeting contact the memory intensive. It is a mapping, mediated by the researcher, the affections and movements caused by the encounters. The exposure of the researcher himself, crossed all the time for collective forces, seeking to express and say something on the order of the impersonal, which is immanent to a plane of consistency of reality, striving to stop seeing and judging only from the representation and a place of trial. The final challenge of this text appears in the effort to make it an agency that, far from indicating a blockage, this looking for other maps made by others.





## **Lista de Abreviaturas**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CGR – Colegiado de Gestão Regional

Coger – Colegiado de Gestão Regional

DMPS – Departamento de Medicina Preventiva e Social

DRU – Desvinculação das Receitas da União

ER – Equipe de Referência

ES – Espírito Santo

FCM – Faculdade de Ciência Médicas

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

PTS – Projeto Terapêutico Singular

Semus – Secretaria Municipal de Saúde de Vitória

SUS – Sistema Único de Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UFF – Universidade Estadual Fluminense

Unicamp – Universidade Estadual de Campinas

UP – Unidades de Produção

## **Lista de Figuras**

Figura 1: Diagrama de composição do apoio matricial

## Sumário

Dedicatória .....	vii
Agradecimentos.....	ix
Epígrafe .....	xi
Resumo.....	13
Abstract .....	15
Lista de Abreviaturas.....	17
Lista de Figuras .....	18
Sumário .....	19
Apresentação .....	22
Introdução.....	24
Capítulo 1 .....	31
Coordenadas iniciais e pontos de referência para uma navegação .....	31
O que se fala sobre o apoio?.....	31
Campos e o Método Paidéia .....	31
O Apoio Institucional e a Política Nacional de Humanização.....	33
A dobra apoio – democratização institucional: o conceito de unidade de produção .....	36
Nossos usos: apoio, modalidades de apoio e terminologias .....	38
Apoio Matricial – um mapa de constituição .....	39
Terminologia do apoio – uma proposta de convenção .....	45
Capítulo 2 .....	48
A inscrição da <i>função apoio</i> nos processos de uma organização .....	48
O nascimento do projeto de Vitória.....	48
De que lugar institucional se pode realizar o apoio? .....	51
O processo de contratação do apoio .....	61

Diagnóstico inicial compartilhado (período novembro 2007 a fevereiro 2008: texto produzido a partir dos diversos registros disponíveis).....	62
Plano de intervenção compartilhado inicial:.....	65
A constituição do Grupo de Apoiadores .....	67
O processo de trabalho do Grupo de Apoiadores Institucionais da Semus.....	70
Balizas do processo de formação dos Apoiadores Institucionais na Semus - Vitória .....	73
Supervisão-Apoio .....	73
Capítulo 3 .....	78
Narrativas produtoras de cartografias – notas metodológicas .....	78
Narrativa-acontecimento .....	78
Voltando a narrativa – O que se passa na cabeça do supervisor? (o “titereio” invade “John Malkovich” – visão “em túnel” de um presente) .....	84
A emergência de um processo de produção de narrativas – notas sobre o método de tratamento dos registros.....	87
Questões gerais .....	87
Fazer-se cartografia, devir e intervir .....	92
O que denominamos narrativa-acontecimento?.....	93
<i>Ethos</i> do apoiador, supervisor, pesquisador – o cartógrafo .....	96
O “produto” de uma cartografia .....	98
Capítulo 4 .....	100
As linhas de intervenção do projeto .....	100
O processo de formulação das linhas de intervenção .....	100
Apoio aos processos de apoio matricial.....	108
Contribuições da experiência de Vitória para a constituição do apoio matricial .....	108
O apoio matricial em saúde mental .....	115
O apoio matricial em saúde de idoso.....	120

Apoio ao fomento e a processos de qualificação dos espaços coletivos de cogestão .....	133
A organização da gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (Semus) .....	133
Gestão Colegiada.....	134
Capítulo 5 .....	138
Sistemas de cogestão – plano de consistência de um projeto de democratização institucional .....	138
O Sistema de Cogestão conectados por Textos Públicos.....	150
O conceito de <i>texto público</i> .....	151
Uma proposta de cogestão .....	151
Um sistema (rede) de cogestão .....	154
Considerações Finais .....	156
Referências .....	162
Anexos.....	170
ANEXO I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	171
Anexo 2 - Princípios norteadores e diretrizes operacionais do atendimento ao público nos serviços de saúde da rede Semus .....	173

## Apresentação

Cartografar consiste em construir um mapa. Todavia este mapa não configura um único e mesmo plano do real considerado como um estado de coisas. O real na cartografia é tomado a partir do atual envolto por nuvens de virtuais em incessante processo de virtualização e atualização (Deleuze e Parnet, 1998). O que interessa ao cartógrafo não é explicar o atual, nem mesmo o virtual. O que interessa cartografar são os movimentos de atualização e de virtualização. As velocidades e repouso que constituem as idéias e os corpos em relação. A partir daí, a escrita de cada capítulo se propõe a anunciar temáticas, entradas, análises e debates com o objeto da pesquisa em contexto. A proposição se constitui como afirmação de um caminho do pesquisador, a partir da necessidade de se colocar novas questões, à maneira de procurar liberar o pensamento e alcançar uma vida mais ativa. Cada capítulo constitui certo plano, mais ou menos definido, daquilo que se constitui em ato o que enunciamos como devir apoiador. O ponto de partida certamente é a base conceitual, ética, política, institucional e estética do apoio enquanto inovação no campo da gestão e na saúde. Um mergulho no ato de apoiar trazendo para isso cenas, situações, debates atuais, para fazer emergir questões sobre a própria constituição da função apoio em diversas perspectivas de acesso: a partir da racionalidade da gestão, das necessidades e conflitos do trabalho e do trabalhador, das bases conceituais, éticas, estéticas e políticas da saúde, do SUS e dos movimentos de democratização institucional na saúde.

Uma cartografia como processo de pesquisa, impõe desafios metodológicos para garantir sua fidelidade e rigor teórico. Impõe de início a dificuldade de inscrever forças e movimentos de aceleração e repouso sob a forma de texto. Certamente, um texto um tanto quanto performático, todavia composto na tensão de processos minuciosamente registrados e validados segundo os preceitos éticos e legais da pesquisa científica vigentes.

O desafio final deste texto surge nas considerações finais. Esta só pode ser tomada como a conclusão do pesquisador. Todavia, a proposta de uma cartografia é se tornar um agenciamento, o qual, ao contrário de indicar um fechamento, incide em um disparo que faz constituir outras cartografias modificadas a partir da composição com o próprio leitor. O

resultado, portanto, de uma cartografia rigorosamente construída, não é final. É sim um meio para a constituição de novos mapas.

## Introdução

Nesses vinte anos do Sistema Único de Saúde (SUS) acumularam-se avanços incontestáveis. A inclusão social por meio do acesso aos bens e serviços de saúde ampliou-se e as várias experiências locais e regionais de sucesso que eclodem por todo o país vêm dando sinais do “SUS que deu certo” (Santos, 2007).

Os problemas existem e são muitos. O aumento das coberturas de acesso nem sempre significou, na mesma medida, o aumento de resolubilidade dos problemas de saúde nos diversos níveis de atenção. Há um descompasso entre a crescente demanda e a velocidade de implementação de ofertas de bens e serviços de saúde, que muitas vezes são de qualidade abaixo da necessária.

Os serviços especializados e hospitalares, salvo algumas experiências focais, pouco se articulam com o restante da rede de serviços, persistindo modelos de gestão/atenção que não coadunam com os princípios e diretrizes do SUS.

Nos serviços de atenção básica as equipes de profissionais enfrentam grandes desafios cotidianos: compor-se e manejar-se como equipe; estabelecer uma nova relação com as atividades de acolhimento; discutir casos e implementar projetos terapêuticos que ampliem a clínica, produzindo sujeitos, autonomia e cidadania.

Algumas avaliações de satisfação<sup>1</sup> dos usuários sobre os serviços prestados pelo SUS demonstram um clima de tensão entre trabalhadores de saúde e usuários. Enquanto isso, muitos dos processos formativos ofertados a trabalhadores no SUS têm enfoque estritamente programático, estimulam e reforçam o tom prescritivo habitual da relação trabalhador-usuário e centram esforços na organização normativa das ofertas de bens e de

---

<sup>1</sup> No município de Vitória, ES, onde boa parte deste trabalho foi desenvolvida, duas dessas pesquisas foram divulgadas, em 2009 e 2010, e tiveram impacto no desenvolvimento das atividades de intervenção do projeto. Alguns desses efeitos serão discutidos mais adiante neste trabalho.



serviços de saúde a partir das unidades, exacerbando, em geral, tais tensões entre equipes e usuários.

Também boa parte dos planos de implementação de atenção primária em curso no país pouco levam em consideração essas questões e trazem em suas bases conceituais certo nível de separatismo entre campos de práticas e de saberes acumulados no contexto do SUS e da Saúde Coletiva, ora afirmando uma primazia da racionalidade estritamente gerencial, propondo, como quase que o único parâmetro para organização das redes de atenção, a regulação das ofertas de bens e de serviços de saúde e as necessidades de ganhos de escala, de escopo e da ordenação do adensamento de tecnologia dura; ora afirmando a primazia do saber biomédico, pautando um conjunto de evidências restritas a este campo, que mesmo sendo consideradas legítimas e pertinentes, muitas vezes ignoram outros campos de saber e de experiência científicos exacerbando o tom prescritivo das relações clínicas, de gestão e de trabalho. Posicionamentos ético-políticos que acabam por dificultar a composição produtiva entre diferentes acúmulos referenciais, servindo mais a afirmação de expertises particulares do que a algum interesse público.

A afirmação da necessidade de garantir o financiamento adequado do SUS e a adoção de caminhos que não dependam exclusivamente de medidas provisórias e paliativas, vem ganhando espaço lentamente nos últimos anos. A luta pela regulamentação da Emenda 29 e pelo fim da Desvinculação das Receitas da União (DRU) na Saúde tem se conformado como fundamentais para ampliar a sustentabilidade do SUS. Além disso, ainda é preciso criar soluções para corrigir as distorções que colocam os municípios em situação extremamente difícil. Ampliar e aprofundar a regionalização proposta pelo Pacto de 2006 (Brasil, 2006), não deixando apenas a cargo dos municípios “inventar” soluções para resolver as dificuldades de executar e de gerir recursos e processos, o que faz do SUS alvo fácil aos ataques privatizantes. É fundamental criar e sustentar mecanismos públicos para evitar que a pauta colocada pelos gestores redunde na constatação perversa que coloca a gestão pública sempre como ineficiente e morosa e a gestão privada como melhor e mais

eficaz porque permite demitir trabalhadores, ignorar direitos e comprar sem sujeição às regras de licitação.

É preciso avançar ainda mais nos mecanismos de repasse de recursos fundo-a-fundo para criar possibilidades para o maior protagonismo dos municípios na gestão dos recursos, garantindo o compromisso com princípios, diretrizes claras e resultados, mas evitando a subserviência dos sistemas locais às exigências que não considerem as suas necessidades e singularidades.

Também é vital para o SUS o enfrentamento político e público da realidade de que pelo menos 70% dos municípios brasileiros (os pequenos de pequeno porte) têm poucas chances de efetivar a gestão do sistema municipal de saúde se não houver integração com serviços e redes de abrangência regional. Nesse campo, o projeto de regionalização, reforçado com o Pacto em 2006, desempenha papel importante, mas não suficiente. A regulação estratégica da formação de profissionais de saúde, a desprecarização das relações de trabalho e a educação permanente, garantindo oferta regular de profissionais, a interiorização destes e melhores padrões de fixação e condições de satisfação no trabalho são também fundamentais.

Tudo isso nos convoca a repensar a relação e as responsabilidades entre os entes federados de nossa república, pois não são questões exclusivas da saúde. Em função disso, os colegiados de gestão regional (CGR) precisam ser apoiados e empoderados para que os problemas locais sejam discutidos e solucionados em mesas de negociação e de pactuação regional efetivas.

Em função desse cenário complexo tornou-se fundamental o enfrentamento da fragmentação das políticas públicas de saúde para retomar a defesa e a construção/sustentação coletiva das instâncias de gestão do SUS. São várias as secretarias municipais de saúde que investem em movimentos internos para integrar as diversas políticas propostas e induzidas pelos outros entes federados. Equipes são compostas e mobilizadas para integrar as diferentes áreas programáticas e administrativas (saúde mental, saúde do idoso, saúde da mulher, materno-infantil, saúde bucal, ações de vigilâncias,

controles de epidemias, compras, almoxarifado, manutenção, auditoria, assistência farmacêutica etc). Tarefa complexa e dificultada pelas particularidades de instrumentos formais, de mecanismos de financiamento, incompatibilidades processuais, etc. Tudo isso exige criatividade e grande capacidade de gestão das equipes de gerentes, disponibilidade de pessoas e de recursos.

Em razão dessas e de outras dificuldades vigora, em nossos dias, “um desencantamento com o SUS”, na forma de descrédito quanto à capacidade do movimento sanitário, dos políticos, dos gestores, dos profissionais, entre outros, para “transformar em realidade uma política tão generosa” (Campos, 2007).

Entre os defensores do SUS, as propostas e os caminhos para a sua construção são também diversos. A linguagem utilizada, a linhagem das diferentes correntes de pensamento convocadas, acumulam e afirmam evidências para corroborar argumentos, criam experiências e vão compondo um amplo mapa de possibilidades, surgidas na diferença, apontando caminhos e perspectivas. Colocando em análise, inclusive, os modos de ser e de agir militante no SUS. Embora o caminho do achatamento das diferenças vigore em muitos momentos, os acúmulos do SUS, de outras políticas, de movimentos sociais nas práticas da negociação e do debate indicam, como via de democratização institucional, a necessária adoção e ampliação de arranjos de gestão colegiada/cogestão nas organizações e a importância de políticas transversalizantes que tragam no seu modo de fazer a prática da cogestão em coletivos, sem perder de vista o compromisso ético-estético-político com o SUS e da radicalidade na inclusão de gestores, de trabalhadores e de usuários nessa construção.

No enfrentamento desses desafios, arranjos organizacionais e referências teórico-metodológicas têm sido propostos como meios de reformular o processo de trabalho nos serviços e nas redes de atenção à saúde - unidades de produção, equipes de referência, apoio matricial, projeto terapêutico singular, linhas de cuidado, educação permanente em saúde, gestão da informação, gestão da clínica, etc. - fazendo ampliar a sua capacidade de resposta às necessidades de saúde da população e de seus direitos (Paim et al., 1998;

Campos, 1999; Teixeira, 1999; Carvalho, Campos, 2000; Cecílio, 2001; Starfield, 2002; Cecílio, Merhy, 2003; Lampert, 2003; Ceccim, Feuerwerker, 2004; Cunha, 2005; Campos, Amaral, 2007; Santos, 2007; Oliveira, 2008; - e muitos outros). Arranjos que não devem ser tomados como fins em si mesmos, modelos a serem implantados para fazer “dar certo” o SUS, mas sim como elementos agenciadores de sujeitos e processos em torno do projeto ético-estético-político do SUS. E, mais amplo ainda, de processos de democratização institucional.

Além do avanço dos processos de regionalização, como já colocado, também as instâncias de gestão local devem ser fortalecidas. É preciso considerar a importância dos conselhos locais de saúde, do planejamento local compartilhado nas unidades de serviço, da reunião de equipe e dos colegiados de gestão dos serviços de saúde como processos fundamentais para a constituição de sistemas avançados de cogestão do SUS, em todos os níveis de atenção/gestão. Para isso, precisaremos reconciliar o técnico e o político, a clínica e a gestão, como inseparáveis nos corpos dos usuários, dos trabalhadores e dos gestores. Construir novos pactos sociais. Aportar e socializar os acúmulos em termos de políticas públicas – e são muitos: no enfrentamento da AIDS, na Humanização, na Saúde Mental, na Atenção Básica, na Saúde do Trabalhador, na Saúde Bucal, na Vigilância à Saúde, na Promoção da Saúde e outras áreas – e do SUS que está dando certo – milhares de experiências publicadas em mostras, seminários, congressos, periódicos e livros, em nível local, regional e internacional.

É nesse contexto, nesse engendramento entre as forças e as tecnologias produtoras e produzidas pelos movimentos de Saúde Coletiva, do SUS e de democratização institucional que se insere a proposta de uma metodologia de apoio institucional e suas modalidades de intervenção, ou simplesmente denominado neste trabalho como *apoio*.

Tomado como objeto dessa pesquisa-intervenção, pretendemos explorar-experimentar a função apoio em suas mais difundidas modalidades e com isso, contribuir com a formulação de projetos de liberdade e de democracia em construção e em disputa no campo das políticas públicas de saúde.

Este trabalho teve como campo de experimentações as atividades de apoio institucional realizadas pelo pesquisador e colaboradores no município de Vitória<sup>2</sup>, ES. Tais atividades foram desenvolvidas no contexto de um projeto de colaboração técnica que se formalizou através de um contrato de consultoria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (Semus) e o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (DMPS/FCM-Unicamp), iniciou-se em novembro de 2007 e continua em curso.

O período principal recortado para este estudo foi de novembro de 2007 a fevereiro de 2010. O que apenas sinaliza um recorte formal e de referência do tempo cronológico, visto que muitas das experiências citadas são de outros períodos e não deixam de marcar esta produção. Também foram incluídas algumas questões e discussões posteriores a esse período e resultados de processos ainda em andamento.

Embora este texto acarrete e confirme a responsabilidade formal ao seu autor, a sua constituição mais intrínseca é também coletiva. Não por mera maneira de dizer, mas porque todos os procedimentos de pesquisa procuraram expressar a força de algo coletivo que se fez presente. Nesse sentido, o texto se torna relevante na medida em que o pesquisador procurou esforçar-se em buscar suas questões na relação e na “fabricação” de

---

<sup>2</sup> Alguns dados relevantes de Vitória, ES: Trata-se da capital do estado do ES, com cerca de 320 mil habitantes, tem o terceiro melhor IDH (0,86) do país e o maior PIB per capita. Conta com ampla rede de serviços de atenção à saúde, com 100 % de cobertura de atenção básica, sendo 77% com estratégia de saúde da família. É centro de uma região metropolitana que abrange grandes municípios, três deles maiores do que Vitória, totalizando em torno de 1,7 milhão de habitantes, sendo que mais da metade vive em municípios com IDH médio de 0,75. A atual gestão capitaneada pelo secretário municipal de saúde Luiz Carlos Reblin e sua equipe, iniciou em 2005 e manteve-se no segundo mandato, a partir de 2008, com a reeleição do prefeito municipal. Desde o primeiro mandato, foram feitas algumas grandes mudanças na Semus, como uma ampla reforma administrativa; a desprecarização das relações de trabalho de mais de 90% dos servidores da saúde, através de concursos públicos; a implementação de colegiados de gestão nos níveis central e regionais da Semus. O município iniciou o processo de assumir a gestão da média complexidade em 2007. Todavia, enfrentou grandes crises no período: grandes epidemias de dengue, as quais foram melhor controladas a partir de 2008; dificuldades na gestão de leitos hospitalares e na contratualização com hospitais da região; e a crise financeira mundial em 2009, que atingiu fortemente a arrecadação municipal, em função do grande porto de Vitória.

intercessores<sup>3</sup> (Deleuze, Parnet, 1998). É desta maneira que as grandes questões dos campos da Saúde Coletiva e da Gestão habitam este trabalho e o “justificam”.

Afirmar este trabalho como uma produção coletiva consiste em procurar levar às últimas conseqüências a cartografia das linhas de força que constituem aquilo que é coletivo e nos atravessa, nos permeia, aquilo a que damos passagem. Desse modo, a autoria apenas força um eu a expor, a expressar o coletivo que o atravessa, ao mesmo tempo em que singulariza. É assim que um Eu se coloca, revela de si e se responsabiliza por esse trabalho. A exposição de um Eu, atravessado o tempo todo por forças coletivas, que pretende fazer expressar e afirmar algo da ordem do impessoal. Afirmar aquilo que é imanente ao plano de consistência de uma realidade, procurando evitar ver e avaliar apenas a partir da representação e de um lugar de juízo.

---

<sup>3</sup> Intercessão como ação de composição, de interferência (Deleuze, 1992).

# Capítulo 1

## Coordenadas iniciais e pontos de referência para uma navegação

### *O que se fala sobre o apoio?*

As bases teórico-metodológicas do apoio sustentam-se em referências constituídas em diversas correntes de pensamento. Percorreremos algumas delas, sem pretensão de avaliá-las em seus méritos ou esgotá-las em termos de sua consistência ou historicidade. Dessas referências destacaremos algumas contribuições que consideramos importantes e úteis com a dupla finalidade de breve contextualização e para indicar as “fontes nas quais bebemos”.

Ao longo do trabalho tentaremos demonstrar como aproveitamos conceitos e modificamos parcialmente alguns deles.

### **Campos<sup>4</sup> e o Método Paidéia**

A constituição da função apoio (Paidéia) fundamenta-se em teorias e práticas que procuram articular o campo da política e da gestão com saberes e experiências originários da psicanálise, da pedagogia e da análise institucional (Campos, 2005, p.185).

Em seu Método Paidéia<sup>5</sup>, Campos (2005) cunhou a expressão “apoio Paidéia”, referindo-se a função de apoiador que, por sua vez, define-se por: 1) Um modo complementar para realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe; 2) Um recurso que procura intervir com os trabalhadores de forma interativa; 3) Uma função que considera que a gestão se exerce entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder, e que produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder destes sujeitos e das organizações; 4) Dependendo da instalação de alguma forma de cogestão.

---

<sup>4</sup> Refere-se ao Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos.

<sup>5</sup> Também denominado “método da roda”.

Os eixos de conformação desse método são elencados pelo autor e ofertados a partir de um campo teórico que se referencia em estudos, reflexões e em experiências práticas em diferentes contextos institucionais, o que torna essa produção extremamente versátil e interessante, ao mesmo tempo em que altamente identificada com a militância em defesa da vida, da democracia e do SUS.

O primeiro eixo refere-se ao caráter Anti-Taylor do método. Campos analisa criticamente os meios de intervenção da racionalidade gerencial taylorista. Discorre sobre a alienação em coletivos e sobre a educação para a submissão e para a renúncia. Reflete sobre a tensão autonomia-controle. Propõe as unidades de produção, os coletivos organizados para produção, um dos mais importantes conceitos, dentre os muitos que caracterizam e fundam o apoio.

O segundo eixo apresenta a inscrição do método no paradigma ético-estético-político da democratização institucional, da cogestão e da constituição de sujeitos com capacidade de análise e de intervenção. Neste, inscreve-se o processo de “autenticação” de uma experiência de apoio Paidéia. A afirmação de que o método da roda deve se colocar em relação recíproca com algum grau de democratização institucional. Em outras palavras, se não há arranjos de participação efetiva e de deliberação conjunta entre os sujeitos, processos de democratização institucional, não há método da roda.

O terceiro eixo: “Por uma reconstrução, conceitual e prática, do trabalho”, consiste na defesa e na proposta de uma reaproximação do mundo do trabalho com o mundo da vida. Alinha-se como uma tentativa de reconstrução do sentido do trabalho e de suas finalidades, base para o entendimento e para o uso dos conceitos de objeto de trabalho e de objeto de investimento.

Uma visão dialética de mundo demarca o quarto eixo, o qual coloca o método da roda como uma maneira de tornar possível a análise e o desvio das práticas sociais – clínica, pedagógica, de gestão e política – no sentido de tornar possível que uma organização produza mais autonomia e liberdade e não, principalmente, controle e dominação. Neste ponto, o conceito de produção do método da roda – designado sempre



como uma coprodução dialética entre desejos e interesses disputados por atores institucionais – inscreve, nos arranjos e dispositivos propostos pelo autor, essa visão de mundo.

Esses quatro eixos de conformação do método Paidéia ou método da roda articulam-se sustentando o projeto de transformação da racionalidade gerencial taylorista, partindo de dois principais caminhos: a democratização institucional e o fortalecimento dos sujeitos e dos coletivos. Estes caminhos são tomados como a dupla finalidade para o que passa a ser denominado como a “função apoio”, ou “função Paidéia” (Campos 2005, p. 67).

O método da Roda propõe-se a realizar uma costura entre uma perspectiva crítica (anti-Taylor) e outra de reconstrução dos modos de se fazer política, gestão e construção de sujeitos. Cruzar este percurso saltando entre conceitos que funcionassem à moda de pedras e que permitissem meter-se em um rio de águas geladas e revoltas sem afogar-se na aventura. [...] A noção de Produção seria o mapa das pedras, um indicador de percurso: trabalhar com a idéia de produção de cidadania, saúde, democracia, etc. O construir-se e o desconstruir-se das coisas. [...] Talvez, sendo mais preciso, o conceito de co-produção: o movimento, a história, a genealogia. Sujeitos, Grupos e Coletivos em sua dimensão objetiva e subjetiva, singular e universal. Mas também as Estruturas e o Poder: produzidos e sustentados por meio de práticas políticas, de métodos de gestão e do agir cotidiano: lugares de poder, máquinas de controle social, ao mesmo tempo: coeficientes e graus de liberdade, sempre contrapostos a Compromissos impostos ou acordados. Saber e Práxis também construídos: práticas sociais e Trabalho, processos em que se produzem coisas ou fatos para atendimento de desejos, interesses e necessidades sociais. Organizações, Instituições e a Sociedade. Categorias que rodopiam umas grudadas às outras, todo o tempo. Não havendo como ignorá-las, portanto (Campos, 2005, p.60).

### **O Apoio Institucional e a Política Nacional de Humanização**

De acordo com o Documento Base da Política Nacional de Humanização (PNH), para gestores e trabalhadores do SUS (Brasil, 2008), o apoio institucional é colocado como diretriz e dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, de entendimento e de análise

de coletivos, que assim poderiam qualificar sua própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde. Nesse sentido, o apoiador institucional tem a função de: 1) ativar espaços coletivos, através de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos; 2) reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de saberes visando à viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais; 3) mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; 4) ao agir com os coletivos, atuar em processos de qualificação das ações institucionais; 5) promover ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS.

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

Criada em 2003, a PNH nasceu com o objetivo de deflagrar um movimento ético, político e institucional para o enfrentamento e a superação dos modos de gestão e de cuidado em saúde incoerentes com o direito inalienável à saúde, com garantia de acesso universal e equitativo a práticas e ações integrais de saúde. Emergiu dos acúmulos do SUS,

do reconhecimento dos avanços alcançados, da análise dos seus paradoxos e desafios, a partir de sua própria experimentação como política pública e prática social (Pasche, 2009).

Assim, a tarefa posta para a PNH compõe uma dobra em que se distinguem, mas não se separam, dois grandes objetivos: (1) qualificar a política pública para que produza mais e melhor saúde (argumento de base ética), o que resultaria na (2) ampliação do valor de uso das práticas do SUS, condição *sine qua non* para que a sociedade o ratifique como a sua opção de política pública de saúde (Pasche e Passos, 2010).

A PNH surgiu ainda sob os efeitos da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000 (Brasil, 2001), a qual sinalizava a necessidade de princípios metodológicos que indicassem modos de como tornar realidade os princípios e diretrizes do SUS prescritos na sua base jurídico-legal. Nesse contexto, a partir da cartografia e análise de experiências do “SUS que dá certo”<sup>6</sup> e do alinhamento com as lutas do movimento de reforma sanitária contra as diversas formas de autoritarismo nas organizações de saúde a PNH constitui o seu método da tríplice inclusão<sup>7</sup> (Pasche e Passos, 2010).

A inclusão, assim colocada como diretriz metodológica, deve buscar o fortalecimento dos coletivos para a ampliação de suas capacidades de análise e de intervenção, afirmando a produção de saúde como produção de subjetividade. O apoio institucional tal como proposto pela PNH tem o papel de operacionalizar a diretriz da inclusão e constitui seus modos de fazer.

Segundo Pasche e Passos (2010), os modos de fazer apoio na PNH caracterizam-se por: (1) ação intensivista (Passos; Benevides, 2009b); (2) agir por contágio; (3) exercer

---

<sup>6</sup> Refere-se ao conjunto de experiências que vem sendo mapeadas, avaliadas e reconhecidas como inovadoras no SUS, desde o Seminário Nacional HumanizaSUS e o lançamento do Prêmio HumanizaSUS David Capistrano, em 2003/2004. Naquele período foram 671 experiências inscritas, sendo 544 experiências validadas; 45 experiências foram classificadas, 16 premiadas e houve quatro menções especiais (Mori, Oliveira, 2009).

<sup>7</sup>(1) inclusão dos diferentes sujeitos - gestores, trabalhadores e usuários - no sentido da produção de autonomia, protagonismo e co-responsabilidade. Modo de fazer: rodas. (2) inclusão dos analisadores sociais, dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção/gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança. Modo de fazer: análise coletiva dos conflitos, entendida como potencialização da força crítica das crises. (3) inclusão do coletivo seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança dos perceptos e dos afetos) dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal. Modo de fazer; fomento das redes (Brasil, 2008)

função de referência. O apoiador age localmente, na experiência concreta dos coletivos – junto com os sujeitos (lateralidade) e suas histórias, seus contextos. Toma a extensividade da política pública como efeito de propagação (por contágio). É uma prática que requer dispositivos em torno dos quais se articulam a repetição e a variação. Nesse movimento-função de referência, a partir “da mesma matéria do circuito claudicante da repetição” possibilita a experimentação de novos territórios existenciais (Kastrup, Barros, 2009). Os dispositivos da PNH articulados nos modos de fazer apoio institucional, colocando sujeitos em contato com as forças – instituintes - capazes de mobilizar ações de mudança nos processos de trabalho (Santos-Filho; Barros, 2007).

### ***A dobra apoio – democratização institucional: o conceito de unidade de produção***

Como poderíamos relacionar a função apoio a um processo de democratização institucional? Campos (1997a, 1997b, 2003, 2005), em sua crítica à racionalidade gerencial taylorista, demonstra, utilizando exemplos contextualizados em organizações e estabelecimentos de saúde, algumas das muitas estratégias de controle e de assujeitamento dos trabalhadores e dos processos produtivos. A partir desses estudos, da análise de processos de alienação e do conceito de obra, o autor propõe um dispositivo para acionar processos de cogestão e propiciar a emergência de coletivos pensantes com capacidade de análise e de intervenção crescentes: o conceito de *unidade de produção* ou *coletivos organizados para a produção*.

Em “Um método para análise e co-gestão de coletivos” (Campos, 2005), o autor define Unidade de Produção (UP) como “um coletivo organizado para a produção em torno de um objeto de trabalho em comum”. A partir desse conceito (muitas vezes referido pelo autor na forma de arranjo organizacional), cria uma metodologia de análise e de intervenção em organizações, serviços e movimentos organizados. A UP se situa como dobra nessa metodologia: em uma face a *roda*, que posta em movimento faz expressar um agenciamento de grupalidade para a produção coletiva de sentidos, propondo processos que articulem informação, análise, produção de textos públicos e práxis; e, na outra face, o

*espaço coletivo*, agenciamento que integra as dimensões política, pedagógica, analítica e administrativa, criando condições para a emergência de processos de cogestão. A UP, desse modo, configura-se, a um só tempo, em *setting* para o exercício da função apoio e um efeito mensurável dessa prática. Na medida em que o exercício do apoio se faz na relação com grupos, equipes e indivíduos, a qualificação dos espaços coletivos como espaços efetivos de cogestão demonstra os efeitos do próprio processo de apoio.

Na forma de arranjo organizacional, a UP, está intimamente relacionada à proposta das Equipes de Referência (ER) (Campos, 1999; Carvalho, Campos, 2000). A ER consiste em uma equipe de profissionais que se responsabiliza pelas questões de saúde de um conjunto de usuários, devendo monitorar, acompanhar e ofertar serviços, coresponsabilizando-se com eles pela produção de saúde e de autonomia. Nessa situação, diz-se que os usuários são adscritos a um determinado conjunto de profissionais (equipe) de referência. No caso, por exemplo, de uma enfermagem hospitalar (de pediatria, de clínica médica, de cirurgia, etc.), uma ER se responsabilizaria pelo processo de cuidado com os usuários de um conjunto de leitos, incluindo seus familiares, acompanhantes e todos os processos que acontecem durante uma internação, constituindo uma Unidade de Produção no Hospital.

Entretanto, neste trabalho, vamos nos deter mais intensamente ao conceito de UP, pensando a idéia de objeto de trabalho como algo que dá sentido ao agenciamento de um coletivo. Considerando o entendimento do coletivo não como grupo de indivíduos, mas como agenciamento de modos de subjetivação que se expressam na intensidade dos encontros nos diferentes espaços de intervenção (nas estruturas de gestão do SUS, nos espaços acadêmicos, nos serviços, etc.) buscando a produção do comum (Hardt, Negri, 2006).

O produzir o comum, neste sentido, relaciona-se ao alargamento das fronteiras do possível, ao potencial produzido nos encontros que tem efeito nos modos de vida. A proposta é o tensionamento de produzir o comum no regime das diferenças, não propriamente a partir do que “temos em comum”, do que nos iguala e serializa. O comum não implica afirmar uma forma de vida em particular, mas as suas múltiplas formas e

possibilidades; uma vontade de formação, uma vida na qual o importante é como se vive (Oliveira et al, 2009).

Desse modo, o conceito de UP neste trabalho, transitou da idéia de um arranjo organizacional mais ou menos estável para se configurar, ao longo do percurso, mais como um agenciamento complexo (Deleuze, 1996) – pois se trata de agenciamento de agenciamentos – que põe em jogo novas relações entre os sujeitos envolvidos e as forças que os atravessam. Um agenciamento especial, produzido por um entrelaçamento entre necessidade e encargo (o objeto de trabalho) disparando a produção de comum, o que por sua vez, agencia um coletivo. Ao longo do trabalho tentaremos convocar experimentações de UP que sustentam essa definição.

### ***Nossos usos: apoio, modalidades de apoio e terminologias***

No contexto da administração em geral, usa-se a expressão apoio à gestão com mais frequência quando se pretende falar de equipamentos tecnológicos para melhorar o processo decisório. Fala-se em sistemas de informação, softwares de gestão de conteúdo, bancos de dados, rede neurais artificiais, etc. Aparatos que se destinam a instrumentalizar o administrador para a tomada de decisão. Armado deles o gerente exerceria uma gestão mais eficiente.

Quando nos referimos ao apoio à gestão, neste trabalho, incluímos os próprios processos de gestão *entre* formular, planejar, implementar, monitorar, avaliar e decidir. A maneira de fazer gestão inseparável de fazer clínica, ativando coletivos em espaços de negociação permanente entre gestores e trabalhadores, buscando processos que tensionem e busquem diminuir a separação entre quem planeja, quem gere, quem executa e quem avalia.

Já a denominação apoio matricial refere-se a processos nos quais geralmente um profissional oferece apoio, em sua “especialidade” para outros profissionais, equipes e setores (Brasil, 2008). A principal perspectiva dessa modalidade da função apoio é apresentar-se como alternativa para resolução dos problemas da fragmentação dos saberes e

práticas de cuidado. Trataremos, a seguir, do apoio matricial de maneira mais detalhada em função de suas especificidades.

### ***Apoio Matricial – um mapa de constituição***

O apoio matricial trata-se de arranjo de gestão inscrito na lógica das unidades de produção, enquanto “coletivos organizados em torno de um objeto comum de trabalho” (Campos, 2005). Dessa perspectiva, compõe com outros arranjos, como as Equipes de Referência (Carvalho, Campos, 2000), um conjunto de estratégias que visam a ampliação das possibilidades de continuidade da atenção com gradientes maiores de vínculo com responsabilização. O apoio matricial introduz no processo de trabalho novas possibilidades de trocas de saber entre os profissionais de saúde em diversos níveis de atenção, podendo favorecer, também, uma maior articulação e qualificação da rede de serviços que compõe o sistema de saúde.

No sentido dado por Campos (1999), uma equipe de apoio matricial seria composta por um ou mais profissionais de saúde, detentores de certo saber específico, que apóiam, utilizando-se para isso de diversas modalidades de processos, uma ou mais equipes de referência. Uma equipe de saúde mental poderia, nesse sentido, apoiar as atividades de uma equipe de referência na atenção básica e vice-versa. Uma equipe de reabilitação física poderia prestar apoio a diversas equipes de enfermarias clínicas e/ou cirúrgicas de um hospital. Ao invés da montagem de uma linha de cuidado formada por uma composição de “estações”, as quais o usuário percorre, pretendendo-se com isso a integralidade da atenção às suas necessidades, uma equipe de referência se responsabilizaria pela atenção contínua ao usuário, sendo para isso, apoiada por equipes de apoio matricial, até o limite já ampliado de suas possibilidades técnicas e estruturais.

É importante afirmar nosso entendimento de que a constituição dos papéis de “apoiador” e de “apoiado” co-emergem em ato no encontro, o que nos obriga a considerar a dificuldade de conciliar os arranjos fixos de organização do processo de trabalho com a variabilidade dos problemas e dos saberes e práticas que podem resolvê-los, os quais,

muitas vezes não respeitam a *lógica dos arranjos fixos*<sup>8</sup>. Decorre dessas questões, o enorme desafio de repensar a racionalidade que comanda a ordenação das redes de atenção, que quase sempre persegue a otimização de recursos, baseadas em relações de adequação de escala e escopo das ofertas de procedimentos pautadas em necessidades medidas a partir da demanda modulada pela oferta dos mesmos procedimentos. E na qual a organização dos processos de trabalho é totalmente secundária a toda essa lógica.

A principal aposta no apoio matricial está na troca de saberes entre equipes e entre profissionais em torno da busca de ofertas de ações/serviços que tenham potência para modificar positivamente os problemas de saúde (no seu amplo sentido) de sujeitos, com o uso, o mais racional possível, de toda ordem de recursos disponíveis. Os saberes específicos de cada profissional envolvido, seus domínios técnicos e experienciais, constituem o Núcleo de saber de cada um deles. Os saberes e práticas em comum, articulados em torno de um mesmo objeto de trabalho, constituem o Campo (da saúde, das práticas de saúde, do cuidado, da vida em comum). Nessa desejável troca de saberes e de práticas, os núcleos devem atuar sinergicamente articulados pelo Campo, pelo interesse em comum na melhora das condições do sujeito<sup>9</sup> em questão e, ao mesmo tempo, na invenção de novos saberes e práticas de saúde (Campos, 2000). Neste último ponto, inscreve-se a aposta na produção de saberes, em ato, que ampliem a capacidade de análise e de ação dos trabalhadores (e usuários) no sentido da coprodução de saúde e de autonomia. O caráter anti-Taylor (Campos, 1998) reside na construção de uma racionalização do uso dos recursos tecnológicos e estruturais, condicionada à construção coletiva de intervenções em saúde,

---

<sup>8</sup> Refere-se às maneiras de pensar a organização dos processos de trabalho tomando as relações a partir de lugares institucionais fixos como se estes correspondessem sempre aos mesmos papéis e poderes constituídos e cristalizados, desconsiderando a dinâmica e as possibilidades de transversalização das relações saber-poder. Como, por exemplo, quando se toma as equipes da atenção primária à saúde sempre como as que devem ser “apoiadas”, ao passo que o profissional específico da saúde mental ou o médico especialista do centro de especialidades são tomados como aqueles que sempre se constituem como “apoiadores”, a partir de um lugar de suposto saber. Nessa lógica, seria muito difícil considerar a possibilidade, por exemplo, de constituir arranjos de organização de redes nas quais as equipes de atenção básica apoiem equipes de centros de referência ou de especialidades. Portanto, o que denominamos “lógica dos arranjos fixos” se constitui em obstáculo para a construção da coordenação do cuidado em rede, em especial a partir da atenção primária em saúde.

<sup>9</sup> Em uma clínica compartilhada, o usuário também deve compor ativamente com saberes e práticas o campo do próprio cuidado.



coproduzidas entre trabalhadores, gestores e usuários, em função do que conseguem conceber enquanto necessidades de saúde, formuladas a partir da singularidade desse encontro.

O termo matriz traz consigo vários significados. Pode ser o lugar onde se geram e se criam coisas. Pode indicar também relações de repetição/reprodução, comando e obediência (a matriz e suas filiais). Ou indicar um conjunto de valores e cálculos que guardam relação entre si, quer os analisemos na vertical, na horizontal ou em linhas transversais (Campos, Domitti, 2007). Podemos pensar o termo como correspondente a um agenciamento de conexões de redes de saber, que buscam a ampliação dos coeficientes de transversalidade (Guattari, 2004) nas relações entre os profissionais das equipes de referência, entre equipes de vários serviços e entre estes e os profissionais de áreas especializadas.

O apoio matricial inscreve-se, nesse sentido, nas estratégias de implementação de novos arranjos que produzam outra cultura e outras linhas de subjetivação, que não aquelas centradas principalmente no corporativismo e na alienação do trabalhador do resultado de seu trabalho. A invenção de outra cultura organizacional que estimule o compromisso das equipes com a produção de saúde e permitindo-lhes, ao mesmo tempo, sua própria realização pessoal e profissional (Campos, 1997a).

A operacionalização do apoio matricial depende de um conjunto de condições: número e qualificação dos profissionais disponíveis; cultura organizacional dos gestores e dos trabalhadores envolvidos; rede de serviços disponível; organização dos processos de trabalho. No âmbito dos serviços de saúde, uma série de condições de organização do processo de trabalho, de agenda, de fluxos e de disponibilidades pessoais e institucionais dos profissionais envolvidos, precisa ocorrer para se tornar viável um projeto de apoio matricial. Uma equipe que não se reúne, que não se encontra, dificilmente conseguirá operá-lo. Nesses casos, a implementação do apoio matricial deve ser acompanhada de dispositivos e de arranjos de gestão que favoreçam a criação e a sustentabilidade dos encontros da equipe. Há necessidade de espaços de discussão das equipes de referência, entre as equipes e os apoiadores matriciais e a participação destes em espaços nos quais

seja possibilitada a discussão do processo de trabalho, dos fluxos e do cardápio de ofertas do serviço, da rede local ou loco-regional.

Algumas condições organizacionais ampliam muito as possibilidades de sucesso e de impacto do apoio matricial. A adoção de estratégias de desprecarização das relações de trabalho, como a contratação por concurso e a fixação de profissionais diaristas e não em regime de plantão para integrar as equipes, por exemplo. A adoção de tecnologias de educação permanente em saúde como estratégia de qualificação dos trabalhadores e dos gestores. A organização dos serviços de saúde com base em equipes de referência com adscrição de clientela e definição de responsabilidade sanitária pelo recorte territorial. A adoção de arranjos e dispositivos de cogestão, como a criação e a qualificação de espaços permanentes de encontro entre as equipes, como já foi aqui exposto. A criação de colegiados de cogestão nos serviços e nas áreas de gerências técnicas da gestão municipal.

Quando se inicia um processo de apoio matricial, a intencionalidade primeira é ampliar a capacidade de análise das equipes de referência para lidar com seus casos e ampliar sua capacidade resolutiva. Todavia, discutir casos complexos envolve um enfrentamento ativo das dificuldades não só técnicas da equipe de referência, mas também as dificuldades operacionais dos serviços e da rede. Um dos primeiros efeitos de uma experiência de apoio matricial bem-sucedida é a ampliação da capacidade de manejo dos casos pela equipe de referência. Isso gera novas necessidades de adequação da organização da gestão em diferentes níveis. Por exemplo, quando uma equipe de referência passa a discutir casos psiquiátricos, de cardiologia, de endocrinologia ou de qualquer especialidade médica, os médicos da equipe de referência quase sempre passam a reivindicar novas possibilidades de investigação diagnóstica e terapêuticas, demandando reorganização da assistência farmacêutica, da regulação, dos protocolos clínicos e das possibilidades de ofertas de atividades terapêuticas. Do ponto de vista da gestão dos serviços e do sistema, cabe aos gestores ampliar sua capacidade de detecção e de problematização dessas demandas com as equipes de referência, com os serviços de referência e com as diferentes áreas técnicas envolvidas para que haja, de fato, a coordenação de uma rede de sustentação

do processo de apoio matricial que comporte também uma ótima utilização dos recursos disponíveis.

Olhando-se para as redes de atenção, o apoio matricial propõe novas formas de relação entre os serviços e entre os profissionais. A equipe de referência pode permanecer responsável pela condução dos casos inscritos em seu cadastro, mesmo quando algum tipo de apoio especializado foi acionado. Cada serviço da rede pode ser organizado na lógica das equipes de referência, tendo temporalidades e processos de vinculação dependentes de cada objeto de trabalho. Aqueles usuários que estão em acompanhamento no centro de referência podem permanecer vinculados a uma equipe de referência desse serviço, a qual pode ser apoiada por equipes da atenção básica, por profissionais da saúde mental, etc. (Campos, Domitti, 2007). Um paciente em tratamento oncológico, poderia ter sua equipe de referência no serviço de oncologia, enquanto dura o tratamento específico e também com uma equipe da atenção básica, esse mais permanente. O que comanda essas decisões são as pactuações entre os sujeitos envolvidos, observando-se as normas, os protocolos, os princípios éticos e políticos do SUS.

O apoio matricial tem como objetivo construir e ativar espaços para comunicação e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores. Personalizar os sistemas de referência e contra-referência, estimular e facilitar o contato direto entre a referência encarregada do caso e o profissional de apoio. Altera-se, dessa forma, o papel e o modo de operar das Centrais de Regulação, atribuindo a estas uma função na urgência, no zelo pelas normas e protocolos acordados e na divulgação e no ofertamento do apoio disponível. A decisão sobre o acesso de um caso a um apoio especializado seria, em última instância, tomada de maneira interativa, entre profissional de referência e apoiador. Há aqui uma aposta, como em outros países, no "empoderamento" dos trabalhadores de saúde com a responsabilidade de regulação do sistema, a partir de suas próprias tomadas de decisão em coerência com as diretrizes clínicas, princípios e diretrizes operacionais do sistema (Campos, 2007). O regulador à distância teria um papel de acompanhar e avaliar a pertinência dessas decisões e de tomá-las para si somente em

situações de urgência, quando não haveria tempo para o estabelecimento de contato entre referência e apoio matricial (Campos, Domitti, 2007).

Seriam, dessa forma, duas maneiras básicas para o estabelecimento desse contato entre referências e apoiadores. Primeiro, o construído na combinação de encontros periódicos e regulares, semanais, quinzenais ou mais espaçados entre equipe de referência e apoiador matricial. O objetivo seria discutir casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de referência, para os quais se procura elaborar projetos terapêuticos e acordar linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos. Além disso, criar possibilidades de discussão de aportes teóricos e metodológicos pertinentes às necessidades dos sujeitos envolvidos visando à qualificação da atenção e das relações. A segunda maneira, em casos imprevistos e urgentes, em que não é possível aguardar a reunião regular, o profissional de referência aciona o apoio matricial, a partir de uma avaliação de risco e de vulnerabilidade, por meios diretos de comunicação personalizados, contato pessoal, eletrônico ou telefônico e não apenas por meio de encaminhamento impresso entregue ao paciente, solicitando-se algum tipo de intervenção ao apoiador (Campos, Domitti, 2007).

Em outro nível de produção de demandas, a discussão de casos complexos também costuma explicitar dificuldades no modo como os profissionais, as equipes e os serviços produzem relação com os usuários. Casos de abandono de tratamento, de dificuldade de acesso, ou que envolvam problemas de violência, por exemplo, podem denunciar a dificuldade de relação entre os profissionais e os usuários, os “fechamentos” dos serviços e do sistema às demandas da população, o empobrecimento das ações programáticas ofertadas, etc. Essas “denúncias” surgem na maior parte das vezes de forma conflituosa e requerem dos profissionais e dos gestores grande capacidade de escuta e de auto-análise. Todavia, esse movimento só ganha possibilidades criativas se profissionais de saúde e gestores conseguem realizar modificações concretas no seu modo de produção de práticas, no cotidiano do trabalho. Nesse propósito, passa a ser crucial a produção de espaços de discussão e de co-gestão qualificados nos quais esses atores possam se inscrever

de forma produtiva. Considera-se, assim, que o apoio matricial, deve fazer parte de um conjunto de estratégias de democratização institucional.

A função de apoiador sugere, nesse sentido, a incorporação de referenciais e ferramentas do Apoio Paidéia. Na gestão do trabalho em equipe, na clínica, na saúde pública ou nos processos pedagógicos, a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos pode ocorrer de maneira dialógica. A função do apoiador seria procurar construir de maneira compartilhada com os outros interlocutores, a partir da consideração de ofertas e demandas colocadas por esses e outros atores ao coletivo, partindo tanto de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo, quanto incorporando demandas trazidas pelo outro também em função de seu conhecimento, desejo, interesses e visão de mundo, e nesse movimento produzir, com o coletivo, processos de escuta, de análise, de construção de textos coletivos, de definição de tarefas, redes de responsabilização e avaliação (Campos, 2005).

Quando se afirma que o apoio matricial está inscrito na lógica das unidades de produção, está colocada a intenção de por em prática: (1) a idéia de uma organização de processo de trabalho em função de responsabilização e de adscrição de conjuntos de usuários/grupos, em acompanhamento continuado, que deveria, inclusive, anteceder (ou ser fomentada pelo) o apoio matricial; (2) algum modo de cogestão do processo de cuidado e dos processos de trabalho envolvidos e o compartilhamento da clínica. Espera-se, nesse sentido, que o apoio matricial não só estimule, mas crie condições para a concretização da coordenação do cuidado, da longitudinalidade e da integralidade do cuidado em rede (Starfield, 2002) e se configure também como elemento de conexão, a um só tempo, de redes de cuidado e de cogestão da clínica e dos processos de trabalho em saúde.

### **Terminologia do apoio – uma proposta de convenção**

Com base nas referências explicitadas e tendo em vista a multiplicidade de denominações que envolvem o apoio na produção científica corrente, convencionaremos, neste trabalho, as seguintes definições:

**Metodologia de apoio:** um mapa dinâmico de saberes e de práticas mais ou menos articulados que demarcam balizas e contornos para o fomento de processos de democratização institucional e ampliação da capacidade de sujeitos e de coletivos para análise, para intervenção e para a invenção de si e do mundo (Kastrup, 1999).

**Função Apoio:** refere-se ao papel institucional exercido por um agente que assume o posicionamento estético, ético e político de acordo com uma metodologia de apoio.

**Apoio Institucional:** os objetivos do apoio institucional estão voltados para a produção de análise e transformação dos processos de trabalho e dos modos de relação entre sujeitos em uma organização; também pode ser entendido como a prática do apoio entre organizações<sup>10</sup>.

**Apoio à Gestão:** arranjo organizacional ou modalidade de prática do apoio direcionada para processos de gestão seja no apoio a gerentes ou a processos de cogestão; o objeto tomado aqui são os processos e os modelos de gestão das organizações; na interface clínica/gestão, o apoio à gestão se inscreve pela via da gestão, sem negar que essa modalidade de apoio exerce clínica o tempo todo; no SUS existem muitos exemplos de serviços e de secretarias de saúde que desenvolveram experiências de constituição do apoio à gestão.

**Apoio Matricial:** arranjo organizacional ou modalidade de prática do apoio na qual um conjunto de saberes, de práticas e/ou de competências concentrados em certos setores, grupos ou indivíduos de uma organização, considerados necessários para resolução de demandas ou problemas expressos por outras parcelas da organização, é ofertado a estas últimas por meio de processos que incorporem uma metodologia de apoio. Toma como

---

<sup>10</sup> Por exemplo, quando entes federados pautam relações a partir do exercício da função apoio. Como no caso de uma secretaria de estado da saúde que se propõe a criar relações baseadas na função apoio com os municípios do mesmo estado, ou mesmo entre diferentes municípios ou entre o ministério da saúde e secretarias de saúde. Ou quando instituições de natureza diferentes se relacionam a partir do exercício da função apoio, como no caso de algumas instituições formadoras que apóiam tecnicamente serviços ou secretarias de saúde.

objeto uma necessidade ou um problema vivenciado. Nesse sentido é que entendemos que o seu enfoque é mais clínico, mas sempre considerando que há dimensões de gestão em jogo. Existem várias experiências de apoio matricial em curso no SUS, desde a década de 1990. Nos últimos anos essa modalidade de apoio ganhou visibilidade a partir da instituição dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF, instituídos pelo Ministério da Saúde (MS) em 2008, através da Portaria GM nº 154.

## Capítulo 2

### **A inscrição da *função apoio* nos processos de uma organização**

#### ***O nascimento do projeto de Vitória***

Outubro de 2007. Meu primeiro ano do doutorado. Terminava as disciplinas de pós-graduação e trabalhava como professor em duas atividades de extensão do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) que estavam se encerrando: um curso de especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde ofertado para profissionais do Ministério da Saúde baseados na cidade de São Paulo e um curso de especialização em gestão na Atenção Básica para profissionais das redes municipais de saúde da região de Campinas, SP. Participava de dois grupos de pesquisa: o recém-nato Conexões, coordenado pelo meu orientador, o prof. Sergio Carvalho, e o Paidéia, coordenado pelo Prof. Gastão Campos. O DMPS promovia naquele mês um Seminário de Atenção Básica na Unicamp e pessoas de várias partes do país vieram participar. Entre elas, a então Gerente de Assistência à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, ES, que veio à Campinas naquela ocasião com a missão de agenciar com o prof. Gastão uma parceria de colaboração técnica para o município.

Conversaram. Em seguida fui convidado pelo prof. Gastão a ir até Vitória para uma primeira conversa com o secretário municipal de saúde e seu gabinete, construir com eles as bases para um projeto de parceria, para o qual eu poderia me tornar referência do DMPS para a Semus, caso o projeto se concretizasse. Conversei rapidamente com a representante da Semus que me transmitiu a encomenda feita por ela ao prof. Gastão Campos, em nome do secretário municipal de saúde de Vitória: implementar o Método Paidéia na Semus.

Novembro de 2007. Com essas duas encomendas: (1) do prof. Gastão – ir à Vitória, fazer análise de demanda, formular alguma oferta inicial e viabilizar um projeto de colaboração técnica com um importante município; (2) da Semus – Implementar o método



Paidéia; tive aproximadamente um mês para me preparar para a visita ao município de Vitória. A primeira agenda foi um convite para a minha participação em uma conferência sobre apoio matricial no Seminário Municipal de Atenção Básica de Vitória. Uma conferência, com tema do apoio em um seminário municipal do qual participaram em torno de 500 pessoas, entre profissionais de saúde, gerentes e gestores<sup>11</sup> de Vitória e de municípios vizinhos. Elementos os quais, somados às circunstâncias relatadas do mês anterior, chamavam minha atenção para o lugar de suposto saber<sup>12</sup> no qual estava sendo enquadrado, por estar identificado à Unicamp, ao DMPS e ao prof. Gastão. Fui tratado sempre com muito respeito, em algumas circunstâncias com reverência semelhante àquela dedicada a autoridades. Algumas vezes, sentia uma vaidade gostosa. Outras vezes, certo desconforto causado pelo prenúncio de grandes desafios pela frente, temperado pela sensação de que essa intervenção demandaria de mim mais do que as anteriores, o que transformava aquelas reverências e a confiança depositada no suposto saber em pura pressão.

Haveria uma reunião com os dirigentes da Semus após o evento do seminário. Até então as encomendas<sup>13</sup> comandavam. Mas daquele momento em diante, a relação bilateral inicial DMPS–Semus passa mais claramente a triangular, cabendo eu mesmo em um dos

---

<sup>11</sup> Quando me refiro a trabalhadores, gerentes e gestores, estou me referindo aos lugares tradicionalmente instituídos nas organizações do SUS. Os trabalhadores não têm função formal (cargo) de gestão. Os gerentes são trabalhadores que têm cargo de gestão na organização. O gestor é o representante legal do ente federado (neste caso o município), responsável pelo sistema municipal de saúde, representante do chefe de governo na saúde. Todavia, entendemos que todos eles exercem funções de gestão e é o que se espera ver ampliar em uma proposta de gestão, conforme abordaremos mais adiante.

<sup>12</sup> Desde o momento do primeiro encontro, quando surge a encomenda feita pela representante da Semus, estava pressuposta uma oferta – “nós temos o que você precisa – o método” que se encontra com uma aposta de que “o método Paidéia resolverá nossos problemas”. A oferta antecede e produz a demanda (Baremlitt, 1992). Mas ainda não sabemos se o método dará conta da demanda. Também uma aposta implicada. A oferta deve entrar em análise, proceder a uma análise da produção da demanda, que é parte da nossa análise de implicação (Lourau, 2004). Um movimento importante é examinar a possibilidade de acabarmos por ocupar o lugar de afirmação da verdade sobre os problemas “que eles não sabem que tem” e/ou de receitadores das mesmas soluções prontas e acabadas para todas as demandas.

<sup>13</sup> Tomo a encomenda aqui como sinônimo de encargo, o qual “alude aos sentidos não explícitos, não-manifestos, dissimulados, ignorados ou reprimidos, e que comporta uma demanda de bens ou serviços. Em uma acepção ampla, refere-se a uma solicitude ou exigência de soluções imaginárias ou de ações destinadas a restaurar a ordem constituída quando a mesma está ameaçada. O encargo nunca coincide com a demanda e deve ser decifrado a partir dela, sendo que seu sentido varia segundo o segmento organizacional que a formula” (Baremlitt, 1996, p.149).

seus vértices. Ainda não sabia muito bem o que fazer, consegui apenas cogitar aceitar a tarefa da conferência no seminário, procurando corresponder às expectativas. Afinal de contas estava muito contente com a oportunidade. Ouvir muito no primeiro encontro e não tentar enrolar o gestor com tom professoral já estaria de bom tamanho. As conversas foram muito rápidas e profícuas. Agendamos uma visita de dois dias no mês seguinte, incluindo visitas a serviços da rede municipal, às principais gerências do nível central da Semus e uma conversa mais longa com o secretário, gabinete e gerentes.

Dezembro de 2007. Prestes a pegar o avião de Campinas para Vitória eu não tinha nenhuma idéia clara de por onde começar. Considerei que se a encomenda era pelo método, seria interessante que eu próprio agisse como apoiador<sup>14</sup>. Era preciso definir um posicionamento, que fosse inicial, de incursão no território da organização Semus-Vitória. Colocava-se a necessidade de uma definição contratual da minha própria relação com a gestão. Nada disso estava dado. Nas minhas experiências anteriores esse momento, havia sido sempre muito trabalhoso e difícil. Dificuldades para definir os meios concretos de contratação sempre foram peculiares da administração das prefeituras<sup>15</sup>.

Além disso, a questão particularmente importante e desafiadora tratava-se do grau de engajamento dos principais gestores com o projeto a ser construído. Mesmo partindo o convite do próprio secretário municipal de saúde, isso não configurava garantia alguma do engajamento da gestão em um projeto como esse. Minhas experiências anteriores sinalizavam que este momento inicial de estabelecimento do “contrato”, fazendo implicar

---

<sup>14</sup> Para mim isso soou como uma excelente justificativa para o meu desejo de experimentar a metodologia do apoio e se encaixava perfeitamente nas duas encomendas explicitadas.

<sup>15</sup> Uma das questões sempre presentes foi a de que eu dependia financeiramente da remuneração desse tipo de atividade. Ao mesmo tempo em que procurava garantir as melhores condições possíveis que conseguia reunir para o sucesso da parceria, estas condições deveriam também garantir parte das minhas necessidades de remuneração. Isso nem sempre foi fácil conciliar, em função das frequentes dificuldades que as prefeituras demonstram nas questões de compras de serviços, contratos, etc. Levamos oito meses procurando definir a figura jurídica adequada e viável para a parceria. Nesse período recebi como pessoa física, em contrato temporário de horas-aula. Não deixei de ser remunerado, mas houve períodos sem regularidade de remuneração, em função dessas questões. O esforço foi de procurar garantir que nenhuma dessas dificuldades prejudicasse o projeto.

ativamente a participação dos dirigentes principais da organização, era de fundamental importância para o sucesso desse tipo de empreitada.

Cheguei a Vitória desejando propor uma experimentação do apoio na própria constituição da relação com a Semus e no desenvolvimento de todo o projeto. Todavia, ainda restava construir (com eles) uma solução, nem que provisória, para a questão do posicionamento institucional do apoio, o que tornaria possível a formulação de um arranjo concreto para a inscrição da função apoio nos processos daquela organização.

### ***De que lugar institucional se pode realizar o apoio?***

A questão do lugar institucional do apoiador é um dos grandes desafios metodológicos. E antes mesmo de adentrar o campo de intervenção, predominavam no pensamento muitas dúvidas e algumas memórias de experiências sobre o melhor posicionamento do apoiador para que se possa exercer essa “função” em sua plenitude.

Campos (2003) delimitou alguns lugares institucionais de onde se poderia realizar o apoio (Paidéia): de um lugar de poder institucional; de um lugar de suposto saber; de um lugar de suposto saber e ao mesmo tempo, de poder institucional; de um lugar de paridade (suposta horizontalidade) no coletivo. Nessa “categorização” com finalidade didática, explicitada em texto direcionado a trabalhadores e gestores da saúde, Campos mantém uma correlação clara entre o “lugar institucional” e uma função ou cargo formal em uma organização. Desse modo, quando um dirigente de uma organização apóia seus dirigidos, isso se constitui em um exemplo de apoio a partir de um lugar de poder institucional. Quando um apoiador é demandado em função de um conhecimento presumido tem-se um exemplo de apoio de um lugar de suposto saber. Quando um profissional clínico apóia seus usuários, surge um exemplo de apoio a partir de um lugar de poder e de saber. Quando em

cogestão um membro da equipe apóia outro, configura-se em um apoio de um lugar de paridade ou horizontalidade no coletivo<sup>16</sup>.

Em uma perspectiva micropolítica são muitas as situações nas quais as relações de saber-poder se exercem em uma organização. A questão colocada por Campos (2003) - De onde se pode realizar o apoio? – assume outra amplitude e variação nessa perspectiva: Em quais relações de saber-poder, em uma organização, poder-se-ia inscrever o apoio?

As respostas a estas questões não são óbvias. E as experiências de implementação do apoio como alternativa metodológica no modelo de gestão/atenção demonstram vantagens e desvantagens da inscrição do apoio em cada uma das modalidades de posicionamento descritas por Campos.

Alguns municípios criaram o cargo de apoiador institucional ou de apoio à gestão, com funções mais ou menos definidas e atribuições de gestão formais<sup>17</sup>. Nestes municípios, em geral, o apoiador substitui o antigo lugar do supervisor de programas, que fiscalizava o trabalho das equipes de saúde. Mantém alguma relação hierárquica sobre os serviços de saúde, seus gerentes e suas equipes e ao mesmo tempo responde a uma chefia que lhe é superior, como um coordenador de distrito, de região, do nível central ou mesmo diretamente ao próprio secretário de saúde. Nesses casos, o apoiador tem o duplo papel de gestor, acumulando por um lado a atribuição formal de gerência, a qual define seus “apoiados” como subordinados e, de outro, a relação apoiador-apoiado. Nessas experiências, o apoiador se constitui na relação com seus apoiados como um mediador formal. Isso não seria problema algum, se não fosse a forte tendência à fixidez dos papéis de apoiador e de apoiado, correndo-se o risco de se tornar um processo unilateral. Nesse arranjo organizacional do apoio, a tendência é criar-se uma linha direcional vertical descendente que parte da gestão formal e vai às gerências de serviços e suas equipes de saúde, mediadas pelo apoiador. É claro que o poder de indução de políticas por essa via

---

<sup>16</sup> É claro que a questão do poder nessa formulação está colocada enquanto lugar de poder formal, ligado ao exercício de um cargo e gestão. Em uma perspectiva micropolítica, o poder se faz presente em todas essas modalidades.

<sup>17</sup> São exemplos recentes os municípios de Campinas, de Sumaré, de Amparo, de Santa Bárbara do Oeste, todos em SP.

ganha enorme amplitude. Mas passa a depender exclusivamente dos atores que operam estes papéis e da força crítica dos sistemas de cogestão – em geral frágeis e parcialmente implementados - o grau de democracia inscrita nesse modelo de gestão, mantendo toda a organização no fio de navalha entre uma organização democrática e um aparato institucional ainda mais autoritário.

Outros exemplos de implementação da metodologia do apoio demonstram diferentes modalidades de arranjos organizacionais possíveis. A utilização da metodologia do apoio na educação permanente de trabalhadores e gestores [Jacareí, 2002-2004; Pindamonhangaba, 2004 – 2005]<sup>18</sup>, em cursos de especialização em Saúde da Família e Gestão<sup>19</sup> (Furlan, Amaral, 2008) e na formação de graduandos de medicina em experiências de composição docente-assistencial<sup>20</sup> (Carvalho, Campos, Oliveira, 2009) já acumula subsídios suficientes para a afirmação de que é possível inscrever na relação formador-trabalhador/gestor a metodologia do apoio.

O modo de fazer do apoio adotado na formação se mostrou muito adequado para adultos, em especial nos processos de ensino-aprendizagem em serviço, pois reduz a percepção de separação teoria-prática, constituindo-se em um processo sempre coletivo de ampliação da capacidade de análise e de intervenção nas situações cotidianas, tendo efeito também sobre os trabalhadores e gestores que atuam nos mesmos serviços e equipes daquelas em que trabalham os formandos.

Mesmo assim, as mudanças impulsionadas pela formação costumam ser lentas e sujeitadas aos valores e processos institucionais vigentes na organização em questão. Corre-se sempre o risco do processo formativo tornar-se marginal e até contrário às intenções do projeto ético-estético-político dos dirigentes das organizações em questão. São processos, portanto, altamente dependentes da maneira como são contratados e sustentados na parceria entre formadores, instituições formadoras e gestores da saúde.

---

<sup>18</sup> Refere-se à cidade e período no qual foram desenvolvidas experiências de apoio na educação permanente de trabalhadores e gestores.

<sup>19</sup> Desenvolvidos e ofertados pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social, em parceria com a Saúde da Família da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, nos anos de 2007, 2008 e 2009.

<sup>20</sup> Experiências desenvolvidas na Unicamp, no período entre 2005 e 2009, pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social.

Comentei, até aqui, dois grandes conjuntos de experiências de implementação da lógica do apoio: Experiências nas quais o apoiador assume cargo formal de gestão e experiências de aplicação da metodologia do apoio para formação permanente de trabalhadores e gestores. Há um terceiro conjunto de experiências, ainda incipientes e localizadas que propõe outra possibilidade: a inscrição da “função apoio” em diversos níveis da organização, sem com isso fixar um só lugar institucional do apoiador.

Alguns municípios incluíram nas atribuições de determinados atores estratégicos a função apoio para formulação, pactuação e implementação de projetos específicos de uma maneira mais coletiva e negociada (Projeto de Acolhimento em Betim, MG, 1996; Implantação da Estratégia de Saúde da Família em Jacareí, SP, 2002; Transformação do modelo de atenção básica em Pindamonhangaba, SP, 2005). Com isso, mesmo que se constitua um grupo de apoiadores, cada um deles mantém suas atividades formais de origem na organização, dedicando parte de sua carga horária de trabalho para desenvolver, implementar e avaliar intervenções que se utilizam de ferramentas do apoio, geralmente sob coordenação de alguém que conheça essa metodologia ou utilize de alguns de seus modos de fazer. Esse grupo deve ser composto por atores institucionais estratégicos o que vai definir: 1) maior ou menor capacidade de análise e de intervenção, mais por seu conjunto do que pela capacidade individual dos participantes e 2) maior ou menor governabilidade em função da sua composição e da sua relação com a distribuição do poder formal na organização.

Essas experiências, de certo modo agregam algumas vantagens e desvantagens se comparadas a outras modalidades de inserção institucional do apoio. Revelam a possibilidade da criação de espaços experimentais nos quais atores institucionais podem experimentar ser apoiador, confrontando essa proposta com sua prática cotidiana. A tendência inicial é uma separação de papéis, fazendo com que o sujeito que experimenta “ser apoiador” passe por um período no qual há momentos em que age como apoiador e momentos em que volta a agir “como antes”. A aposta é que as vivências de apoio “contagiem” de tal forma as práticas cotidianas desses atores que as práticas de apoio passem a predominar em diversos espaços institucionais. O risco que se corre é que essa

“contaminação” não atinja amplitude necessária para modificar a maioria dos processos na organização. O mesmo risco de marginalização e de anulação de outras experiências, salvo que, nesta modalidade, quando maior o engajamento dos dirigentes, maior a abrangência dos processos em que se pode inscrever o apoio.

A experiência de Vitória é um exemplo dessa via de implementação da lógica do apoio em organizações, sendo inédita em razão de não se constituir em um grupo gestor de projetos, mas em um grupo que pretende acionar processos de transformação em todo o modelo de gestão/atenção da Secretaria Municipal de Saúde, muito embora opere com um conjunto de projetos de cada vez.

O acúmulo das experiências anteriores nos trouxe elementos para pensar essa nova parceria. Trouxe até aqui aquelas que considere mais importantes. Mas a questão do posicionamento institucional do apoiador envolve implicações ainda pouco exploradas as quais pretendo desenvolver deste ponto em diante, em especial a respeito da articulação apoio-democracia.

Vejam que, a partir de uma formulação estratégica, a questão do posicionamento do apoiador poderia ser colocada nos seguintes termos: “Temos um projeto, que disputamos com outras forças contrárias a nós”.

De certo modo, sempre estamos imersos num campo de disputas. É legítimo ter e defender um projeto e o faremos. Todavia, a menos que tomássemos o apoio apenas como ferramenta gerencial – que retiramos de uma caixa e implantamos em processos específicos de uma organização – não poderíamos considerar que a própria inscrição da metodologia fosse feita de outra maneira que não a do apoio. Mesmo em função dessa possibilidade, restaria analisar as conseqüências dessa formulação, sua consistência, seus riscos e nossa responsabilidade. Salvo nos considerássemos ingênuos, ou excluídos da existência de outra opção, a formulação pressupõe alguma utilidade ou o reconhecimento de mérito em seus modos de fazer. Para seguir “voluntariamente” nesse caminho deve haver alguma conveniência produtiva entre a nossa natureza e aquela presente em certo sentido de

antagonismo – o oponente visto como o inimigo<sup>21</sup>. Haveria uma tendência constante à aniquilação da diferença, na qual qualquer movimento, qualquer de suas expressões facilmente poderia ser identificada a projetos das “forças contrárias”. Neste cenário paranoico, o projeto do apoio teria que ser, no mais das vezes, empurrado “goela abaixo”, pois quase sempre a desconfiança lhe faria resistência. Além disso, a utilização do apoio estritamente como mais uma ferramenta gerencial, facilita seu uso expropriado dos valores e dos princípios originais, tornando-se outra coisa. Provavelmente mais uma tecnologia de controle autoritário. Por isso o apoio, tomado como método<sup>22</sup>, mesmo que em plena formulação - um “mapa dinâmico de saberes e de práticas” - está sempre implicado com um processo de democratização institucional.

O desafio posto à problemática do lugar do apoio vai além da definição de um arranjo organizacional para a sua prática. Trata-se da constituição de um processo permanente de sustentação de posicionamentos institucionais que articulem práticas, valores e princípios coerentes com processos de democratização institucional. Nesse sentido, a questão seria melhor colocada da seguinte forma: Diante de um determinado

---

<sup>21</sup> “O antagonismo é a luta entre inimigos” (Mouffe, 2006). Segundo Espinosa, as causas da servidão e da infelicidade humanas decorrem dos efeitos de nossa percepção da experiência imediata das coisas e dos acontecimentos, na qual tudo parece suceder por encontros fortuitos, causais e imprevisíveis. Esses efeitos conformam duas paixões naturais - o medo e a esperança; uma ilusão natural - a crença na liberdade da vontade - e um preconceito natural - a crença na finalidade das coisas e dos acontecimentos. Buscaríamos corrigir o sentimento da contingência, supondo que a ausência de necessidade causal das coisas e dos acontecimentos possa ser racionalizada atribuindo-lhes um fim. A causa imaginária para seus desejos, o homem denomina vontade. Como no homem a vontade pode contrariar um desejo, ela é tomada como livre. Percebe, desse modo, que na natureza tudo parece acontecer por necessidade ou segundo leis necessárias, mas julgam que nos humanos, algumas coisas acontecem por escolha da vontade e, portanto, por liberdade e por finalidade. Essa diferença faz o homem colocar-se como superior e daí decorre que no ser supremo (Deus), sua excelência e grandeza advêm do poder de sempre agir por escolha voluntária e por finalidade, jamais por necessidade. Tudo poderia ser diferente se a vontade divina fosse diferente. Os fins e a vontade divina são incompreensíveis para os homens – alimento do medo e da esperança (Chauí, 2010). Para igualar-se a Deus o homem deve procurar agir por vontade e finalidade. A necessidade é o que não está sob o poder do homem. Decorre que a libertação e a felicidade do homem não dependem dele. E aqueles que se opõe à sua vontade o fazem servo e infeliz. Se imaginamos que uma coisa que nos afeta de um afeto de tristeza a odiaremos. “O ódio nada mais é do que a tristeza, acompanhada da idéia de uma causa exterior. [...] Aquele que odeia esforça-se por afastar e destruir a coisa que odeia (Espinosa, Ética III, proposição 13, Escólio). Está no ódio, a fonte do antagonismo.

<sup>22</sup> O significado literal de método é “caminho para chegar a um fim”. Mas, quando “tomamos o apoio como método”, queremos dar ênfase a um esforço de pensar o “como fazer” e modificar a perspectiva tradicional das políticas de saúde que geralmente partem do “como deve ser” (Pasche e Passos, 2010).



projeto ético-estético-político que considere o apoio como possibilidade metodológica, em quais relações de saber-poder o apoio deveria *necessariamente* se inscrever?

O termo deriva da “ontologia do necessário” de Espinosa (2008). Para o filósofo, a liberdade é o conhecimento da necessidade. “Somos livres quando agimos segundo a necessidade de nossa natureza”. É a “força interior do corpo e da alma para produzir e acolher a multiplicidade simultânea de movimentos corporais, afectos e idéias. Ela não é simples escolha, mas autodeterminação necessária e a alegria da vida”. O conhecimento a partir das paixões e da crítica às soluções ilusórias alimentadoras da servidão e da infelicidade. Conhecimento que nos permita a seleção dos encontros/afetos que aumentem as potências de agir e que conduzam ao conhecimento da verdade, da liberdade e da felicidade (Teixeira, 2003). É o próprio Espinosa<sup>23</sup> (Ética IV, proposição 17, Escólio) que nos adverte de que “é preciso conhecer tanto a potência de nossa natureza quanto a sua impotência, para que possamos determinar, quanto à regulação dos afetos, o que pode a razão e o que não pode”.

[...] A razão não exige nada que seja contra a natureza, ela exige que cada qual ame a si próprio; que busque o que lhe seja útil, mas efetivamente útil; que deseje tudo aquilo que, efetivamente, conduza o homem a uma maior perfeição; e, mais geralmente, que cada qual se esforce por conservar, tanto quanto está em si, o seu ser. [...] Existem, pois, muitas coisas, fora de nós, que nos são úteis e que, por isso, devem ser apetecidas. Dentre elas, não se pode cogitar nenhuma outra melhor do que aquelas que estão inteiramente de acordo com nossa natureza. [...] Portanto, nada é mais útil ao homem que o próprio homem. [...] Disso se segue que os homens que se regem pela razão, isto é, os homens que buscam, sob a condução da razão, o que lhes é útil, nada apetecem para si que não desejem também para os outros e são, por isso, justos, confiáveis e leais” (Ética IV, Proposição 18, Escólio).

---

<sup>23</sup> Como existem inúmeras traduções e edições diferentes da *Ética*, e seus leitores geralmente têm mais de uma delas, nas citações de definições, axiomas, proposições, demonstrações e escólios específicos da *Ética* de Espinosa, citamos o livro (são cinco), seguido dos outros elementos. Desse modo, é possível encontrar o trecho citado em qualquer “versão” da *Ética*. Quando nos referimos ao conjunto da obra, aí deixamos a citação de praxe, da edição de 2008, que utilizei neste trabalho.

Desse modo, o termo necessário remete ao esforço de constituir o processo de democratização como uma prática de liberdade e de felicidade, no sentido espinosano. O que envolve o exame das potências e das impotências de nossa própria natureza para que possamos agir pela razão.

Para determinar o lugar ou lugares institucionais necessários para movimentar um processo de democratização institucional, balizados no paradigma ético-estético-político do SUS, partimos de algumas disposições (pressupostos), que procuram explicitar o que consideramos por democracia. Quais sejam:

1. O combate permanente à simplificação identitária dos antagonismos presentes nas relações entre os sujeitos (incluindo a mim mesmo), considerando que a permanência dos conflitos e dos antagonismos é uma característica fundamental de uma democracia radical e plural<sup>24</sup> (Mouffe, 2006).

---

<sup>24</sup> Para Chantal Mouffe (2006), o propósito da política democrática é transformar antagonismo em agonismo, o que demanda “oferecer canais por meio dos quais às paixões coletivas serão dados mecanismos de expressarem-se sobre questões que, ainda que permitindo possibilidade suficiente de identificação, não construirão o opositor como inimigo, mas como adversário”. O “pluralismo agonístico” de Mouffe trata-se, segundo a própria autora (2006, p.174, nota 5) a “uma tentativa de operar o que Richard Rorty chamaria de “redefinição” do auto-entendimento básico do regime liberal-democrático, que enfatiza a importância de reconhecer-se a sua dimensão conflitual. Este por sua vez busca Nietzsche para trazer a categoria do conflito para o seu pragmatismo. Parece-nos pertinente a crítica de Mota (2009) à leitura que Rorty faz de Nietzsche, quando afirma que aquele tenta dissociar o pragmatismo que este mantém acerca do conhecimento e dos seus posicionamentos políticos. A questão da relação entre verdade e poder, a problemática epistemológica em Nietzsche, na leitura de Mota (ibidem),

[...] desemboca necessariamente numa problemática política e que pode ser explicitada através da relação entre perspectivismo e agonismo. [...] Rorty não é capaz de compreender como verdade e poder, epistemologia e política, perspectivismo e agonismo, se articulam no pensamento de Nietzsche. Ele pretende salvar a epistemologia de Nietzsche de sua teoria do poder, que Rorty compreende como uma espécie de metafísica. [...] Diria que, de fato, é preciso salvar Nietzsche da metafísica, todavia isso não deve acarretar a perda completa da teoria do poder de Nietzsche, que pode ser pensada em termos pós-metafísicos como uma espécie de agonismo. Um agonismo que emerge da práxis discursivo-argumentativa da linguagem, e não da estrutura ontológica do mundo” (p.14).

Para Mota, o agonismo de Nietzsche não é mera apologia do conflito e da guerra. Ao contrário passa pelo reconhecimento do poder devastador que tem e tiveram os conflitos humanos na história, potencializados pelo desenvolvimento da técnica. O agonismo parte da idéia de que não podemos negar a existência dos conflitos e vê neles uma dimensão produtiva. Sua capacidade de introduzir o novo. Não é apenas destrutivo, mas também construtivo, potencialmente criador.

“Uma posição agonística não trata, portanto, de propor de dissolver os conflitos presentes e eliminar a priori a eventualidade de conflitos futuros. [...] Trata-se de propor perspectivas em que os conflitos possam manifestar seu aspecto positivo e criativo, mais do que seu lado destruidor e negador. Trata-se de encontrar condições para que os conflitos não signifiquem a destruição de um dos seus contendores, ou de ambos, o que acarretaria a própria

2. A explicitação de um alinhamento ético-político de maneira tão clara quanto possível, permitindo que o engajamento da parceria institucional que se desenha, seja avaliado também sob este ponto de vista. Evitando que as questões de viabilização do projeto sejam colocadas apenas em um âmbito pragmático pretensamente expropriado de valores. Em outras palavras, é necessário dar chance, logo de início, para interrompermos o projeto apenas porque não compartilhamos dos mesmos valores – sejam quais forem, desde que considerados inegociáveis para nós após exame criterioso. Vencida essa etapa, uma relação de confiança pode ser estabelecida.

3. A explicitação de toda a incerteza que podemos nomear sobre os rumos e as conseqüências do projeto em discussão. Esse movimento é necessário do ponto de vista ético, caso mantenhamos a autenticidade da proposição metodológica do apoio. Como não consideraremos o objetivo de apoiar as pessoas para que “elas nos alcancem”<sup>25</sup> e assumiremos o compromisso de atuar no sentido de ampliar capacidade de análise e de produzir autonomia, embora possamos ser considerados responsáveis, não somos senhores das conseqüências desse processo. Temos, portanto, o compromisso ético de explicitar o grau de aposta implícito em cada movimento e a ausência de garantia de resultados. O máximo que podemos fazer, a partir do aprendizado da experiência, é progressivamente subir o valor do lance da aposta, demonstrando maior confiança em que os resultados serão aqueles esperados.

4. A inclusão dos sujeitos e dos conflitos. As tomadas de decisão devem procurar considerar a maior variabilidade possível de perspectivas implicadas<sup>26</sup>.

---

dissolução do conflito. Trata-se, nesse sentido, de possibilitar que os conflitos sejam e multipliquem-se, para que possam se multiplicar também as formas de ser, de pensar e de viver” (p. 13).

<sup>25</sup> No sentido de torná-las iguais a nós, não só em suposta capacidade ou saber, mas identificadas ao mesmo projeto.

<sup>26</sup> Recorremos mais uma vez a Mota (2009) e sua leitura de Nietzsche.

“O perspectivismo não se equivale a um mero relativismo, na medida em que vai procurar se não um critério de validação, ao menos um esquema das razões pelas quais certas perspectivas prevalecem sobre outras em determinadas situações ou conjunturas. Sugiro que designemos tal esquema pelo termo *agonismo*. Pois como foi afirmado e como constatamos na experiência cultural presente, perspectivas não são incomensuráveis, mas encontram-se em relações de força, de disputa, em luta com outras perspectivas. Aliás, pode-se dizer que uma perspectiva só ganha precisão em seu delineamento quando alcança aquele ponto limite em que trava uma disputa com outra perspectiva. Perspectivas

Qualquer posicionamento do apoiador deverá considerar a necessidade de confrontar – por agonística – diferentes lugares instituídos: do trabalhador, do usuário, do gestor, do serviço (“da ponta” como se costuma dizer), do nível central, dos diferentes níveis e perspectivas de atenção/gestão. Isso implica procurar dissolver as barreiras erguidas entre especialistas e generalistas, entre clínica e gestão, entre quem formula e quem executa. Implica que as questões não terão donos pressupostos: o saber especializado não será tomado como questão somente dos especialistas; a clínica não é território exclusivo dos médicos; as questões gerenciais não serão somente dos gerentes; o uso adequado dos recursos não será problema exclusivo dos gestores. Implica também que os conflitos decorrentes serão tomados como analisadores do processo de apoio. E um dos produtos pretendidos dessa trílice inclusão – ao modo da PNH - é a ampliação dos graus de transversalidade<sup>27</sup> presente nessas relações.

Desenha-se desse modo um plano no qual estão em composição as possibilidades de inscrição da metodologia do apoio, a pactuação de contratos e a entrada desse elemento novo (o apoiador) nos diagramas de poder da organização. Esse plano além de permitir a inserção do apoio, também funda um *ethos* do apoiador, um contorno de potencialidades, limites, mais ou menos definidos, o qual exigirá esforço permanente para sua sustentação ao longo de todo o processo.

Mas não adiantemos demasiadamente as questões em jogo. Ainda não há apoiador de fato, apenas um apoiador pressuposto em função de existir a encomenda. Como já afirmamos apoiador e apoiado co-emergem em ato, no encontro, e procuraremos demonstrar ao longo desse trabalho que essa co-emergência nem sempre respeita o que estava previsto *a priori*. Sendo este um índice importante de que se opera de fato uma metodologia de apoio.

---

concorrem entre si pela verdade, para serem tidas como verdadeiras, para terem o poder de definir o regime de verdade vigente num determinado lugar, numa determinada época” (p.12).

<sup>27</sup> “Transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho (Brasil, 2008).

### *O processo de contratação do apoio*

Desenvolvemos um processo de contratação inicial que se iniciou no encontro de novembro de 2007 e se estendeu até fevereiro de 2008. O modo como os encontros eram arranjados, as pessoas convocadas para as diferentes reuniões foram me sinalizando elementos sobre o funcionamento da Semus, seus espaços de fala, de queixa, de tomada de decisão. O lugar onde podíamos falar mais abertamente sobre o projeto de parceria, o espaço de conversa entre DMPS/eu-Semus<sup>28</sup> se definiu no processo como um pequeno grupo composto por sete dirigentes diretamente ligados ao secretário municipal de saúde e seu gabinete, indicados e convocados por ele, além de mim, consultor – o que depois se denominou “Grupo Estratégico”<sup>29</sup>.

Iniciamos a interlocução, análise da demanda, definição de contrato e das primeiras ofertas com esse grupo, no qual estava o núcleo do governo na secretaria municipal de saúde. Depois de várias discussões, visitas a serviços e a diferentes áreas administrativas da secretaria, construiu-se coletivamente um diagnóstico situacional inicial, cujos pontos principais para constituição do processo de apoio são considerados a seguir.

---

<sup>28</sup> Formalmente as organizações em parceria são o DMPS e a Semus. Considerando ainda que DMPS só pode ser tomado como totalidade na figura de uma coordenação formal e um referencial teórico definido, representado nesse contexto pelo prof. Gastão e pelo método Paidéia. Mas eu sempre estive no meio dessa articulação, causando triangulação – DMSP-eu-Semus. Por mais que procurasse ser fiel ao “DMPS” e digno de confiança, são inevitáveis os desvios produzidos pela minha atuação implicada na parceria.

<sup>29</sup> O nome não é mero acaso. Gerentes, gestores e trabalhadores imersos em uma cultura institucional em transição, que deseja a democracia mas ainda se agarra na concentração de poder e na produção de alienação para dar conta do medo de perder o controle, inventa nomes que lhes prometam alguma segurança. Se o grupo é “estratégico” é porque manteremos algum controle da situação. Uma ilusão, tendo em vista os pressupostos já colocados. O grupo é estratégico apenas quanto às suas responsabilidades. Na sua missão de colocar em cena, no combate agonístico, as perspectivas mais abrangentes da organização e não quanto à sua possibilidade de controle de tudo que se desenrola a partir de suas decisões. É interessante ver, na medida em que o Grupo de Apoiadores (logo em seguida trataremos da formação desse grupo) foi ganhando capacidade de análise e tomando para si temas abrangentes, o Grupo Estratégico foi tendo seu sentido de existir alterado. As reuniões, que no início do projeto eram exaustivas, longas e densas, foram se tornando cada vez mais rápidas e concentradas na interlocução direta com o secretário municipal de saúde. Processo que se revertia imediatamente nos momentos de alguma crise importante no Grupo de Apoiadores ou de crises que atingiam a Semus em algum ponto que o Grupo de Apoiadores não tenha tomado para análise. Além disso, o grupo também nunca deixou de existir pelo fato de ser o espaço viável de interlocução direta com o secretário municipal de saúde, o qual, mesmo tendo participado de algumas oficinas do grupo de apoiadores, não teria disponibilidade de agenda para participar em todos os momentos.

**Diagnóstico inicial compartilhado (período novembro 2007 a fevereiro 2008: texto produzido a partir dos diversos registros disponíveis)**

*Tanto os diretores quanto os trabalhadores das unidades investem seus esforços criativos com muita ênfase na sua relação com o que definem por “demanda organizada” (atendimento de programas de atenção a agravos específicos). A despeito disso, dominam pouco as informações epidemiológicas gerais e parâmetros de produção e de resultados de seus serviços. Os processos avaliativos realizados pelas próprias equipes e diretores são muito incipientes. As coberturas programáticas são baixas em relação à prevalência populacional dos agravos, mesmo aqueles considerados prioritários. Com relação à demanda, denominada por esses atores “espontânea” ou “não programada”, a percepção de excesso de demanda e de sobrecarga de trabalho é preponderante. A principal oferta para esse tipo de demanda é o pronto atendimento do tipo queixa-conduta. Essa demanda é colocada como problema e nunca como oportunidade de vínculo e desvio terapêutico. Nas portas de entrada dos serviços de Atenção Básica não há experiências expressivas que garantam acesso por critérios de risco/vulnerabilidade, prevalecendo no município critérios de acesso por “ordem de chegada”.*

*A relação com o território mostra sinais de franca medicalização da população. A interlocução com a comunidade local tende a uma abordagem programática tradicional, com rotinas rígidas e pouco negociadas nas situações singulares.*

*No âmbito das unidades de serviço as reuniões de equipe não são uma regra. Há espaços coletivos regulares em muitas unidades, como as Rodas de Educação Permanente, nas quais participam toda a equipe, com presença de um facilitador externo (técnico da Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde). Todavia, nessas Rodas, a presença do diretor da unidade é rara na maioria dos serviços, não chegando a constituir-se como um espaço deliberativo de cogestão.*

*Há espaços colegiados internos da Semus: os Comitês de Gestão Regionais (Coger), nos quais participam os diretores dos serviços de cada região do município e, por demanda, outros representantes da gestão da secretaria; O Comitê Gestor Ampliado, do qual participam todos os gerentes, coordenadores e diretores de serviços da Semus e o*

*secretário. Esses espaços acontecem mensalmente. Há queixas de baixo protagonismo dos diretores de serviços e presença de pautas, principalmente nos Coger, inapropriadas para o nível de discussão e deliberação esperado em cada espaço coletivo.*

*No nível central da Semus, que embora tenha passado por reforma administrativa recente, mantém-se dificuldade de articulação das atividades de suas diferentes áreas técnico/administrativas. Entende-se que as intervenções são fragmentadas na relação com os serviços da rede. Há múltiplos projetos de políticas municipais implementados de maneira vertical e pouco articulada, causando conflitos na relação com os serviços. Os processos formativos para gestores e trabalhadores também são variados, mas pouco articulados uns com os outros e têm redundado em baixo impacto nos processos de gestão e de atenção na rede.*

*O município está em processo de assumir a gestão da “Média Complexidade”, no contexto do Pacto de Gestão (Brasil, 2006) e ainda não vislumbra assumir gestão de hospitais na cidade. Há grandes dificuldades na área de regulação e de urgência e emergência. Considera-se como o grande gargalo para a retaguarda da rede o déficit de leitos hospitalares e a ausência de Central de Regulação de Leitos no estado. Implementou-se, ainda parcialmente, projeto de Apoio Matricial em Saúde Mental, sem envolvimento direto dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) da rede. Todavia, mesmo com pequena cobertura no município, vem apresentando bons resultados e gerando novas experiências nos serviços em que atua (discussões de caso, PTS, uso racional de psicotrópicos, discussão do processo de trabalho e acolhimento), gerando acúmulos importantes para sua expansão, inclusive em outras áreas.*

*Não há problemas significativos com relação à estrutura física das unidades. O município apresenta um quadro de pessoal expressivo. Vem investindo na desprecarização das relações de trabalho. Há planos de expansão em curso na rede. Não há áreas desassistidas e a proporção equipes de atenção básica x população é muito favorável. Entretanto, a região metropolitana de Vitória vem sofrendo com epidemias de Dengue recorrentes, o que afeta diretamente o processo de trabalho em todos os níveis da Semus e altera seu planejamento de investimentos.*

*No aspecto de sustentação política da secretaria de saúde na atual gestão não há problemas significativos. Há amplo apoio do secretariado e do prefeito à gestão atual e aos projetos atuais e futuros da Semus. Há o agravante de ser 2008 um ano de eleições municipais.*

Esse texto do diagnóstico compartilhado trata-se de uma redação composta a partir do conjunto de conversas que desenvolvi com os diversos atores com os quais tive contato nesse período inicial em Vitória. Também sintetiza as discussões do grupo estratégico desenvolvidas a partir das minhas devolutivas a respeito das visitas que fiz a vários setores da Semus. Em linhas gerais, o grupo estratégico chegou à conclusão, naquele momento, que o maior problema evidente era a questão do processo de trabalho das unidades de saúde. Mas esse problema era visto pelo grupo, sobretudo, como efeito de um conjunto de fatores: (1) uma maneira de relação fragmentada e verticalizada entre o nível central e serviços; que se agravava pela (2) desarticulação e fragmentação do processo de trabalho do próprio nível central; (3) pela fragilidade dos espaços coletivos de efetiva formulação de projetos e políticas em todos os níveis de gestão.

Decorre dessas concepções que a análise da demanda fala de alguma necessidade de situar aonde erraram (os dirigentes da Semus) no seu projeto de governo democrático. Houve até um pedido explícito de apoio para entender por que “as nossas propostas” - de gestão colegiada, de valorização da participação dos gerentes locais das unidades na gestão da Semus, das rodas de educação permanente – “não impactam” os modos de relação entre as equipes de profissionais de saúde e usuários, tornando-as menos duras e conflituosas. Esse é apenas um ponto de partida, o qual já de início conflui com minhas próprias questões, como as coloquei até aqui.

Chegamos assim a um ponto de inflexão importante do projeto. Quando o processo de análise da demanda chega ao limiar no qual as questões colocadas em jogo são congruentes com as questões que o apoiador pressuposto (eu) coloca para si. Abre-se a possibilidade de formular e de fazer junto. O projeto compartilhado, co-produzido, co-



engendrado, não nasce de uma determinação moral ou a priori de compartilhar, mas de uma necessidade alimentada pela confluência de questões em comum. Dúvidas congruentes, vontade de saber comum. O *conatus* duplicado<sup>30</sup>, a potência de agir multiplicada. O suposto apoiador também pode aprender e o suposto apoiado pode fazer mais do que ficar esperando soluções prescritas.

Começa então a configuração de uma relação de apoio e a fabricação de caminhos para o enfrentamento das questões colocadas e para alçar novas proposições e problemáticas.

#### **Plano de intervenção compartilhado inicial:**

Janeiro de 2008. Ao termo de exaustivas e produtivas reuniões do grupo estratégico, o projeto de parceria começa a ser delineado. As primeiras linhas de ação propostas são:

1. Expandir projetos de apoio matricial, utilizando o acúmulo gerado pela experiência de apoio matricial em saúde mental, para ampliar a cobertura deste e auxiliar na sua implementação em outras áreas programáticas.

---

<sup>30</sup>O Conatus é a potência natural de autoconservação. O esforço do corpo e da alma no sentido de perseverar em ser. Quando se refere ao corpo e a alma, denomina-se apetite. Quando se refere apenas a alma, vontade. No homem chama-se desejo o apetite “acompanhado da consciência do mesmo”. Portanto, “julgamos que algo é bom porque o intentamos, queremos, apeteçemos e desejamos”, não se dando o contrário (Ética III, Proposições 6, 7, 8 e 9). “[...] Uma vez que a virtude (pela def. 8) não consiste senão em agir pelas leis da própria natureza, e que ninguém se esforça por conservar o seu ser (pela prop. 7, Ética III) senão pelas leis da natureza, segue-se: 1. Que o fundamento da virtude é esse esforço por conservar o próprio ser e que a felicidade consiste em o homem poder conservá-lo. 2. Que a virtude deve ser apeteçada por si mesma, não existindo nenhuma outra coisa que lhe seja preferível ou que seja mais útil e por cuja causa ela deveria ser apeteçada. 3. Finalmente, que aqueles que se suicidam têm o ânimo impotente e estão inteiramente dominados por causas exteriores e contrárias à sua natureza. Segue-se, ainda (postulado 4, Ética II), que é totalmente impossível que não precisemos de nada que nos seja exterior para conservar o nosso ser, e que vivamos de maneira que não tenhamos nenhuma troca com as coisas que estão fora de nós. [...] Dentre elas, não se pode cogitar nenhuma outra melhor do que aquelas que estão inteiramente de acordo com a nossa natureza. Com efeito, se, por exemplo, dois indivíduos de natureza inteiramente igual se juntam, eles compõem um indivíduo duas vezes mais potente do que cada um deles considerado separadamente” (Ética IV, Proposição 18, Escólio).

2. Qualificar um grupo de gestores/trabalhadores da Semus para o exercício da função apoio em diferentes âmbitos da Semus.
3. Apoiar a formulação e implementação de projetos que sejam capazes de provocar mudanças nos processos de trabalho nos serviços de saúde, com prioridade para serviços de Atenção Básica, impactando na relação entre equipes e usuários e na produção de saúde e de autonomia.

O caminho tomado pelo grupo foi o de evitar intervenções que levassem a discussões muito abstratas sobre o apoio, sobre os espaços cogestão, sobre a transformação do processo de trabalho. A direção tomada foi a de experimentar o apoio em processos concretos e não apenas falar sobre ele. A partir dessas experimentações promover a qualificação dos espaços coletivos de cogestão e a mudança nos processos de trabalho.

Esses arranjos propostos deveriam, portanto, inscrever as tecnologias do apoio em cenários concretos, com desdobramentos no “modelo de gestão” e no “modelo de atenção” da organização. O que implicava, necessariamente, em também constituir práticas de apoio por dentro da organização e, por isso mesmo, também propor o posicionamento institucional destes apoiadores na organização.

Cabe uma ressalva sobre a questão do modelo, colocada acima. O que denominamos por modelo de gestão/atenção de uma organização trata-se do conjunto de práticas e de saberes atualizados ou em processo de atualização na organização e não de uma referência constituída à priori que deve ser perseguida ou aplicada à realidade organizacional. Nesse sentido, a “força de evidência” (Oxford, 2009) de um modelo teórico terá valor sempre provisório em uma organização e se modificará em uma linha de tempo institucional, em conformação com as forças em jogo que a sustentam na organização. Seja pela imposição de um grupo político ou por um valor de uso constituído em bases mais negociadas, a força de evidência de um modelo de gestão/atenção ou de um arranjo organizacional específico se sustentará, ou não, na medida em que as forças que a legitimam se fazem presentes e atuantes na organização. O que vamos defender ao longo desse trabalho é a possibilidade de inclusão de forças de sentido democrático e público,

concordantes com os princípios do SUS, nos diagramas de poder das organizações públicas de saúde, através de sistemas de cogestão co-engendrados por textos públicos.

### **A constituição do Grupo de Apoiadores**

O arranjo formulado no grupo estratégico para dar andamento ao projeto de parceria desembocou na proposta de criação do “Grupo de Apoiadores Institucionais” com base nos seguintes critérios pactuados:

- Composto por até 20 pessoas;
- Composto por atores de diferentes áreas da secretaria municipal de saúde, consideradas estratégicas<sup>31</sup>: gerentes das Gerências de Atenção à Saúde, de Auditoria e de Vigilância à Saúde, coordenadores de Atenção Básica, de Vigilância Epidemiológica, de Saúde do Trabalhador e da Atenção Especializada, técnicos de várias áreas do nível central, diretores de serviços de Atenção Básica, de Referência e de Urgência, chefe do gabinete do secretário, Secretária Executiva e Subsecretaria de Gestão Estratégica;
- Todos os membros do grupo estratégico também seriam membros do grupo de apoiadores institucionais<sup>32</sup>, portanto, deveriam seguir as mesmas disposições de todos os outros;
- O grupo estratégico indicaria um conjunto de nomes para participação no grupo de apoiadores e faria um convite a cada um deles. Todavia, o convidado indicado teria liberdade de recusar o convite ou mesmo de aceitar o convite e depois de algumas oficinas, desistir de participar;
- O participante do grupo deveria estar liberado de parte de suas atribuições para participar das atividades propostas, mas mantendo sua atividade original;

---

<sup>31</sup> Estratégicas por serem pontos de produção de diferentes perspectivas em qualquer secretaria de saúde.

<sup>32</sup> Esse critério foi fundamental para: (1) evitar paranoias do grupo dirigente da Semus, que certamente estariam presentes caso não participassem do grupo; (2) manter o projeto na ordem do dia da gestão, evitando sua marginalização; (3) garantir a coerência do projeto já que o núcleo de governo se implica diretamente com o que planeja com os outros atores; (3) garantir alguma capacidade deliberativa ao grupo de apoiadores.

- Todo o participante do grupo deveria ter disponibilidade de:
  - 32 horas por mês para participação nas oficinas presenciais do grupo, organizadas em encontros de dois dias, duas vezes por mês.
  - 4 horas semanais para atividades de intervenção do apoio, reuniões e estudo.
- O grupo estratégico definiu, com base nestes critérios, um outro: não convidaria profissionais que tivessem vínculo com carga horária menor do que 30 horas semanais.

O limite inicialmente colocado de 20 participantes foi sugerido por mim em função da dificuldade metodológica para o trabalho em grupos maiores. Mas desde o início esse limite nunca foi rígido a ponto de inviabilizar a inclusão de pessoas no grupo, desde que observados os critérios pactuados no processo. O limite foi inclusive ampliado ao longo do percurso e o grupo de apoiadores chegou a contar com 30 pessoas. A composição também visava trazer para as discussões, que se pretendia desenvolver no grupo, elementos vivenciais de diferentes áreas da secretaria de saúde, favorecendo as análises no contexto organizacional. Já na constituição inicial do grupo de apoiadores institucionais, procurou-se garantir o ritmo e a intensidade do processo, assim como a legitimidade deste junto às diferentes áreas da secretaria. Nesse sentido, foi importante reafirmar muitas vezes o regime de compromisso que cada participante e também de sua chefia imediata para o sucesso do projeto.

Pactuados os critérios, o grupo estratégico confeccionou uma lista de pessoas pertencentes a vários âmbitos da Semus. Montou uma primeira lista com 20 nomes e iniciou os convites. Agendou-se a primeira reunião do grupo de apoiadores institucionais. Certamente houve pequenas controvérsias entre os componentes do grupo estratégico sobre quem convidar e se respeitariam essa proposta de adesão voluntária ou se obrigariam as pessoas a participar<sup>33</sup>. Saí de cena naquele momento e deixei os dirigentes da organização

---

<sup>33</sup> Sem dúvida houve uma convocação das pessoas no sentido de acioná-las à participação no processo e não no sentido de intimação para uma obrigação moral ou contratual. Pelo menos esse foi o sentido do esforço. Essa convocação não é um momento, mas um processo, que se inicia com o convite, seu aceite inicial (uma disponibilidade para ver do que se trata com “seus próprios olhos”) e se estende para permitir participar “por

se entenderem entre si. Afinal, foram três meses de preparação e pactuações até a construção dessas deliberações.

Fevereiro de 2008. Na data da primeira oficina com o Grupo de Apoiadores Institucionais voltei ao município. Pela manhã, uma reunião com o Grupo Estratégico para devolutiva do processo de formação do Grupo de Apoiadores e à tarde a primeira oficina.

Na reunião com o Grupo Estratégico o relato de que os componentes do Grupo foram convidados conforme combinado, a partir de uma explicação geral da proposta e dos compromissos de disponibilidade que deveriam assumir. Ficaria em aberto a participação até a confirmação de cada um dos convidados após o início dos trabalhos no momento em que pactuássemos no próprio grupo de apoiadores como limite pertinente para declarar o engajamento. Alguns dos convidados convenceram os componentes do grupo estratégico de que não conseguiriam a disponibilidade exigida em função da dedicação a outros projetos prioritários na Semus. Aqueles nomes que não foram consenso no Grupo Estratégico simplesmente não foram convidados naquele momento.

Esse processo todo de pactuações precisou ser reafirmado outras vezes por mim em diferentes espaços de interlocução, não só pela possível dúvida que pairava nas cabeças de todos os atores envolvidos, inclusive na minha, mas, principalmente, por uma necessidade que pediu passagem naquele contexto de grande abertura dos principais dirigentes da Semus em discutir francamente suas dificuldades e limites na gestão dessa organização.

Havia, ainda, a conjunção de diferenças entre disposições e referenciais de pensamento sobre os processos de gestão/atenção na Semus, o que caracteriza não só o grupo estratégico como muito heterogêneo, mas também o conjunto ampliado da gestão da

---

algum tempo” do grupo e ter a chance de engajar-se desejante no processo. Trata-se de propor o engajamento em um processo que tem grande chance de ser doloroso, um esforço exaustivo, o qual se propõe a ser de crescimento. Mas o fim pressuposto não pode ser tomado como argumento moral para que ignoremos os limites suportáveis de cada um. A convocatória deve se tornar um processo de engajamento pautado pelo exame das razões próprias e individuais para o engajamento e não uma onda esmagadora que não deixa saída, que persegue para anular qualquer resistência.

Semus como um cenário conflituoso, demandando um alto grau de capacidade de negociação de todos os envolvidos.

O modo de fazer constituiu o próprio processo de construção do projeto um momento de aprendizado, de construção coletiva e de cogestão. Minha necessidade primeira foi a de ampliar as garantias de que o processo seria sustentado até o fim pelos principais dirigentes da Semus. Todo o processo de constituição inicial do grupo de apoiadores institucionais teve duplo papel: 1) Iniciar um processo efetivo de alianças estratégicas para inscrição das tecnologias de apoio em vários âmbitos da Semus; 2) Implicar o grupo estratégico com o projeto a partir da sua responsabilização pela constituição do grupo de apoiadores institucionais.

### **O processo de trabalho do Grupo de Apoiadores Institucionais da Semus**

Iniciamos as atividades com o grupo de apoiadores institucionais em fevereiro de 2008. O processo de trabalho para dar conta das tarefas e dos projetos de apoio na Semus, foi formulado no próprio grupo e definido da seguinte forma:

- Momentos presenciais de dois dias a cada 15 dias, com participação de apoiador(es) vindos do DMPS<sup>34</sup> com a seguinte dinâmica de trabalho:
  - Oficinas quinzenais de 4 a 8 horas com o grupo, sob coordenação de apoiador(es) DMPS;
  - Trabalho de Campo: Acompanhamento/avaliação dos projetos em andamento e propostos pelo grupo (4 a 8 horas).
  - Reuniões do grupo estratégico com a presença do secretário municipal de saúde, de pelo menos 2 horas a cada encontro presencial durante a estada dos apoiadores do DMPS.
- Atividades à distância, incluindo as seguintes dinâmicas:

---

<sup>34</sup> A idéia era de que, além de mim, outros profissionais do DMPS, ou outros a convite da coordenação do projeto, participariam das atividades em Vitória.

- Análise e discussão de projetos em formulação e implementação;
  - Fóruns de discussão temáticos;
  - Aporte teórico-metodológico por meio de discussão de textos, fóruns de discussão;
  - Avaliação de processos;
  - Formação de biblioteca virtual com material de apoio aos processos em andamento;
  - Acompanhamento semanal das atividades do projeto.
- O grupo de apoiadores institucionais deveria se reunir, ainda, nas semanas em que não houvesse oficina com os apoiadores DMPS, com intuito de discutir textos e práticas de intervenção em andamento e formulação de novos projetos.

Desde o início, a proposta foi de contar com a presença, em cada oficina presencial, de um mesmo apoiador DMPS ao longo de todo o processo (papel exercido por mim), garantindo um acompanhamento longitudinal, e mais um outro apoiador DMPS, o qual variasse conforme a necessidade dos diferentes projetos em curso, ampliando a capacidade de oferta do DMPS na parceria com a Semus.

Na prática, houve grande dificuldade de oficializar a parceria entre as instituições, por questões burocráticas e dificuldades jurídicas de contrato, tendo o processo sido sustentado no primeiro semestre de 2008 por um contrato pessoa física, com pagamento de horas-aula, o que impossibilitou a presença de outros apoiadores DMPS. Em junho de 2008, constituiu-se um regime de contrato de prestação de serviços de consultoria entre Unicamp e a Semus, que possibilitou a continuidade da minha presença e a inclusão de outros apoiadores DMPS no processo. Ao longo destes dois anos de projeto foram à Vitória pela Unicamp, além de mim, outros cinco apoiadores que contribuíram em diferentes frentes de trabalho do grupo de apoiadores institucionais da Semus.

A agenda de projetos de intervenção do grupo de apoiadores institucionais sempre foi construída diretamente em discussões nas oficinas do grupo com a minha presença e a de outros apoiadores DMPS. Como os membros do grupo estratégico – altos dirigentes da Semus – eram também membros do grupo de apoiadores, este espaço acumulou uma capacidade deliberativa no tocante a formulação de processos de intervenção do apoio na Semus. Todavia, toda e qualquer decisão que envolvesse projetos mais amplos que ultrapassassem as ações dos próprios componentes do grupo de apoiadores, sempre foram levadas como propostas para discussão e anuência do Comitê Gestor Ampliado da Semus, fórum colegiado de gestão maior da secretaria.

Nesse sentido, as intervenções do grupo de apoiadores institucionais sempre tiveram mais um caráter fomentador de processos de gestão/atenção no referencial da cogestão e do apoio. Todos os projetos nascidos das discussões do grupo de apoiadores tiveram que ser, passo a passo, pactuados nas diversas instâncias e legitimados nos fóruns colegiados da secretaria. Nunca houve capacidade deliberativa deste grupo sobre ordenamento de cargos ou de pessoal, o que foi politicamente sustentado pelo grupo estratégico e pelo próprio secretário de saúde.

Isso impôs a qualquer apoiador na Semus um grande esforço de negociação e de argumentação em todos os espaços nos quais atuou. Aprendizado fundamental para atores que carregam toda uma história de relações institucionais autoritárias e verticalizadas e que assumiram a missão de aprofundar um processo de democratização institucional já em andamento desde o início da então gestão da Semus. Isso não significa, por outro lado, o imobilismo da gestão frente à necessidade desse tipo de tomada de decisão. O que se afirmou claramente naquele contexto foi a delimitação de que essas não eram decisões que cabiam ao apoiador. Os gestores formais aos quais cabiam as decisões de ordenamento de cargos e de pessoal poderiam, como fizeram algumas vezes, ouvir o apoiador para embasar-se melhor, arbitrar e decidir quando fosse entendido como necessário. Mas, o importante aprendizado para o apoiador, produzido por essas delimitações, foi ter de sair de uma posição de atuar no serviço “apesar” do seu diretor, para uma postura de atuar no serviço “com” o diretor, quem quer que ele fosse ou representasse.



### ***Balizas do processo de formação dos Apoiadores Institucionais na Semus - Vitória***

Partimos do pressuposto que o apoiador deve aprender no corpo<sup>35</sup> o que é ser apoiador. Não se ignora que há princípios, diretrizes e até uma metodologia parcialmente desenvolvida para formar um apoiador. Todavia, nada se conseguiria além de sensibilizar pessoas se optássemos por realizar um conjunto de oficinas temáticas para discutir a metodologia do apoio. As funções atribuídas ao apoiador institucional envolvem intensos processos de deslocamentos subjetivos e o exame das suas implicações. Nesse sentido, um processo de formação de apoiadores deve incluir de maneira preponderante vivências, experimentações. Além disso, podemos elencar um conjunto muito extenso de referências teóricas que poderiam contribuir para o entendimento de um dos vários sentidos de apoio ou para criar ferramentas novas de apoio. Não há um só apoio! Não há um só apoiador que se sinta inteiramente pronto para apoiar. Foi em razão dessas colocações que elencamos como a principal estratégia de formação de apoiadores institucionais o processo de *supervisão-apoio*.

#### **Supervisão-Apoio**

A supervisão se constitui inicialmente em um arranjo corriqueiro. O grupo de apoiadores institucionais se reunia comigo – no papel de supervisor - seguindo um contrato de sigilo e outros compromissos de praxe. Os apoiadores narravam suas vivências, as intervenções que fizeram, faziam questionamentos, queixavam-se, posicionavam-se e o supervisor tomava o lugar de analista. Foi preciso iniciar e retomar esse arranjo várias vezes para constituir-se a prática com todas as suas potências e limitações.

---

<sup>35</sup> Expressão que utilizamos aqui para salientar que não se trata de um simples “aprender fazendo”, por repetição ou imitação. Essa expressão pretende dar destaque à dimensão singularizante da formação de apoiador que a nosso ver deve passar por uma transmutação das maneiras ativas e reativas de relação com os afetos e com a constituição da realidade (vide Capítulo 3).

O termo *supervisão* estava associado a formas de controle autoritário sobre o trabalhador na Semus. Uma das maneiras de afirmar a diferença do apoio foi pela oposição à prática dos supervisores que exerciam o “mando” sobre os seus supervisionados. Boa parte dos técnicos da Semus agia e age assim ao executar suas tarefas na interlocução com outros atores, em especial no sentido do nível central (centro) para serviços (ponta). Todavia, no município já se exerciam outras formas de supervisão aqui e ali. Nos CAPS do município, por exemplo, já estava consolidada a prática de supervisão institucional, com a participação de um supervisor externo. Optamos desse modo por manter o termo *supervisão* para legitimar as práticas não prescritivas existentes e também definidas por esse nome.

Iniciamos a falar sobre a necessidade de formalizar um espaço de supervisão apenas quando esta já ocorria no grupo. Desde o momento da primeira intervenção, iniciou-se a prática de supervisão. Mas passamos a sua plena atividade quando os apoiadores iniciaram efetivamente o movimento de produzir intervenções individualmente, em duplas, trios ou pequenos grupos, apoiando coletivos específicos, como os Coger e serviços de saúde. Nessa época, em torno de seis meses após a primeira oficina do grupo de apoiadores, passamos a separar períodos específicos para supervisão.

O primeiro desenho proposto, sugestão que partiu de mim, foi de escalonar duplas de apoiadores que se distribuiriam nos serviços e espaços colegiados a serem apoiados. Alguns dentre os apoiadores que exerceriam o papel de supervisão cotidiana das intervenções dessas duplas, em subgrupos por região da cidade. Paralelamente, nos encontros presenciais, o apoiador horizontal faria supervisão com os apoiadores-supervisores e com o grupo todo. A intenção foi, desde o início, formar um grupo de apoiadores e de supervisores, a um só tempo. Aprenderíamos juntos qual o melhor arranjo para chegarmos nesse objetivo.

Todavia, o grupo de apoiadores vinha nitidamente, em movimento de pré-tarefa (Pichón-Rivière, 2000) há meses, temendo muito iniciar atividades de apoio junto aos diretores e equipes dos serviços de maneira mais generalizada e sistemática. O grupo até então nunca havia se reunido sem a minha presença, mesmo tendo sido acordado que

fariam isso desde o início. A proposição desse arranjo inicial surgiu, em parte, da minha própria dificuldade de suportar essa situação do grupo. Grandes oficinas já tinham envolvido e atingido diferentes âmbitos da Semus e gerado demanda de apoio, em especial nos diretores de serviço. Era hora do grupo iniciar o trabalho nas unidades, mas ao invés disso, patinava, criava mil outras demandas de preparação, de organização, de tempo, etc. Nesse contexto, a proposta foi lançada.

O grupo chocou-se de imediato. Inicialmente surgiu o incômodo de ser “supervisionado” por outro apoiador. Entenderam que estes supervisores deveriam ser membros do grupo estratégico, pois desse modo seria aceitável o arranjo. Expliquei que para mim a função de supervisão nada tinha a ver com a posição formal de gestor. Mas não havia como fazer ressoar esse entendimento no grupo. Tentei colocar em análise esses posicionamentos, mas foi pouco produtivo. Os apoiadores que eram do grupo estratégico colocaram seus incômodos e não se propuseram a assumir a função de supervisão. Não vendo outra saída, solicitei ao grupo que apresentasse outra proposta de arranjo no encontro seguinte. Foi a primeira vez que este grupo reuniu-se sem minha presença física.

No encontro seguinte, apresentou-se um grupo coeso, unânime, “armado até os dentes”. Apresentaram uma proposta intermediária: dividir-se-iam em cinco subgrupos bem distribuídos, cada um para apoiar uma região do município. Iniciarão apoiando os Comitês de Gestão Regional - Coger, participando das reuniões na proposta de qualificar o espaço a partir do método da roda. Propuseram que o grupo fosse ampliado em pelo menos mais 10 apoiadores, o que permitiria que fossem em duplas para os territórios dos serviços. Teríamos que discutir como fazer essa ampliação, mas já partiam de uma percepção de que havia muitas pessoas na Semus que gostariam de fazer parte do grupo. Iniciarão o apoio aos Coger imediatamente, pois já havia essa solicitação colocada por vários diretores no Comitê Gestor Ampliado, a partir das discussões geradas na Oficina dos Espaços Coletivos<sup>36</sup>, ocorrida um mês antes. A supervisão seria feita por mim nos encontros

---

<sup>36</sup> Oficina coordenada pelo grupo de apoiadores institucionais para promover uma ampla discussão sobre os espaços coletivos na Semus. Inseriu-se uma das linhas de intervenção desenvolvidas na parceria e está melhor detalhada no capítulo 4.

presenciais quinzenais e cada subgrupo reunir-se-ia com periodicidade para avaliar e planejar seus passos. O apoio diretamente aos serviços iniciaria na medida em que os diretores fossem solicitando apoio às suas unidades no Coger.

Aceitei a proposta<sup>37</sup> e as dinâmicas de supervisão propriamente ditas se iniciaram tendo os papéis de cada ator neste espaço muito bem definidos. Paralelamente, novos acontecimentos se anunciavam, pois o grupo seria ampliado em seus componentes. Além disso, os problemas de contratos se resolviam e logo seria possível a presença de outros apoiadores vindos do DMPS. Novas oportunidades de se colocar em análise esses papéis e funções no grupo<sup>38</sup>.

Do desenho inicial para a supervisão, com territórios fechados e muito bem demarcados do supervisor e do apoiador (Coimbra, 1989), foi-se transitando para diferentes experiências e desenhos de supervisão. Foram utilizados formatos de discussão de casos, dramatizações, rodízio de coordenação e de análise. Ao mesmo tempo no restante dos períodos, nos encontros presenciais, discutíamos textos teóricos, fazíamos planejamento, análises situacionais estratégicas, treinamentos específicos, interlocuções com outros coletivos e todo o tipo de possibilidades metodológicas para a qualificação do grupo. O eixo principal constituiu-se no Método da Roda/Método Paidéia (Campos, 2005), em função da expectativa e da encomenda inicial do município, enriquecido e modificado por muitas e variadas experiências e referências teóricas. Buscavam-se processos de supervisão que alavancassem cada vez maiores coeficientes de transversalidade (Guattari, 2004), que problematizassem radicalmente os lugares instituídos, em especial da própria instituição

---

<sup>37</sup> Aqui está claro que se trata de um recuo do apoiador. Tentei forçar uma situação tensionando o limite do grupo. O grupo não suportou o incômodo causado pela proposta que produziria um desaranjo hierárquico das relações. Achei prudente recuar. Provavelmente faltou habilidade para fazer operar no grupo o analisador emergente: a dificuldade do grupo por em análise essas relações hierárquicas. E também certamente deixei o caminho livre para o grupo se rearranjar de forma confortável. Poderia ter sido diferente, é claro, mas talvez possamos encontrar uma indicação metodológica nesses acontecimentos: o trabalho de apoiador implica em aprender a lidar com ritmos, velocidades variáveis – é preciso apreender o kairòs (tempo oportuno) da ação.

<sup>38</sup> Um dos primeiros apoiadores-DMPS a ir para Vitória foi Paula Furlan. O meu pedido a ela foi que me apoiasse na lida com o próprio grupo. Ela executou intervenções diretas com o grupo de apoiadores institucionais, em momentos muito sensíveis, ou na supervisão-apoio comigo, para auxiliar na minha análise de implicação. Seu apoio foi decisivo principalmente para auxiliar o grupo a entrar em tarefa, na atividade de apoio aos diretores de unidades de saúde.

supervisão, no rumo do processo de dê-sujeitamento do grupo. Procuraremos demonstrar esses movimentos no próximo capítulo.

## Capítulo 3

### Narrativas produtoras de cartografias – notas metodológicas

#### *Narrativa-acontecimento*

15 de dezembro de 2008.

Em uma oficina do grupo de apoiadores institucionais, momento de supervisão...

*Dois apoiadores institucionais foram a um serviço de atenção básica, organizado na estratégia de saúde da família com três equipes de referência. A encomenda foi para apoiar o serviço na análise e na revisão da sua territorialização. Queriam discutir o processo de trabalho, a apropriação do território, os critérios de risco. Pediram encontros com cada uma das equipes, os apoiadores relataram que tinham preferência por encontros com as várias equipes juntas, mas cederam por entenderem que dessa maneira garantiriam uma entrada tranqüila naquela unidade. Na primeira reunião com uma das equipes, o diretor do serviço participou, mas colocou-se, inicialmente, quase à parte dos debates, intervindo pouco. A pauta proposta foi o planejamento das ofertas do serviço baseado em critérios de risco. Inevitavelmente emergiram as dificuldades da equipe e do serviço relacionadas a vários aspectos do processo de trabalho. Nesse contexto, emergiram questões sobre agenda dos médicos generalistas, inclusive a respeito do número de atendimentos.*

*Neste ponto, o diretor queixou-se da falta de parâmetros normativos que regulem o trabalho dos médicos na atenção básica. Disse que gostaria que fosse definida pela Secretaria uma norma que determinasse a quantidade de atendimentos por período que os médicos deveriam realizar. Afirmou que sem essa norma, a gestão do trabalho destes profissionais era muito difícil. Imediatamente, a médica generalista da equipe, saiu da sala e logo voltou com sua agenda em mãos. Procurou demonstrar que ela não precisava da tal norma para regular seu trabalho e que isso desestruturaria sua formulação de agenda, a*

*qual previa atendimentos coletivos em grupo, visitas domiciliares e outras atividades que não os atendimentos médicos individuais. O diretor tentou argumentar que havia médicos de outras equipes que não organizavam a agenda da mesma maneira que aquela médica. E iniciou-se um “bate-boca” entre os dois. Os apoiadores, a partir desse momento relataram muita dificuldade em lidar com essa situação.*

*Um dos dois apoiadores presentes na tal reunião (apoiador 1<sup>39</sup>), que tem cargo de gestão na Atenção Básica do município, resolveu trazer o episódio para a supervisão no grupo de apoiadores institucionais. Sua narrativa surgiu no grupo carregada de indignação e perplexidade por constatar que a médica daquela equipe defendeu muito mais os princípios e diretrizes da Atenção Básica, os quais ele mesmo se esforçara tanto para fazer valer naquela rede municipal, enquanto a direção da unidade, quem deveria atuar em consonância com as mesmas diretrizes e princípios, defendeu a gestão do trabalho através de um controle da produtividade de procedimentos.*

*Solicitei a um terceiro apoiador (apoiador 3) uma análise da narrativa apresentada pelo apoiador 1. Este procedimento já vinha sendo realizado com alguma frequência nas supervisões do grupo de apoiadores e visava fazê-los experimentar o exercício de análise da narrativa de outro colega apoiador, gerando subsídios para a formação nessa prática de supervisão.*

*O apoiador 3 afirmou em sua análise que os serviços estavam “tensos”, querendo respostas, com conflitos a serem intermediados. A relação com as demandas da secretaria gerava angústias. Lançou uma questão: “Porque o diretor está tão preocupado com o número de atendimentos?”*

---

<sup>39</sup> Uma breve orientação para permitir uma leitura das narrativas evitando equívocos de entendimento: a numeração dos apoiadores (apoiador1, apoiador2, apoiador3,...) é uma forma de identificar a fala ou ação de um apoiador, sem revelar sua identidade. Além de substituir os nomes próprios, a numeração identifica o apoiador por ordem de entrada em cena na narrativa. Desse modo, o primeiro que entra em cena, em cada narrativa, é o apoiador 1, o segundo é o apoiador 2, e assim por diante. Além disso, o apoiador 1 de cada narrativa é apenas o primeiro que entrou em cena naquela narrativa. O apoiador 1 em uma narrativa pode ser o apoiador 5 de outra. Isso torna impossível a revelação das identidades de cada apoiador. Além disso, não houve preocupação em manter falas literais. A questão em jogo é o modo e o lugar de enunciar. Por isso, quando a função formal ou cargo do apoiador que entra em cena é importante, isso está explicitado, mesmo assim, procurando não revelar nomes e identidades. A única identidade revelada o tempo todo é a do próprio pesquisador.

*Um quarto apoiador (apoiador 4) “atravessou” a discussão e comentou a dificuldade em apoiar. Afirmou que o grupo está ainda aprendendo a fazer apoio. Disse que em alguns momentos o apoiador 1 oscilou entre o ser apoiador e o ser da gestão. E afirma em seguida: “O que o diretor muitas vezes pensa é que o apoiador está lá para resolver por ele.”*

*Durante algum tempo vários outros apoiadores falaram e manifestaram suas opiniões, a palavra circulou livremente. Muitas afirmações repetitivas, digressões para contar outros episódios...*

*Assumi novamente a palavra e comentei que a narrativa do apoiador 1 trazia algumas informações que deveriam ser analisadas pelo grupo. Afirmei minha intenção em fazer com que os apoiadores se apropriassem de técnicas de análise dessas narrativas, ao ponto do próprio grupo passar assumir pelo menos parte do processo de supervisão das práticas do apoio no município. Passei, desse modo, a explicitar uma maneira de proceder à análise de uma narrativa, com finalidade de supervisão:*

*A narrativa segue um fluxo ao se contar uma história do acontecimento. Quando se entra em contato com essa narrativa, nos afetamos com ela, com seus detalhes, alguma afirmação, uma tonalidade... Sentimos, no corpo, seus efeitos. Incômodo, surpresa, estranhamento, alegria, tristeza, múltiplas sensações. Chamaremos de afetos<sup>40</sup> esses efeitos produzidos no corpo pelo contato com uma narrativa de um acontecimento. Poderíamos até dizer que são narrativas-acontecimento, pois são afetos que se produzem de imediato, no instante do contato com a narrativa. É importante entender isso, pois a noção do fato em si não nos interessa neste momento. Não buscamos “descobrir” o*

---

<sup>40</sup> A definição de afeto tomada aqui é a mesma de Espinosa (2008). “Por afeto compreendo as afecções do corpo, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada, e, ao mesmo tempo, as idéias dessas afecções” (Ética III, definição 3).



que “de fato” aconteceu<sup>41</sup>. Nossa matéria para análise são os afetos produzidos a partir da narrativa.

*No nosso caso ouvimos as narrativas e vemos alguém contando, expressando nas palavras, nos outros sons e no corpo/gesto. A narrativa surgindo e fluindo em ato. Cria-se um fluxo. E junto, seus efeitos em nós, aquilo que já denominamos afetos. Alguns destes afetos são mais "fortes", capazes de nos deslocar, nos abalar a tal ponto que nos perdemos do fluxo da narrativa e nos agarramos a um desdobramento dele, um fluxo secundário, bifurcado do fluxo principal da narrativa, que é criado no momento exato no qual nos afetamos.*

*Então algo na narrativa nos causa estranhamento, nos incomoda, nos provoca a tal ponto que o fluxo é cortado e nos perdemos do fluxo original, já ingressamos em outro, mais nosso do que da narrativa original. Denominaremos "corte" a esse efeito de decolagem do fluxo original, provocado por um efeito de um afeto "forte" para nós.*

*Desse modo, poderíamos trabalhar um pouco mais esses processos de fluxo, afecção e corte para pensarmos um procedimento de*

---

<sup>41</sup> Contribuição trazida de Deleuze e Parnet (2004) e suas leituras de Bergson e outros, que concebem a realidade como uma multiplicidade atual e virtual. Uma multiplicidade em interface virtualização-atualização. Um objeto real é composto por atual e virtual. Portanto, o virtual é real. Quando estamos em situação de apoio, é comum que as pessoas nos contem "casos" para falar de algo que as incomoda e como forma de explicitar melhor o que estão demandando. Todavia, devemos sempre tomar esses casos mais como "causos", pois falam sempre de algo que não está completamente consciente ou explícito, aproxima-se mais de uma "versão" dos fatos. A tendência de muitos é procurar "analisar" o que se considera "fatos em si" ou aquilo que o senso comum chama de "realidade". Todavia, essa idéia de realidade não passa do que se poderia chamar de "um estado de coisas". Certa estratificação e ordenação das forças que maquinam a produção da realidade em jogo em determinado contexto. "Desvelar" a realidade, ou melhor, "o estado de coisas", nesse sentido, é o pior serviço que o apoiador poderia prestar ao grupo apoiado. Pois, assim procedendo, ele atualiza o estado de coisas, e retira do coletivo apoiado a possibilidade de pensar-agir as forças em jogo de maneira diferente, provocando movimentos de modificação no estado de coisas (virtualização-atualização diferentes). "Constatar" o estado de coisas, portanto, não ajuda em nada. Vejo aqui mais uma indicação metodológica.

*análise de uma narrativa, com finalidade de supervisão do apoio e também na própria prática do apoiador, por assim dizer, em campo.*

*Existem essas quebras no fluxo com desdobramentos. Existem fluxos e cortes. Os cortes são os momentos em que se têm roturas, mudanças, bifurcações no fluxo. Em ato, somos capazes de nos afetarmos com muitos elementos produzidos na narrativa, podemos ter consciência dos afetos, mas não sabemos quais suas verdadeiras causas.*

*E como é isso? Neste momento não vou me alongar e nem discutir essas verdadeiras causas ou se há uma maneira de chegar a elas. A questão aqui é entender que o nosso sistema de ensino, a vida social, nos condiciona a reagir aos incômodos, aos afetos, a partir de padrões que nos são ensinados. Colocados de fora. E não cabe, nesse momento a crítica ao sistema de ensino, ou aos valores sociais vigentes, embora pudéssemos fazê-la. O fundamental é entender que há um condicionamento das respostas/reações que produzimos ao sermos afetados por essas narrativas.*

*No momento do corte a tendência é evocarmos um juízo que media a nossa relação com aquele afeto. Evocamos um juízo ao rebatermos ou compararmos aquilo que nos causou incômodo a uma experiência, ou saber, alguma referência anterior que acionamos. Com o tempo, com a repetição desse processo, não perdemos a capacidade de sermos afetados, mas sim a capacidade de tolerar/aproveitar a duração<sup>42</sup> do incômodo no nosso corpo. Fazemos isso condicionando as respostas. Um dos efeitos de tudo isso se expressa na nossa enorme dificuldade em*

---

<sup>42</sup> Aqui convocamos Deleuze (2009) e “seu Espinosa”. “Duração é a passagem vivida, a transição vivida”. Não é uma coisa ou um estado da coisa, mas a passagem de uma coisa a outra, enquanto vivida. O afeto é algo que a afecção envolve. A afecção é o efeito instantâneo de uma imagem de coisa sobre mim. Existe uma diferença de natureza entre o afeto (a imagem da coisa) e a afecção (o efeito dessa imagem sobre mim). “O afeto é o que toda afecção envolve, e que, no entanto, é de uma outra natureza, é a passagem, é a transição vivida do estado precedente ao estado atual ou do estado atual ao estado seguinte. [...] A passagem é necessariamente um aumento de potência ou uma diminuição de potência” (p.157). Aqui, ainda segundo Deleuze, há uma aproximação estrita com o conceito de duração de Bergson, tomada como passagem de um corte (espacial do tempo entre dois estados) a outro, de um estado a outro. A passagem não é um estado, mas um estatuto do vivido verdadeiramente profundo (p. 154).

*ouvir o outro. Estar presente, de prontidão, deixando-se afetar pela narrativa-acontecimento. O condicionamento reativo faz com que a todo o momento deixemos de habitar o fluxo principal da narrativa e passemos a habitarmos os nossos próprios fluxos já conhecidos e mediados pelo juízo. Perdemos-nos em nossa própria reatividade. Própria no sentido que a fazemos passar por nós-indivíduos. Pois se considerarmos que esse condicionamento reativo é socialmente construído, todo esse processo é, em essência, coletivo. O coletivo que nos habita ou que nos atravessa.*

*Em outro momento, chegamos a enunciar neste grupo que a função básica do apoiador seria fazer multiplicar as possibilidades de análise de uma questão ou situação em um determinado grupo "apoiado". Nesse sentido, o apoiador só consegue fazer seu trabalho - ampliar as possibilidades de análise - até o momento em que o grupo "apoiado" começa a repetir situações, as quais por sua vez fazem repetir afecções. Caímos todos no jogo dos sintomas e não se cria nada de novo. Mas, então, como o apoiador poderia fazer multiplicar as possibilidades de análise, considerando essa tendência ao condicionamento reativo aos afetos?*

*Procedendo a uma análise do condicionamento reativo, ao mesmo tempo em que buscamos maneiras de nos tornarmos mais fortes para suportar as afecções e aprendermos a revertê-las em forças produtivas ativas. Procurando criar maneiras de nos manter no fluxo da narrativa ao mesmo tempo em que exploramos, intimamente, que forças nos levam a grudar no corte e embarcar em outros fluxos. Produzimos supervisão nos afetando com a narrativa. Cada corte nos permite informações e análises inéditas, ou não, de acordo com a maneira pela qual lidamos com o modo como somos afetados.*

*A partir desse ponto, propus ao grupo: “Vamos tentar analisar os cortes produzidos em alguns de nós com a narrativa do apoiador 1 e os cortes que ele mesmo consegue, neste momento, destacar, de memória, da sua vivência que originou a narrativa? Trazer para esta discussão a maneira como cada corte nos desloca.”*

Vários apoiadores passaram a descrever passagens da narrativa do apoiador 1 que os mobilizaram de algum modo. O supervisor cuidou de reafirmar, de quando em quando, a necessidade da manutenção de uma sensibilidade aos afetos e aos cortes, fazendo perceber o instante em que cada apoiador decolou do fluxo da narrativa e entrou no corte.

Ao final do período o grupo enuncia a necessidade de manter uma “escuta”, uma sensibilidade, que possa trazer visibilidade e dizibilidade a múltiplos cortes, que favoreça um circular, mapear e habitar diferentes cortes. Desenvolver competência para mais “falar com” do que “falar sobre”. Colocar-se ao lado, este é o posicionamento que o apoiador e o supervisor devem buscar. Quanto maior a multiplicidade de afecções e cortes considerados, mais enriquecedoras e produtivas serão as análises produzidas pelo grupo.

O exame desse mapa é o próprio procedimento de análise. O que convoca apoiadores e supervisor a fazer um “dever de casa”: colocar em análise o próprio condicionamento reativo, sempre que haja oportunidade para isso.

A partir desse ponto, o grupo passou a marcar melhor a produção de narrativas e o exame dos mapas de fluxos e corte produzidos.

### **Voltando a narrativa<sup>43</sup> – O que se passa na cabeça do supervisor? (o “titereio” invade “John Malkovich” – visão “em túnel” de um presente)**

O apoiador 1 revela sua indignação, reação imediata, mediada pela decepção de ver seus esforços frustrados. Pretendia ouvir da boca do diretor da unidade aquilo que foi dito pela médica. Mas não vê que finalmente foi dito por outra boca que não a dele e não comemora isso. Ao contrário, ressentido-se. Outros apoiadores apiedam-se<sup>44</sup> do apoiador 1 e

---

<sup>43</sup> Trata-se da mesma narrativa, mas na perspectiva dos seus efeitos em mim, naquele encontro no papel de supervisor com o grupo de apoiadores, e o modo como lidei com esses efeitos.

<sup>44</sup> A piedade aqui se aproxima do que Espinosa denomina comiseração (*commiseratio*). Trata-se de uma tristeza e, portanto, má em si. A razão já é suficiente para que nos esforcemos por livrar da infelicidade um homem que nos causa comiseração. Desse modo, a comiseração, no homem que vive sob o a condução da razão, é má e inútil. Aquele que é facilmente tocado pela comiseração e se comove com a infelicidade alheia faz, muitas vezes, algo que se arrepende, tornando-se mais impotente, multiplicando tristeza (Ética IV,

*buscam explicações sistêmicas institucionais da postura do diretor em outros diretores. Cada um conta um “fato” que corrobora a hipótese de que os diretores são muito inadequados, fracos e incompetentes. Solidarizam-se com o ressentimento e passam a lidar agora com a amargura da impotência. Pensei comigo que gostaria de queimá-los todos, vê-los arder no inferno! Mas não poderíamos sustentar abertamente essa vontade escusa, politicamente incorreta, mas a deixamos vaziar. Ressentimo-nos, apiedamo-nos um do outro, morremos secos.*

*O apoiador 1 revela sua indignação, o apoiador 2 não concorda. Mas não afirma sua discordância, tampouco age (age sim, mas não é percebido pelos colegas). Por que o covarde se esconde! Vê tudo passar diante dos olhos, sorri envergonhado quando é pego na expressão reveladora do seu rosto, descontente com a discussão. Despreza a pobreza dos argumentos, não se apieda dos que morrem secos. Mas se vê sozinho e covardemente morre também sem revelar o que pensava. Mais um cadáver.*

*O apoiador 5 encarna a gestão, pois neste momento é um dos de maior “patente” dentre os presentes, sorri cínica e aristocraticamente, apieda-se. Entrega de bandeja ao apoiador 1 o gozo perdido e o significado decodificado: “Mas a médica falou o que precisava ser dito!” e emenda: “Você não precisa sentir-se tão mal!”. Aplaina tudo! Tudo se equivale... Morte e piedade! Cristãos desgraçados!*

*O supervisor em carne viva: “Um ano de trabalho e essa merda!” “Saco cheio!” Jogado ao mesmo buraco escuro dos outros, com os outros. Será o fim? Ainda não!*

*De súbito emerge a certeza arrogante, venenosa<sup>45</sup>. Essa é fácil! Imaginei. E em minha mente desferi a sentença: O apoiador 1 tem que entender que o diretor da unidade revelou sua dificuldade em dar conta de sua áspera tarefa de gerenciar o trabalho dos médicos. Sente-se despreparado para executar essa tarefa e solicita ajuda, mas faz isso*

---

Proposição 50). A piedade nunca existe sem uma parte de desprezo, ou pelo menos, sem o sentimento de superioridade em quem a sente, sendo uma forma de simpatia que parte do crivo do juízo (de bem e de mal) e não se compromete com a ação que poderá por fim no sofrimento - o que seria a compaixão (Comte-Sponville, 2007).

<sup>45</sup> “A soberba máxima ou o rebaixamento máximo indicam a máxima impotência de ânimo” (Espinosa, 2008 - Ética IV, Proposição 56).

*daquela maneira, pois também gostaria, assim como o apoiador 1 – que é também é gerente, mas hierarquicamente superior - de ter uma autorização para punir e normatizar o trabalho desses profissionais médicos que são descompromissados com o SUS. Está claro que a médica e o diretor são potenciais aliados! A cabeça ferve, mas nada revelo na roda. Esforço-me tremendamente para me manter oculto. Outro covarde? Ganho tempo enquanto distribuo a fala na roda – bendito papel burocrático de organizar as inscrições! Pronto, o supervisor apiedou-se. Agora sim, quase todos mortos e reina a miséria.*

*Inicia agora uma música no corpo do supervisor. Ele (eu) se movimenta, coça-se (coço-me), aperta e solta freneticamente o mecanismo da caneta. Outros apoiadores também se agitam. Algo está no ar... Olhos se entrecruzam. Silêncios e ruídos entrecortados. Atenção! Vem algo por aí... Já está!*

*Há aqueles que ainda falam, circulam os cadáveres na sala, as carpideiras<sup>46</sup> de sempre. Elas sempre surgem... O interessante é que nunca são as mesmas. São específicas conforme o tema em discussão. Quem cultiva o cadáver agora são aqueles apoiadores que mais facilmente se posicionam “ao lado”. Aqueles que tiveram mais facilidade em agir na composição democrática, muito embora, vários deles não reconheçam isso e sofrem demasiado quando se pegam exercendo pequenos fascismos. Por que logo esses? A questão martela em minha cabeça de supervisor que não vê. Eles querem muito matar-se com o restante do grupo, mas por mais que se esforcem não têm êxito. Não deixam passar*

---

<sup>46</sup> Aqui uma brilhante conexão feita, não por mim, mas por Ricardo Teixeira ao ler esse trecho no processo de qualificação deste trabalho de doutorado. Trata-se de um trecho do Abecedário de Gilles Deleuze, a letra J de Joie [Alegria].

“O lamento é sublime! O queixume popular, o lamento do assassino, que é cantado pelo povo... São os excluídos sociais que estão em situação de lamento. [...] Um escravo ainda tem um estatuto, por mais desgraçado que seja. Pode ser infeliz e espancado, mas tem um estatuto social. Mas há períodos em que o escravo livre não tem estatuto social, ele está fora de tudo. Deve ter sido assim para a geração dos negros na América com a abolição da escravidão. Quando houve a abolição ou então na Rússia, não tinham previsto um estatuto social para eles e foram excluídos. Interpretam erroneamente como se eles quisessem voltar a ser escravos! Eles não tinham estatuto. É neste momento que nasce o grande lamento. Mas não é pela dor, é uma espécie de canto e é por isso que é uma fonte poética. Se eu não fosse filósofo e fosse mulher, eu gostaria de ter sido uma carpideira. A carpideira é uma maravilha porque o lamento cresce. É toda uma arte! Além do mais, tem um lado pérfido: não se queixe por mim, não me toque. É um pouco como as pessoas demasiadamente polidas. Pessoas querendo ser cada vez mais polidas. Não me toque! Há uma espécie de... A queixa é a mesma coisa: “não tenha pena de mim, disso cuido eu”. Mas ao cuidar disso, a queixa se transforma. E voltamos à questão de algo ser grande demais para mim. A queixa é isto. Eu bem que gostaria de todas as manhãs sentir que o que vivo é grande demais para mim porque seria a alegria em seu estado mais puro. Mas deve-se ter a prudência de não exibi-la, pois há quem não goste de ver pessoas alegres. Deve-se escondê-la em um tipo de lamento. Mas este lamento não é só a alegria, também é uma inquietude louca. Efetuar uma potência, sim, mas a que preço? Será que posso morrer?” (Deleuze, 1988).

*a piedade. Compreendi que ali já tinha deixado de ser o supervisor. Este subgrupo de apoiadores assumiu a supervisão em algum momento. E essa constatação de imediato me reabilita. Algo se faz vivo de novo no ex-supervisor-supervisor, a vida de novo me atravessa e anima meu corpo. O analisador baila diante dos nossos olhos. O efeito no grupo dos fluxos, das afecções e dos cortes. O que define supervisor e apoiador agora? Este é o momento de colocar exposta uma maneira de analisar as narrativas e fazer outros supervisores e apoiadores mais fortes no grupo. Estamos no tempo oportuno para enunciar um procedimento de análise. Embora não o tenha feito antes em palavras, o corpo já o sabe. Lança-me e dissolve-me.*

*Apoiadores e supervisor aprendem novas maneiras de entrar em contato consigo mesmos e com o coletivo. Descubrem que há alternativas além do amor piedoso. Fazemos contato com a crueldade e nos fazemos combatentes<sup>47</sup> mais prudentes para as muitas faces do juízo.*

### ***A emergência de um processo de produção de narrativas – notas sobre o método de tratamento dos registros***

#### **Questões gerais**

As narrativas são muito úteis para a feitura de mapas. Mas há perigos no seu uso: de tentar fazer dela a história; de perder-se nos labirintos da sua interpretação; de tomá-la como exemplo de uma lei geral.

---

<sup>47</sup> Deleuze (1997) define o combate como a quarta característica do sistema da crueldade. Refere-se ao combate proposto por Nietzsche ao niilismo, através do seu anti-fundacionismo. Neste sistema o combate substitui o juízo. É o combate contra o juízo, suas instâncias e seus personagens. É o combate entre as forças que subjagam ou são subjagadas, o próprio combatente é o combate (p.149). A crueldade aqui não é colocada como o prazer em causar dor aos outros, mas como imagem de oposição ao bem identificado com o poder dos padres, à idéia de dívida eterna com o Deus antropomórfico, fonte da piedade que faz tristeza produzir mais tristeza e servidão. Nesse sentido, o combate é o *agón* – agonismo – que permite captar forças para permitir a *decisão*, que é a resolução do combate sem suprimi-lo ou encerrá-lo, por ordem do juízo. Algo que só é concebível entre seres ligados a sua potência de agir.

É o conhecimento arborescente (Deleuze, Guattari, 1995a) que busca em uma história contada uma maneira de atualizar uma história universal. A história de um homem que passa a refletir, necessariamente, a história do Homem. “A história” construída nas relações de continuidade que se pode estabelecer (Foucault, 2005). Escutar ou ler uma narrativa para fazer dela “a história” é a melhor maneira de bloquear a emergência de novos sentidos, fazer operar a reprodução do social (Mairesse, 2003).

Não nos interessa tomar a narrativa como um “caso padrão” que se “destaca” de um “pano de fundo estrutural” - de uma regra geral – para rebatê-lo a uma identidade. Pois assim procederíamos a “uma operação do pensamento ou de uma forma de narrativa que toma a diferença a partir da semelhança” (Passos, Barros, 2009).

Numa cartografia se procederá mais por “desmontagem” das narrativas. “Do caso extrai-se a agitação de micro-casos como micro-lutas nele trazidas à cena”. Desmontar é revelar a “espessura política da realidade do caso” (Passos, Barros, 2009).

O fundo aqui deixa de ser uma figura subjacente, tal como uma estrutura geral, para ser um plano de dissolvência que se alcança pela desmontagem do caso. Engorda e desmontagem, aumento de quantum intensivo e debreagem da realidade. A dissolvência é a experiência de desmontagem do caso, a sua desestabilização geradora de fragmentos intensivos, de partículas de sentido que se liberam, que são extraídas do caso. O caso molar se moleculariza. Sua forma dá passagem às forças que o habitam. O caso é, nesse sentido, o caso de um devir. Essas partículas emergentes pela desmontagem permitem a experiência clínica do traçado de uma linha de fuga, uma linha de criação para outro território existencial possível. [...] Engordando e desmontando o caso, são mil casos que se configuram. (p.12).

Na engorda das narrativas não nos reteremos ao que pode ser nomeado “o fato em si”. As possibilidades interpretativas dos fatos são consideradas hipóteses explicativas possíveis e jamais definitivas, nem *a priori* e muito menos *a posteriori*. A coerência entre hipótese explicativa e uma análise dos fatos *a posteriori*, não revela a exatidão ou a



correção da hipótese. Apenas uma convergência entre elas no tempo linearizado. Por esse motivo é prudente desconfiar sempre das “evidências”. Vê-se também que não se pretende opor uma cartografia boa a uma hermenêutica má.

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

É a formação do enunciado, a “forma da expressão” (Deleuze, 2005) que acena ao cartógrafo. O procedimento interpretativo tende a tomar o “autor” como idêntico ao “sujeito” do enunciado, quando coloca como questão o que foi dito, ou o que se quis dizer, ou o que foi dito sem querer. Não reconhece a dissociação entre o emissor de signos e o sujeito de um enunciado (Foucault, 2005, p.104). O que interessa ao cartógrafo é exatamente aquilo que escapa da análise interpretativa: “determinar qual é a posição que pode e deve ocupar todo indivíduo para ser” o sujeito de um enunciado (p.108). É uma geografia singular do plano de dissolvência do caso, que faz dizível e visível sua variabilidade, seu regime de forças. Essa geografia pode ser mapeada, mas será preciso para isso dispositivos que facilitem o acesso a este plano e também procedimentos que nos coloquem novamente em relação com o imediato, com a velocidade do real, menos mediados e determinados pelo juízo e pela representação. Se o mapa é o regime de forças, estas se manifestam quando se efetuam ou quando variam – enquanto estão agindo ou são agidas. O movimento, por sua vez, só pode ser captado no mapa se o considerarmos em sua relação espaço-duração<sup>48</sup>.

O cartógrafo registra o que se passa *durante* o acontecimento, *durante* o encontro, por dentro de si. Atento aos fluxos e cortes. Os registros de intensidades estarão no corpo,

---

<sup>48</sup> Na tarefa de mapear forças, em seus movimentos - o cartógrafo precisará aceitar o desafio proposto por Bergson (2006) de reintroduzir a duração em sua investigação. Investigar “o que ela é” (a duração). Apreendê-la sem detê-la, simplesmente vê-la, acompanhá-la até que se tome como o próprio objeto, “até fazer com que coincidam, a atenção que se fixa e o tempo que foge?” (p.6).

na sensibilidade, em memória<sup>49</sup>. A gravação da oficina, o registro de diários, as entrevistas e todo o tipo de documentação também formam memórias. Formam-se diversas narrativas e nelas estão os próprios meios para demarcar por aproximação a duração. Nelas também estão os meios de dar visibilidade e dizibilidade às variações de forças provocadas pelas intervenções do cartógrafo e de seus intercessores, no regime dos afetos/paixões dos encontros que fazem variar nossa potência de existir – o que exige do cartógrafo uma prudência.

A prudência por sua vez só pode ser desenvolvida pelo entendimento, inteligência acumulada, produtiva e produzida pelo conhecimento. Buscaremos uma teoria do conhecimento adequada a esta visão do real e do humano. Seguimos as pegadas de Espinosa (2008).

Espinosa na Proposição 10 do Livro V da sua *Ética* (A potência do intelecto ou a liberdade humana) nos propõe: “Durante o tempo em que não estamos tomados por afetos que são contrários à nossa natureza, nós temos o poder de ordenar e concatenar as afecções do corpo segundo a ordem própria do intelecto” (Espinosa, 2008, p.379). Durante o tempo em que não estamos tomados por afetos contrários à nossa natureza, isto é, aos “maus afetos”, as “paixões tristes”, aqueles que impedem de compreender, temos a mente livre para formar idéias claras e distintas, portanto, temos o poder de ordenar e concatenar as afecções do corpo segundo a ordem própria do intelecto. Ainda no Escólio da Proposição X, Espinosa nos diz que é por meio desse poder que nos tornamos menos facilmente afetados por maus afetos. Uma das maneiras de exercer a prudência, “enquanto não temos um conhecimento perfeito de nossos afetos”, é

[...] Conhecer um princípio correto de viver, ou seja, regras seguras de vida, confiá-las à memória, e aplicá-las continuamente aos casos

---

<sup>49</sup> A concepção de memória em Bergson (Deleuze, 1999) considera que o passado todo, com sua multiplicidade de níveis em profundidade, coexiste com o presente (que passa) e se atualiza em ato. A narrativa como encontro entre contar/escrever e escutar/ler, nesse sentido, expressa um passado contração de tempo e de subjetividade – Memória-contracção e Memória-lembrança - coexistindo no presente em devir. Desmontá-la é um esforço de “estar verdadeiramente presente”, de não recorrer “ao crivo de juízos prévios ou pré-conceitos”, de não deixar que “a atenção às formas substitua a atenção ao campo de forças em movimento” (Kastrup, 2009).

particulares que, com frequência, apresentam-se na vida, para que nossa imaginação seja, assim, profundamente afetada por elas, de maneira que estejam sempre à disposição (p.379).

Espinosa nos dá inúmeros exemplos de como exercer a potência da mente com o devido “cuidado” ou “discernimento” (ou prudência), devendo sempre se observar o que cada coisa tem de bom, para que sejamos “sempre determinados a agir segundo o afeto da alegria”<sup>50</sup>.

A formação da razão e, além dela, do entendimento intuitivo, é o caminho para o homem livre ou forte. A liberdade para Espinosa está “sempre ligada à essência e ao que dela decorre, e não à vontade a ao que ela regula”. O homem é livre quando é determinado pelas idéias adequadas das quais decorrem afetos ativos, explicados por sua própria essência. “O homem não nasce livre, mas torna-se livre ou liberta-se” (p.88).

Essa noção de liberdade tem íntima relação com a prudência em Espinosa: agir segundo afetos de alegria. Para isso, é preciso domar as forças reativas (Nietzsche, 1998) em nós para liberar as forças ativas<sup>51</sup> da natureza, o que se configura no “dever de casa” do cartógrafo, ou daquele que busca apropriar-se da sua potência de existir (Fuganti, 2008).

---

<sup>50</sup> Segundo Deleuze (2002), Espinosa define a razão como (1) um esforço para selecionar e organizar os bons encontros – encontros dos modos que se compõe conosco e nos inspira paixões alegres (que convém com a razão) – e (2) a percepção e compreensão das noções comuns – das relações, nessa composição do que há de comum nos encontros, de onde se deduzem outras relações (raciocínio) e a partir destas se pode experimentar novos sentimentos – agora sentimentos ativos, que nascem da razão. A ordem de formação das noções comuns – segundo gênero de conhecimento (Livro V da *Ética*; Espinosa, 2008) parte (1) daquelas menos gerais que representam o que há de comum entre o meu corpo e outro que me afeta de alegria (paixão), dessas decorrem (2) afetos de alegria ativos que vão superar/substituir a paixão, fazendo com que sejam reunidas forças para formar (3) noções comuns mais gerais, capazes de “exprimir o que há de comum mesmo entre nosso corpo e corpos que não lhe convém, que lhe são contrários ou o afetam de tristeza”. Dessas noções comuns mais gerais decorrem (4) “novas alegrias ativas que vêm ultrapassar a tristeza e substituir as paixões nascidas na tristeza” (p.100). Quando, entretanto, essas noções chegam a descobrir a correlação entre a essência de Deus e as essências singulares dos seres reais, ou seja, quando as noções comuns nos conduzem necessariamente à idéia de Deus, “passamos para além da razão como faculdade das noções comuns ou sistemas de verdades eternas referido à existência, entramos no entendimento intuitivo como sistema das verdades de essência” – o terceiro gênero de conhecimento (p.102).

<sup>51</sup> Para Nietzsche (1998) há dois tipos de forças, as ativas e as reativas. As ativas são primeiras em relação às reativas e estão ligadas a potência de criação. As forças reativas estão ligadas à autoconservação, à sobrevivência. O homem fraco, através do ressentimento e da má consciência, fez das forças reativas as

### **Fazer-se cartografia, devir e intervir**

O princípio da cartografia é a quinta característica do rizoma (Deleuze; Guattari, 1995a). O rizoma é “mapa e não decalque”, dizem estes intercessores, afirmando a sua estranheza “a qualquer idéia de eixo genético ou de estrutura profunda”. Como Hundertwasser e Pollock (apud Fonseca, 2003, p.255) “não aos fundamentos e sim ao solo, às fundações”. O mapa não é sagrado, não unifica. É aberto e suscetível a modificações, conectável, reversível, desmontável. Pode ser rasgado, dobrado, replantado. Daí afirmar que uma cartografia não pretende explicar nada. O “futuro da revolução” ou “o quê estamos nos tornando?” (Deleuze, Parnet, 1998) são questões apenas para aquele que procura “uma resposta reguladora de identidade”, a “verdade primeira como essência da coisa” (Mairesse, 2003). O cartógrafo pensa em uma história no sentido foucaultiano, a qual nos cerca e nos delimita – que não diz o que somos ou o que estamos propriamente nos tornando, nova identidade – mas “aquilo de que estamos em vias de diferir”, o que devemos transpor para nos pensarmos a nós mesmos – “dissipar a identidade em proveito do outro que somos” (Deleuze, 1992, p.119).

Ao cartógrafo a geografia dos devires: “devir-revolucionário” que “não é a mesma coisa que o futuro da revolução, e que não passa inevitavelmente pelos militantes” (Deleuze, Parnet, 1998). Traçados de devires, mapa. No exemplo da orquídea e da vespa, há um “devir-vespa da orquídea” simultâneo a um “devir-orquídea da vespa”; “a vespa torna-se parte do aparelho reprodutor da orquídea, ao mesmo tempo em que a orquídea torna-se órgão sexual para a vespa”: um mesmo e único devir, um “único bloco de devir”. O devir, entendido como fenômeno de “dupla-captura” (Deleuze; Guattari, 1995b, p.22; Deleuze, Parnet, 1998, p.10) e “evolução a-paralela” (Chauvin apud Deleuze, 1998, p.10), nos permite pensar como e onde se opera essa geografia e a inseparabilidade da dimensão de intervenção em uma cartografia, o que é esse plano de forças, de virtualidades em curso de atualização.

---

comandantes das forças ativas. Para liberar a vida e a criação o homem deve tornar-se forte e domar as forças reativas e retomar o comando destas pelas forças ativas da natureza.

Há devires. E eles sempre ocorrem em blocos de devir. Um encontro entre um e outro estranhos entre si, no qual “o que” cada um se torna não muda menos do que “aquele” que se torna (Deleuze, Parnet, 1998, p.10). Uma dupla interferência – dupla-captura – o que configura uma relação de intercessores. Desse modo, cartografar é “fabricar intercessores” (Deleuze, 1992, p.156). O cartógrafo cria o mapa na medida em que fabrica seus intercessores. Deixa-se transformar e transforma, interfere, intervém, assim tenta habitar o devir. Ele fabrica seus intercessores ao mesmo tempo em que produz o mapa de um território existencial, visto que não há outro modo de mapear um território que não seja testando, abalando, explorando seus limites, suas bordas. Este procedimento de agenciamentos, de perturbações, produz-se no encontro entre territórios, provocando desterritorializações e reterritorializações variáveis em ambos – um bloco de devir, relação de intercessão – a intervenção e a criação: em/de novos conjuntos de signos, em/de novos territórios; variação, diferença. Esta intervenção trará modificações variáveis nos diagramas de forças, expressando-se no dizível e visível ao tempo oportuno (kairòs) e podem ou não ser detectadas e incorporadas ao mapa, que assim vai se transformando, sem o menor controle do cartógrafo. É deste modo que o cartógrafo se implica (Lourau, 2004) e é por isso que deve estar atento a sua sobreimplicação (ibidem), mais no sentido de pensar com o mapa e não apenas reagir a ele. Como medida de prudência. E é pelo mesmo modo que não há um observador determinado numa cartografia (Passos, 2009).

### **O que denominamos narrativa-acontecimento?**

A narrativa neste trabalho não pode ser entendida como um texto que representa o fato narrado por alguém. Nem sequer diz respeito a um fato narrado por um grupo de atores implicados. As narrativas apresentadas neste trabalho foram produzidas seguindo-se alguns movimentos: 1) Cálculo dos registros-fonte; 2) Expressão da memória intensiva; 3) Extrações e tratamento ético dos registros-fonte; 4) Composição da narrativa-acontecimento.

Antes de descrevermos cada movimento, será preciso definir o que entendemos por *memória intensiva*. Trata-se da expressão dos efeitos de um encontro em uma contração de tempo e de subjetividade. Um passado contração coexistindo no presente em devir. Portanto, uma referência bergsoniana de memória. Afecções, intensidades que perduram no corpo, memórias do encontro que duram. Qualquer encontro produz memória intensiva, mas para os objetivos deste trabalho nos deteremos àquelas que nos causaram grandes deslocamentos, estranhamentos, *breakdown*.

Para Varela [...] o sujeito e o objeto, o si e o mundo são efeitos da própria prática cognitiva. O mundo perturba, mas não informa. O conceito de “perturbação” ou de “breakdown” responde pelo momento da invenção de problemas, que é uma rachadura, um abalo, uma bifurcação no fluxo recognitivo habitual. O conceito de “breakdown” é essencial na argumentação de que não existe mundo prévio, nem sujeito preexistente. O si e o mundo são co-engendrados pela ação, de modo recíproco e indissociável. Encontram-se, por sua vez, mergulhados num processo de transformação permanente. Pois ainda que sejam configurados como formas, estas restam sujeitas a novas perturbações, que forcem sua reinvenção (Kastrup, 2005, p.1276).

O primeiro movimento consiste em reunir o maior número possível de registros disponíveis em torno de uma memória intensiva. Para isso, seguiremos as pistas das afecções que persistem no corpo. Momentos que nos marcaram de algum modo, dizível ou não. Sejam quais forem os registros. Partiremos de anotações, relatórios, diários, qualquer documento institucional ou pessoal, os áudios de oficinas, conversas, etc.

É importante ressaltar que a autoria desses registros pode ser coletiva, individual ou múltipla. Neste trabalho, o conjunto básico de registros foi composto por: relatórios de oficinas, sempre redigidos por um ou por vários dos apoiadores presentes e disponibilizados para o coletivo; o áudio das oficinas, caso disponível, autorizado pela instituição e pelo coletivo de sujeitos participantes da pesquisa; trechos de transcrição desses áudios; anotações pessoais do meu diário de campo redigidas durante os encontros ou em outro momento qualquer; anotações de outros sujeitos que as disponibilizaram para o coletivo; documentos oficiais e não oficiais disponíveis; reflexões redigidas por mim;

trechos de mensagens ou correspondências trocadas entre os diferentes sujeitos participantes, disponibilizadas ao coletivo. Para organização de todo esse material foi utilizado o software OneNote<sup>®</sup>, da Microsoft<sup>®</sup>.

Muitas vezes não foi fácil, outras até impossível, definir os contornos do tempo cronológico que marcam o início e o fim das relações de corpos que levam à memória intensiva. Seria inútil tentar defini-los precisamente. Por isso, recorreremos a cálculos. Levantamos, organizamos, agrupamos os variados registros disponíveis da faixa de tempo que supomos incluir encontros significativos. Até este ponto do procedimento, ainda estamos habitando o tempo *cronos* e a história por continuidades e por sucessões lineares.

No contato persistente com os registros e no árduo trabalho de organizá-los, a tarefa não é reviver as afecções geradas no encontro “original”, mas fazer expressar os afetos produzidos no encontro atual do pesquisador com a memória intensiva. O tempo antes contraído, irrompe, expande sismicamente. Estamos plenos no segundo movimento.

A partir deste ponto, procedemos por extrações de trechos, com as devidas adequações éticas, a partir dos registros. Formamos uma primeira versão de um texto único, certamente ainda pouco trabalhado em sua redação, mas carregado de intensidades. Terminamos o terceiro movimento.

No desenvolvimento do tratamento dos registros a redação da narrativa foi um particular desafio. Seriam necessárias muitas linguagens para esse trabalho artístico. O quarto movimento procurou dar conta dessa dificuldade através de um artifício. O que se registra é uma narrativa-acontecimento como forma de dar expressão ao encontro atual com a memória intensiva do acontecimento. Tendo como substrato o texto provisório, composto das extrações “tratadas” dos registros, vamos habitar esse encontro e registrar sobre um leito narrativo de acontecimentos (fluxo principal) cada corte, bifurcação, mudanças de velocidade, que formos capazes de enunciar e, ao mesmo tempo, seus efeitos produzidos em nós: incômodos, alegrias, tristezas, modificações corporais, deslocamentos, surpresas, estranhamentos.

### ***Ethos do apoiador, supervisor, pesquisador – o cartógrafo***

Apostamos no encontro entre trabalhadores, gestores e usuários como espaço para a produção da vida, da invenção de si e do mundo. Os saberes constituídos, as técnicas, as experiências, os conceitos, as crenças, as incertezas, o não-saber, enquanto forças-ferramentas, poderiam se misturar constituindo máquinas disparadoras de produção de subjetividades. Não nos furtamos a mergulhar nesses planos de produção, procurando causar desvios, mapeando os movimentos de criação dos encontros e agindo na dimensão política dos mesmos. Partimos das relações, mapeando seus múltiplos nós e favorecendo novas conexões na direção de uma rede de produção coletiva de saúde. Procuramos nos dedicar a des-personificação da dor, do sofrimento e dar vazão à construção de um plano de relações que fugisse da formatação da subjetividade e se abrisse para a emergência de um trabalho pautado na singularidade (Pena, 2009). Não nos contentamos com a ampliação de uma consciência crítica.

Que tipo de militância queremos produzir? Uma militância do entre, uma ética da militância na qual não haja primazia do *a priori*. Uma militância entre os corpos, sejam esses corpos quais forem: humanos, institucionais, históricos, virtuais... O que se pode sustentar em cada relação conforme o que se vive, e não tomando ideais como leis prescritivas. [...] O deslocamento do objeto da saúde em direção à relação-entre-sujeitos no lugar do objeto-sujeito e a afirmação da diferença e do dissenso para a construção de consensos transitórios e mutantes, constituem indicativos potentes para uma prática intensiva e micropolítica de produção de saúde e produção de novas subjetividades. Tarefa, portanto, clínica e política de mudar o mundo e de mudança de si (Oliveira *et al*, 2009).

Nesse sentido, todo o processo de composição das narrativas-acontecimento foi realizado observando os princípios éticos em pesquisa envolvendo seres humanos e os preceitos designados na resolução 196/96-CNS.



Formalmente, designamos como sujeitos de pesquisa<sup>52</sup> os apoiadores institucionais, que participaram do grupo de apoio no período definido, e os principais dirigentes da Semus. A autorização para desenvolver a pesquisa passou por diversas etapas.

No primeiro momento, logo no início das atividades do projeto de parceria DMPS-Semus, em Vitória, apresentei as linhas gerais do meu projeto de pesquisa de doutorado e solicitei autorização para desenvolver a pesquisa. Nesse movimento, uma das solicitações que fiz foi para ter autorizada a gravação de voz em áudio das oficinas realizadas com o grupo de apoiadores institucionais em Vitória. Isso facilitaria o registro das atividades com fins ao mesmo tempo de pesquisa e para arquivo do projeto de parceria. A contratação sob esse aspecto foi de que as gravações seriam propriedade da Semus, sob guarda do grupo de apoiadores institucionais e cada apoiador deveria autorizar ou não o uso dos áudios, em todo ou apenas em parte, para qualquer tipo de uso, inclusive para a pesquisa.

No segundo momento, a autorização formal e expressa para pesquisa, não só dos sujeitos da pesquisa, mas também do responsável legal pela Semus, tendo sido necessária apresentação do projeto de pesquisa e submissão do mesmo ao secretário municipal de saúde e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 1) por cada sujeito da pesquisa.

Além do tratamento ético dos registros, conforme já descrito, procedemos a um processo de discussão e validação das narrativas-acontecimento com os próprios sujeitos da pesquisa, depois de textos já bem adiantados em composição – um terceiro momento da discussão e validação ética da pesquisa. Entendemos que esse procedimento era necessário para trazer maior transparência ao processo e deixar o mais explícito possível o que seria de fato publicado, a cada etapa do processo, no texto da tese, resultante da pesquisa de doutorado. Desse modo, todos os sujeitos da pesquisa receberam versões das narrativas e do trabalho como um todo, na medida em que elas iam sendo produzidas para apresentação

---

<sup>52</sup> Cabe ressaltar ainda, que, desde o primeiro dia de contato com os dirigentes, trabalhadores e profissionais que se tornariam os apoiadores institucionais da Semus, eu explicitiei minha condição de doutorando e minha disposição de fazer pesquisa e intervenção em um mesmo esforço. E só prossegui no intento uma vez que tive aprovação dos sujeitos da pesquisa.

do projeto no processo de aprovação no Comitê de Ética, de submissão à banca de qualificação e também deste texto que será apresentado para a banca de defesa. Além de enviar os textos por meio eletrônico, fui explícito em solicitar a análise de cada sujeito de pesquisa sobre os textos enviados e em pedir a sua manifestação no caso de não concordarem ou sentirem-se de alguma forma expostos pessoalmente. Não satisfeitos com esse procedimento, realizamos uma oficina presencial, de quatro horas de duração, com os sujeitos de pesquisa, em Vitória, após o processo de submissão do projeto de pesquisa à banca de qualificação, na qual apresentamos o processo de produção das narrativas-acontecimento, lemos juntos duas das principais narrativas apresentadas no texto do trabalho e em seguida foi aberta a possibilidade de críticas naquele momento ou posterior.

Em todas as etapas do processo de discussão e conformação do rigor ético da pesquisa, foi explicitada a possibilidade de qualquer desses sujeitos participantes solicitar mudanças no texto, questionar os procedimentos e até retirar sua autorização para a pesquisa.

O projeto de pesquisa foi Aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa em 10/05/2010, parecer CEP nº 271/2010.

### **O “produto” de uma cartografia**

O texto narrativo composto finalmente expressa o encontro atual em contato com a memória-intensiva. É uma cartografia das afecções e dos movimentos provocados pelo encontro. Ainda indiretamente de diagramas de força. Um texto-máquina que pretende afetar os seus leitores e fazê-los habitar seus próprios encontros com o texto, naquilo que ele expressa de comum com que o lê.

O trabalho de produção das narrativas vai se conformando a cada contato, a cada conexão, a cada encontro, qualificados em sua composição, constituindo um comum, ou em sua decomposição, destituindo um comum. Outro mapa vai se desenhando, agora sim das

linhas de força. A cada movimento vamos ampliando as conexões, multiplicando as malhas da rede, confrontando o mapa ou partes dele com novos intercessores. Surge uma cartografia, que ao ser escrita torna-se a sua própria narrativa-acontecimento. Concentra sua própria duração e ganhará novas características no encontro com seus leitores, fabricando intercessores ao infinito. Desdobrando novos problemas, recolocando outros, criando e intervindo sem autorização de quem quer que seja. Transmuta-se no próprio rizoma.

O texto da tese é uma cartografia, por mim agenciada, composta pelas próprias narrativas-acontecimento articuladas a toda a ordem de conexões afetivas, conceituais e políticas que fui capaz de bifurcar, explorar, bricolar e concentrar nesse texto escrito.

## Capítulo 4

### As linhas de intervenção do projeto

#### *O processo de formulação das linhas de intervenção*

*14 de fevereiro de 2008. O primeiro encontro do grupo. Praticamente todos os que foram convidados estavam presentes. O grupo estratégico inteiro. Grandes expectativas, certo nervosismo como sempre. O secretário falou. Muito simpático, tranquilo, alegre. Apresentou-me a todos. Falou das circunstâncias da parceria. Passou a palavra a uma gerente. Ficou um pouco mais. Depois pediu licença e saiu. Ela apresentou a proposta geral da parceria, o contexto, reafirmou a encomenda feita pelo secretário, os encontros anteriores, os critérios de formação do grupo de apoiadores, sua visão sobre o processo. Algumas dúvidas sobre quem tinha sido convidado. A maioria calada. Passou a palavra para mim. Rodadas de apresentação, expressão de expectativas. Apresentei a proposta geral de trabalho do dia. Iniciamos com a discussão da formação do grupo de apoiadores institucionais da Semus, combinados, contratos iniciais de trabalho. A questão da vinculação ao grupo, do processo de engajamento, aceite ou possibilidade de desistência foi muito discutida, repetida, procurando garantir a proposição inicial. A proposta para as pessoas era experimentar e depois avaliar se ficariam ou não. Combinamos as formas de registro dos encontros, que imediatamente passou a ser feita em regime de rodízio. Apresentei a eles as ferramentas de comunicação à distância. Vencemos essa pauta sem grandes dificuldades.*

*Na segunda metade da manhã já iniciamos uma discussão a partir de um texto<sup>53</sup>. Tratava-se do primeiro capítulo de “Um método para análise e cogestão de coletivos”, do Prof. Gastão Campos (2005). A proposta era que discutíssemos o “primeiro eixo de conformação: o caráter anti-Taylor do método”. A discussão foi muito interessante. Houve*

---

<sup>53</sup> No ato do convite as pessoas receberam uma cópia do texto e foi pedido que o lessem como preparação para a primeira oficina.

*certo debate entre alguns que entendiam que o modelo de gestão da Semus era tradicional-autoritário e outros que enxergavam efetivos processos de democratização em andamento. Uma boa conversa, rica em elementos conceituais que fui destacando, sem muita preocupação com as dicotomias e as generalizações que frequentemente surgiam. O importante é que esse momento permitiu que fôssemos nos conhecendo aos poucos, enquanto conversávamos, ao mesmo tempo em que as questões da rede, os problemas e as peculiaridades surgiam nas falas. O texto foi um trilho que permitiu organizar a conversa.*

*Em seguida, fiz uma breve apresentação dialogada sobre o conceito de apoio e, em especial, de apoio matricial, como introdução para a discussão que aconteceria no período da tarde.*

*Evitamos, com algum êxito, a tempestade de queixas e de enredamentos problemáticos, como as que geralmente surgem quando nos propomos ao formato de levantamentos de problemas. Outro ganho importante foi que entramos em tarefa (contratar, discutir o texto) imediatamente. Provavelmente isso teve impacto no baixo percentual de desistências das pessoas, na participação no grupo<sup>54</sup>.*

*No período da tarde iniciamos nossa primeira atividade de oficina propriamente dita. Em discussão o projeto e as atividades do apoio matricial em Vitória. Apresentei um pequeno roteiro para organizar a tarefa:*

**1- Identificar e fazer análise situacional dos atores implicados no projeto de apoio matricial:**

Quem são?

Como têm se apresentado no processo?

Há outros atores importantes?

**2 - Identificar e fazer análise situacional das linhas de ação já em andamento no projeto:**

Quais são?

Como o grupo avalia o andamento desse trabalho?

Como poderiam ser repensadas essas linhas de ação?

**3 - Contribuição do grupo na formulação do projeto do apoio matricial em Vitória (Como responderemos à encomenda da gestão?):**

---

<sup>54</sup> Do primeiro grupo de convidados, apenas dois que iniciaram a participação desistiram. Sendo um que abandonou logo depois do primeiro encontro e um que participou nos primeiros dois meses e desistiu. Ao todo foram 36 pessoas que participaram como apoiadores do grupo, em pelo menos uma oficina, ao longo dos dois anos. Dos 36, além dessas duas pessoas, outras quatro deixaram o grupo, pois entenderam que haviam assumido cargos na gestão que tornava a frequência no grupo e a participação nas atividades de intervenção inviáveis.

Plano de intervenção.

*Iniciamos fazendo um mapeamento geral das atividades de apoio matricial em andamento, de como foi o desenho inicial da proposta, das áreas que já tinham avançado e das que se pretendia implementar o apoio matricial. Nesse processo, ficou claro que havia apoio matricial em andamento apenas na saúde mental do município e alguma proposição, ainda não posta em prática, nas áreas de vigilância em Tuberculose e Hanseníase, e na atenção à saúde do idoso e quais pessoas estavam apropriadas e informadas das atividades mapeadas e quem não sabia exatamente do que se tratava, mas já tinha ouvido falar sobre.*

*Em seguida, propus uma dinâmica:*

*Então vou propor o seguinte: primeiro vamos ouvir quem não está participando do apoio matricial, mas já ouviu falar sobre... Consegue imaginar o que está rolando nesse projeto? O que estas pessoas ouviram falar? Qual é o entendimento das pessoas sobre o apoio matricial? Quais os ruídos que este projeto tem gerado na rede, nos espaços de trabalho da Semus? Como esse projeto está pegando? Isso porque podemos ter uma noção das ressonâncias que o projeto provocou na rede. Se quem está participando começar a falar primeiro, já fala explicando e perdemos essas ressonâncias. Elas podem trazer boas questões para esse nosso processo de discussão.*

*Apoiador 1: ouvi falar que esse é um trabalho de troca de saberes que possibilita o fortalecimento da saúde da família. Um tipo de abordagem novo que vem dar uma resposta as necessidades de atenção especializada que a saúde da família identificou. Algo com sentido positivo. Porém com muitas dúvidas... Uma coisa nova... Um processo de trabalho novo... Não saber como fazer, como proceder... Os próximos profissionais não sabem como lidar com essa troca de saber com as equipes... Vai mexer muito porque a equipe de saúde da família que está lá na comunidade vai entrar em contato e em choque com outras formas de fazer... Mas ouço falar bem... Algo que vem melhorar a assistência lá ao usuário.*

*Enquanto falavam, usei a lousa para registrar tópicos, destacando pontos das falas e confirmando meu entendimento com o grupo.*

*Apoiador 2: Ouvi de profissionais de atenção especializada que essa é uma possibilidade desses profissionais entrarem na rede. Terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, etc... Ouvi de alguns desses profissionais dúvidas e medos... Certa perspectiva de que não haverá outro modo de inserção na rede para os profissionais especializados, somente o apoio matricial... Certo interesse corporativo manifestando-se numa fala de necessidade de projeto de apoio matricial de cada especialidade para cada uma delas poder ser incluída. Como essas pessoas estão entendendo este trabalho? É por área ou por profissão? Isso pra mim tá muito confuso ainda.*

*Apoiador 3: Percebo uma insatisfação das pessoas... Dos profissionais da atenção básica porque num primeiro momento tinha-se discutido no comitê gestor uma regional de referência com equipe multidisciplinar, que começaria com os profissionais de saúde mental. Uma insatisfação por ter começado pela saúde mental, sendo que eles têm tantas inseguranças em outras áreas que talvez fosse mais importante do que essa... E de alguns profissionais dentro da rede que seriam reaproveitados e aí não ficariam muito satisfeitos por sair dos setores em que estavam para ir participar da regional de referência... Com relação ao futuro da proposta e de como isso pode melhorar a qualidade do nosso trabalho, sempre coisas boas. Sempre uma esperança de melhora da qualidade do trabalho.*

*Apoiador 2: Aparece também meio um modismo, como se agora tudo tenha que ser matricial.*

*Apoiador 4: Parece que existem ainda muitas dúvidas assim, muita confusão sobre como esse negócio vai funcionar na prática. Das dúvidas que eu ouvi. Pelo menos para mim, uma que permanece... Eu entendo que a proposta é você reunir ali saberes diversos e ter uma troca entre as pessoas e poder construir alguma coisa que vai melhorar a qualidade da assistência. Mas tem algumas coisas que são muito específicas de algumas categorias... Se o profissional especializado ficar só na matricial como ele vai fazer com que essas ações específicas sejam realizadas. Por exemplo, um fisioterapeuta ou um nutricionista. Se você não tem o nutricionista na rede, na ponta... O nutricionista matricial vai dar conta de quê e até que ponto? Já que tem ações na ponta que vão precisar ser*

*desenvolvidas pelo nutricionista e que não poderiam ser substituídas por outros profissionais. Mesma coisa o fisioterapeuta. Tenho a impressão que precisa dele atendendo no centro de referência. Se não tem esse profissional no centro de referência como é que ficam esses tipos de ação.*

*Apoiador 5: Quem apóia quem? Para mim essa idéia do apoio ficava como uma coisa bem de cima para baixo... Tem um saber dos ajudadores, aqueles que vem para contribuir para melhorar, então, supostamente, aqueles que estão na ponta necessitam de ajuda, então sei lá... Um salvador da pátria, alguma coisa assim. Quando eu fiquei sabendo que ia ter discussão sobre o apoio matricial, achei que então agora eu poderia entender o que é isso... Porque dentro do nosso espaço de trabalho, chegou o fisioterapeuta que vai fazer apoio matricial, e por enquanto ele fica conosco e a coisa demora, então fica aquela ansiedade.*

*Apoiador 6: Nós que somos da área de formação sempre olhamos muito positivamente a idéia do apoio. A nossa grande questão é como fazer, como operar. Na área de formação temos vários profissionais médicos, enfermeiros, com grande potencial de serem apoiadores matriciais. Tivemos discussões no final do ano passado, apoio na pediatria, na ginecologia, na clínica médica. Discussões carregadas de expectativa e com olhar muito positivo para essa idéia do apoio matricial.*

*Apoiador 2: Tenho uma questão: para uma pessoa ser apoiador ela não tinha que ter um perfil?*

*Eu: Boa pergunta...*

*Apoiador 2: Por que fico pensando... Chega na hora do concurso eu chamo um fisioterapeuta e vem um cara lá que não sabe nada! Ele pode até ser boa gente... Mas e aí, não tem que ter um perfil de apoiador? Como é que a gente resolve isso com esse sistema de contratação do serviço público? Eu ouvi o pessoal da saúde mental falando lá que entre os psiquiatras que eles tinham lá, nem todos tinham perfil... Aí o que eles vão fazer com os outros?*



*Alguém começa a explicar: Com relação à saúde mental... Muitos cortam e interrompem...— agora não é para explicar... muitas falas juntas, confusão...*

*Eu: Olha pessoal, já temos bastante material aqui para pensarmos juntos... Anotei aqui na lousa as coisas que vocês foram falando e vou chamar isso de Ressonâncias sobre o Apoio Matricial na rede... Agora...*

*Apoiador 4: Tem mais uma questão: Que dia vai chegar na minha região?... Tem muita gente perguntando isso...*

*Eu: Vou colocar aqui... A partir daqui, vamos olhar essas ressonâncias, considerando que somos um grupo que está refletindo o projeto de apoio matricial em Vitória, querendo remodelá-lo ou mesmo para não mudar nada. A tarefa agora é fazermos um exercício de leitura dessas ressonâncias e pensar o que elas dizem, o que elas indicam a este grupo.*

*Partimos para uma extensa discussão, agora com a manifestação também dos outros participantes do grupo. Retomamos o roteiro algumas vezes, mas como lembrete. Discutimos em detalhes como a proposta foi apresentada, os diferentes entendimentos das questões levantadas, nossos pontos conflitantes, incômodos, boas sensações.*

*Na manhã do dia seguinte continuamos a discussão. Criamos grupos de trabalho. Ao final da reunião e da oficina tínhamos construído e deliberado um conjunto de encaminhamentos:*

- 1.** O grupo se reunirá, nas semanas entre os encontros presenciais, todas as terças-feiras às 16:00 h no auditório...;
- 2.** O grupo fará a busca daqueles colegas que estão de férias, com o objetivo de alinhar os conceitos discutidos;
- 3.** O grupo de trabalho na área do idoso, inicialmente será composto por: apoiador 2 (área técnica de referência em saúde do idoso), apoiador 3 (diretor de serviço de atenção básica), apoiador 1 (técnico da coordenação de atenção básica) e apoiador 7 (técnico da gerência de formação) e já providenciará sua agenda de encontros.
- 4.** Próximo encontro será dia 25/02/08 - 1º momento - aprofundamento da discussão teórica: oferta e demanda na prática de apoio (Discussão dos eixos: 2,3 e 4 do método Paidéia).  
2º Momento – Oficina: Apoio matricial em saúde mental. A proposta é convidar o pessoal da área técnica e quem está fazendo apoio matricial nos territórios - alguns profissionais de saúde da família e os gestores envolvidos. Solicitaremos que eles contem suas experiências e discutiremos juntos. Tentar propor a formação de um coletivo. Saber quais projetos eles tem e definir com eles qual seria a agenda de trabalho desse coletivo. Propor ao grupo apresentação no Comitê Gestor Ampliado, poderá ser uma das propostas a encaminhar.

3º Momento - Avaliação do encontro e rever as intervenções e como vai ser daí em diante.

5. Apoiador 7 (gerente de atenção à saúde do município, membro do grupo estratégico) fica responsável por convidar a área técnica de saúde mental, os apoiadores matriciais e os profissionais da Unidade de Saúde na qual atuam.

*Encerramos avaliando em roda de conversa. Trocamos impressões de que foi muito produtivo. Quase todos falaram. Não houve crítica explicitada a não ser a de que foi muito cansativo.*

*Gostei muito desse primeiro movimento. Gostei do grupo. Fiquei bem á vontade. Conseguimos mostrar o método da roda, utilizando-o na oficina. Executamos todos os passos precisamente.*

Março-Abril de 2008. Nas oficinas que se seguiram o processo de trabalho do grupo foi se consolidando, conforme o planejado. Abordamos outros temas e processos da Semus. O movimento de procurar corresponder às encomendas da gestão, não tornou, em nenhum momento, o grupo um executor de tarefas demandadas. Todas as encomendas seguiam um procedimento de abordagem, de discussão, de análise da demanda e de proposição. Os modos de composição do grupo sempre partiram do esforço de compor unidades de produção para a formulação, implementação e avaliação das intervenções.

O processo mais ou menos padrão de constituição das linhas de intervenção do grupo e a partir do grupo de apoiadores institucionais consistiu em um conjunto de movimentos. Inicialmente (1) a discussão de uma questão, ou tema, ou problema, ou encomenda, tomada pelo grupo de apoiadores (por exemplo, apoio matricial em saúde mental). Em seguida, a partir dessas discussões, (2) fazia-se um primeiro levantamento dos sujeitos que teriam interesses evidentes em jogo, que se relacionavam de forma mais evidente com a questão (segundo o exemplo: era evidente, para grupo de apoiadores, que gerentes, matriciadores, profissionais de atenção básica e da área técnica de saúde mental tinham interesses em jogo na questão do apoio matricial em saúde mental). (3) Buscava-se estabelecer contato e conversa com estes atores, procurando ampliar as discussões antes restritas ao grupo de apoiadores; para isso eram destacados apoiadores institucionais de referência que passavam a compor outro grupo de trabalho com aqueles atores (criava-se o

grupo de trabalho do apoio matricial em saúde mental ou se propunha a integração dos apoiadores em grupo já existente). Neste grupo formado, (4) os apoiadores traziam as discussões desenvolvidas no grupo de apoiadores institucionais como ofertas do apoio institucional e propunham uma agenda de interfaces entre os dois grupos; (5) Desenvolviam-se oficinas conjuntas, reuniões de trabalho em mini-equipes com tarefas específicas. Ao longo do processo, o próprio grupo de trabalho assumia a missão de avançar com as discussões, planejar, implementar e avaliar intervenções, sempre avaliando à cada momento a pertinência de (6) acionar outros atores para ampliar a discussão e a possibilidade de tomadas de decisão, de maneira episódica (em alguns momentos foi necessário chamar para as oficinas gerentes da regulação e da assistência farmacêutica, mas não era fundamental a sua participação em todas as reuniões) ou permanente (para passar a compor o cotidiano do grupo, porque se entendeu que se tratava de ator que deveria estar diretamente envolvido no processo de produção do grupo (no exemplo do apoio matricial em saúde mental – foi em um segundo tempo que as gerências dos CAPS do município passaram a compor o grupo, já que no início do projeto não havia nenhum envolvimento desses serviços nem na formulação e nem no cotidiano do apoio matricial). Nesse processo, em algum tempo os grupos de trabalho poderiam (7) chegar a compor unidades de produção, com grande capacidade de cogestão do processo de intervenção (após aproximadamente 1 ano, o apoio matricial de saúde mental, já estava em 100% da rede, já tinha se ampliado e se tornado um processo de composição em rede de atenção a saúde mental; e o grupo de trabalho de saúde mental se ampliou e foi se transformando, tornando-se unidade de produção da saúde mental no município). É possível constatar, portanto, que o grupo de apoiadores teve como principal processo de intervenção a ativação de coletivos.

Os principais eixos de intervenção propostos pelo grupo podem ser agrupados nas seguintes linhas de ação:

### **1. Apoio aos processos de implementação do apoio matricial:**

- a. Saúde Mental – Apoio ao coletivo de Saúde Mental para avaliação, formulação e ampliação do Apoio Matricial em Saúde Mental na rede de Vitória;

- b. Saúde do Idoso – Apoio ao coletivo de Saúde do Idoso para discussão e implementação de uma Política de Saúde do Idoso, incluindo a implementação do Apoio Matricial em Saúde do Idoso na rede de Vitória;
- c. Saúde da Mulher – Apoio à Gerência de Atenção à Saúde, para formulação da proposta e implementação do apoio matricial em saúde da mulher na rede Semus.

**2. Apoio ao fomento e a processos de qualificação dos espaços coletivos de cogestão:**

- a. Apoio a gerentes, diretores e trabalhadores para a valorização e organização e incorporação do apoio, dos espaços colegiados existentes no modelo de gestão municipal da saúde e das reuniões de equipe em todos os setores da Semus;
- b. Apoio a gerentes, diretores e trabalhadores na incorporação de arranjos e dispositivos de cogestão nos diversos setores da administração da Semus e nos serviços de saúde.

A seguir, apresentaremos algumas dessas intervenções, procurando demonstrar com isso, o modo de fazer do grupo de apoiadores institucionais, seus esforços para sustentar o posicionamento institucional de apoiador e para inscrever a função apoio nos processos da Semus.

*Apoio aos processos de apoio matricial*

**Contribuições da experiência de Vitória para a constituição do apoio matricial**

Em Vitória, uma das primeiras solicitações de apoio dos dirigentes da Semus foi para o projeto de implementação do apoio matricial no município, já em andamento, iniciado com a implantação de equipes de apoio matricial em saúde mental em três das cinco regiões do município. Além disso, havia um projeto de expansão do apoio matricial

para as áreas de vigilância em tuberculose e hanseníase, de pediatria, de ginecologia e de saúde do idoso.

Em discussão inicial com o grupo estratégico, as justificativas para a proposição do apoio matricial em tuberculose e hanseníase me surpreenderam na medida em que não se tratava de um projeto que tinha como objetivo resolver problemas da atenção básica e sim da equipe de especialistas. O tratamento e o acompanhamento dos portadores dessas patologias eram realizados em um ambulatório centralizado. A proposição do projeto se apoiava em um diagnóstico, compartilhado pelos técnicos do nível central da Semus e pelos profissionais das equipes de especialistas que tratavam dos portadores de tuberculose e hanseníase, de que os médicos das unidades de atenção básica eram tecnicamente deficientes para o diagnóstico precoce dessas patologias. Essa constatação se baseava no que esses atores consideravam um alto número de doentes em fase avançada de doença que aportavam os serviços de urgência, de emergência e de hospitais. O grupo de especialistas e técnicos da vigilância do nível central da Semus iniciou, a partir dessa constatação, discussões para formulação de um projeto de apoio matricial para lidar com a questão. Acontece que as discussões iniciais causaram resistências por parte de profissionais ligados à atenção básica, no próprio nível central, que, ou discordavam do diagnóstico, ou de suas hipóteses explicativas, e o projeto não se desenvolvia.

Nesse contexto, iniciamos o apoio no município e nas primeiras discussões surgiu essa pauta, antes ainda da constituição do grupo de apoiadores institucionais. A discussão me trouxe imediato incômodo, pois ficou claro que o “problema” a ser resolvido, parecia pertencer ao mesmo ator que detinha o “suposto saber” para resolvê-lo, na medida em que era o especialista que dava visibilidade e dizibilidade ao problema. Não se colocava em pauta se os médicos da atenção básica tinham ciência de tal deficiência, ou se davam importância a essa questão, ou se tinham outras hipóteses explicativas para a questão. O incômodo ampliou-se na mesma medida em que toda a situação indicava que os dirigentes municipais visualizavam esta proposta de apoio matricial como uma forte possibilidade de expansão do arranjo no município, colocando esse projeto nas linhas de prioridade da Semus.

Para compor as estratégias de ação do apoio ao grupo estratégico nesse projeto utilizei elementos básicos da metodologia do apoio Paidéia, como a inclusão de elementos, informações e temas que pudessem provocar no grupo uma ampliação do seu foco de análise (Campos, 2005). Para isso, buscamos os indicadores municipais relacionados à tuberculose e à hanseníase e apresentamos ao grupo como exercício de qualificação daquele diagnóstico inicial. A proposta era simples: buscar evidências que confirmem o diagnóstico inicial para fortalecê-lo ou modificá-lo. A análise desses indicadores sinalizou um problema correlato ao diagnóstico inicial, mas não totalmente explicado por ele: o alto índice de abandono de tratamento. Além disso, a discussão sobre esses indicadores trouxe também fortes indícios de que o modelo de atenção centralizado se mostrava insuficiente para o enfrentamento dessas patologias e suas complexas condições de emergência e de cuidado. Ao cabo dessa discussão com o grupo estratégico, surgiu uma grande sensação de confusão no grupo, chegando-se a outro diagnóstico, também um tanto quanto problemático, de que “quem precisava de apoio matricial eram os especialistas dos ambulatórios de tuberculose e hanseníase”.

O esforço avançou com esse efeito da primeira intervenção já para uma discussão mais estruturada dos princípios do apoio matricial. Para isso utilizamos textos de base para discussão e esquemas conceituais didáticos. Tínhamos textos<sup>55</sup> publicados à mão, mas não um esquema conceitual já bem desenvolvido.

A discussão conceitual sobre o apoio matricial tornou-se o tema central nas reuniões do grupo. Com a leitura dos textos e o relato de experiências traçamos um diagrama simples (figura 1) que definiu alguns princípios para a constituição do apoio matricial.

---

<sup>55</sup> Campos, 1998; Campos 2000; Campos, Domitti, 2007; Oliveira, 2008.



**Figura 2: Diagrama de composição do apoio matricial**

O primeiro princípio construído a partir dessa intervenção diz respeito ao processo de definição do objeto de intervenção do apoio matricial. Seja qual for o contexto no qual se pretende inscrever o apoio matricial, faz-se necessário definir quais demandas/problemas serão, pelo menos inicialmente, tomados como “objeto” de intervenção. Além disso, não basta uma análise cartorial dessa questão, pois o apoio matricial implica relações *apoiador-apoiado*. Com essa preocupação a constituição de objetos de intervenção guarda relação direta e recíproca com a constituição de um ator institucional portador de alguma necessidade (“atores que dão visibilidade /dizibilidade a demandas /problemas”) e, ao mesmo tempo, constitui a figura do apoiador matricial (“atores que concentram saberes, práticas, competências”). A formulação de um processo de apoio matricial deve passar, desse modo, pela definição de objetos de intervenção que sustentem a relação apoiador-apoiado em um regime de ofertas/demandas que façam sentido no contexto institucional.

No caso em discussão no Grupo Estratégico, o ator que enunciava e dava sentido ao problema inscrito no diagnóstico inicial era o especialista. Ao fazer isso, atribuíam a necessidade a outro ator (médicos da atenção básica), o qual, por não participar da discussão não se coloca como portador de necessidades. Nesse contexto, o que se têm é apenas uma suposição de necessidade que só se constitui em demanda/problema para o mesmo ator que supostamente teria ofertas para resolvê-las.

Quando propus a discussão sobre os indicadores municipais apresentou-se um problema aceito pelo grupo como relevante (alto índice de abandono de tratamento) e diretamente relacionado aos processos de trabalho dos especialistas, uma vez que a responsabilidade pelo tratamento dos doentes de tuberculose e de hanseníase era deles. Para essa questão da taxa de abandono, ficou mais fácil estabelecer o ator portador de necessidade e fazer disso uma potencial demanda. Discutindo as possíveis ofertas para resolver essa questão, surgiu a possibilidade de aprimoramento das estratégias de tratamento supervisionado, de busca ativa no território e a necessidade de um maior conhecimento das condições de vulnerabilidade dos doentes. O grupo constatou que o ator institucional que tinha maior experiência e saberes acumulados para lidar com essas questões e, portanto, apoiador matricial potencial, eram as equipes de atenção básica, em especial os agentes comunitários e a equipe de enfermagem.

Esse movimento de “procurar onde podem estar os saberes competentes para lidar com determinadas situações” pode produzir muitos efeitos diversos: (1) o reconhecimento de que não há auto-suficiência de saberes no campo da saúde – “reconhecer que não sei”; (2) despertar o interesse em aprender algo novo/diferente - “posso aprender”; (3) o reconhecimento de saberes em outros – “alguém além de mim sabe”; (4) o reconhecimento de que o suposto “sabido” pode não saber – “esperava que o especialista soubesse, mas ele também não sabe”; (5) a aquisição de capacidade de produzir redes conectadas e solidárias – “hoje eu solicito apoio, amanhã eu apoio”. A idéia da formação de um sistema, de uma rede de saberes, a constituição de algo próximo ao que Pierre Lèvy e Michel Authier (2008) denominaram por *árvores de conhecimentos*.



Houve uma inversão de perspectiva e o grupo compreendeu que profissionais tidos como generalistas também poderiam ser apoiadores matriciais, ao passo que especialistas também poderiam ser apoiados. O que define o arranjo operacional do apoio matricial em última instância são as demandas e as possibilidades de ofertas no contexto da organização.

O segundo princípio foi definido a partir da discussão do conceito de necessidade. Essa concepção não se refere propriamente ao que se pode atribuir por proximidade àquilo que falta, embora possamos considerar aquilo que falta como ponto de partida para uma busca, para a constituição de uma demanda. Entendemos que os saberes, as práticas, os objetos e as competências necessárias para resolução de problemas ou demandas só podem ser definidos de maneira parcial, uma vez que tanto problemas/demandas quanto suas soluções são sempre expressões da realidade em mutação. Apreensões parciais do real. Nesse sentido, a definição do que é necessário e também do que é tomado como demanda/problema está em contínua criação e modificação, implicando processos de negociação, ação e avaliação permanentes<sup>56</sup>.

Nesse sentido, poderíamos pensar a tecnologia do apoio matricial como forma de desconstrução do "especialismo" - considerando este uma racionalidade que se nutre de saberes "especializados" para construir dependência (de instituições, de sujeitos e processos) e agir em uma forma de política corporativa/privatizante, impedindo ou desqualificando a emergência de saberes e de práticas "informais" ou não reconhecidas pelos "experts".

Poderíamos pensar que os desafios cotidianos da produção de saúde e de autonomia demandam saberes e práticas novas ou recriadas que possam ampliar a capacidade de análise e de intervenção no mundo. E poder-se-ia considerar, por esse mesmo motivo, que esses determinados saberes se tornam necessários - pois aumentariam nossa potência de existir<sup>57</sup>. Teríamos então - com certa inspiração espinosana - um regime

---

<sup>56</sup> Procuraremos sempre colocar em análise as conseqüências de tomarmos como necessidade aquilo que é particular em um determinado sistema de valores identitários - é doente, é pobre, é mulher, é louca.

<sup>57</sup> Retomamos a questão da Ética espinosana. Poderíamos pensar que esses saberes necessários não são apenas da ordem ou da propriedade de alguém feito sábio por ordem divina ou obra humana (os sacerdotes, os experts, os médicos, os acadêmicos), mas são aprendizados, conhecimentos constituídos por esforço de

ético que convoca os saberes "necessários" a serviço das forças da vida. Mas como essa ética pode nortear um arranjo de apoio matricial?

No cotidiano das práticas de saúde nos deparamos com dificuldades, tomadas por nós (gestores, trabalhadores, usuários, acadêmicos, pessoas...) como problema/desafio. Damos visibilidade e dizibilidade a estes no cotidiano do trabalho. O apoio matricial pode ser tomado como o arranjo organizacional que possibilita e autoriza que o saber acumulado seja agenciado (acionando algo que já existe ou originando condições de criação de algo novo) pelos atores implicados para "resolver" a situação. Em decorrência, um dos maiores desafios para sua prática é como tornar cada vez mais disponível esses saber.

Tomar o apoio matricial nessa referência demonstra que o apoio matricial envolve questões além e aquém do que uma "fórmula" de reorganização da atenção "especializada". Muitas vezes o apoio matricial é colocado como um arranjo voltado exclusivamente para resolver a fórmula tradicional ineficaz da referência e contra-referência burocratizada. Um arranjo que se propõe a reorganizar a atenção especializada para diminuir a fragmentação do cuidado. O que já é muito. Mas acredito que uma das razões para as grandes dificuldades enfrentadas por muitas experiências de implementação do apoio matricial, advém dessa visão reducionista. Estamos procurando demonstrar que o apoio matricial, como um dispositivo "anti-especialismo" e produtor de inteligência coletiva, tende a criar fortes processos de modificação dos territórios existenciais dos sujeitos envolvidos e alterar o jogo de forças dos diagramas de poder – e um processo gerador de conflitos. Desse modo, caso se conceba o apoio matricial como um arranjo pronto que se implanta de uma hora para outra, um simples rearranjo da carga horária de trabalho alocação dos especialistas, o projeto provavelmente fracassará. Será preciso pensar como o apoio matricial se inscreve nos processos de trabalho, ao mesmo tempo em que se criam espaços de coexistência de conflitos (estamos falando de coexistência – agonismo – e não resolução de conflitos, já que

---

apetecer a vida comum com outros homens, já que não se alcança a felicidade sozinho. Portanto, o conhecimento necessário, mais do que estar apropriado por um indivíduo, deve estar disponível para a maior parte deles. Esse é o princípio ético que possibilita a existência de uma inteligência coletiva (Teixeira, 2005; Lèvy, 2007).

são estes que permitirão, em parte, o rearranjo das forças que sustentarão do projeto) e formulação dos arranjos que darão conta de operar os processos de apoio.

No caso discutido pelo grupo estratégico em Vitória esses dois princípios serviram de base para uma intervenção do grupo junto aos técnicos da vigilância e especialistas para a constituição de um projeto mais amplo de descentralização das ações de vigilância em saúde para os serviços de atenção básica, com participação ativa destes. O que se constituiu, nesta fase, em um processo de apoio à gestão. O projeto de apoio matricial nas áreas de tuberculose e hanseníase foi adiado para ser repensado a partir do novo regime de problemas que se fundaria com o próprio processo de descentralização.

### **O apoio matricial em saúde mental**

No início do projeto o Município contava, há pouco menos de um ano, com três equipes de apoio matricial em saúde mental que atuavam em duas das cinco regiões do município, junto a equipes de atenção básica (cobertura de 25% da rede municipal). Todavia, já se pensava e se tentava desenvolver o apoio matricial nessa área há aproximadamente cinco anos, conforme relatos de profissionais da gestão e referências técnicas. Como já descrito esse foi o primeiro processo do projeto de parceria que contou com intervenções do grupo de apoiadores institucionais. O movimento inicial partiu da discussão conceitual e da discussão do acúmulo de experiência do projeto a partir do envolvimento dos apoiadores do grupo, seguido por um processo de ativação de coletivos.

Conforme já sinalizei o teor dos problemas e das dúvidas levantadas indicavam uma razoável apropriação da metodologia do apoio matricial pelas equipes de saúde mental, sinalizando seu potencial de expansão, tanto em termos de cobertura do próprio apoio em saúde mental, quanto a sua disseminação para outras áreas da atenção. Foi nesse tom, reconhecendo os acúmulos do grupo de profissionais da saúde mental e estimulando sua expansão, que os apoiadores foram se inserindo no projeto.

O primeiro grande movimento foi a realização de uma oficina para discussão do projeto, integrando o grupo de apoiadores institucionais e os profissionais, referências

técnicas e gerentes que estavam diretamente envolvidos no apoio matricial de saúde mental. Essa oficina ocorreu em 26 de fevereiro de 2008, teve duração de três horas e teve como pauta: “Apresentação e discussão do trabalho realizado pela Equipe Matricial de Saúde Mental em Vitória”. Participaram aproximadamente 100 pessoas (apoiadores institucionais, equipe matricial de saúde mental, gerentes e trabalhadores de saúde das unidades de saúde onde acontecia o apoio matricial em saúde mental).

Foi um momento muito rico e uma oportunidade para esse grupo conhecer a proposta de parceria e do trabalho do grupo de apoiadores institucionais. A partir de uma questão disparadora geral - “Como está sendo a realização do apoio matricial na área de saúde mental em Vitória?” – as pessoas foram se colocando e destacando tópicos relevantes com relação a avanços e dificuldades consolidados da seguinte forma:

**Avanços conquistados pelo apoio matricial em saúde mental:**

- O trabalho realizado foi considerado um passo importante, pois tirou o foco do psiquiatra, fazendo emergir o problema da autonomia na prescrição de medicamentos psicotrópicos e a necessidade de conquista deste espaço pelo profissional da atenção básica<sup>58</sup>. Em alguns locais, a autonomia está mais avançada, em outros, perdura a simples repetição da receita do especialista, mesmo com sinais de impregnação medicamentosa.
- O apoio da equipe de saúde mental provocou, nos profissionais, a percepção do indivíduo no seu contexto familiar, por meio da ampliação do conhecimento teórico-prático sobre o transtorno mental e da identificação dos limites pessoais e profissionais no tratamento da doença.
- O empoderamento do agente comunitário junto à equipe foi outra contribuição do apoio matricial<sup>59</sup>.
- Outro aspecto positivo foi o enfrentamento da fragmentação do cuidado, tornando a atenção ao paciente com transtorno mental mais resolutiva.
- Apesar do apoio matricial não contemplar todos os casos, os profissionais estão mais sensibilizados para o tema, discutindo os casos mesmo sem o apoio da equipe matricial.
- Foi com muita satisfação que os matriciadores apreciaram a devolutiva da atenção básica sobre o trabalho, principalmente, porque vem na contramão dos inúmeros limites interpostos, segundo os matriciadores.
- Afirmaram que o trabalho não é visto como “algo a mais”, mas sim como um ponto de apoio na condução dos problemas inerentes à saúde mental no território.
- Entendem o apoio matricial como um espaço em que os profissionais conversam sobre seu processo de trabalho.

---

<sup>58</sup> Todos os psiquiatras matriciadores e quase todos os médicos generalistas das equipes de saúde da família envolvidas estavam presentes na oficina.

<sup>59</sup> Essa constatação foi levantada pelo grupo após seguidas intervenções muito pertinentes de agentes comunitários presentes na oficina.

- Outra contribuição do apoio matricial refere-se a um estudo sobre benzodiazepínicos realizado em uma unidade do município, que poderá demonstrar o potencial das equipes da atenção básica no enfrentamento da medicalização da saúde.

#### **Desafios para o apoio matricial em saúde mental:**

- Dentre os problemas enfrentados por este coletivo, foi amplamente apontada a insuficiência do sistema de referência, que não é exclusivo da área de saúde mental – consulta com psiquiatra e internação.
- Foi ressaltada a exclusão do técnico de enfermagem no processo de apoio, chegando a ser atribuída a responsabilidade à própria equipe na determinação deste problema. Geralmente, nos processos de trabalho das unidades este profissional realiza o primeiro contato com os usuários, revelando a urgência de corrigir tal situação<sup>60</sup>.
- Os profissionais que realizam o apoio matricial destacaram o desgaste crescente dos profissionais médicos em função da grande quantidade de demandas na atenção básica.
- Reconhecerem o desafio de articular os diferentes ciclos de vida na pauta de saúde mental.
- Sinalizaram a intenção de envolver os Pronto-Atendimentos do município na discussão, visando organizar a rede municipal quanto à retaguarda para a atenção básica<sup>61</sup>.
- A ausência do CAPS nesta reunião reforçou ainda mais a questão da referência e contra-referência<sup>62</sup>.

---

<sup>60</sup> Neste ponto, a discussão chegou a apontar os efeitos do processo de apoio matricial na capacidade de acolhimento dos profissionais dos serviços – melhora da disposição para a escuta, mais segurança na abordagem a pessoas agitadas ou em crise. Como não havia técnicos de enfermagem na oficina, foi perguntado se não estavam participando do processo de apoio. E não estavam. A justificativa dada foi a dificuldade de organização do processo de trabalho para liberar esse profissional de suas funções habituais para viabilizar sua participação nas discussões do apoio, sinalizando problemas na organização do trabalho de enfermagem. Como, frequentemente, este é o profissional da equipe que mais atua na porta de entrada, nas triagens, no acolhimento, a sua ausência do apoio matricial diminui o efeito deste processo na qualificação do acolhimento da unidade de saúde.

<sup>61</sup> Neste tópico e no seguinte, pode-se ver um exemplo de como esse processo vai sinalizando os atores que deverão ser acionados e “incorporados” ao grupo, a partir das discussões e análise do grupo, com participação dos apoiadores, o que dispara processos de ativação de outros coletivos e fazendo conectar as redes de responsabilidade solidária, de gestão, de cuidado, de saberes, etc. Também é possível constatar que o que agencia esses coletivos é, em boa parte a energia liberada no ciclo virtuoso propiciado pelo processo de análise/produção de texto/deliberação/avaliação sucessivos, recuperando o sentimento de “obra” e fazendo ligar objetos de investimento dos envolvidos com objetos de investimento mais coletivos. Nesse sentido, podemos também avaliar como foi importante contarmos com o método da roda como metodologia do próprio funcionamento desses grupos. Ao longo do desenvolvimento do projeto, um dos efeitos desse processo na Semus era a alta frequência com que alguém reclamava o direito de também participar desses grupos (efeito de contágio).

<sup>62</sup> É curioso notar que os CAPS não foram nem sequer convidados para essa oficina. Fiquei espantado com isso, pois o esperado era que participassem. Todavia, isso colou uma questão no ar: o porquê da sua não participação. Essa questão foi tomada como analisador pelo grupo em reuniões posteriores. Os CAPS, que atuavam de maneira muito isolada da rede, foram incorporados no processo e com o tempo passaram a ter papel importante em toda organização da rede atenção a saúde mental. Ao final de um ano, a proposta já havia sido inteiramente modificada e todo o apoio matricial em saúde mental no município partia das equipes dos três CAPS municipais, que incorporaram as antigas equipes matriciais, permitindo que o apoio matricial alcançasse a cobertura de 100% da rede municipal.

- Na fala de outras especialidades, concluiu-se que a participação da fonoaudiologia no apoio à saúde mental ainda não é uma realidade em função da grande demanda com a educação.
- Também foi destacado o desafio de ampliar o foco de atenção ao paciente com transtorno mental, por meio da interdisciplinaridade, para além da medicação e internação.
- Foi exemplificada a grande demanda decorrente do abuso de álcool e drogas, requerendo propostas de intervenção orientadas por um olhar mais ampliado do processo saúde-doença, fazendo emergir a questão da rede de apoio social.
- Na visão da equipe de saúde mental, esta rede ainda está longe de se tornar uma realidade.
- Outro ponto de tensão levantado tratou da dificuldade na organização do trabalho nas unidades de saúde em função da fragmentação do nível central. Esta questão da fragmentação tornou-se um dos pontos centrais das discussões.
- As soluções são múltiplas, dependendo do contexto local, mas a prática habitual nas instituições é a de dar continuidade aos projetos que se mostrarem melhor estruturados.
- A leitura dos relatos e discussões mostrou que a fala ainda não traduz um coletivo organizado, mas que traz uma experiência importante para a construção do apoio matricial na lógica do método Paidéia.

Dessa oficina, resultaram os seguintes encaminhamentos:

- Apresentação de uma síntese da discussão dessa oficina no Comitê Gestor Ampliado e em cada Coger – para isso foi composta uma comissão.
- Foi composto um Grupo de Trabalho que contou com apoiadores institucionais, apoiadores matriciais, gerentes, referências técnicas e profissionais de atenção básica. Este grupo seria responsável por promover reuniões periódicas para atividades de discussão, de planejamento e de avaliação, tendo como objeto de trabalho o projeto de apoio matricial em saúde mental e como missão a ativação de coletivos para promover a ampliação e qualificação do projeto.

A partir desse grupo de trabalho inicial, as discussões foram se desenvolvendo. Várias oficinas foram disparadas por este grupo e apoiadas pelo grupo de apoiadores institucionais. Todo o processo foi acompanhado através das atividades de supervisão-apoio. Nestas os apoiadores participantes dessa frente de trabalho apresentavam suas dificuldades. A supervisão em grupo possibilitava a qualificação progressiva das ofertas

desses apoiadores no grupo de saúde mental e mantinha a conexão entre as atividades disparadas<sup>63</sup>.

Depois de alguns meses o grupo de saúde mental passou a se chamar “coletivo de saúde mental” no município para discussão da política de saúde mental municipal, constituído por:

- Diretores e representantes dos trabalhadores dos CAPS;
- Representantes de diretores e de trabalhadores da Atenção Básica;
- Referências técnicas de saúde mental da Semus;
- Gerencia de Atenção à saúde;
- Coordenação de Atenção Básica;
- Coordenação de Atenção Especializada;
- Quatro Apoiadores Institucionais.

Este coletivo se articulava, através de reuniões conjuntas periódicas, com o fórum de saúde mental da região metropolitana de Vitória, do qual participavam profissionais e gestores de outros setores e de outros municípios, além de representantes de usuários e de movimentos sociais. Ele implementou<sup>64</sup> mudanças estruturais na constituição do apoio matricial em saúde mental resultando, que foram progressivamente transformando a proposta do apoio matricial e já no segundo semestre de 2009, alcançou os seguintes resultados:

- Equipes de apoio matricial baseadas nos três CAPS (CAPS infantil, CAPS Adulto, CAPSAD), com referências territorializadas e cobrindo 100 % das unidades de atenção básica municipais;
- Redução das internações psiquiátricas entre 2008 e 2009 em 47% (dados preliminares de novembro de 2010 – Semus);

---

<sup>63</sup> Esse foi o modo como procedemos em todas as frentes disparadas a partir do grupo de apoiadores institucionais.

<sup>64</sup> Neste projeto contei com a parceria inestimável e competente de Ricardo Sparapan Pena, que atuou também como apoiador-DMPS. Ricardo Pena me acompanhou nas atividades em Vitória várias vezes, e atuou como referência para a saúde mental.

- Constituição de uma Unidade de Produção da Saúde Mental, amplamente representada, responsável por debater e propor políticas municipais a serem discutidas e aprovadas pelo Comitê Gestor Ampliado da Semus e pelo Controle Social, que substituiu o coletivo ampliado de saúde mental de forma permanente.

### **O apoio matricial em saúde de idoso**

O problema do projeto inicial era basicamente o mesmo daquele já descrito, quando nos referimos ao projeto de tuberculose e hanseníase. A equipe do CRAI (Centro de Referência Atenção ao Idoso), considerada como um grupo de profissionais de excelência em geriatria e gerontologia no município, formulara um projeto de apoio matricial que partia de um diagnóstico no qual as equipes da atenção básica eram consideradas tecnicamente deficientes para o cuidado de idosos. Para resolver o “problema” diagnosticado, a equipe se propunha a discutir casos, mas apenas aqueles acompanhados no CRAI e considerados por eles como “mal conduzidos” pelas equipes de atenção básica.

A proposta de apoio matricial na área de saúde do idoso foi trazida como pauta de reunião do grupo de apoiadores, por demanda de um apoiador que era técnico da referência de saúde do idoso na Gerência de Atenção à Saúde (GAS), pela própria gerente da GAS e pela coordenação de atenção básica, todos preocupados com o teor da proposta. Discutimos as bases conceituais do apoio matricial e os princípios anteriormente descritos. Definimos um grupo de trabalho composto por quatro apoiadores: um que também era da referência técnica de saúde do idoso; um que era da coordenação de atenção básica; um ligado a Gerência de Formação da Semus e um que também era diretor de um serviço de atenção básica. Os quatro foram incumbidos de reunir-se com a direção e com a equipe de trabalhadores do CRAI para discutir a proposta deles de apoio matricial, com o papel de apoiar o grupo<sup>65</sup>.

---

<sup>65</sup> Nesse projeto, o movimento de ativação de coletivos se iniciou a partir do contato com o CRAI. Procurando fazer com que o contágio se desse, daí em diante, do CRAI para a rede, rompendo com o isolamento desse serviço. Todavia, as coisas nunca saem exatamente como planejadas. Aprender fazendo leva também a muitos equívocos, exigindo capacidade de rever os passos constantemente e provocar desvios.



A narrativa a seguir foi produzida tomando como referência o momento, da atividade de supervisão-apoio, no grupo de apoiadores institucionais, no qual houve o relato da primeira reunião realizada no CRAI, com a presença dos quatro apoiadores.

*10 de março de 2008. A reunião contou com a participação dos quatro apoiadores e foi um momento de muita tensão em torno da relação dos especialistas com a atenção básica. Na avaliação de um apoiador, os atores envolvidos com o matriciamento em saúde do idoso se mostraram pouco abertos para a Estratégia Saúde da Família. Outro apoiador observou grande resistência quanto à introdução de mudanças no projeto do CRAI. A visão de um terceiro apoiador, que já havia transitado neste serviço, considerou a possibilidade do despreparo dos próprios apoiadores institucionais na origem das dificuldades encontradas na reunião, observando que os profissionais do CRAI não os reconheceram como apoiadores, mas sim como representantes das funções que ocupam na instituição. Ocorreram momentos nos quais foi questionada duramente a presença do apoiador que também é diretor de serviço de atenção básica naquela reunião. Este apoiador relata vários momentos de constrangimento e cenas de ataques verbais mútuos. Outro ponto de tensão foi o posicionamento defensivo da equipe do CRAI frente aos indicadores de baixa cobertura do serviço no município em comparação com a dos serviços de atenção básica na questão da atenção ao idoso no município. O CRAI, independente do Pacto de Gestão, vem sustentando o acesso de idosos de outros municípios em detrimento de Vitória. Em 2005, no período de transição política, sem a presença de um diretor, a equipe passou por um longo período sozinha tomando decisões sem nenhuma relação com o restante da rede. As potências constatadas para o processo de matriciamento foram: a realização de reuniões semanais, compromisso com o usuário, implementação de pesquisa, realização de estudos, defesa do projeto do CRAI, interesse em praticar mudanças por parte de alguns profissionais, vínculo com o usuário. As dificuldades incluíram irritação do grupo com a evidência dos pontos falhos do próprio trabalho, a rigidez presente da gestão do CRAI, o autoritarismo na condução do serviço, independente das diretrizes institucionais e contrárias ao Pacto de Gestão. Os apoiadores chegaram a questionar a viabilidade do*

*apoio matricial em saúde do idoso partindo do CRAI. O isolamento institucional e a gerência de serviço ocuparam grande parte do debate, sinalizando a necessidade de compor novas estratégias de intervenção.*

*As discussões que se seguiram no grupo de apoiadores levaram às seguintes deliberações:*

- *Convite de um representante do CRAI para o encontro dos apoiadores da Semus<sup>66</sup>;*
- *Propiciar encontros com a gerência do CRAI buscando sua maior participação na condução do processo de discussão do apoio matricial no município;*

*Cogitou-se elaboração de um documento que mostrasse a demanda do município na Saúde do Idoso (perfil dos idosos, demanda espontânea, serviço de retaguarda, gargalos, cobertura do serviço<sup>67</sup>, etc.), justificando a construção de um Projeto Institucional do CRAI, para além do campo da geriatria.*

*No intervalo entre as oficinas presenciais utilizou-se o fórum de discussão, ferramenta de educação à distância da plataforma Teleduc, para aprofundar as discussões com o grupo de apoiadores sobre o tema da saúde do idoso e dar suporte às dificuldades do grupo frente às resistências encontradas nesse projeto.*

*Período março – abril de 2008. Fórum de discussão: Apoio na Área de Saúde do Idoso*

*Abri o fórum:*

*Caros,*

*Criei esse fórum pensando que não tivemos tempo suficiente para avançar na discussão trazida a partir da primeira intervenção do grupo de apoiadores da saúde do*

---

<sup>66</sup> Estava sendo organizada, pelos diferentes grupos de trabalho das frentes de apoio matricial, um encontro entre os matriciadores das diversas áreas, no formato de seminário. O intuito era disparar uma discussão a respeito de dificuldades comuns e propor trocas de experiências entre as equipes.

<sup>67</sup> A referência técnica em saúde do idoso, fez um levantamento que demonstrou, a partir de várias fontes confiáveis, que o CRAI acompanhava aproximadamente 2,5% dos idosos frágeis ou em processo de fragilização (estimativa com base em prevalência esperada). A atenção básica era responsável por 70% de todos os atendimentos médicos individuais feitos em Vitória para pessoas acima de 60 anos.

*idoso. Proponho que utilizemos esse espaço para continuar essa discussão e tentarmos definir algumas referências que possam ajudar o grupo nesse projeto. Gostaria de retomar a discussão propondo que comecemos pensando que questões estratégicas poderiam ser desenvolvidas no âmbito da intervenção do grupo de apoio? E, em outra frente, que ações poderiam ser realizadas por atores além dos quatro apoiadores da saúde do idoso, mas que poderiam melhorar as condições de acesso, de encontro e mudança do cenário desenhado a partir dessa primeira intervenção?*

*- Apoiador 1: Após o fim do encontro de terça, fui, junto com Apoiador 2 e Apoiador 3 ao GAS e conversamos com Técnico 1, Técnico 2 e Técnico 3, personagens que entendemos não podem ficar de fora do Coletivo do Idoso. Explico: Os 2 primeiros, são da área técnica do idoso e o 3<sup>a</sup>, é coordenador de atenção especializada, logo, lidam diretamente com a questão. Colocamos aqueles a par das deliberações tomadas no grupo e eles acham que o clima não está tão pesado assim, que já houve outras reuniões piores no CRAI. Ficou muito claro para mim, que a intervenção no CRAI é muito mais ampla do que implementação do apoio matricial, é necessário fortalecer ou criar uma política municipal de atenção ao idoso na qual toda a rede se sinta parte envolvida e implicada, mas para isso a quebra do isolamento institucional, como disse o Gustavo (eu), é de suma importância. Tenho uma preocupação em como vamos voltar ao CRAI para propor que eles se façam conhecer pela rede (SEMUS) e ao mesmo tempo façam o esforço de se integrar com ela. Já compreendi perfeitamente qual o papel que devo desempenhar no grupo e já até comecei a exercitá-lo no dia a dia.*

*- Apoiador 2<sup>68</sup>: Diante das considerações feitas até o momento, quero trazer para o grupo algumas reflexões. Existem muitas variáveis a serem analisadas para definirmos o clima que a equipe do CRAI está vivendo. A reunião com os apoiadores trouxe à tona questões que estão latentes no CRAI há muitos anos:*

---

<sup>68</sup> Esse apoiador era da área técnica de saúde do idoso.

*Desde 2003 o serviço passou por períodos significativos de lacunas na sua coordenação/direção, com sucessivas alternâncias de pessoas, todas com nenhuma inserção na área do idoso, o que implicou em um processo de desgaste e desmotivação da equipe, a qual, contribuindo para o isolamento institucional mútuo (serviço/rede e vice-versa). Ao longo desse processo, várias expectativas foram despertadas na equipe e não foram concretizadas pelos gestores, destacando-se entre elas a questão do espaço físico. Todas as questões conflituosas foram exaustivamente apontadas pela Área Técnica de Saúde do Idoso, inclusive por escrito. A equipe do CRAI já expressou para os profissionais desta área técnica, em diversas ocasiões, o descontentamento com o processo vivenciado no serviço nos últimos anos e o sentimento constante de desrespeito que perpassa a equipe. É nítido no contato com os profissionais que estes não acompanharam o movimento que a SEMUS vem implementando, numa perspectiva de discussão coletiva, como por exemplo, o Pacto de Gestão. É visível também o clima conflituoso que envolve a equipe, externalizado nas últimas reuniões realizadas pela Área Técnica Saúde do Idoso no CRAI, que têm ocorrido sempre com momentos de embate e discussões acaloradas entre a direção do serviço e os profissionais, o que a nosso ver tem outras causas que não só a nossa presença naquele espaço. Segundo os relatos essa situação tem sido freqüente em todas as reuniões. Percebemos que existe também uma dificuldade da equipe do CRAI de compreender o que são diretrizes institucionais. Aparentemente a equipe encontra-se em uma zona de comodidade, não sentindo necessidade de modificação na sua prática, de propor mudanças. Isso é bastante contraditório, pois a crítica que fazem é de falta de espaço para elaborar propostas, mas quando a proposta é elaborada surgem dificuldades de aceitar sugestões/críticas. Entendo que a avaliação que realizamos e que o Apoiador I mencionou foi sobre a pertinência ou não de suas colocações durante a reunião com a equipe do CRAI e a contextualização dessa reunião no processo descrito acima. Não me sinto à vontade para dizer que o clima está melhor, porque em momentos informais após a reunião, nós da equipe da Área Técnica, fomos abordados pelos profissionais do CRAI sobre os sentimentos dos mesmos em relação àquele momento de reunião. A impressão que fica é que qualquer proposta de mudança vinda do Nível Central da SEMUS será sempre vista como autoritária, uma vinculação dos discursos dos agentes externos com a postura da*

*direção do serviço, uma interpretação do “cumpra-se”, situação essa vivenciada em muitos momentos pela equipe. O rompimento dessa visão não vai acontecer sem discutir as questões ligadas à gestão interna do serviço, aquilo que causa incômodo e mal estar na equipe, o que vai muito além da questão do matriciamento.*

*Apoiador 4:*

*Caro Apoiador 2,*

*Qual é o âmbito do matriciamento, senão a explicitação e resolução dos conflitos que atravancam os processos de produção de saúde? Sei que não é fácil lidar com estas questões ligadas às práticas gerenciais dentro de uma instituição, que, como outras, tem uma lógica hierárquica predominante construída social e historicamente. Estou entendendo que o método Paidéia é uma estratégia para revertermos isto tudo! É ambicioso, sem dúvida, mas qual é a aposta que nós apoiadores queremos?*

*Abril de 2008. No encontro presencial em Vitória. Depois de 15 dias. O material do fórum de discussão foi lido em oficina do grupo de apoiadores institucionais.*

*Após a leitura iniciou-se debate. O apoiador 5 sugere investimento nas potencialidades do grupo. Para isso seria importante ficar atento não só ao que está errado. Apoiador 1 sugere um Seminário para construção da Política Municipal do Idoso a partir da discussão da Política Nacional proposta pelo Ministério da Saúde.*

*O apoiador 6 intervém: - Por que o consultor(referindo-se a mim) está aqui? Porque temos problemas! Estamos acostumados a levantar problemas e enfiar soluções “goela a baixo”! Nós não queremos mais fazer isto, queremos fazer diferente!*

*Desenvolveu-se um intenso debate e depois de algum tempo vieram à tona questões político-partidárias que envolviam profissionais do CRAI. O grupo chegou a conclusão de que seria preciso a interferência de alguém do governo no processo.*

*Sugeri que o apoiador 7 (também membro do Grupo Estratégico – Subsecretaria de Gestão) realizasse a aproximação com o CRAI, levando uma proposta de construção conjunta de um projeto com o CRAI, argumentando também a partir de informações*

(produção do CRAI, nº de RH, cobertura, regulação), mas afirmando a importância daquele serviço na rede.<sup>69</sup>

*Encaminhamentos para o projeto apoio matricial saúde idoso:*

- Realizar outra intervenção no CRAI ampliando o grupo de apoiadores, inclusão do Apoiador 7, trazendo maior peso do governo para a discussão.
- Criar estratégias de análise conjunta das informações disponíveis sobre saúde do idoso, cuidando das falas de forma a permitir abertura do diálogo, ampliando o espaço de interlocução.
- Continuar a discussão no fórum do teleduc.

*Voltamos à discussão na plataforma de educação à distância.*

*Reabro a discussão no fórum: Quando saí de Vitória, no último encontro, o secretário me disse que a saúde do idoso será prioridade! Discutimos que haveria alguma estratégia de aproximação construtiva do gabinete com o CRAI. Como foi isso? Alguém sabe?*

*Apoiador 1: Tivemos uma reunião com apoiador 7 e os titulares das gerências ligadas à atenção à saúde, na qual ficou definido que a área Técnica do Idoso iria instrumentalizar o apoiador 7, para que ele fosse fazer uma conversa com os profissionais do CRAI. Algumas diretrizes municipais serão traçadas<sup>70</sup> para saúde do idoso. A ideia é fazer isso junto com várias áreas da Semus, incluindo o CRAI. Também foi tirado um grupo menor para*

---

<sup>69</sup> A proposta era alterar a composição do grupo inicial de quatro apoiadores institucionais que fariam o apoio junto ao projeto do Idoso, inserindo um apoiador mais identificado com o “governo”. A aposta foi de que isso sinalizaria que a questão do idoso para o governo é prioritária, o que, em geral, faz com que equipes que se sentem isoladas e esquecidas entrem em contato com o que não esperam – uma valorização. Ao mesmo tempo, a conversa não poderia ser apenas no tom político. Provavelmente seria preciso argumentos bastante fortes e considerados válidos e “neutros” pelo senso comum. Esse era o papel a ser exercido pelos dados de produção do CRAI em sua relação com a rede e com os padrões de morbi-mortalidade dos idosos em Vitória.

<sup>70</sup> Aqui claramente a gestão ignora o teor da sugestão dada por mim na oficina presencial, que consistia na inclusão de um quinto apoiador no processo. A parte para uma investida de gestão e intervenção na questão. Provavelmente havia questões políticas em jogo que não foram reveladas, mas influenciaram nessa decisão. Isso mobilizou a direção do CRAI e acabou ajudando a destravar o processo. Todavia, passamos algum tempo procurando solucionar o modo de buscar o posicionamento adequado dos apoiadores institucionais envolvidos na relação com o CRAI.

*conversar com o secretário sobre o CRAI, composto por: o apoiador 7 (também membro do Grupo Estratégico – Subsecretaria de Gestão); o apoiador 2; o Gerente de Regulação, Controle e Avaliação; o apoiador 9 (também membro do Grupo Estratégico – Gerente da Gerência de Atenção à Saúde. Só para constar: Participaram da reunião, além das pessoas citadas acima: Eu (apoiador 1), apoiador 4, apoiador 3, técnicos 1 e 2 (área técnica do idoso), técnico 3 (coordenação de Atenção Especializada), apoiador 6 (Gerência Auditoria), técnico 4 (Laboratório Municipal), técnico 5 (coordenação de Vigilância em Saúde), técnico 6 (coordenação de informação), apoiador 8 (Diretor de Serviço de AB).*

*Apoiador 3: Seguem algumas informações do grupo de Saúde do Idoso:*

*Registro de reunião do grupo de apoiadores institucionais responsáveis pelo apoio na saúde do idoso:*

*- Questionamentos do Grupo:*

- Qual intervenção queremos fazer no CRAI?*
- Envolve a mudança da gestão ou só a implantação do matriciamento?*

*Após várias reflexões, houve consenso de que os espaços de discussão do coletivo do CRAI (reuniões de equipe, de estudo, de turnos – 4ª e 5ª feiras) necessitam ser qualificados e a nossa intervenção seria a de introduzir o Método da Roda nesses espaços.<sup>71</sup> O matriciamento seria consequência. O Apoiador 2, enquanto Coordenador do Saúde do Idoso, foi convidado a participar da reunião do COGER do Forte, quando o CRAI apresentará a sua proposta de matriciamento para a rede. Após discussão desse assunto, concluímos que a Área Técnica da Saúde do Idoso conversará com Diretor do CRAI sobre essa pauta solicitada por ele ao COGER. Consideramos como incluídas neste grupo de apoio apoiadores da S. Idoso: Apoiador 8, Apoiador 9, e os outros 2 técnicos da área técnica de saúde do idoso.*

---

<sup>71</sup> Este trecho serve para exemplificar como esse processo é feito de idas e vindas. O esforço de pensar qual é a intervenção do apoio no CRAI, confunde-se o tempo todo com uma intervenção sobre o CRAI. É no processo de fazer e nas atividades de supervisão-apoio que as coisas vão se distinguindo e é possível corrigir trajetórias. Fazer desvios.

*Apoiador 2: No dia 08/04/2008 foi realizada reunião com o Grupo de Apoio Saúde do Idoso, com as seguintes presenças: Apoiadores; Área Técnica Saúde do Idoso; Diretor do CRAI. Inicialmente foi contextualizada a questão que envolve a proposta de matriciamento do CRAI. Apoiadores 7 e 9 (este também participante do grupo estratégico – Subsecretaria de Administração da Semus) esclarecem que realizaram reunião na semana anterior com diretor do CRAI, quando avaliaram a proposta de matriciamento e concluíram que a mesma deve ser um ponto de partida para as discussões, cabendo sim alguns ajustes de acordo com as novas discussões em andamento na SEMUS, mas entendendo que não há tantas divergências. O grupo avaliou a necessidade de se fazer uma discussão com a equipe do CRAI para alinhar conceitos do matriciamento e discutir o papel daquele serviço na rede, dentro da perspectiva de uma Política de Atenção à Saúde do Idoso. Também ficou entendido que o CRAI é um ponto de atenção à saúde do idoso na Rede, mas que essa atenção não se resume ao CRAI. Portanto, o movimento deve ser para inclusão do serviço, rompendo com o isolamento. Foi constatado pelo Diretor do CRAI que os médicos do serviço atuam de acordo com seus princípios e entendimentos pessoais, não havendo uma diretriz institucional em relação às ações desenvolvidas, nem tampouco uma atuação dentro da lógica de uma política de atenção à saúde do idoso. Outras questões levantadas pelo grupo: necessidade de melhorar a relação do CRAI com a Atenção Básica e atuação na lógica de fortalecimento desta última; a construção da nova área física para o serviço deve ser a partir de uma lógica de definição do seu papel na rede; necessidade de revisão dos critérios de acesso dos idosos ao CRAI, principalmente a partir do matriciamento; ampliação do olhar para todos os espaços de atendimento ao idoso na rede, como por exemplo, os serviços de pronto atendimento; o movimento de capacitação da rede deve envolver tanto a Atenção Básica para atendimento ao idoso, quanto a equipe do CRAI para conhecer e compreender como funciona a Atenção Básica. Encaminhamentos<sup>72</sup>: (1) O grupo de apoio passa a ser ampliado com as pessoas presentes nesta reunião; (2) As discussões serão direcionadas para definição e implantação de uma Política de Atenção à*

---

<sup>72</sup> Considero que este momento marca uma inflexão no processo. A direção do CRAI passa a protagonizar também o projeto e abre-se a possibilidade de pensar a rede. Daqui em diante as ativações de redes e o contágio começam a acontecer com maior velocidade.



*Saúde do Idoso no município de Vitória. Dentro desse contexto será discutido o papel do CRAI e, como consequência, o matriciamento; (3) Este grupo ampliado realizará reunião com a equipe do CRAI dia 16/04/2008, às 14h, com a seguinte pauta: apresentar o grupo/coletivo ampliado; situar o momento atual e as novas diretrizes e ouvir a equipe.*

As discussões foram se desdobrando ao longo das oficinas com o Grupo de Apoiadores Institucionais, acompanhando e discutindo em supervisão-apoio cada intervenção do grupo junto ao CRAI, sua direção e sua equipe. Assim como os movimentos significativos de mudanças ocorridas no papel e na constituição do trabalho da Área Técnica<sup>73</sup> de Saúde do Idoso, no nível central da Semus. As temáticas partiram de discussões mais gerais da política nacional de saúde do idoso, e sua contextualização para a realidade do município, passando pela repactuação da relação entre serviços dos diferentes níveis de atenção, pela negociação entre os municípios vizinhos e entre estes e o gestor estadual, até a constituição de uma estratégia de pactuação do projeto de apoio matricial junto com os serviços de atenção básica municipais. Em duas oficinas estive com a equipe e a direção do CRAI<sup>74</sup>. Todo esse percurso produziu modificações profundas nas relações do CRAI, sua equipe e sua gerência, com o restante da rede, com a gestão municipal e com o grupo de apoiadores o que culminou com uma das experiências mais interessantes do apoio em Vitória.

As primeiras discussões sobre o projeto de apoio matricial em saúde do idoso se deram em fevereiro de 2008. Em maio esboçaram-se as primeiras propostas concretas de estratégias do apoio matricial em saúde do idoso constituído de apoio direto de profissionais matriciadores do CRAI para discussão de casos complexos e formulação conjunta de reconhecimento, cadastramento e atenção à população de idosos frágeis<sup>75</sup> e vulneráveis nos territórios das unidades de atenção básica. A partir de uma proposta inicial

---

<sup>73</sup> Esta foi uma questão durante os dois anos de parceria. O papel e os modos de fazer das áreas técnicas, em especial aquelas envolvidas nos projetos de apoio matricial, foi colocado em análise. Os modos de fazer do apoio modificaram profundamente os modos de fazer dos profissionais dessas áreas técnicas.

<sup>74</sup> Houve também a participação valiosa de Gustavo Tenório Cunha, como apoiador-DMPS, no Grupo e diretamente junto ao CRAI.

<sup>75</sup> Para isso, foram criados e adaptados instrumentos para o levantamento desses idosos, seguindo diretrizes clínicas nacionais e referências internacionais.

houve um processo criterioso de discussão e formulação do projeto junto com os serviços de atenção básica (gerentes e equipes). Em 22 de setembro de 2008, foi apresentado e aprovado o projeto piloto do Apoio Matricial em Saúde do Idoso, envolvendo cinco territórios de grandes unidades de atenção básica do município. Também foi apresentada pelo secretário municipal de saúde a Política Municipal de Saúde do Idoso em Vitória, também produto de todo o processo de discussão, com as seguintes diretrizes:

- Estruturação da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.
- Implantação do apoio matricial nas Unidades Básicas de Saúde para atenção ao idoso frágil.
- Implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para 72% da população idosa cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) - cerca de 17.800 idosos.
- Reorganização do processo de acolhimento à pessoa idosa em 100% das unidades de saúde.
- Assistência à saúde dos idosos residentes no Asilo dos Velhos de Vitória.
- Ações intersetoriais para prevenção de quedas visando reduzir a taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura do fêmur.
- Parceria com o Ministério Público e NUCAVI em questões referentes a maus tratos e violência contra a pessoa idosa.
- Pesquisas sobre a situação de saúde da pessoa idosa (em parceria).

O apoio matricial começou efetivamente nas unidades de atenção básica no começo do mês de outubro de 2008. A partir da experiência e dos novos conflitos que foram surgindo, novos atores e processos foram se incorporando ao projeto. As tensões entre as perspectivas de especialistas, gestores e trabalhadores da atenção básica, além da necessidade de inclusão de diferentes áreas da Semus e do fortalecimento da discussão intersetorial culminou com a criação da Unidade de Produção da Saúde do Idoso em abril de 2009. A composição da UP do Idoso, à época, ficou assim constituída:

- Gerencia da Atenção à Saúde

- Apoiador Institucional da Área de Saúde do Idoso
- Coordenação da Atenção Especializada
- Coordenação da Atenção Básica
- Área Técnica de Saúde do Idoso
- Gerência de Regulação, Controle e Avaliação
- Gerência de Formação e Desenvolvimento
- COGER Integrado – 1 diretor de unidade de Atenção Básica.
- COGER Maruipé – 1 diretor de unidade de Atenção Básica.
- COGER Centro – 1 diretor de unidade de Atenção Básica.
- COGER Forte São João – 1 diretor de unidade de Atenção Básica.
- COGER Continental – 1 diretor de unidade de Atenção Básica.
- CRAI – diretor e mais dois apoiadores matriciais.

Além desta composição, a UP poderia contar com a participação de representantes de outros setores para discussão de assuntos específicos, de acordo com a temática abordada. Nas primeiras reuniões da UP do Idoso foi discutido o conceito de UP, seus objetivos e atribuições o que foi descrito conforme se segue:

*A Unidade de Produção é um espaço coletivo proposto dentro da realidade de uma gestão democrática e participativa, a partir do qual será possível discutir e trabalhar nos processos ligados à organização da atenção em saúde do idoso no município de Vitória.*

**OBJETIVO:**

*Desenvolver estratégias de ação para a construção da atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.*

**ATRIBUIÇÕES:**

- *Conhecer a realidade do idoso com base em dados sociais, demográficos e epidemiológicos;*

- *Conhecer a legislação que contempla a saúde da pessoa idosa e a partir desta delinear propostas de construção da rede de atenção a saúde da pessoa idosa;*
- *Manter articulação entre os níveis de atenção de forma sistematizada, envolvendo os variados atores, para a construção da rede de atenção;*
- *Construir projetos e linhas de intervenção na área de saúde para a pessoa idosa; Propor ações de atenção à saúde, que estejam sob sua governabilidade, para que sejam submetidas ao poder deliberativo do Comitê Gestor.*

A UP do Idoso tornou-se uma arena de negociação, de formulação de políticas e de avaliação participativa. Um dos exemplos mais claros sobre a potência desse arranjo foi a própria discussão do projeto de apoio matricial. A partir do projeto piloto nos cinco territórios iniciais, a discussão sobre a expansão do apoio matricial para mais territórios tornou-se muito morosa, pois havia um forte temor dos profissionais do CRAI de que a expansão do projeto levasse a um desmonte do próprio CRAI como centro de referência. A UP tomou como pauta essas questões, mas agora com ampla representação dos atores institucionais interessados, o que não acontecia no grupo de trabalho proposto inicialmente, pois era composto predominantemente de técnicos de nível central e dos especialistas do CRAI. Na UP foi possível pactuar novos critérios de acesso e de alta do CRAI, assim como diretrizes de acolhimento para a rede. Além disso, foi traçado um plano de expansão do apoio matricial em saúde do idoso no município, além da sua integração com outras frentes como Saúde Mental, DST-HIV/AIDS, prevenção e atenção à violência, saúde bucal, urgência e emergência. Em janeiro de 2010, o apoio matricial atingia 65% de cobertura populacional.

Também foi tomada como tarefa da UP a constituição de uma metodologia de avaliação com a participação ampla dos atores envolvidos, inclusive na formulação de indicadores, para aquelas dimensões de avaliação, para as quais os indicadores tradicionais fossem considerados insuficientes.

## *Apoio ao fomento e a processos de qualificação dos espaços coletivos de cogestão*

### **A organização da gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (Semus)**

A Semus passou por reestruturação organizacional no início da gestão municipal (2005 – 2008), oficializada pelo Decreto nº 12.632 de 13 de janeiro de 2006<sup>76</sup>. Abaixo as unidades administrativas da SEMUS.

#### *Unidades Administrativas:*

- Secretaria Executiva;
- Assessoria Técnica;
- Auditoria;
- Gerência do Fundo Municipal de Saúde;
- Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde.
- Subsecretaria de Atenção em Saúde:
  - Gerência de Atenção em Saúde<sup>77</sup>:
    - Coordenação de Atenção Básica;
    - Coordenação de Atenção Especializada;
    - Coordenação de Urgências e Emergências;
  - Gerência de Vigilância em Saúde:
    - Coordenação de Vigilância Epidemiológica;
    - Coordenação de Vigilância Ambiental em Saúde;
    - Coordenação de Saúde do Trabalhador;
  - Gerência de Regulação, Controle e Avaliação:
    - Coordenação de Análise de Contas;
    - Coordenação de Avaliação;
    - Coordenação de Informações;
    - Coordenação do Complexo Regulatório;

---

<sup>76</sup> Disponível em: <http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/Leis/D12632.PDF>

<sup>77</sup> Além das coordenações, as Gerências de Atenção à Saúde e de Vigilância em Saúde, contavam ao todo com mais de uma dezena de referências técnicas, que contavam, cada uma com dois ou três técnicos, responsáveis por uma área programática – saúde mental, saúde da criança e adolescente, saúde da mulher, saúde do idoso, vigilância em agravos crônicos não transmissíveis, vigilância de endemias, e tantas outras.

- Gerência de Assistência Farmacêutica:
  - Coordenação Técnica da Assistência Farmacêutica;
  - Coordenação Administrativa da Assistência Farmacêutica;
- Subsecretaria de Apoio Estratégico:
  - Gerência de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde:
    - Coordenação de Gestão de Pessoas;
    - Coordenação de Educação em Saúde;
  - Gerência de Logística:
    - Coordenação de Gestão de Insumos;
    - Coordenação de Contratos e Convênios;
  - Gerência de Serviços de Apoio à Atenção:
    - Coordenação de Transporte;
    - Coordenação Serviços Administrativos;
    - Coordenação de Zeladoria;

Uma particularidade da estrutura administrativa da Semus é que as gerências das Unidades de Saúde (“diretores de unidades”) encontram-se no mesmo nível hierárquico das Subsecretarias de “Atenção à Saúde” e de “Apoio Estratégico”, estando ligadas diretamente ao gabinete do secretário de saúde, no organograma administrativo.

### **Gestão Colegiada**

Em janeiro de 2008, havia dois níveis de colegiados internos importantes na SEMUS, para a gestão cotidiana da rede de serviços municipais:

#### **Comitê Gestor Regional – COGER**

Neste nível colegiado, os diretores dos diferentes serviços localizados nos territórios pertencentes a cada uma das seis regiões municipais de saúde, reúnem-se para discutir pautas pertinentes ao cotidiano da gestão no nível regional. Participam das reuniões, em geral mensais, os diretores (de UBS, Centros de Referência, PAs) e, por demanda, gerentes e representantes de áreas técnicas. São cinco Coger ao todo, quatro que mantêm o nome da Região de Saúde (Continental, Maruípe, Centro e Forte São João). As Regiões Santo Antônio e São Pedro compõem, juntas, o COGER Integrado.

### **Comitê Gestor Ampliado**

Este é o colegiado no qual participam o Secretário, o Gabinete e todos os Diretores de Serviços, Gerentes e Coordenadores de Áreas da Semus. Com periodicidade mensal, é o fórum de gestão colegiada de maior grau de capacidade deliberativa do sistema de saúde municipal.

A mudança no organograma administrativo da Semus parece ter ampliado as possibilidades e criado condições para o exercício da Gestão Colegiada, indicando uma intencionalidade de avançar no rumo da democratização institucional e da cogestão do sistema municipal de saúde, nos espaços coletivos. Todavia tratava-se de uma reforma administrativa em processo, apresentando ainda alguns arranjos em transição, que foram sendo modificados, conforme o avanço das práticas de gestão. Por exemplo, a persistência, dentro da Gerência de Atenção à Saúde e da Gerência de Vigilância em Saúde, de dezenas de coordenações técnicas (denominadas Áreas ou Referências Técnicas) por segmentos programáticos<sup>78</sup>.

Do ponto de vista da constituição do modo de fazer da gestão participativa da Semus, os níveis colegiados ainda não tinham expressão no interior dos serviços de saúde, não havendo regularidade de espaços coletivos de discussão entre trabalhadores e gestores dos serviços de saúde, no cotidiano do trabalho<sup>79</sup>. A inconstância e informalidade dos espaços coletivos de reunião de equipe e de espaços de co-gestão no âmbito dos serviços de saúde e das gerências/coordenações nos diversos níveis de gestão da SEMUS foram colocadas como problemas desde as primeiras conversas, no âmbito da parceria DMPS-Semus, em Vitória.

---

<sup>78</sup> Uma das intervenções mais tardias, desenvolvidas a partir do grupo de apoiadores institucionais foi a organização de uma série de oficinas de integração entre as diversas áreas técnicas dessas duas gerências, o que resultou na formação de um colegiado gestor integrado, das duas gerências e na integração das dezenas de áreas técnicas em seis grupos de trabalho, cada um com profissionais das duas gerências.

<sup>79</sup> O entendimento de gestão colegiada na Semus era o de que quem participa dos espaços colegiados de decisão eram apenas gerentes e gestores. Desse modo, os arranjos instituídos de colegiados de gestão alcançavam até o gestor local (diretor da unidade de saúde), mas não incluía os trabalhadores.

O debate a respeito da democratização institucional e da cogestão era constante nas atividades da parceria em Vitória. Além disso, as linhas de intervenção em andamento no apoio matricial e na discussão do acolhimento<sup>80</sup>, por exemplo, levavam todos os participantes, cada vez mais, a valorizar a importância dos espaços coletivos de discussão e deliberação também no interior dos serviços e nas diversas áreas administrativas.

Todo esse movimento foi gerando condições para a abertura de uma nova frente de trabalho do grupo de apoiadores institucionais: “o fomento, o fortalecimento e qualificação dos espaços coletivos de co-gestão”. O primeiro movimento foi o de organizar uma grande oficina municipal para discussão e implementação de processos de qualificação dos espaços coletivos de gestão do processo de trabalho nos serviços de saúde da rede municipal e do sistema de cogestão da SEMUS. A oficina foi realizada em 15 de abril de 2008 e resultou no aumento do interesse e na valorização dos espaços de reunião de equipe nos serviços de saúde, por parte de gestores, gerentes e trabalhadores. Em torno de 30% das unidades de atenção básica iniciaram a implementação de colegiados gestores e demandaram apoio, logo no primeiro mês após a oficina.

Para reforçar esse processo e também criar condições para a aproximação do apoio junto aos diretores de serviços, outra linha de ação implementada, consistiu em um processo de apoio institucional aos espaços colegiados da SEMUS, em especial, aos Coger e ao Comitê Gestor Ampliado. Esta linha de apoio iniciou em agosto de 2008 e persiste atualmente. Como resultados diretos estão a maior qualidade e adequação das pautas discutidas, melhor organização da dinâmica de reunião e produção dos Coger, com a introdução do trabalho do apoio institucional nestes espaços. Esta linha de apoio abriu caminho para as demandas de diretores de serviços para o apoio direto aos diretores e equipes de unidades de saúde municipais.

---

<sup>80</sup> Uma das discussões que demandaram duas grandes oficinas e acalorados debates no período da parceria DMPS-Semus, foi a questão do acolhimento. Ao longo do processo essa discussão se desviou para a proposta de pactuação de princípios e diretrizes do acesso às unidades.



Em janeiro de 2010, todas as equipes de saúde na atenção básica tinham o hábito de fazer reunião de equipe nos serviços. Mais de 50% dos serviços com mais de três equipes de atenção básica constituíram colegiados de gestão local. Desse modo, o teor das pautas discutidas nos espaços colegiados dos Coger foi se tornando progressivamente mais consistente e adequada ao seu nível de gestão. Com isso, o comitê gestor ampliado também ganhou qualidade no seu funcionamento e no teor das pautas debatidas. Questões de formulação de políticas municipais de saúde podiam ser debatidas de forma mais ascendente. Informes e solicitações aos diretores de serviços podiam ser repassados e discutidos nos Coger, levando mais em consideração as peculiaridades regionais e dos serviços. Desse modo, as pautas do Comitê Gestor ficaram mais voltadas para as grandes discussões estratégicas da Semus. Todo esse processo foi alimentando e fortalecendo as práticas de cogestão e a formação de um sistema (rede) de cogestão na Semus.

## Capítulo 5

### Sistemas de cogestão – plano de consistência de um projeto de democratização institucional

29 de setembro de 2009, oficina do grupo de apoiadores institucionais, avaliação das intervenções em andamento...

*Início o segundo ponto de discussão referindo-me a uma conversa que tive com o secretário de saúde em reunião do grupo estratégico. Revelo ao grupo que em poucos dias o secretário teria acesso aos resultados oficiais de uma pesquisa anual realizada por um instituto regional que avalia a satisfação do morador de Vitória com os serviços públicos de saúde no município. Os resultados preliminares indicam que não houve melhora significativa no último ano e que o problema central está na relação conflituosa no dia-a-dia da porta de entrada dos serviços. Os munícipes sentiam-se mal-tratados pelos profissionais de saúde. Resgato o percurso do grupo de apoiadores institucionais desde a divulgação da última pesquisa, realizada em ano de eleições municipais:*

*No ano passado em junho, fomos demandados pelo secretário a analisar os resultados da pesquisa do ano passado. Duas semanas depois preparamos e convocamos uma grande oficina com todos os gerentes e diretores de unidades para discutir os resultados dessa pesquisa. Avaliamos como estava o atendimento nas unidades e o que poderia ser tomado como diretrizes estruturantes do atendimento em todos os serviços da Semus. Tiramos da oficina um grupo de trabalho que organizou um relatório daquele encontro e, em cima desse material, o grupo de apoio propôs uma primeira redação para as diretrizes de atendimento<sup>81</sup> na Semus. O documento passou então por consulta nos COGER, sofreu modificações, foi discutido em 3 ou 4 reuniões do Comitê Gestor Ampliado, tendo sido validado e, inclusive, apresentado no*

---

<sup>81</sup> Ver anexo 2.

*Conselho Municipal de Saúde. Uma das resoluções do comitê gestor ampliado foi que os diretores passariam a discutir essas diretrizes com os trabalhadores de suas unidades e para isso podiam contar com o grupo de apoiadores institucionais. E agora, frente aos resultados atuais da mesma pesquisa, um ano depois: O que o secretário vai dizer para o prefeito para justificar esses resultados? O que o grupo tem a dizer sobre isso? Mobilizamos as pessoas, organizamos uma oficina grande, passamos muitas reuniões discutindo esse assunto... Muitas análises, muitas supervisões e...? Como ficamos? O que nós vamos fazer?<sup>82</sup>*

*Apoiador 1: “Você trouxe essa história dessa pesquisa de satisfação agora e...”*

*Supervisor (eu): “Pelo que eu vi, essa questão do documento de diretrizes foi pauta da reunião passada de vocês, não foi? Eu li o relatório.”*

*Vários comentários confirmando que a pauta foi na reunião “sem consultor”<sup>83</sup> – sem a minha presença.*

*O apoiador 2 faz um relato sobre a discussão ocorrida na reunião do grupo sem o “consultor”. Refere que resolveram fazer um movimento de retomar o andamento das discussões referentes às diretrizes de atendimento, em cada um dos espaços em que estão inseridos. Além disso, afirma que a sugestão do grupo é de que o assunto seja novamente pautado em reunião do Comitê Gestor Ampliado, pois a Secretaria Executiva da Semus deu prazo de 15 dias para os diretores de serviços que ainda não tinham entregado o*

---

<sup>82</sup> Uma questão importante a salientar é que esse tom de cobrança por resultados não era a tônica do projeto. A relação com a gestão, nesse sentido, sempre foi de compreensão de que alguns resultados demandariam maior prazo do que a própria vigência do projeto. Entre estes resultados que o gestor sempre almejou, mas nunca cobrou que o projeto de parceria resolvesse sozinho, era exatamente a questão colocada pelas pesquisas de satisfação dos municípios de Vitória com os serviços públicos de saúde. Reconhecendo a complexidade da problemática. Mas nesse dia, a discussão se tratava, inicialmente de retomar o pique de uma intervenção do grupo que já se arrastava por meses – a questão das diretrizes de atenção. Todavia, a discussão enveredou para a questão da cogestão. Em outro momento o grupo retomou a questão das diretrizes e entendeu que a proposição inicial de colocar em análise as pesquisas de satisfação, de maneira a promover a ampla na Semus, foi bem sucedida e que o próprio coletivo de gestão da Semus teve dificuldades de avançar na discussão das diretrizes, principalmente, no que diz respeito a sua discussão junto às equipes de atenção básica. As insuficiências e as dificuldades dos próprios apoiadores no apoio direto aos serviços também contribuíram para tornar o processo ainda mais difícil e moroso. Essa “pressão” por resultados foi uma forma que encontrei de chamar a atenção do grupo para sua responsabilidade nas intervenções que inventa.

<sup>83</sup> Boa parte das pessoas da Semus se referiam a mim como o “consultor da Unicamp”.

*levantamento de usuários dos serviços que residem fora da área de abrangência<sup>84</sup>, solicitado quatro meses antes. Conta que mesmo tendo ocorrido muitas discussões importantes e interessantes em vários âmbitos da Semus, em espaços como os COGER – relata como foi rica a discussão desse tema no COGER que ele apóia – sente que a devolutiva e o envolvimento dos diretores não foi forte. A coisa não “pegou”. No seu entendimento não será somente o documento de diretrizes que vai dar conta de fazer o usuário se sentir bem atendido. Percebe que existe um movimento forte dos enfermeiros, desde a greve<sup>85</sup>. Que existe um movimento forte dos médicos que culminou com aquela greve e também uma insatisfação muito forte dos profissionais de nível médio, uma queixa salarial, e que eles se sentem prejudicados em relação aos outros. Não crê que o documento de diretrizes consiga “descontaminar” ou fazer uma intervenção de outra forma, em outro sentido, mais propositivo com essas pessoas. Afirma sua suspeita de que o movimento grevista espera o mês de novembro para rearticular-se. Atribui a todas essas questões as dificuldades no processo de trabalho, no trabalho em equipe e na relação com*

---

<sup>84</sup> O “documento de diretrizes” como era comumente chamado pelo grupo de apoiadores, tratava-se do documento: “Princípios norteadores e diretrizes operacionais do atendimento ao público nos serviços de saúde da rede Semus”, o qual estava construído em quatro eixos: Maneira de Atender; Portas de entrada dos serviços e priorização do atendimento; Estrutura e manejo da agenda; Atendimento de usuários residentes em outros territórios. Este 4º eixo, continha dois pontos polêmicos: (1) Todo serviço deve acolher, atender e referenciar o usuário para o território/município de procedência; (2) Todo serviço deve considerar a possibilidade de estabelecer vínculo temporário para casos especiais, de acordo com a avaliação da equipe. O peculiar foi que, em todas as instâncias nas quais o documento foi colocado em discussão, o eixo 4, era o que demandava maior debate, mas sempre havia concordância em manter esses dois itens. Todavia, sua viabilização dependia, na visão dos gestores de todos os níveis de atenção e um exato mapeamento do tamanho dessa demanda de usuários em cada serviço e na pactuação com outros municípios e estado. Por esse motivo a demanda da Secretaria Executiva. O fato é que esse levantamento foi feito, mas a implementação das diretrizes não avançou, na maioria das unidades de saúde. No eixo 4, nem mesmo nas relações entre as unidades municipais. A explicação para isso é um tanto difícil de precisar, mas tudo indica que a maioria dos diretores de serviço não enfrentou a discussão para dentro das equipes, mesmo com o apoio presente, pois esperavam oposição, principalmente dos médicos, enfermeiros e dentistas. Também pela dificuldade de pactuação entre os municípios, em uma região de enormes iniquidades entre eles, agravada pela ausência de interesse do estado nesse tipo de pactuação. O movimento de greve também contribuiu dificultando o processo. Nos outros eixos, houve avanços localizados, em especial nas unidades nas quais o diretor permitiu e participou das atividades do apoio.

<sup>85</sup> Refere-se ao período de greve de aproximadamente dois meses de várias categorias profissionais da saúde, funcionários municipais em 2009. A greve foi interrompida por determinação do Ministério Público em razão da emergente epidemia do vírus Influenza A H1N1, com o propósito de garantir o atendimento aos suspeitos e doentes.

*o usuário. Por fim, coloca sua preocupação de que essa discussão seja realizada na rede com muita atenção, com muito critério.*

*O apoiador 3 concorda com o diagnóstico das tensões provocadas pelo movimento de greve e seus desdobramentos. Mas entende que esta animosidade é apenas circunstancial e tende a diminuir com o tempo. Revela que, na discussão do grupo estratégico, o secretário adiantou que os resultados indicam que o cidadão atribui os problemas mais aos profissionais dos serviços do que ao governo. Até o ano passado foi o contrário. Analisa que esse dado sinaliza que o cidadão de Vitória começa a fazer uma distinção entre o serviço que o governo oferece e o tratamento dado pelo profissional. Afirma:*

*“Hoje parece que há sinais de que é o profissional! O usuário começa a perceber que quem está ofertando mal é o médico, o enfermeiro, o psicólogo, o profissional, e não o governo. Não sei como fazer a análise disso sem sermos simplórios. Mas temos outra questão para pensar, que é histórica na Semus, dessa dicotomia entre nível central e nível local. É centro! É ponta! "Somos todos Semus"! Dizemos por aí. Mas a realidade é que não somos todos Semus. "Sê-mos" nada! O que eu quero dizer... É impressionante como, para as equipes do nível local, o diretor é um cara super bacana, super solidário, suou para conseguir as coisas, defende a equipe... Mas se não deu certo é por causa da Semus. Isso é muito esquisito, porque não é assim que a gente trabalhou quando pensamos um desenho organizacional da Semus horizontalizado<sup>86</sup>. O que o secretário queria era fortalecer o nível local. Uma coisa que talvez nós tenhamos que mexer... O nível local perdeu uma interlocução que tinha antes. Era o Departamento de Administração de Saúde e virou a GAS (Gerência de Atenção à Saúde). Os diretores tinham essa interlocução com o nível central, hoje com esse modelo*

---

<sup>86</sup> Refere-se à mudança recente (2005) no organograma da Semus que alterou a subordinação entre diretores e gerências. Antes os diretores de serviços respondiam hierarquicamente ao Gerente de Atenção à Saúde. No organograma atual o diretor de serviços responde hierarquicamente ao secretário de saúde, no mesmo nível dos gerentes. A intenção da alteração foi horizontalizar mais as relações de poder e “empoderar” os diretores de serviços.

*horizontalizado a idéia é que o diretor busque seus apoios no nível central, nas suas diferentes gerências segundo suas necessidades e trabalhe de forma compartilhada. Mas isso virou um vácuo. Fazendo com que eles se afastassem e responsabilizassem o nível central por tudo. No Comitê Gestor o diretor se comporta como gestor. Quando falta alguma coisa, a Semus é inimiga. Ele se afastou. Nós sabemos que isso é cultural, é histórico, mas a gente precisa ir pontuando isso, de alguma maneira, no apoio. Trazer mais o diretor.*

*Diante dessa fala de forte e articulada crítica aos diretores dos serviços de saúde na Semus, convido os dois apoiadores que também eram diretores a se manifestar. Os dois atendem ao convite.*

*O apoiador 4, que é diretor de um serviço de atenção básica:*

*Sou diretor da unidade há 3 meses<sup>87</sup>. Aquela equipe passou recentemente por desgaste com a coordenação. Desde que cheguei a equipe me demanda muito, queixa-se muito... Eu tenho dito para eles: “Calma! Eu preciso construir um pouco mais a relação aqui.” Não falo exatamente assim, mas é o que tenho sentido. Estou vendo hoje, questões que urgem naquele serviço, que vão precisar ser modificadas, mas eu preciso mais tempo para construir legitimidade com a equipe, o que hoje ainda não tenho. Vai precisar seis meses, um ano... E aí eu vou precisar da interlocução com a secretaria... Que não tem! Vai precisar de intervenção sim! Mas aí a gente vai costurando... Vou costurando assim: Espera aí só um pouco mais? Vamos ver o que eu tenho governabilidade para mexer agora... As coisas hoje se dão muito assim... Quando colocamos a questão das diretrizes... Muito do que estamos falando do atendimento... Estamos falando de pessoas... E hoje temos fragilidades em relação da gestão de pessoas. Não é com um gerente. Mas essa relação... Como você opera isso? Como você trabalha essa insatisfação? Quando falamos de insatisfação, falamos do sujeito que está lá na sala de*

---

<sup>87</sup> Havia deixado recentemente outra unidade da qual foi diretor por alguns anos.

*curativo, que não acolhe. Você fala muitas vezes a mesma coisa e não tem ressonância! E você faz o que com isso? Você faz aquilo que você tem governabilidade: bota o cara lá na sala de esterilização para o cara "assar"! Ou você põe o cara lá na recepção, para a população reclamar, denunciar... Essa semana eu combinei com as enfermeiras: "Vamos colocar o cara na recepção, porque lá ele vai ter visibilidade, os problemas vão aparecer, a população vai reclamar por escrito e aí eu vou encaminhar para o RH para ver como é que a gente faz." É assim!*

*Vários apoiadores falam ao mesmo tempo. Alguns, muito incomodados com essa fala do apoiador 4, o repreendem<sup>88</sup>. Outros se colocam em sua defesa. Alguns quietos.*

*Outro apoiador que também é diretor de serviço de atenção básica (apoiador 5) solicita a palavra:*

*Tem algumas coisas que eu faço assim: não tem, não tem! Por exemplo, a grande demanda do meu serviço é um espaço físico melhor. Desde 2006 que está em desapropriação do terreno. E desde 2006 eu fico acalmando a equipe. Calma nós vamos mudar... Fico segurando a equipe. Quando aparece na reunião, eu vou dando as notícias de como anda o processo. É o que eu posso no momento. O que me angustia é que, frequentemente, não tenho uma resposta para eles, mas tenho demandas, e aí a gente escuta: "Eu vou fazer porque você está pedindo." E as coisas acontecem pelo lado pessoal e não pelo institucional. Isso me angustia porque eu fico cozinhando todo mundo e vou me implicando com isso, pela resposta afetiva das pessoas.*

*Outro apoiador (apoiador 6) coloca ao grupo que está entendendo que o diretor precisa se aliar à equipe para manter sua governabilidade de gestor.*

---

<sup>88</sup> A questão da mudança do modo de fazer gestão não pode ser tratada como uma questão de correção moral. Todavia, o movimento de repreensão persiste, mesmo quase dois anos após o início das atividades do grupo. Entretanto, não esperava que os modos de fazer se alterassem completamente nesse período. Os indicadores de que o processo avança são claros: é mais fácil expor sua maneira de pensar, mesmo que possa ser considerada absurda pelos outros; a repreensão moral não precisa ser rebatida pelo supervisor constantemente, outros apoiadores se encarregam disso. As falas são mais consistentes e a concatenação de idéias mais clara; ocorre discussão; a palavra circula com maior facilidade. Há esses diferenciais importantes entre a narrativa do capítulo 3 (15/12/2008) e esta.

*O apoiador 5 rebate dizendo que há coisas que ele não consegue fazer, mesmo coisas que estariam na sua governabilidade de diretor. Mas essa governabilidade pode ser diminuída quando, por exemplo, um movimento corporativo consegue apoio no nível central interferindo na sua governabilidade de diretor.*

*Neste momento retomo a palavra e proponho ao grupo um esforço para análise dessas relações. Nesse intento, inicio com um apanhado geral do que foi colocado pelo grupo:*

*Estou colocando aqui a questão das visibilidades e das dizibilidades desse grupos e atores. E como esses regimes se articulam em diferentes níveis. Não dá para negar que no discurso das pessoas existe um "nível central". Embora façamos força para dizer que todos somos Semus, que o organograma é horizontal, etc. As pessoas falam e agem produzindo, no seu funcionamento, um lugar institucional chamado "nível central". Assim como há um lugar que denominado "local". Independente do que julgemos ideal. O que se coloca nesses discursos? Que existe um nível central mais colado a uma idéia ou lugar de governo? Diretriz de governo. Poder mais concentrado? Onde algumas decisões são tomadas? Existe um nível local, mais colado a uma aliança entre diretor e sua equipe (dentro da unidade de saúde). Nos discursos colocados está uma idéia de que central e local, de onde se colocam, articulam as variáveis e as constantes de sua realidade e constituem, do seu lugar, intrínseca e extrinsecamente, regimes de dizibilidade e visibilidade particulares. De cada lugar, o problema do atendimento é visto de uma certa maneira. A explicação que se dá ao resultado dessa pesquisa pode variar. No olhar do governo os usuários estão atribuindo as falhas na relação com o profissional de saúde à responsabilidade individual destes. E no nível local? Foi dito: "O diretor muitas vezes se alia à equipe. É mais aliado da equipe, do que do governo, embora, no organograma se coloque o diretor no mesmo plano das grandes gerências. Agora, na medida em que se olha para o regime de visibilidade e dizibilidade, para as variáveis e as constantes dessa realidade (Local),*



*o que está acontecendo? Quando o problema está na governabilidade diretor-equipe, as coisas rolam de uma forma. Quando depende de decisões do “nível central”, as coisas rolam de outra maneira. Por quê?*

*O apoiador 7 declara: Foi dito! É a cultura da Semus... Essa coisa verticalizada que faz descer tudo de cima abaixo.*

*Questiono se o grupo entende que essa verticalidade dos processos e das relações provoca ou é causa dessa aliança que se cria no nível local, entre diretor e equipe. Vários apoiadores respondem afirmativamente. Nesse momento o apoiador 2 interfere lembrando que, no caso das diretrizes de atendimento, houve todo um processo muito participativo e, mesmo assim, “não pegou” com os diretores de serviços e com as equipes. Reagi acusando<sup>89</sup> o apoiador 2 de generalização na sua fala. Depois perguntei se não seria isso que ele quis destacar ao afirmar que a estratégia das diretrizes de atendimento não foi suficiente? Ao que ele responde prognosticando que essa cultura não vai mudar tão fácil. Outros o seguem.*

*Coloco-me para o grupo:*

*Temos que avaliar a governabilidade do diretor, a governabilidade da equipe e a governabilidade do bloco diretor-equipe. Neste "local", no qual estou como diretor, com conflitos o tempo todo, e que para algumas coisas eu tenho governabilidade e para outras não tenho. Onde em várias situações os recursos que eu preciso estão fora. Ou que outros regimes, como as corporações, impõem modificações, definem possibilidades de posicionamentos, dificultam ou facilitam essas relações. Para o diretor, o que é mais importante? O que pesa num certo conflito de interesses entre esses regimes (por exemplo "central" e "local") o diretor precisa se aliar<sup>90</sup> a equipe e não ao nível central para*

---

<sup>89</sup> Uma tendência minha que procuro trabalhar, pelo menos, para utilizá-la oportunamente, já que tenho dúvidas quanto a sua adequação e utilidade. Trata-se de reagir, frontalmente e energicamente, diante de discursos excessivamente generalizantes ou das constatações tautológicas de estados de coisas, que surgem e são repetidas inúmeras vezes, criando espirais intermináveis de tristeza.

<sup>90</sup> Aliança é um acordo. Firmado tendo por base um interesse em comum, uma conveniência que pretende aumentar a possibilidade de se obter um intento. As razões podem ser a necessidade de proteção; o acúmulo

*conseguir fazer seu papel de diretor. O diretor fica num lugar de onde pode se posicionar constituindo diferentes alianças em diferentes circunstâncias. Quando faz isso, não o faz à toa! Se ele perder certo grau de cooperação da equipe, as coisas ficam mais difíceis. Se ele não puder contar com certo grau de congruência da equipe com seus projetos fica mais difícil. No enfrentamento de problemas o diretor passará por momentos nos quais se alia ao governo, ao nível central e faz enfrentamentos com a equipe. Mas se ele fica só nesse tom de relação, vai perdendo a equipe. Se ele investe somente na aliança com a equipe, pode não permanecer como diretor, pois é um cargo de confiança. Então hora a aliança é aqui (local) ora é ali (central). E o histórico das alianças também conta, porque cria pré-disposições de relação e impedimentos. Como já demonstrou muito bem na sua fala, o apoiador 5. Para mudar essas relações será preciso entender como se constituem esses regimes. Mapear esses regimes e interferir neles. Uma mudança que se proponha na relação entre nível central e nível local, pode permitir que essa aliança seja mais potente. Quanto mais a relação nível central-local for verticalizada, mais ela vai concorrer com a aliança local. A racionalidade da gestão taylorista acredita que ao diminuir a autonomia do nível local, menos força terá a aliança local. Poderíamos concluir que quanto mais propositivo, participativo, quanto mais o nível local tiver autonomia, mais essa aliança local vai se fortalecer. Mas as coisas não são assim tão simples. O que é preciso entender é que essas alianças acontecem mesmo que se tente destruí-las, desautorizá-las. E muitas outras alianças acontecem o tempo todo. Em múltiplas direções, múltiplas possibilidades. E se considerarmos que mesmo o que se chama genericamente de "local" e de "central", não são nada homogêneos e comportam muitos "locais" e muitos "centrais" o que possibilita uma multiplicidade de modos de alianças que resistem mesmo aos mais*

---

de poder político; derrotar um inimigo em uma guerra; unir fortunas; fortalecer o comércio; defender um ideal; ampliar a comunicação entre as pessoas; criar redes solidárias; e tantas outras. Podem ser formais ou informais. Quase tudo que é relacionado á vida do homem o impele a formar alianças.

*autoritários regimes, nem que seja na clandestinidade. O que queremos na democratização institucional não é definir qual são as melhores alianças, mas sim que haja sinergismo positivo entre as diversas alianças. Isso vai acontecer sempre? Claro que não! Mas se desejarmos, sendo nível central, que o diretor sempre esteja comigo, nós vamos perder as equipes locais.*

*Apoiador 8: E qual o papel do apoio nessa brincadeira?*

*Apoiador 9: O papel do apoio é justamente negociar essas duas alianças para que "central" e "local" conversem...*

*Supervisor (eu): Exatamente. Mas temos que considerar que há muitas alianças operando nesses regimes. Tem arranjo de aliança de todo o jeito! Um desses arranjos isoladamente não responde sozinho aos problemas que detectamos. O importante é entender que não há uma aliança ideal. Se eu imponho um só arranjo de alianças, os outros terão que ser excluídos. Só que isso é ilusório, pois, por mais autoritária que seja a gestão, jamais será possível extinguir as outras possibilidades de aliança.*

*Apoiador 10: Na gestão democrática também não serão excluídos!*

*Supervisor (eu): Sim. É exatamente isso que eu estou afirmando. A diferença é que em um modelo autoritário, a tentativa é definir quais são as alianças permitidas e quais devem ser excluídas. Por isso, podemos afirmar que qualquer política que tente impor determinados arranjos de alianças em detrimento de outros, é uma política de reatividade e se opõe a uma política democrática.*

*Apoiador 11: Então a questão é procurar o maior equilíbrio possível entre essas alianças?*

*Supervisor (eu): Essa é uma importante questão! O que sustenta a democracia? Não é que uma aliança seja mais freqüente que outras. Mas é que elas se componham de uma maneira que o que norteia essas relações não é uma determinação apenas interna ou apenas externa a elas mesmas. Pensando na lógica dos espaços coletivos de cogestão, na lógica do método da roda. O que comanda essas composições em uma instituição democrática? O que conecta os diferentes espaços coletivos em um sistema (rede) de cogestão? Como cada espaço coletivo se manifesta em relação com outros/aos outros. Por meio do quê?*

*Vários exclamam: O "texto público"! Perfeito!*

*Proponho um exercício ao grupo a partir de uma situação na qual há uma demanda para montar um colegiado gestor em um serviço hipotético.*

*Consideremos uma unidade, na qual exista reuniões regulares de equipe de referência e também reunião de equipe geral, de toda a unidade. Aí vem alguém e propõe fazer colegiado gestor. Mas aí o colegiado gestor substitui a reunião de equipe geral. O que vai acontecer?*

*Apoiador 11 afirma sua preocupação com pautas da equipe que possam não aparecer no colegiado gestor da unidade. E eu proponho:*

*Se há questões que não são acolhidas, não são ouvidas, não são discutidas, na equipe de referência, elas podem encontrar espaço no colegiado gestor? Podem. Na reunião geral? Podem. Mas sendo o colegiado gestor um fórum de representantes (de equipes e de categorias profissionais, por exemplo), pode ser também que algumas questões sejam impedidas nesse espaço, por atividade ou passividade (premeditada ou não, consciente ou não) dos seus representantes. Então vamos ver quais as possibilidades de construção de textos públicos nesses arranjos...*

*O grupo constrói coletivamente um quadro que correlaciona cada espaço coletivo, com seu respectivo texto, a outro espaço coletivo ou ator institucional no qual, pelo qual, este texto será "publicado". Esse quadro serve de base para construção de um texto coletivo do grupo:*

*A reunião de equipe vai produzir textos para si, para toda a escala de gestão acima dela e para o usuário. Como o usuário participa? No cotidiano dos contatos com o serviço, nas ouvidorias, no conselho local de saúde. Ele pode trazer sua fala no atendimento e ficar por isso mesmo. Ele pode reclamar na ouvidoria e não haver feedback desta para o serviço. Ele pode não ser representado pelo membro do CLS [Conselho*

*Local de Saúde]. Há uma participação direta/indireta e muitas possibilidades de bloqueio dessa participação. Pode ser que um CLS construa pautas que não representam parte dos usuários. Pode ser que aquilo que aparece na ouvidoria não seja tudo que o usuário pensa sobre os serviços. Então podemos propor outros arranjos, nesse sentido, para desbloquear o esses impedimentos. Nesse caso do usuário, poderíamos pensar em promover assembléias. Se o CLS está muito controlado pelo vereador, podemos convocar mais assembléias. Pode ser que as pessoas não venham. Pode ser que as pessoas concordem com a pauta do vereador? Pode. Também pode ser que fique exposto que a pauta do CLS está privatizada e pode haver algum movimento que possibilite a mudança nesse estado de coisas. Estamos criando um processo que favorece a construção de textos públicos. Se a equipe se reúne, como e para quem ela presta satisfações do que delibera em reunião? Como o colegiado gestor expõe suas deliberações aos coletivos que representa. Se o colegiado sempre se reúne a portas fechadas, os representantes não fazem feedback do que decidem, não há registro acessível das reuniões, a tendência é a privatização do espaço do colegiado, mesmo que haja boa intenção de todos os seus membros. Então, cada um desses espaços coletivos devem ter pauta, registro acessível aos coletivos, feedback aos representados. Assim sendo, se uma unidade de saúde implantou colegiado gestor, isso não significa que ele vai substituir a reunião geral de equipe. É claro que podemos fazer menor número de reuniões gerais, aumentar o espaço de tempo entre elas, mas não extingui-la. Pois ela terá a função de permitir o furo do bloqueio de pautas, a manifestação direta do trabalhador, de gestor, em outro regime de visibilidade e dizibilidade. Os atores podem criar novas alianças para se fazer ouvir ou para produzir conflitos, enfrentamentos, análises intervenções... Nos órgãos colegiados da Semus: Quem conecta o Coger com o restante dos espaços colegiados? O trabalhador se tiver acesso ao registro (atas, relatórios, aos projetos, às tomadas de decisão, aos comentários/relatos) do que foi discutido no Coger. Os gestores se tiverem acesso a esse registro. E o*

*Comitê Gestor Ampliado, que tem o papel de qualificar e validar essas decisões. O diretor pode furar o bloqueio de uma pauta que não foi legitimada no Coger, por qualquer razão, mas apenas se tiver a chance de colocá-la no Comitê Gestor Ampliado. O trabalhador deveria estar autorizado a tomar satisfações da atuação do seu diretor, utilizando-se do espaço de uma reunião de colegiado gestor da unidade ou da reunião geral de equipe sobre qualquer posicionamento que o diretor tenha tomado no Coger. Esses mecanismos vão criando muitas possibilidades de alianças. E é isso que queremos. Pois na nossa forma de pensar as alianças não representam apenas resistências, também o são. Mas mecanismos de constituição de uma ética do espaço público, anti-privatizantes, possibilitando a existência e a sustentação de um sistema efetivo de cogestão.*

### ***O Sistema de Cogestão conectados por Textos Públicos***

Esses textos [...] devem ser também analisados e reinterpretados pelos Coletivos Organizados; ou seja, pelos agrupamentos encarregados de operar sobre a realidade. Para isso é fundamental estabelecer intercâmbio de Textos entre as diversas instâncias, internas ou externas da Organização. Textos financeiros, epidemiológicos, pedagógicos, etc., sendo analisados pelas equipes de trabalho e o resultado de refletir a história e o compromisso com valores sociais, políticos e éticos. Assim, interpretar tanto as informações, quanto os métodos e categorias. E intervir na realidade, permitir-se o direito à experiência prática, ainda quando sempre haja aspectos, zonas de não-saber (Campos, 2005, pp.204-205).

### **O conceito de *texto público***

O *texto* é uma tessitura dos escritos, das deliberações, dos projetos, das intenções, enfim, das produções de um grupo. No espaço coletivo de cogestão esse texto será modificado, atualizado a cada encontro, a cada rodada conflitos agonísticos, a cada processo de negociações, pactuações, tomadas de decisão. O texto não é apenas daquilo que está concentrado no arranjo de signos lançados à constituição de documentos escritos. O registro de suas discussões e deliberações faz parte do texto. Mas também as próprias deliberações e todo o processo para produzi-las. O próprio movimento do grupo, seu regime de visibilidade/dizibilidade e, também, seus resultados/efeitos mensuráveis no contexto institucional. As “condições” de produção de um grupo, o processo de produção e os efeitos dessa produção que se afirma e se coloca em relação com outros grupos em um sistema de cogestão.

O *texto público* é a parte do texto de um grupo afirmada publicamente no espaço coletivo de cogestão. É a produção em um espaço coletivo que se coloca em relação com a produção em outros espaços coletivos em um sistema de cogestão. Trata-se, portanto, de agenciamentos, as próprias conexões de uma rede, o que chamamos sistemas de cogestão.

### **Uma proposta de cogestão**

A gestão é um campo da vida humana que envolve as práticas de lidar com conflitos nas organizações, os quais emergem por não haver previamente coincidência entre as finalidades da organização e os interesses e desejos dos seus participantes – no caso das organizações que prestam serviços de saúde: entre gestores e trabalhadores. O desafio de “lidar com processos de trabalho e pessoas que os realizam”, de pensar a gestão em saúde no SUS impõe ainda “o diálogo com as políticas públicas” (Barros e Barros, 2009).

Eis, então, que estamos perante um cenário bastante complexo, pois discutir a gestão em saúde terá de passar, necessariamente, pela problematização das escolhas que fazemos de como lidar com o que constitui, a nosso ver, como vetores-dobras inseparáveis do campo da saúde: sujeitos (desejos, necessidades,

interesses), processos de trabalho (saberes), poder (modos de estabelecer relações) e políticas públicas (coletivização dessas relações) (p.62).

Concordamos com essas autoras com a tese de que a “gestão não é apenas organização do processo de trabalho, mas é o que se passa entre os vetores-dobras que o constituem”. Entendendo, também, que esses vetores estabelecem relações de intercessão, respeitando um princípio de inseparabilidade e de co-extensão, como dobras de um plano de produção<sup>91</sup> (p. 63). O trabalho como produção de saberes e de sujeitos, coloca o fazer do trabalho – planejar, decidir, executar, avaliar – e a gestão deste fazer como instâncias inseparáveis e indissociáveis da produção de si e do mundo – de sujeitos e dos desejos, necessidades, interesses e conflitos que os constitui.

Tais regimes de produção, de saberes e de si, entram em relação, ao mesmo tempo em que são produzidos por eles. Este modo de estabelecer relações, forçando aproximações e/ou produzindo maiores distanciamentos, resultando em extração de mais-valia e/ou abrindo-se a processos de criação, é um exercício de poder. Podemos observar que estas três dimensões – saberes, sujeitos e poderes – constituem-se de modo indissociável (p. 64).

A democracia na gestão requer, portanto, problematizar a relação entre trabalho e gestão, permitindo maior circulação da palavra e tomadas de decisão mais compartilhadas. Requer inventar/installar processos que convoquem diferentes saberes/poderes a entrar em relação na construção de objetos de investimento mais coletivos. Todavia, essa construção passa também pela “interferência na equação dor-desprazer-trabalho<sup>92</sup> em prol da criação de novos territórios existenciais, novos territórios de trabalho, novos modos de produzir

---

<sup>91</sup> As autoras se referem a leitura de Deleuze sobre Foucault sobre o tema das dobras. “As instâncias do dentro e do fora deixam de ser tomadas como faces ou lados opostos das formas – sujeitos e instituições – mas como matérias móveis de um plano comum de produção”. Compartilham com esses autores o tratamento das categorias saber, poder e o si, enquanto dimensões irreduzíveis, mas em implicação constante, articulando-se e operando constitutivos e constituintes da realidade. O que permite inquirir os modos de produção da realidade; investigar o modo como o poder se exerce, que efeitos produz e a dimensão da subjetividade que se enuncia como derivada do poder saber, ainda que deles não dependa (Barros e Barros, 2009, p. 63).

<sup>92</sup> O que só é possível, segundo Campos (2005), com a superação da alienação a ampliação da autonomia dos trabalhadores no pensar e fazer do seu trabalho e de ter, em algum grau, seus próprios objetos de investimento considerados nas tomadas de decisão na organização.



saúde e sujeitos, novos regimes de produção de conhecimento”, portanto, é, ao mesmo tempo, uma tarefa clínica<sup>93</sup> (p.70).

A proposta da cogestão consiste em incluir os sujeitos<sup>94</sup> nos processos de gestão de uma organização, modificando o lugar institucional do gestor e alterando o modo de inscrição da função de gestão. A inclusão do trabalhador nos processos de gestão de uma organização de saúde pretende funcionar como dispositivo para a dissolução da separação entre quem formula/gere de quem executa o trabalho como tarefa pré-determinada. É essa separação que permite a expropriação da dimensão de produção de vida (de si e do mundo) do trabalho e a submissão dos objetos de investimento do trabalhador aos interesses do gestor/organização. A cogestão pressupõe, desse modo, arranjos concretos que se constituam em espaços de negociação, de trabalho e de gestão entre sujeitos com sentido mais coletivo – o que denominamos *espaços coletivos de cogestão*<sup>95</sup>.

---

<sup>93</sup> Reafirma-se desse modo a inseparabilidade entre gestão e atenção e entre clínica e gestão tal como proposto pela PNH (Brasil, 2008).

<sup>94</sup> Estamos obviamente tratando esse pensamento como extensivo a inclusão do usuário. No SUS, ao tratar desses processos de cogestão, por dentro dos serviços e suas estruturas tecno-administrativas, da inclusão de trabalhadores e de gestores, apenas de forma estrita, tomando a organização de saúde como prestadora de serviços aos seus usuários. Mas se tomarmos o SUS como processo de construção de sociedade, no diálogo com as políticas públicas de saúde, seremos obrigados a tomar a questão da inclusão sempre como uma trílice inclusão (Brasil, 2008), conforme já dissemos em passagem anterior.

<sup>95</sup> Podemos considerar o termo espaço coletivo como uma denominação mais geral de arranjos organizacionais que pretendem criar condições concretas e efetivas de cogestão. Um espaço coletivo que já funciona em efetiva cogestão se configura, em nosso entendimento, como Unidade de Produção. As unidades de produção são para nós, portanto, o mesmo que espaços coletivos de cogestão. Considerando o entendimento do coletivo não como grupo de indivíduos, mas como agenciamento de modos de subjetivação que se expressam na intensidade dos encontros entre os sujeitos nos diferentes espaços de intervenção (nas estruturas de gestão do SUS, nos espaços acadêmicos, nos serviços, etc.) buscando um “agir comum” (Hardt, Negri, 2006). O agir comum, neste sentido, relaciona-se ao alargamento das fronteiras do possível, ao potencial produzido nos encontros que tem efeito nos modos de vida. A proposta é o tensionamento de produzir o comum no regime das diferenças, não propriamente a partir do que “temos em comum”, do que nos iguala e serializa. O comum não implica afirmar uma forma de vida em particular, mas as suas múltiplas formas e possibilidades; uma vontade de forma-ação, uma vida na qual o importante é como se vive (Oliveira et al, 2009). O comum, nesse sentido, é sempre uma produção agonística.

### **Um sistema (rede) de cogestão**

Uma rede de espaços coletivos de cogestão relacionados, implicados uns com os outros em uma organização. Em uma secretaria municipal de saúde teríamos muitos espaços coletivos possíveis: 1) mais estáveis e fixo-periódicos, na organização: reuniões de equipes em todos os níveis da administração e nos serviços; reuniões gerais de toda a equipe de um serviço, de um departamento, de uma gerência ou área programática; espaços colegiados de gestão em todos os níveis da administração e nos serviços, envolvendo trabalhadores e gerentes, fóruns colegiados de gestão envolvendo gerentes de vários níveis da administração; 2) mais provisórios: grupos de trabalho para execução de tarefas específicas; unidades de produção acionadas para cogestão de políticas específicas. Todos relacionados uns com os outros, afirmando e negociando seus textos públicos, sendo avaliados uns pelos outros, revendo seus projetos e deliberações continuamente. E, cada nó da rede, ou em conjunto de nós, relacionando-se com outras organizações, com outras instituições, com o controle social, com outros setores da sociedade, outros atores sociais. Abrindo interfaces com múltiplos agentes, pautando e sendo pautados por agendas afirmativas de textos públicos. Uma rede agonística democrática.

O que pode efetivamente amplificar as possibilidades de que, nos espaços coletivos, sejam produzidos textos públicos, a partir de processos que desarmem mecanismos de privatização/opressão, permitindo a emergência de novas dizibilidades e visibilidades é tão somente o exercício agonístico e a ampliação progressiva das capacidades de análise e de intervenção dos grupos, constituindo uma inteligência coletiva.

As energias da gestão, num processo democrático não devem estar voltadas para o esforço de intervir na formação das alianças, partindo de algum juízo de alianças do bem (concordantes) ou do mal (discordantes), nem tão pouco concentrar-se no esforço de submeter á uma suposta “prova do público” qualquer aliança que surja no contexto da organização. As forças opositoras devem combater na agonística, buscando uma tomada de decisão (publicável, ou seja, que possa ser sustentada publicamente, ligada necessariamente a uma noção de responsabilidade: legal, institucional, ética, moral, etc.) que não tem como objetivo o termo dos conflitos. Nesse sentido, os gestores devem ocupar-se por fomentar

espaços coletivos de cogestão que possam facilitar a expressão das diferenças de todas as ordens possíveis. E, além disso, procurar investir em processos que estimulem esses espaços de cogestão ao aprimoramento constante de seus modos de funcionamento<sup>96</sup> e a ampliação de sua capacidade de análise e de intervenção<sup>97</sup>.

Não se pretende controlar as alianças. Sem uma multiplicidade de alianças não há integração de rede; não há viabilidade para os projetos, para as políticas de saúde; não há sustentabilidade para o acolhimento; não há trabalho interdisciplinar; não há projeto intersetorial que “dê certo”. O temor às linhas de resistência é característico de regimes autoritários. As linhas de resistência que não se abstêm do combate agonístico e procuram produzir ou interferir nos textos públicos são legítimas. Um processo de democratização institucional deve ser habitado por um fomento às alianças, internas à organização e externas a ela. Fortalecer e multiplicar as possibilidades de expressão das alianças, das diversas perspectivas ao mesmo tempo em que se criam mecanismos recíprocos de conexão, de responsabilidade e de solidariedade, constitui um caminho para a construção de redes ou sistemas de cogestão.

---

<sup>96</sup> Procuramos fazer isso a partir da oferta do “Método da Roda” (Campos, 2005).

<sup>97</sup> As diversas modalidades de apoio, também os métodos de contratualização e outros arranjos de gestão da clínica são possibilidades nesse sentido.

## Considerações Finais

Eis que estamos em um percurso, à largas pedaladas, e somos obrigados a diminuir a velocidade (um semáforo, um congestionamento, uma passagem de nível) e precisamos voltar a cabeça, para uma mirada.

Participei de muitos começos nessa empreitada. Quantas primeiras reuniões! O bom dos começos é a graça da expectativa, da insegurança, da aposta. Poder afirmar quem sou, o que espero, de onde venho, para onde pretendo ir. Parece que podemos falar disso sem mentir. Tudo previsto e contabilizado. Tudo “bem entendido”. Estava claro de onde eu vinha. Estava claro que tinham o que dizer. Fizemos um contrato. Responsabilidades, obrigações mútuas. A parceria como imagem de conjugação perfeita. Complementaridade.

Mas nunca estamos realmente começando. Já estamos no meio. Demarcando balizas, definições, conceitos. Servindo-nos deles e, ao mesmo tempo, nos propondo a aceitar problemas já colocados por outros. Definimos nossas palavras de ordem. Um esforço contínuo e quase ilusório para que fiquemos sabidos, seguros e livres.

Mas sabemos, “cá entre nós”, que as coisas não são bem assim. O terreno não é nada firme. Não há lugar seguro. Nossas certezas estão constantemente se esvaindo pelas fissuras. Requer de nós esforço. Lutamos para durar - *conatus*. As balizas servem de referência. Criam direções. Todavia, navegar apenas no campo delimitado, não é propriamente saber navegar. Os encontros bagunçam nossa contabilidade. As balizas também são úteis para que possamos nos distanciar delas. Mas nesse esforço, acabamos nos distanciando de nós mesmos. Por mais que tentemos voltar ao início, não o podemos mais, não existe mais. Temos que compor novos territórios, novas contabilidades. A possibilidade do novo está aí. A vida. E o risco da morte. Não é tão fácil “bem entender” o “bem entendido”. As linhas duras de conjugação<sup>98</sup> – a Semus, o DMPS, o centro (nível central – administração/gestão), a ponta (serviço – atenção), os médicos, a saúde da família –

---

<sup>98</sup> (Deleuze e Guattari, 1995c).

coexistem com uma micropolítica das cozinhas. Convivem com as discórdias, com os combates cotidianos, com os pequenos fascismos, com as glórias desconhecidas, com as pessoas sendo cuidadas e cuidando, com as glórias desconhecidas. Processos, acontecimentos que vão fazendo variar a Semus dela mesma, criando variações que não se encaixam nas definições prévias de centro e de ponta – unidades de produção, espaços de cogestão - linhas de fissura<sup>99</sup>. O “método encomendado” vai se desviando. O encontro e esforço de durar irrompem o estriamento prévio da percepção, do pensamento, da afetividade, que a nossa frágil contabilidade cria para encerrar a experiência em formas prontas e seguras. Permite e alimenta as fissuras e, aqui e ali, desabamentos, explosões de desterritorialização – linhas de fuga.

Ao apoiador se impõe a necessidade de construir outra relação com o caos<sup>100</sup>, além da que consiste em querer proteger-se dele através de códigos e esquemas prontos. No acontecimento, “é imediatamente que o pensamento exige, diante da aparência nova e não obstante inatribuível dos dados, a revelação dos laços específicos que nos dizem em que mundo entramos” (Zourabichvili, 2004, p. 77). A resposta pode ser o rebatimento dos dados sobre um esquema identitário, que nos leva a reconhecer o que chega. Ou buscar meios de seguir o seu devir.

Deleuze propõe que essa segunda possibilidade seja uma tarefa clínica, colocada como avaliação de um devir, o que consiste no deslizamento de uma organização de signos para uma outra<sup>101</sup>, ou da formação de uma desorganização progressiva e criadora, sobre uma “superfície” – esboço de um plano de imanência. E, também, uma tarefa crítica. “Com toda a força da admiração, da veneração, devemos estar atentos aos deslizes que revelam

---

<sup>99</sup> Ibidem.

<sup>100</sup> Caos no sentido deleuzeano: “O que caracteriza o caos, com efeito, é menos a ausência de determinações do que a velocidade infinita com a qual elas se esboçam e desaparecem: não é um movimento de uma à outra, mas, ao contrário, a impossibilidade de uma relação entre duas determinações, uma vez que uma não aparece sem que a outra já tenha desaparecido, e que uma apareça como evanescente quando a outra desaparece como esboço. O caos não é um estado inerte ou estacionário, não é uma mistura ao acaso. O caos caotiza, e desfaz no infinito toda a consistência” (Deleuze, Guattari, 1992).

<sup>101</sup> Tal como o deslizamento “sociedade disciplinar” – “sociedade de controle”.

uma diferença profunda sob semelhanças grosseiras. A primeira superfície que esboça o plano de imanência é a do sentido (Deleuze, 2009, p. 85-86; Zourabichvili, 2004).

Presentimos, com efeito, que há algo importante a ser extraído do caos, mas temos repugnância pelas formas costumeiras de sua atribuição, e adivinhamos que as condições de um discernimento imanente não se dão por si, dependendo de um ato especial. Em suma, falta-nos um plano que recupere o caos, condições que nos permitam ligar esses dados e neles encontrar sentido. [...] Pensar começa pela efetuação de tal corte ou pela instauração de tal plano (Zourabichvili, 2004, p. 78).

Desse modo, o apoio, tomado como uma função, inscrita em arranjos concretos que põe em relação sujeitos com diferentes desejos e interesses, com a missão de ativar objetos de investimento mais coletivos e de apoiar esses sujeitos na ampliação de sua capacidade de problematização, de invenção de problemas, de interferência com outros sujeitos e de transformação do mundo e de si, implica uma tarefa clínica-crítica-política. O trabalho do apoio se dá no encontro, na interferência, no acontecimento. Para ser/manter-se apoiador é preciso estar sempre diferindo do ser apoiador – devir apoiador.

O trabalho do apoiador envolve uma tríplice tarefa - ativar coletivos, conectar redes, e incluir conflitos – que se desdobram em inúmeras outras. Agenciar conexões, ativando redes, de saber, de cuidado, de cogestão, e tantas outras, no mesmo ato de convocar sujeitos e seus conflitos, ativando coletivos e rodas agonísticas, que os mantenham conectados e solidários<sup>102</sup>. O apoiador não é o titereiro que comanda e determina a mudança. São os agenciamentos - para os quais o apoiador é apenas um dos que contribui - que se acoplam a outros e vão fazendo deslizar a organização e os sujeitos, fazendo-os diferenciarem-se de si mesmos.

O sistema (rede) de cogestão pode ser considerado um desses acoplamentos. De espaços coletivos sensíveis aos conflitos. E que só se constituem como espaços de cogestão na medida em que se configuram como arenas de combate agonístico, sem resolução dos conflitos por seu termo, com tomadas de decisão. Espaços no qual as interpretações são

---

<sup>102</sup> Solidários no sentido de co-responsáveis.

confrontadas, problematizadas, abrindo espaço para a emergência de uma função clínica-crítica-política, operada por esses sujeitos ligados também a objetos de investimento mais coletivos, e capaz de formar outros sentidos para a discussão e transformação dos processos de trabalho, dos modos de fazer clínica, de organizar o cuidado, formular projetos e conectar forças com outros sujeitos e coletivos – formar inteligência coletiva.

As visões de resultados podem ser muito controversas. Com relação ao que tínhamos como metas do projeto, contratantes e contratados ficaram plenamente satisfeitos. Mas no apoio, a noção de resultado também é permeada pelo calor dos afetos circulantes e jamais seria fácil desfazer esse vínculo. Isso pesa muito no momento de avaliar resultados, pois tudo conspira para que circule uma sensação de que poderia ter sido melhor, de que podíamos chegar mais longe. Mas não se pode ir mais longe do que diferir de si mesmo (Deleuze, Guattari, 1995c).

Podemos comparar o contexto inicial com aquele após algum tempo definido de uma linha de intervenção, criando ou buscando indicadores do que consideramos relacionados aos efeitos da intervenção. Fizemos isso em Vitória e construímos um extenso consolidado de avaliações<sup>103</sup> realizadas durante e após os dois anos de vigência do projeto, com participação dos gestores, de gerentes e de trabalhadores que participaram do projeto, em alguma das inúmeras linhas de intervenção desenvolvidas. Alguns levantamentos de dados secundários têm sido feitos, com resultados surpreendentes<sup>104</sup>. Mas essa discussão mereceria outros estudos.

---

<sup>103</sup> Não apresentamos os resultados das avaliações neste trabalho por entendermos que a sua análise fugiria ao nosso objetivo no mapeamento da função apoio e o desviaria para uma avaliação de sua eficácia. Além disso, muitos dados ainda não foram consolidados pelo município.

<sup>104</sup> Quanto a internação psiquiátrica por local de residência - fonte Datasus - mostra importante redução das internações psiquiátricas de residentes de Vitória desde 2007 - ano do início do matriciamento. Em 2007, foram 521 internações psiquiátricas de residentes de Vitória. Em 2008 (ano que iniciou a pareceria DMPS-Semus) tivemos apenas 279 internações - redução de 46%. Comparando com a média de internações em psiquiatria de residentes de Vitória dos 10 anos anteriores, período de 1998 a 2007 cuja média de internações/ano é de 417,8 internações por ano, a redução foi de 33%. Em 2009 houve nova redução tendo havido 227 internações, o que representa redução de 18,6%. A partir destes dados, temos que a partir do segundo ano do matriciamento em saúde mental tivemos uma redução de 56% das internações (2010

A questão da formação do apoiador ainda é um desafio. O “formar em ato” não é tarefa simples. O grupo de apoiadores institucionais da Semus Vitória é um exemplo vivo do quanto essa tarefa é árdua e arriscada. Formar um apoiador é um ato próprio da função apoio. Não no sentido de que só alguém com um “título” de apoiador institucional pode fazê-lo. Quero dizer que o ato de formar não é propriamente algo que um indivíduo apoiador faz. É a relação de apoio que forma o apoiador.

Talvez isso explique a grande valorização das atividades que denominamos “supervisão-apoio” pelos apoiadores institucionais da Semus. Eram momentos muito esperados, muito solicitados e disputados. Quando as pessoas não tinham tempo de discutir seus “casos” queixavam-se profundamente. Como já foi colocado, no início dessas atividades, fazíamos um corte na programação que definia e distinguia claramente o momento da supervisão dos outros. Eles falavam, eu “analisava”. Mas em dois ou três meses, as dinâmicas de rodízio<sup>105</sup> da “função de análise<sup>106</sup>” tornou a supervisão-apoio, um momento coletivo de trabalho e formação. Os apoiadores podiam experimentar serem apoiados e apoiar, experimentar esses posicionamentos e aprender com esses movimentos.

O processo de dois anos trouxe muito acúmulo às pessoas e ao grupo, inclusive para mim. Mas haveria outros ganhos também se o grupo em outros períodos fosse variando o apoiador externo, devido ao esgotamento natural da relação<sup>107</sup>. Os momentos de supervisão-apoio foram espaços de suporte muito importante tanto para eles, quanto para mim. Há freqüentes conflitos a serem enfrentados e os conflitos internos do apoiador são constantes e muitas vezes arriscados. A supervisão-apoio, algumas vezes, tem a função de

---

comparado a 2008), e uma redução de 45,6% com relação à média de internações nos 10 anos anteriores ao início do matriciamento.

<sup>105</sup> Após uma narrativa, eu solicitava que um dos apoiadores institucionais tentasse fazer uma “análise da narrativa” do colega. No início isso causou algum incômodo. Mas em pouco tempo já lidavam bem com isso e fazíamos várias rodadas a cada encontro.

<sup>106</sup> Não havia um padrão de análise considerado como o correto ou adequado diante de outros. Se o apoiador era psicanalista, fazia uma análise a partir de sua psicanálise. Se era analista institucional, fazia a partir de suas ferramentas. Isso permitia que diversas abordagens fossem colocadas na roda e trocadas, modificadas, e outras inventadas.

<sup>107</sup> Depois de dois anos juntos, os apoiadores institucionais já conheciam muito bem meus posicionamentos e minhas idiossincrasias, o que lhes permitia antecipar boa parte de meus movimentos.



arrancar o apoiador de sua solidão e o colocá-lo de novo em contato com o sentimento de pertença a um grupo solidário. Exerce, portanto, um suporte que protege o apoiador do adoecimento, ao mesmo tempo em que se configura em espaço de formação permanente, sem o qual, a função apoio corre o risco de esgotamento.

Isso coloca uma questão importante com relação às políticas públicas que propõe arranjos de apoio, como a que propõe e ordena a criação dos NASF<sup>108</sup>, as quais deveriam prever a implementação de arranjos de suporte aos apoiadores, que exercessem funções semelhantes às da supervisão-apoio. Questão que a Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2002) já prevê. Todavia, embora seja uma prática muito ligada à tradição da saúde mental, defendemos a posição que outras áreas do trabalho em saúde devam ter suporte semelhante ou variações, dependendo do contexto.

A essa altura do percurso consideramos que esboçamos algumas indicações metodológicas do apoio e alguns modos de sua inscrição nos processos institucionais em organizações do setor Saúde e nos campos da Gestão e da Saúde Coletiva.

Exploramos alguns modos de interferência e contágio da função apoio na construção de projetos de reorganização dos processos de trabalho, da produção de saúde e autonomia e da ativação de redes. Um *ethos* constituído no esforço por interferir nos processos de subjetivação e escapar da personalização identitária dos conflitos. Que procura agir liberando as forças ativas e cuidando para que as forças reativas não sirvam ao medo e à guerra, mas estejam operando seu lugar de prudência nas relações. Que busca uma política de alianças que suporte e se alimente da diferença – conectiva e ativa. A emergência de uma rede de saberes e de competências que passam a circular no leito criado pelo sistema de cogestão que passam a compor uma inteligência coletiva, constituída em novos regimes de validação e de reconhecimento dos saberes.

---

<sup>108</sup> Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF, instituídos pelo Ministério da Saúde em 2008, através da Portaria GM nº 154.

## Referências

Baremblytt GF. Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. 3ª ed. 1996.

Barros RB.; Barros MEB. Da dor ao prazer no trabalho. In: Santos-Filho SB.; Barros MEB. (ORGS.) Trabalhador da saúde, muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007.p.63-71.

Bergson H. O pensamento e o movente: ensaios e conferências. Bento Prado Neto (trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde: efetivando o sus: acesso, qualidade e humanização na Atenção á saúde, com controle social: relatório final. Brasília: Ministério da saúde, 2001.

Brasil. Portaria MS n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Rede de Cuidados em Saúde Mental. Brasília, DF: MS, 2002.

Brasil. Portaria MS n. 399, de 02 de fevereiro de 2006. Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, DF: MS, CONASS, CONASEMS, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 4. ed., 2008.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de Saúde. In: Merhy EE. e Onocko R. (orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial. 1997a. pp. 229-66.

Campos GWS. Reforma da reforma repensando a saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec. 1997b.

Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad. Saúde Pública, out./dez. 1998, vol.14, no.4, p.863-870. ISSN 0102-311X.

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 1999. 4(2), p. 393-403.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000. Disponível em:

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 May 2008. doi: 10.1590/S1413-81232000000200002

Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

Campos GWS. 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.

2. ed. São Paulo: Hucitec. 2005.

Campos GWS. Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Ciência e Saúde Coletiva, 2007. 12(2): 301-306.

Campos GWS.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.4, pp. 849-859. ISSN 1413-8123.

Campos GWS e DomittI AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, fev. 2007, vol.23, no.2, p.399-407. ISSN 0102-311X.

Carvalho SR. e Campos GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. Cad. Saúde Pública 2000; 16(2):507-515.

Carvalho SR; Campos GWS e Oliveira GN. Reflexões sobre o ensino de gestão em saúde no internato de medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas: Unicamp. Interface Comunicação, Saúde e Educação, v. 13, p. 455-465, 2009.

Ceccim RB e Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis, 2004, 14(1), p.41-65.

Cecílio LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro R e Mattos RA (orgs).

Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 113-26.

Cecilio LCO e Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro, R e Mattos, RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2003. p.197-210, ilus.

Chauí MS. Liberdade e necessidade na ontologia de Espinosa. Revista Omnia Lumina, São Paulo, v. 1 n. 1, p. 45 – 67, Jan.Jun. 2010. Disponível em:

<[http://www.revistaomnialumina.com/index.php/omnia/article/viewFile/1/pdf\\_2](http://www.revistaomnialumina.com/index.php/omnia/article/viewFile/1/pdf_2)>. Acessado em 20/12/2010.

Coimbra CMB. A supervisão institucional como intervenção sócio-analítica. Psicol. cienc. prof. [online]. 1989, vol.9, no.1 [citado 22 Novembro 2009], p.26-28. Disponível na World Wide Web: <[http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98931989000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931989000100008&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1414-9893.

Comte-Sponville A. Pequeno Tratado das Grandes Virtudes. São Paulo: Martins Fontes. 1995.

Cunha GT. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. Saúde em Debate. São Paulo: Hucitec. 2005.

Deleuze G. O abecedário de Gilles Deleuze. 1988. Disponível em:

<[http://www.oestrangerio.net/index.php?option=com\\_content&task=view&id=67&Itemid=51](http://www.oestrangerio.net/index.php?option=com_content&task=view&id=67&Itemid=51)>.

Acesso em: 05/01/2011.

Deleuze G. Conversações. Peter Pál Pelbart (trad). Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

- Deleuze G. *Crítica e Clínica*. Peter Pál Pelbart (trad.). Rio de Janeiro: Editora 34, 1997.
- Deleuze G. "Desejo e Prazer". In: Pelbart, PP e Rolnik, S (org.), *Cadernos de Subjetividade*, Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, num. especial, São Paulo, jun. 1996, p. 13 a 25.
- Deleuze G. *O bergsonismo*. Peter Pál Pelbart (trad.). Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.
- Deleuze G. *Espinosa: filosofia prática*. São Paulo: Escuta, 2002.
- Deleuze G. *Foucault*. Cláudia Sant'Anna Martins (trad.). São Paulo: Brasiliense, 2005.
- Deleuze G. *Lógica do sentido*. Trad. Luiz Roberto Salinas. São Paulo: Editora Perspectiva S. A. p. 2009.
- Deleuze G. e Guattari F. *Introdução: Rizoma*. In: Deleuze G. e Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Aurélio Guerra Neto (trad.). Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995a. p.11-38.
- Deleuze G. e Guattari F. *Devir-intenso, devir-animal, devir-imperceptível*. In: Deleuze G. e Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Suely Rolnik (trad.). Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995b. p.11-114.
- Deleuze G. e Guattari F. *As três Novelas ou "O que se passou?"* In: Deleuze G. e Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol 3. Suely Rolnik (trad.). Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995c. p.58-75.
- Deleuze G. e Parnet C. *Diálogos*. São Paulo: Escuta, 1998.
- Espinosa [Spinoza] B. *Ética*. Tomaz Tadeu (trad.). Belo Horizonte: Autêntica, 2ª ed., latim/português, 2008.
- Fonseca TMG. *A cidade subjetiva*. In: Fonseca TMG e Kirst PG. (Orgs). *Cartografias e devires: a construção do presente*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003. P.253-258.
- Foucault M. *Arqueologia do saber*. Luiz Felipe Baeta Neves (trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 7ª ed., 2005.

Fuganti L. Saúde, desejo e pensamento. São Paulo: Hucitec, 2008.

Furlan PG e Amaral MA: O método de apoio institucional Paidéia aplicado à formação de profissionais da atenção básica em saúde: metodologia e resultados do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde Com Ênfase na Atenção Básica. In: Guerreiro AP e Campos GWS (orgs.). Manual de Práticas de Atenção Básica à Saúde Ampliada e Compartilhada. SP: Hucitec, 2008.

Guattari F. Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional. Aparecida: Idéias e Letras, 2004. (Coleção Psicanálise Século I).

Hardt M e Negri A. Multidão. Rio de Janeiro: Record, 2006.

Kastrup V. A invenção de si e do mundo. Campinas: Papyrus, 1999.

Kastrup V. Políticas cognitivas na formação do professor e o problema do devir-mestre. *Educ. Soc.* [online]. 2005, vol.26, n.93, pp. 1273-1288. ISSN 0101-7330.

Kastrup V. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. 2008. In: Passos E.; Kastrup V; Escóssia L. (org.) Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. porto alegre: Sulina, 2009.

Kastrup V e Barros RB. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: Passos E.; Kastrup V; Escóssia L. (org.) pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. porto alegre: Sulina, 2009.

Lampert JB. Na transição paradigmática da educação médica: o que o paradigma da integralidade atende que o paradigma flexneriano deixou de lado. *Boletim da ABEM.* 2003; 31(4/5). Disponível em: <[http://www.abem-educmed.org.br/caderno\\_abem/caderno\\_principal.htm](http://www.abem-educmed.org.br/caderno_abem/caderno_principal.htm)>. Acessado em: 23/01/2005.

Lévy P. A inteligência coletiva. São Paulo : Loyola, 5ª Ed. 2007.

Lévy P e Authier M. As árvores de conhecimento. São Paulo: Escuta, 2008.

Lourau R. Implicação e Sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (Org.). René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

Mairesse D. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: Fonseca TMG e Kirst PG (Orgs). Cartografias e devires: a construção do presente. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003. p.259-272.

Mori ME e Oliveira OVM. Os coletivos da política nacional de humanização (pnh): a cogestão em ato. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v.13, suppl.1, P. 627-640, 2009.

Mouffe C. Por um modelo agonístico de democracia. *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, 25, p. 165-175, jun. 2006. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/rsp/article/view/7071/5043>>. Acesso em 20/12/2010.

Mota T. Nietzsche e Rorty sobre filosofia e cultura. *Revista Redescrições – Revista on line do GT de Pragmatismo e Filosofia Norte-americana* Ano I, Número 3, 2009. Disponível em: <<http://www.gtpragmatismo.com.br/redescricoes/redescricoes/03/mota.pdf>>. Acessado em 09/01/2011.

Nietzsche F. *Genealogia da moral: uma polêmica*. São Paulo: Companhia das Letras. 1998.

Oliveira GN. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Hucitec. 2008.

Oliveira GN. et al. Novos possíveis para a militância no campo da Saúde: a afirmação de desvios nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 523-529. ISSN 1414-3283.

Oxford. Levels of Evidence and Grades of Recommendations - Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. 2009. Disponível em URL: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>

Paim J. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública* 1998; 32 (4): 299-316.

Pasche DF. Política nacional de humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v.13, suppl.1, p. 701-708, 2009.

Passos E. A cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: Passos E; Kastrup V; Escóssia L. (org.) *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, p. 151-172, 2009.

Passos E e Barros RB. In: Passos E; Kastrup V; Escóssia L. (org.) *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, p. 151-172, 2009.

Pasche DF e Passos E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da política de humanização da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 423-432, jul./set. 2010.

Pena RS. Saúde Mental atravessada: construindo espaços de interlocução entre a queixa invisível e outras dores já instituídas. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. 2009.

Pichón-Rivière E. O processo grupal. SP: Martins Fontes, 2000.

Santos NR. Desenvolvimento do SUS: rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(2):429-435, 2007.

Santos-Filho SB e Barros MEB. (ORGS.) *Trabalhador da saúde, muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Unijuí, 2007.

Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*/ Bárbara Starfield. . Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

Teixeira CF. Epidemiologia e planejamento de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999; 4(2), 245-56.

Teixeira RR. A Grande Saúde: uma introdução à medicina do Corpo sem Órgãos. *Interface (Botucatu)* [online]. 2004, vol.8, n.14, pp. 35-72. ISSN 1414-3283.



Teixeira RR. O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva. *Interface (Botucatu)*[online]. 2005, vol.9, n.17, pp. 219-234. ISSN 1414-3283.

Zourabichvili F. O vocabulário de Deleuze. André Telles (Trad.). Relume Dumará: Rio de Janeiro. 2004.

## **Anexos**

### ***ANEXO I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido***

Este termo pretende informar sobre a pesquisa, de fins acadêmicos, como subsídio para a Tese de Doutorado intitulada **“Devir apoiador: uma cartografia da função apoio na gestão em Saúde”**, de responsabilidade de **Gustavo Nunes de Oliveira**, sob orientação do Prof. Dr. Sergio Resende Carvalho, pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Além disso, solicita autorização dos sujeitos participantes para que as informações coletadas possam ser utilizadas pela referida pesquisa.

A pesquisa tem como objetivo analisar a contribuição da experiência do Grupo de Apoiadores Institucionais da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, ES, para as principais proposições teórico-metodológicas sobre o apoio institucional, nas modalidades de apoio matricial e de apoio à gestão, no período de fevereiro de 2008 a fevereiro de 2010.

Espera-se que, a partir da pesquisa, tenhamos novas indicações metodológicas para a formação de apoiadores institucionais e matriciais e para a prática dessa atividade em franca expansão no Sistema Único de Saúde (SUS).

A coleta de dados se dará através do levantamento e do estudo do material institucional produzido e arquivado, no período acima assinalado, pelo Grupo de Apoiadores Institucionais, o qual consiste em relatórios, atas de reuniões, registros escritos de oficinas, relatórios de avaliação e registros em áudio de oficinas, todos produzidos em atividades de trabalho do Grupo de Apoiadores supracitado.

É compromisso do pesquisador de preservar a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, quando da incorporação das informações de observação e dos documentos acima descritos na redação da Tese. A presente pesquisa não oferece danos ou riscos e gastos financeiros dos participantes. O pesquisador se compromete também a prestar quaisquer tipos de esclarecimentos, antes e durante a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela. Será entregue uma cópia desse termo aos sujeitos da pesquisa.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, após leitura minuciosa das informações sobre a pesquisa e ciente dos objetivos e procedimentos da

mesma, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) do RG \_\_\_\_\_, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Campinas/ SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisador

**Pesquisador Responsável: Gustavo Nunes de Oliveira**  
**Médico e Pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**  
**Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP**  
**Telefone para contato: (19) 8173-9125**

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP – telefone: (19) 35218936, Endereço: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126, CxP: 6111, Cep: 13083-887, Campinas/ SP. Email: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br).

## *Anexo 2 - Princípios norteadores e diretrizes operacionais do atendimento ao público nos serviços de saúde da rede Semus*

### **EIXO 1 – Maneira de Atender**

- Desenvolver processos de avaliação da atuação dos profissionais de saúde, em todos os níveis da Atenção, levando em consideração a atitude de Acolhimento/Humanização no atendimento dos usuários;
- Todo o servidor municipal da saúde deve conhecer os princípios e diretrizes do SUS e da Atenção Básica;
- Todo o servidor da saúde, na relação com o usuário, deve divulgar o modelo de atenção e os princípios do SUS;
- A SEMUS deve disponibilizar material de divulgação sobre os princípios e diretrizes do SUS ;
- Todos os serviços deverão desenvolver ações de avaliação e reorganização dos processos de trabalho com a participação e apropriação dos servidores;
- Todo o servidor municipal da saúde deve mediar conflitos de maneira a proteger o usuário sem exposição do serviço, respeitando os princípios da Carta de Direitos do Usuário;
- Todo serviço deve qualificar a escuta das demandas dos usuários, garantindo uma forma adequada de resolutividade aos problemas levantados na relação trabalhador-usuário, levando em consideração as possibilidades e recursos do serviço e da rede de serviços de saúde;
- Todo serviço deve efetivar a política de humanização;
- Todo o servidor municipal da saúde deve ter conhecimento dos recursos disponíveis, da rede de serviços de saúde e dos equipamentos de outros setores;
- Todo o servidor municipal da saúde deve fazer apropriação do território;
- Todo serviço deve construir e efetivar os espaços coletivos de co-gestão, consideradas as especificidades de cada local.

### **EIXO 2 – Portas de entrada dos serviços e priorização do atendimento**

- Todo serviço deve efetivar a regulação da assistência à saúde;
- Todo serviço deve manter atualizada e divulgada a carta de serviços da rede municipal de saúde;
- Todo serviço deve identificar e priorizar a população em situação de risco e vulnerabilidade do seu território.

### **EIXO 3 – Estrutura e manejo da agenda**

- Todos os serviços devem organizar suas agendas considerando as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade e os instrumentos de gestão;
- Todos os serviços devem adotar critérios de vulnerabilidade e classificação de risco para organização de suas agendas;
- Todos os servidores devem ter compreensão e apropriação do conceito e lógica de funcionamento da Agenda Aberta, para qualificação do acesso aos serviços;
- Todos os serviços deverão identificar as possibilidades de oferta de vagas a partir de agendamentos cancelados/antecipados;
- Todos os serviços devem implementar mecanismos de controle e de busca ativa de usuários faltosos em atendimentos agendados;
- Todo o atendimento e procedimento realizados em quaisquer serviços de saúde da rede municipal devem ser devidamente registrados no prontuário do usuário, de forma clara e adequada, ou anexado ao mesmo quando as anotações forem feitas em outros impressos;
- Todo o atendimento realizado em serviços de saúde da rede municipal deve ser REPROGRAMADOR, observando os seguintes passos:
  1. Acolher o usuário com sua demanda, de forma respeitosa;
  2. Verificar qual é, ou qual tem sido, a proposta terapêutica/de acompanhamento deste usuário no serviço, através do prontuário;
  3. Proceder ao atendimento do usuário avaliando e resolvendo necessidades de saúde, riscos e vulnerabilidades, de acordo com a proposta terapêutica/de acompanhamento, construída na relação profissional-usuário;
  4. Retomar e/ou ampliar e/ou modificar a proposta terapêutica/de acompanhamento no serviço, de forma pactuada com o usuário, procurando considerar e respeitar as singularidades deste, do serviço e seu território;
  5. Re-programar a agenda de atendimentos, quando necessário, providenciando imediatamente o cancelamento de atendimentos que já haviam sido agendados, os quais, a partir deste atendimento, forem considerados desnecessários.

#### **EIXO 4- Atendimento de usuários residentes em outros territórios**

- Todo serviço deve Identificar a procedência do usuário com base no local de moradia e/ou trabalho para conhecimento da demanda externa e organização do serviço;

- Todo serviço deve acolher, atender e referenciar o usuário para o território/município de procedência;
- Todo serviço deve considerar a possibilidade de estabelecer vínculo temporário para casos especiais, de acordo com a avaliação da equipe;

Todo serviço deve se apropriar e seguir os fluxos de referência.