



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

Rosana Mira Nunes Limeira

**Cartografia de fronteira: o Apoio como estratégia
de enfrentamento à violência institucional no SUS**

Niterói
2018

Rosana Mira Nunes Limeira

**Cartografia de fronteira: o Apoio como estratégia
de enfrentamento à violência institucional no SUS**

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia da Universidade Federal
Fluminense, como requisito parcial para
a obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Passos

Niterói
2018

Banca Examinadora

Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira – Orientador
Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra. Claudia Elizabeth Abbês Baêta Neves
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Iacã Machado Macerata
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Gustavo Nunes Oliveira
Universidade Federal de São Carlos

Suplente:

Profa. Dra. Maria Paula Cerqueira Gomes
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Niterói, 29 de agosto de 2018.

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG
Gerada com informações fornecidas pelo autor

L732c Limeira, Rosana Mira Nunes
Cartografia de fronteira: O Apoio como estratégia de
enfrentamento à violência institucional no SUS / Rosana Mira
Nunes Limeira ; Eduardo Henrique Pereira Passos, orientador.
Niterói, 2018.
133 f.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal Fluminense,
Niterói, 2018.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGP.2018.m.98454064320>

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3.
Psicologia social. 4. Violência. 5. Produção intelectual.
I. Passos, Eduardo Henrique Pereira, orientador. II.
Universidade Federal Fluminense. Instituto de Psicologia. III.
Título.

CDD -

Bibliotecária responsável: Thiago Santos de Assis - CRB7/6164

Às trabalhadoras e trabalhadores do SUS

*[...] A noite fria me ensinou a amar mais o meu dia
E pela dor eu descobri o poder da alegria
E a certeza de que tenho coisas novas
Coisas novas pra dizer*

[...]

*A minha história é talvez
É talvez igual a tua, jovem que desceu do Norte
Que no Sul viveu na rua
E ficou desnordeado, como é comum no seu tempo
E que ficou desapontado, como é comum no seu tempo
E que ficou apaixonado e violento como você
Eu sou como você
Eu sou como você*

Belchior, Retrato 3x4

Agradecimentos

Ao meu Orientador, Eduardo Passos, e ao nosso amado grupo de orientação, pelo encontro, partilha, confiança, carinho e cuidado. Aprendi muito com todos vocês. À Williana, André Rossi, André Miranda e Marina, pelo suporte *on line*, em tempo real, sempre que precisei de auxílio.

À Flavinha e Everson, pelo acompanhamento de todo o meu processo, desde antes da seleção, por serem o meu apoio nessa trajetória e na vida.

À banca de qualificação, Cláudia Abbes, Paula Cerqueira e Iacã Macerata, pela leitura cuidadosa e contribuições valiosas.

À turma do mestrado 2016, por sermos turma, por sermos fortes, potentes e unidos, pelas trocas e aprendizados. Pelas cervejas e os bons papos na Cantareira. À Livia Halfeld pela ajuda com a ABNT. À Adriana Penatti e Tainá Oliveira pela amizade que construímos, pelas imersões (acadêmicas e não), pelas contribuições no meu trabalho.

À Hugo Belarmino, amigo de longas datas, que me acudiu no momento em que mais precisei, com muito carinho: grata pelas correções finais. À Jaqueline Aires, pelos óleos essenciais e outras bruxarias cuidadoras. Aos dois, agradeço pelos 15 anos de amizade e por trazerem o aconchego pessoense nas suas vozes e abraços.

À minha equipe NASF: Juliana Ferreira, Ana Lúcia, Thaianny Dantas, Tiago Bezerra, Luciana Janeiro e Denis Saffer, por toparem ser equipe e ser apoio. Pelo aprendizado, pelo exercício da inclusão da diferença, por estarem aqui nesta pesquisa comigo. Aos nossos residentes, pela confiança nessa equipe preceptora e pelo cuidado para conosco.

À Denis Saffer, pela amizade e carinho que construímos, por essa dupla *psi* maravilhosa que formamos. Por tudo que aprendi contigo!

Aos ACS, demais trabalhadores e moradores dos territórios campo dessa pesquisa, pela receptividade, confiança e parceria empreendidos nesses anos de trabalho na Saúde da Família do Rio de Janeiro.

À Edmárcio, pelo cuidado permanente.

À Rebecca, Deivison, Leonardo e Tieta, pela partilha diária da comida, das risadas, das faxinas e cervejas. Pelo carinho e cuidado que enche a nossa casa afetos felizes. Por produzirmos um lar para descansar, para aliviar as tensões das fronteiras habitadas nessa pesquisa.

À minha família de sangue, por aprenderem a conviver com a nossa distância física; pela força sertaneja para encarar os desafios do mundo. À minha mãe Maria, pelo amor de mãe, pelas orações, por me criar livre, por apostar nos meus sonhos, comigo, desde a minha primeira migração para fazer faculdade. Ao meu irmão Samuel, pelo carinho. À minha Irmã Emília, por ser a minha melhor companheira na vida, pelo cuidado diário. O amor de vocês é força pra mim.

À minha família do Rio de Janeiro, pela parceria na militância do SUS, nas andanças por essa cidade, nos almoços de domingos e cervejas das sextas feiras. À Paulinha, por me amadrinhar na aridez sudestina, me ensinar o que é samba de verdade e me provar existe muito amor em SP. À Sady pela amizade, carinho e agulhas para um corpo adoecido. À Ingrid Freire, Valeska Antunes, Amanda Frazão, Mariana Teixeira, Elisa Medonça, Amanda Almeida e a todas da Coletiva Feminista da OCUPASUSRJ, por tudo que vivemos juntas, porque juntas andamos melhor.

À minha família de João Pessoa, por não me deixarem esquecer pra onde quero voltar.

Ao Bruno, meu companheiro, que topou iniciar a nossa travessia amorosa ao final da minha travessia do mestrado, grata por torná-la mais leve. Grata por compreender as minhas restrições, foram necessárias para que eu concluísse esse trabalho.

À CAPES, pelo auxílio-financeiro fundamental para esse processo, que atualmente se vê ameaçado de não mais existir.

Resumo

Este estudo se iniciou discutindo como a violência institucional atravessa os serviços de saúde da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, a partir da experiência da pesquisadora como apoiadora matricial. Para tanto foi escolhida o método da cartografia, metodologia que aposta numa inversão do sentido hegemônico de pré-fixar metas antes de traçar o caminho metodológico, propondo que é partir do caminhar que as metas são construídas. O percurso cartográfico é orientado por pistas, a partir do encontro do pesquisador com o campo, onde ambos sofrem intervenção um do outro. Logo iniciada a pesquisa, seguindo as pistas iniciais sobre a violência institucional e o lugar-função da apoiadora-pesquisadora no campo, o objeto modulou: o apoio se tornou preponderante, diante do contexto político do SUS e a violência institucional seguiu de forma transversal. Ao debruçar sobre a função apoio e a sua relação com o campo, surgiram as fronteiras, os movimentos limiares, as funções intermediárias, tanto no campo, como no trabalho do apoiador. Ao explorar essas fronteiras e a função-membrana do apoio, foram disparadas questões importantes sobre a concepção e operacionalização deste no SUS; a política da Atenção Básica, a forma como ela se desenvolveu no município do Rio de Janeiro e a crise vivenciada pela mesma em 2017; o contexto nacional de desmonte do SUS, a mudança do NASF e do apoio na recém aprovada Política Nacional da Atenção Básica (PNAB); revelando a violência institucional sofrida pelos trabalhadores a partir do desmonte em curso dessa política e do SUS. Seguimos apostando no apoio como ferramenta cara ao SUS, que, apesar dos entraves existentes para a sua operacionalização, apresenta forte potencial de transformação das relações de trabalho, podendo ser percebido como estratégia de enfrentamento à violência institucional.

Palavras Chave: Apoio, Violência Institucional, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Estratégia de Saúde da Família.

Abstract

This study started with discuss of institutional violence crossing health services of basic care on single heath system, better known by the acronym SUS, from the researcher's experience as a matrix supporter. Through the cartography, chosen methodology that bets on a reversal of the hegemonic sense of pre-fixing goals before tracing the methodological path, proposing that it is from the walk that the goals are built. The cartographic course is guided by clues, from the encounter of the researcher with the field, where both suffer intervention from each other. As soon as the research began, following the initial clues about institutional violence and the role of the supporter-researcher in the field, the object modulated: the support became preponderant, given the political context of the SUS and institutional violence followed in a transversal way. By focusing on the support function and its relation to the field, emerged boundaries, threshold places, and intermediate functions emerged, both in the field and in the work of the supporter. By exploring these boundaries and the membrane function of support, important questions were raised about the conception and operationalization of this in SUS; the politic of Primary Care, the way it has developed in the city of Rio de Janeiro and the crisis experienced in 2017; the national context of dismantling of the SUS, the change of the NASF and the support in the recently approved National Politic of Basic Attention (PNAB); revealing the institutional violence suffered by workers from the ongoing dismantling of this politic and the SUS. We continue to rely on support as a valuable tool for the SUS, which, despite the existing obstacles to its operationalization, has a strong potential for the transformation of labor relations, and can be perceived as a strategy to deal with institutional violence.

Keywords: Support, Institutional Violence, Support Center for Family Health, Family Health Strategy.

Lista de Abreviaturas

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ESF – Estratégia de Saúde da Família
ACS – Agente Comunitários de Saúde
ASB – Auxiliar de Saúde Bucal
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
VD – Visita Domiciliar
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
USF – Unidades de Saúde da Família
AB – Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
RAS – Rede de Atenção à Saúde
UBS – Unidades Básicas de Saúde
OSS – Organizações Sociais de Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
EJA – Educação de Jovens e Adultos
CIT – Comissão Intergestora Tripartite
CNS – Conselho Nacional de Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
AI – Apoio Institucional
DAD – Departamento de Apoio à Descentralização
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
GATE – Grupos de Apoio Técnico
PNH – Política Nacional de Humanização
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
AM – Apoio Matricial

NAISF – Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família

CAB – Caderno de Atenção Básica

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde.

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

NSSM – Nenhum Serviço de Saúde a Menos

SENALBA-RJ – Sindicato dos Empregados em Entidades Culturais,
Recreativas, de Assistência Social, de Orientação e Formação Profissional do
Estado do Rio de Janeiro

CAP – Coordenação de Área Programática

RT – Responsável Técnico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	144
1.1 Habitar Fronteiras.....	25
1.2 Trabalhadora que pesquisa/pesquisadora que trabalha (hódos-meta)	355
1.3 Fronteiras do campo.....	433
1.3.1 A vida "dentro"	444
1.3.2 A vida "fora"	466
2. O APOIO NO SUS.....	488
2.1 Núcleo – Campo	622
2.2 Técnico-Pedagógico e Clínico Assistencial	655
2.3 Micropolítica – Macropolítica	70
2.4 O Apoio Matricial no Município do Rio de Janeiro	722
3. APOIO: DO “NÃO LUGAR” AO “ENTRE”; DA FRONTEIRA À MEMBRANA	766
3.1 Apoio-membrana	788
3.2 Parceria na fronteira: outros atores em cena.....	87
3.2.1 A gestão da ESF e o apoio.....	877
3.2.2 ACS e o Apoio.....	911
4. CAPÍTULO-APOIO: PESQUISANDO E INTERVINDO NO CAMPO.....	944
4.1 Do cuidado à crise: saúde pública do Rio de Janeiro em colapso	999
4.2 A Materialização da greve: efeitos no campo	1044
4.3 A “nova” PNAB e seus impactos no SUS.....	1166
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	1222
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	128

1. INTRODUÇÃO

Desde meados dos anos 2000, vivemos um período de ampliação do espaço de atuação do profissional de psicologia junto às políticas públicas, principalmente nas áreas da Saúde e da Assistência Social. Momento em que as práticas psi são desafiadas a se recriarem, diante da demanda de um trabalho mais conectado com as questões sociais, com a inserção deste profissional no debate sobre modos de intervir que ultrapassem “enquadres clássicos de uma clínica individual e privada, ou mesmo de uma psicologia social que mantém a separação entre os registros do individual e do social, tal como a ainda predominante em nossos cursos de formação” (BENEVIDES, 2005, p. 21).

Essa ampliação do espaço de trabalho trouxe consigo uma aproximação intensificada do trabalho psi junto às populações com acesso precário aos direitos, serviços e recursos básicos à sobrevivência. Este trabalho já ocorria no Brasil ao longo da segunda metade do século XX, porém não em grande proporção e nem sempre ligado às políticas públicas.

Formada na primeira década deste século, minha inquietação com esse aspecto da prática psi se apresentou desde os primeiros momentos da graduação e muito influenciaram o meu desejo de trabalhar nas políticas públicas, uma vez que a crítica à elitização da nossa profissão, ao seu olhar individualizante e à negação do aspecto político da clínica, atravessou toda a minha formação. Ana Bock (1999) nos aponta a necessidade de direcionar o trabalho da psicologia para as transformações sociais, principalmente no que tange às condições de vida da população brasileira, como compromisso ético. Defende a ampliação da visão dos psicólogos em torno das suas intervenções, propondo um trabalho que, mesmo num nível individual, seja entendido como uma intervenção social, posicionada: “Os psicólogos precisam ter clareza de que, ao fazer ou saber Psicologia, estão com sua prática e seu conhecimento interferindo na sociedade” (BOCK, 1999, p. 326).

Estar nesse lugar: trabalhadora das políticas públicas, ora na Assistência Social, ora na Saúde, há cerca de uma década tem me provocado muitos aprendizados e afetações, principalmente no que diz respeito às relações entre profissionais, usuários e a gestão dos serviços. Desses incômodos, surge o meu desejo de retornar à academia para melhor explorar, esmiuçar, entender e intervir

nessas relações.

Dentre tantas questões que atravessaram o meu fazer como psicóloga, uma delas se mostrou com mais força, me acompanhando nas minhas mudanças de serviços, de processos de trabalho, de cidades. A violência, com a sua presença constante e alta capacidade de produzir sofrimento, danos e prejuízos, por vezes irreversíveis, atravessa desde sempre a minha trajetória acadêmica e profissional, seja no hospital psiquiátrico, nos centros de referência da assistência social (CRAS e CREAS)¹, ou nos serviços públicos de saúde, especificamente na Atenção Básica/Saúde da Família, onde atuo há cerca de seis anos.

Para esta pesquisa, detenho-me ao trabalho na Atenção Básica/Saúde da Família do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizada por um conjunto de ações que intervenham na situação de saúde e autonomia das populações, tendo como principal objetivo desenvolver uma atenção integral à saúde das pessoas, por meio de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, assumindo a responsabilidade sanitária pelo território em que as pessoas vivem (BRASIL, 2012, p. 19).

Falo do lugar de psicóloga trabalhadora da saúde pública, compondo uma equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), formada por psicólogos, nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social e fisioterapeuta, que tem como foco “apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família” (BRASIL, 2010, p. 10), por meio do apoio matricial.

Estar neste lugar, de apoiadora matricial, me proporciona ocupar alguns espaços fronteiriços das equipes de trabalho. No cuidado com o usuário, muitas vezes ficamos entre ele e a sua equipe de referência: para o usuário fazemos parte da equipe (dentro), para esta somos uma equipe externa (fora). Na relação com as equipes de saúde da família, ora podemos ser percebidos como par, sendo neste momento percebidos como parte destas (dentro e ao lado); ora como equipe externa, com profissionais de diferentes especialidades, com quem

¹ Os CRAS são Centros de Referência da Assistência Social, equipamento do SUAS – Sistema Único da Assistência Social, responsável por acompanhamento de famílias em vulnerabilidade social, com foco nas beneficiárias de programas sociais como o Bolsa Família, por exemplo. Os CREAS são Centros Especializados da Assistência Social, também equipamentos do SUAS, porém especializa-se em atender à pessoas e famílias em situação de violência.

se trabalha em parceria (fora e ao lado); ou podemos ainda ser localizados como superiores, quando somos percebidos num lugar entre elas e a gestão – podendo ser vistos como “fiscais” do seu trabalho; ou quando nos movimentamos pela rede (fora e acima).

Com a gestão local dos serviços, por sua vez, ora ocupamos o lugar de mais uma equipe sob sua gerência (somos colocados dentro e abaixo), ora somos percebidos como uma equipe de apoio (somos colocados fora e ao lado), ora somos “desconfiadamente” percebidos como uma equipe que trabalha junto com as hierarquias superiores, uma vez que temos apoiadores nos níveis mais centrais e um processo de trabalho articulado com outros serviços da rede intersetorial (somos colocados fora e acima).

Assim, o apoiador habita no “entre”, transita por distintos lugares e funções. Há uma dimensão de fronteira, de membrana, que lhe é próprio, que caracteriza o fazer do apoio. E isto se apresenta como um importante desafio para os profissionais do NASF.

Estar nesse lugar/movimento “dentro-fora” proporciona a estes profissionais uma dinâmica de trabalho diferenciada, que lhe permite uma visualização e análise mais ampliada do trabalho de todos os profissionais, dos usuários, da rede de serviços, do território. Porém, trata-se também de um lugar pantanoso e passível de confusão, uma vez que esse lugar “entre” pode ser facilmente confundido com um “não-lugar”, podendo produzir confusões, dúvidas e percepções divergentes sobre papel do apoiador, tanto pelas pessoas apoiadas quanto por ele próprio, interferindo de forma negativa no processo de trabalho.

Estar neste lugar também revela o aspecto político imbricado no apoio matricial, uma vez que exige destes profissionais manejos rebuscados para mediar opiniões e saberes conflitantes, de forma pedagógica e democrática, ao passo que necessita tomar posição.

No início desta pesquisa, me encontrava lotada em uma equipe NASF que acompanha oito equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em dois serviços: uma Clínica da Família² com seis equipes de saúde da família e três equipes de saúde bucal; e em um Centro Municipal de Saúde com duas equipes

² Clínica da Família é como as Unidades de Saúde da Família (USF) foram nomeadas no município do Rio de Janeiro a partir do recente processo de expansão da Atenção Básica.

de saúde da família. Ambos serviços estão na área periférica do município do Rio de Janeiro. Compõem as equipes de saúde da família profissionais de enfermagem, medicina, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), atuando junto com equipes de saúde bucal, que por sua vez, são compostas por odontólogo e auxiliar de saúde bucal (ASB).

Os bairros são vizinhos, possuindo características comuns: precariedade das construções e saneamento básico, presença de violência doméstica e urbana, numerosas famílias em situação de pobreza, baixa escolaridade e empregos informais. Assim como outros bairros do Rio de Janeiro, são divididos pela linha férrea da SUPERVIA, que separa o território entre duas áreas: a “de dentro”, comandada pelo tráfico de drogas, com presença de conflitos armados com a polícia ou com outros comandos; e a “de fora”, que não possui comando direto do tráfico. Apesar de características comuns, os bairros se diferenciam prioritariamente pela história local: como se deu a ocupação do espaço, o crescimento, a chegada e a dinâmica do tráfico de drogas nestes territórios.

Foi a minha primeira experiência em um local com “atores armados”, com uma organização e regulação social própria, onde o acesso aos serviços públicos se restringe às escolas, postos de saúde e a polícia. Como em outros lugares com essas características, a violência atravessa o território por vários ângulos. Ela se presentifica nas vias públicas e nas residências, no adoecimento dos usuários, nos limites colocados ao trabalho dos profissionais, na forma como estes lidam com todos os tipos de violências. O contexto violento produz subjetividades diversas desafiando cotidianamente as práticas dos profissionais do ponto de vista técnico-ético-político.

A violência, em todas as suas formas, provoca danos diversos e por vezes irreversíveis em toda a espessura social do mundo atual. Trata-se de um conceito de definição complexa, que atravessa vários campos de saber: a saúde, o direito, a sociologia, etc. Apesar de não necessariamente ser vista como um problema de saúde pública configura-se como tal por afetar a saúde individual e coletiva, exigindo uma organização das práticas e dos serviços para lidar com as suas consequências.

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) “a violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de

saúde pública em muitos países” (OPAS, 1994, p. 5). A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou em seu relatório sobre violência em saúde que por ano, mais de um milhão de pessoas morrem ou sofrem lesões não fatais causadas pela violência (OMS, 2002, p. 3).

Os prejuízos causados pela violência ultrapassam as questões individuais, do corpo de quem a sofre, correspondendo a altos custos financeiros e sociais. “Ao sistema de saúde, as consequências da violência, dentre outros aspectos, se evidenciam no aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, muito mais custosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais” (BRASIL, 2005).

Diferente dos custos monetários, os custos de dor e sofrimento, são quase invisibilizados diante da complexidade da sua mensuração. Nesta perspectiva, colocar a violência presente nos serviços de saúde em análise se trata de problematizar essa invisibilidade e naturalização, a fim de produzir estratégias de intervenções que possam reduzir os danos e melhorar as condições de saúde das pessoas.

A violência, à primeira vista naturalizada, foi algo que me tomou de assalto logo iniciado meu trabalho na saúde da família do Rio de Janeiro. Ouvia queixas por todos os lados: profissionais que se queixavam das atitudes violentas dos usuários, da insegurança e insalubridade das condições de trabalho; usuários com doloridos relatos e cicatrizes de uma vida imersa nas violências (domésticas, urbanas, institucionais); Gestores e trabalhadores que, nas entrelinhas das conversas de copa, corredor e reuniões de equipes, transpareciam a violência sofrida pela imposição de um modelo de cuidado em saúde, onde a ampliação do acesso e a quantidade de procedimentos ofertados se sobrepõem às questões mais sutis da clínica, do território, do cuidado em saúde.

Diante de tantas violências, iniciei a elaboração desta pesquisa escolhendo a Violência Institucional como tema central do meu estudo, sendo esta a que mais me afetava devido à incoerência e imprevisibilidade da sua existência: não se espera receber violência onde se procura cuidado. Junto a isso, me incomodava o fato dos trabalhadores perceberem apenas a violência que vinha ao seu encontro e nunca as que praticavam. Sendo comum a localização da violência exclusivamente nos usuários e no território, e raro no

serviço. Esta questão se configurou a princípio como problema motor do estudo a ser feito.

Ao realizar levantamento bibliográfico sobre violência Institucional e a sua relação com o campo da saúde, algumas surpresas. Dentre as produções encontradas, a maioria trazia a violência obstétrica como foco, indicando um cruzamento da violência institucional com a violência de gênero. Outra surpresa foi me deparar com a complexidade em torno da conceituação deste tipo de violência, assim como do uso do termo institucional relacionado diretamente aos serviços, estabelecimentos e seus trabalhadores, diferente de como entendemos esse termo à luz da Análise Institucional, onde “instituição não é uma coisa observável, mas uma dinâmica contraditória construindo-se na (e em) história, ou tempo. (...) O tempo, o social-histórico, é sempre primordial, pois tomamos instituição como dinamismo, movimento; jamais como imobilidade” (LOURAU, 1993, p. 11).

O Ministério da Saúde define a violência institucional como “aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão” (BRASIL, 2001. p. 21), incluindo abusos advindos das relações desiguais de poder entre profissionais e usuários, até danos físicos intencionais (BRASIL, 2001). Azeredo e Schraiber (2017) trazem para o debate sobre o tema a percepção de que o campo da Saúde Coletiva, parece deter-se mais sobre as formas de “combate” a violência institucional do que sobre “o que se entende” por violência institucional. A complexidade de definição, assim como a diversidade de perspectivas epistemológicas produziu uma série de sobreposições conceituais, dificultando ainda mais a discussão em torno da violência institucional. Os autores pontuam ainda uma certa confusão em torno da relação entre violência e poder, ora apresentados numa relação de semelhança (como sinônimos) ora numa relação de causalidade (violência como efeito do excesso de poder) (AZEREDO; SHRAIBER, 2017).

Rios (2009) em diálogo com Foucault (1986) traz a violência institucional como uma expressão historicamente recente, forjada para se referir à “utilização de castigos, abusos e arbitrariedades praticadas nas prisões, escolas e instituições psiquiátricas, com a conivência do Estado e da sociedade” (RIOS 2009. p. 256), como decorrência de relações pautadas pela sujeição dos indivíduos. Esta autora elenca alguns fatores que interferem na produção desse

tipo de violência, a saber:

a) a coisificação das pessoas, o não reconhecimento das subjetividades nas práticas de cuidado, principalmente nos hospitais, onde imperam formas rígidas de hierarquia e controle;

b) a organização do trabalho com forte tendência à fragmentação, onde os profissionais não mais acompanham o processo de cuidado como um todo, correndo o risco de alienar-se quanto à importância de cada um, por estar focados apenas na “sua parte”;

c) a medicalização da vida, a patologização de problemas humanos de ordens diversas, que referidos como doenças no CID (Código Internacional de Doenças) produzem aumento da busca de medicamentos para “solucioná-los”;

d) “o sucateamento dos serviços de saúde devido à má gestão da coisa pública ou aos sempre insuficientes investimentos frente aos crescentes custos da medicina biotecnológica” (RIOS, 2009. p. 256), que tem produzido: aumento da busca pelos serviços, esgotamento dos profissionais, “filas intermináveis, pacientes mal atendidos por profissionais mal remunerados e desvalorizados, e todo tipo de conflito (...)” (RIOS, 2009. p. 256).

Esse primeiro sobrevôo teórico, além de me mostrar o quão complexa seria a discussão em torno do conceito de Violência Institucional, disparou o questionamento acerca de como eu a trataria aqui, quais fatos, ações, acontecimentos a concretizam nesta pesquisa. Fui nos diários de campo iniciais, em busca das cenas, das situações de violência institucionais por mim registradas:

“Estava em uma reunião de uma das minhas equipes apoiadas. Uma reunião difícil, barulhenta (pessoas falando ao mesmo tempo), apressada, onde como sempre, todos se concentram primeiramente em “resolver” as suas demandas burocráticas: encaminhamentos para a atenção secundária, distribuição de tarefas, elaboração de escalas de trabalho, etc. A enfermeira, sentada em frente ao computador, organizava os papéis (consultas agendadas, receitas, entre outros), os distribuía para cada ACS, ao mesmo tempo que tentava organizar uma pauta para a reunião, lembrando a todos “*ainda tem a Rosa*” (meu apelido), referindo-se ao momento em que iríamos discutir os casos compartilhados com o NASF. A tentativa de se inserir em outras discussões da equipe para além dos casos era uma direção de trabalho do apoio matricial, muito dificultado por essa percepção de que eu estava ali para apoiá-los exclusivamente com os casos de saúde

mental. Eu acompanhava esse processo, tentando me inserir nas discussões, enquanto aguardava o momento legitimado pela equipe para o apoio. Neste momento, a gerente da unidade entra na sala, pede a atenção de todos para falar que a meta de Visita Domiciliar (VD) daquela equipe estava muito baixa naquele mês, questionando os motivos e exigindo que todos os ACS registrassem as VDs realizadas, de acordo com o número (meta de VD) e o prazo acordados, no prontuário eletrônico. Caso contrário não receberiam o dinheiro da “variável 3”³. Recado dado, deixou a sala e retomamos a reunião da equipe. A enfermeira, fazendo coro à cobrança da gerente, começa com voz alterada (falando alto) a cobrar dos ACS o registro das VDs no prontuário, dizendo: ***“você parece que não gostam de dinheiro! sabem que tem que lançar as VDs no sistema para gente alcançar a meta e não fizeram por que? Eu não quero saber o que vocês vão fazer na casa dos pacientes, eu só quero que vocês registrem no sistema, se não, nunca receberemos esse dinheiro”***. (Diário de campo, 2016).

A frase em destaque ficou ecoando em mim para além da taquicardia que me proporcionou ao ouvi-la. A VD, um dos principais instrumentos utilizados na ESF no que concerne à criação de vínculo e acompanhamento dos usuários, estava sendo ali, na minha frente, desqualificada, reduzida a um preenchimento no sistema. Uma violência a esse instrumento e aos seus principais atores: ACS e usuários. Os primeiros por serem pressionados a utilizar esse instrumento apenas para a obtenção do “número de VDs realizadas”, os segundos por terem seu cuidado prejudicado, diante da diminuição da potência dessa atividade.

Esta cena, me permitiu observar as muitas dimensões do que quero chamar de violência institucional, pois não é possível localizar exclusivamente nos trabalhadores do serviço (ACS, enfermeira e gerente) o ponto de incidência da violência. Ambos reproduzem o que lhe é cobrado pelo modelo de gestão e atenção à saúde instituído pelo município, acabando por, ao mesmo tempo, receber e praticar a violência. Não há como apontar quem é mocinho e vilão nessa empreitada, nem é esse o interesse. Faço essa colocação e trago essa cena para engrossar a discussão acerca de quais instituições atravessam os serviços de saúde, a fim de verificar no diagrama de poder, quais dessas são produtoras de violência.

³ Remuneração por desempenho, destinada às equipes que cumprem metas específicas pactuadas no contrato de gestão entre Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e as Organizações Sociais (OSS) que fazem a gestão dos serviços.

Compreendendo os estabelecimentos de saúde como atravessados por muitas instituições, penso que a violência institucional diz respeito a um modo como uma trama institucional se produz dentro dos serviços de saúde, sendo um efeito das instituições presentes nos estabelecimentos. A violência institucional não é a violência do serviço, mas a que acontece, materializa-se, presentifica-se nos serviços. Ela não está posta, dada, ela atravessa, se constitui nos estabelecimentos. É com essa perspectiva que seguimos neste estudo.

Como forma de me conectar com essas experiências a fim de transformá-las e produzir reflexões, problematizações, diálogos e compreensões sobre essa temática, escolho a cartografia como caminho, como *hódos-meta*, trazendo já aqui, a inversão do modo hegemônico *meta-hódos*, presente na palavra método, onde a *meta*, o ponto onde se pretende chegar é posto antes do *hódos*, o caminho a ser percorrido. Trata-se de “um método de pesquisa intervenção que reverte o sentido tradicional de método sem abrir mão da orientação do percurso da pesquisa” (PASSOS; BARROS, 2014. p. 17). *Hódos-meta* nos coloca em contato primeiramente com o caminho, compreendendo que a *meta*, o ponto de chegada, é construída ao longo do percurso, não sendo possível prefixá-la de saída. O cartógrafo orienta o seu trajeto através de *pistas*, levando em consideração os efeitos da pesquisa observados no objeto pesquisado, nos resultados da pesquisa e no próprio pesquisador (PASSOS; BARROS, 2014). O aprofundamento da discussão sobre o método escolhido para essa pesquisa se encontra no final desse capítulo, no item 1.2. Trago-lhe de modo rápido agora, para me auxiliar a comunicar as modulações ocorridas desde iniciada esta cartografia.

A Violência Institucional se configurou como uma pista inicial, uma vez que me provocou elaborar um projeto de pesquisa, submeter ao processo seletivo, trazendo-me a sensação de que o percurso cartográfico já se iniciara antes mesmo do mestrado. A cartografia é um método de investigação que tem por objetivo acompanhar processos de produção de subjetividade, porém, estes últimos já se encontram em curso quando o cartógrafo inicia seu trabalho, restando-lhe a entrada pelo meio, é “pegar o bonde andando” (BARROS; KASTRUP, 2014).

A segunda pista, surgiu a partir da problematização em torno da complexidade de construir uma pesquisa-intervenção, tendo como campo o meu

local de trabalho. Complexidade que diz menos de uma aproximação com a ideia de neutralidade científica, do que da necessidade de analisar os efeitos da pesquisa produzidos em mim e por mim, a fim de não torná-la um relato de experiência ou uma confissão. Ao tomarmos a inseparabilidade entre pesquisar e intervir, compreendendo que “toda pesquisa é intervenção” (PASSOS; BARROS, 2014, p. 17), contamos que todos os atores envolvidos no processo intervêm, participam, se engajam, se implicam por meio do compartilhamento de um território existencial, onde “sujeito e objeto da pesquisa se relacionam e se codeterminam” (ALVAREZ; PASSOS 2014. p. 131). Se todos participam, todos são analisados, incluído o pesquisador, que deve colocar em análise sua parte no processo da investigação (ROSSI; PASSOS, 2014), a sua análise de implicação.

A terceira pista veio a partir de reflexões feitas sobre a relação do apoio como a violência institucional, quando observamos a possibilidade desta tecnologia do SUS ser uma ferramenta utilizada para o manejo, o enfrentamento e a redução da violência institucional nos serviços, uma vez que seu caráter fronteiriço e de movimento se contrapõe a paralização, a interrupção dos processos, importante aspecto e efeito das situações de violência institucional.

Iniciei o meu percurso analisando o meu lugar: de onde falo? De onde pretendo pesquisar? Quais lugares e funções ocupo? Onde e como intervenho? Quais efeitos produzo no campo e em mim a partir das minhas intervenções? Quais efeitos o campo produz em mim e nele mesmo?

Começo a escrever sobre o meu lugar de apoiadora matricial, de psicóloga de uma equipe NASF, de trabalhadora da saúde pública. Ao fazê-lo, um capítulo sobre o trabalho do *apoio* (capítulo 2), nos deparamos com a possibilidade de mudança do objeto, diante dos primeiros passos percorridos. A análise de implicação inicial revelou a complexidade em torno da função apoio, o quão confuso ela ainda é para muitos trabalhadores e estudiosos do SUS; e principalmente, a minha implicação com o mesmo, mostrando-se por meio do que a banca de qualificação chamou de “escrita encarnada”, que muito havia a ser explorado sobre o fazer dos apoiadores. Junto a isso, fomos interpelados pelo contexto político nacional, que também contribuiu para a mudança do foco da pesquisa, fazendo modular o tema da violência para essa experiência, muito dolorosa para nós trabalhadores do SUS, que assistimos ao desmonte e

retrocesso nas políticas públicas de saúde.

Início esse mestrado exatamente no dia do *impeachment* da então presidenta eleita Dilma Rousseff, que resultou em uma série de mudanças nas políticas públicas por parte do “novo” governo. A começar pela promulgação da PEC 241/PEC 55-EC95/2016 referente ao teto de gastos, que congela por vinte anos os recursos federais para alguns setores, dentre eles, a saúde. Ouvimos nos primeiros pronunciamentos do então nomeado ministro da saúde do Governo Temer, Ricardo Barros, que o SUS é muito caro e que uma saída possível para contornar esse problema é a criação de planos populares de saúde, ameaçando de saída, a universalidade do nosso sistema de saúde, princípio que garante que todo e qualquer pessoa em território brasileiro tenha direito a ser atendido pelo SUS.

Para além das mudanças orçamentárias que nos anunciavam um prognóstico temeroso, modificações no modelo de atenção foram colocadas em pauta, por meio da mudança da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que, dentre outras questões, retira a função “apoio” dos trabalhadores do NASF, que passa a ser núcleo AMPLIADO, e não mais de APOIO à saúde da família (BRASIL, 2017), tratando-se de um importante acontecimento do campo dessa pesquisa. O que significa essa retirada? Quais transformações ocorrem no processo de trabalho do NASF a partir dela?

Diante disso, tomada inclusive por um ímpeto primário de defesa do apoio, escolho tê-lo como foco desta pesquisa. Nesse momento, a violência institucional nos serviços de saúde da AB, colocada inicialmente como principal temática, modula-se num vetor transversal, fazendo-se presente deste modo, durante todo o percurso cartográfico que segue.

Transversalizar a violência institucional nesse estudo não significa diminuir a importância da mesma. Compreendendo-a como uma violência vivenciada, concretizada nas instituições, serviços; temos o cenário político brevemente descrito acima recheado dela, infelizmente. Quer mais violência do que cortar recursos da saúde? Quer mais violência do que, num país que se diz democrático, diante de uma política pautada na gestão compartilhada, oriunda das lutas dos movimentos sociais, ver as políticas do SUS sendo modificadas sem um amplo debate, sem a participação da população e trabalhadores?

A violência institucional esteve presente durante todo o nosso caminho,

atravessando principalmente o campo da pesquisa, que “ferveu” durante o seu processo, seja em nível nacional ou local. Como veremos mais detalhadamente no capítulo 4, passamos por um período crítico no município do Rio de Janeiro, quando o governo municipal, argumentando falta de recursos, deixou faltar medicamentos e insumos básicos, anunciou fechamento de serviços, atrasou o pagamento do salário dos trabalhadores do SUS, entre outras violências.

Assim, buscamos explorar ao máximo – para uma dissertação – a função apoio, seu modo de operar, de estar no SUS, sua complexidade, seus desafios; abordar questões singulares do município do Rio de Janeiro; assim como compreender como as práticas de apoio se relacionam a violência institucional.

1.1 Habitar Fronteiras

Habitar. A escolha por este verbo para iniciar o percurso cartográfico que segue não é aleatória. Esta pesquisa acontece em um campo onde o morar, residir, viver, assentar, ocupam um lugar primordial. As Unidades de Saúde da Família (USF), serviços públicos de saúde da Atenção Básica (AB) do Sistema Único de Saúde, caracterizam-se prioritariamente pela sua relação com o lugar onde as pessoas vivem: são serviços do, no e para o território. Entendendo território como algo para além do espaço físico e geográfico, onde também estão incluídos os seus habitantes, os aspectos subjetivos, sociais, relacionais, culturais, econômicos e políticos. Território como “espaço vivido pelos homens, sendo também, o teatro da ação de todas as empresas, de todas as instituições” (SANTOS, 2003, p. 311). Como peculiaridade deste tipo de serviço, destaco a responsabilidade sanitária por um território demarcado e a mobilidade dos seus trabalhadores dentro do mesmo, tendo como *locus* de atuação todos os espaços do território, incluindo a casa das pessoas, os domicílios, o lugar onde se habita.

Além dessa compreensão acerca do território, outra se fará muito presente nesta pesquisa. Trata-se do entendimento do território como uma dimensão processual e qualitativa do espaço (ALVAREZ e PASSOS, 2014), como uma construção provisória que acontece em relação aos processos de desterritorialização e reterritorialização. Deleuze (1989) propõe que o território se constitui pelo movimento de saída do mesmo: a desterritorialização; e pelo movimento de compor uma outra parte: a reterritorialização.

A Saúde da Família inicia as suas primeiras aparições no início dos anos 90 do século passado, como continuidade e ampliação de um trabalho que já vinha sendo feito pelos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Considero este um bom ponto de partida para contar de forma breve a história da saúde da família, pois traz à tona quem particularmente considero como o principal personagem dessa trama: O Agente Comunitário de Saúde.

Eu deveria ter cerca de oito anos de idade, quando passava férias na zona rural da minha cidade, no interior do estado do Ceará, onde residiam alguns tios e tias-avós. Não havia luz elétrica, nem água encanada, aliás, água era algo usado com muito cuidado e esmero, devido à escassez. Lembro que tomávamos o único banho do dia com uma “lata de óleo” de água (naquele tempo o óleo de soja era vendido em latas de um litro), que vinha de poços, cacimbas e cisternas. Colhíamos algodão e chupávamos caju no pé, sem tocá-los, era a brincadeira.

Lembro-me de estranhar uma prima, que diferente das demais, não era agricultora. Observava ela se organizando para o trabalho e curiosa, perguntava sobre os materiais que carregava. Havia uma balança para pesar crianças, feita de tecido grosso em formato de “cadeirinha”, com um gancho de ferro numa das extremidades, que a permitia ser pendurada em qualquer lugar, até num galho de uma árvore. Levava cloro para pôr na água de beber e uma colherinha engraçada de plástico com duas conchas em suas extremidades, uma pequena e a outra maior, eram as medidas de sal e açúcar, para fazer soro de reidratação oral de forma caseira. Levava também consigo uma prancheta com papéis, alguns medicamentos e potes com “*multimistura*”⁴. Ela era, aliás, ainda é, agente comunitária de saúde, e esse foi meu primeiro encontro com a saúde da família.

O Brasil vivia um período onde a mortalidade materno/infantil e a desnutrição atingia níveis muito altos, principalmente em regiões mais precárias e/ou marcadas por transformações ambientais, como a seca, neste caso. Fazia-se necessário um trabalho junto a essas populações, onde fosse possível evitar tais situações. E para tanto, necessitava-se de um profissional de saúde que pudesse chegar às regiões mais ermas, distantes, iniciando um movimento de descentralização dos serviços de saúde, prioritariamente localizados nos centros

⁴ Mistura feita com farinhas e cereais, farelo de trigo e de arroz, pós de folhas verde-escuras, de sementes e de casca de ovo, disponibilizada principalmente pelas Pastorais, utilizadas para ajudar a combater a desnutrição no nosso país.

urbanos, nesta época.

Trabalhar junto com populações marcadas por dificuldades e precariedades socioeconômicas era algo que já ocorria no Brasil, por parte de alguns movimentos/organizações como as Pastorais⁵ e as Comunidades Eclesiais de Base⁶. Nestes contextos, contava-se com a “ajuda”, pois no início esse trabalho era feito de forma voluntária, de moradores que se mostravam como importantes articuladores locais. Alguém a quem todos conheciam e/ou tinham uma boa relação.

O trabalho era basicamente composto de ações de educação e orientação sobre como prevenir algumas doenças e agravos. Era possível a distribuição de alguns itens e era feito o registro da situação de saúde de áreas que eram desconhecidas ou de onde não se tinha muitas informações. Como peculiaridade deste trabalho, destaco o vínculo entre o profissional e os seus usuários, que tinham as relações de cuidado facilitadas por existir a priori ali, uma relação de confiança.

A importância de apresentar a Saúde da Família a partir do ACS se dá por considerar a experiência destes como precursora de outras que se sucederam nas práticas da Saúde da Família. O ACS como uma experiência de fronteira, por se tratar de um ator que habita o lugar de profissional do serviço e usuário do mesmo; de morador e de trabalhador do território. Ele transita entre esses lugares-funções e dá passagem ao território, à clínica desenvolvida com, no e para o mesmo.

Assim surge o trabalho do ACS, regulamentado em 1991, quando implantado o PACS. Neste programa, esses moradores-profissionais de saúde passam a ser supervisionados por um profissional de enfermagem e ter um processo de trabalho mais complexo. Pouco mais adiante, em 1993, é implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), que ampliou a equipe do PACS, assim como o seu escopo de atuação. Além dos enfermeiros e ACS, as

⁵ São serviços, ações, trabalhos desenvolvidos pela Igreja católica. Possuem objetivos específicos construídos de acordo com as necessidades das populações que o recebem, atuando em diversos setores, por exemplo: pastoral da infância e adolescência, pastoral carcerária, etc.

⁶ Consistem em comunidades vinculadas à igreja católica, reunidas geralmente em função da proximidade territorial e de carências e misérias comuns, cujo objetivo é promover articulação entre leituras religiosas e a vida dos sujeitos envolvidos, a realidade política e social em que vivem.

equipes de PSF passaram a contar também com profissionais de medicina, de odontologia e auxiliares de enfermagem. Os PSF por sua vez, foram embrionários do que chamamos hoje de Estratégia de Saúde da Família, onde ancoramos as ações de atenção básica, onde acontece esta pesquisa.

A ESF surge como um modo de reorganização da atenção básica, configurando-se como principal porta de entrada para os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e coordenadora do cuidado dos usuários. Guia-se pelos princípios da universalidade, vínculo, longitudinalidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Tem como características peculiares: possuir um território adstrito sob sua responsabilidade, o trabalho em equipe, a participação efetiva dos usuários e o foco na integralidade do cuidado das pessoas, cabendo a ela acionar os demais equipamentos da rede, quando necessário (BRASIL, 2012).

Uma grande mudança acontece nesta passagem de PSF para ESF. No PSF, o foco do trabalho era nos programas de erradicação de alguns agravos, como tuberculose, hanseníase e sífilis; na prevenção de outros, como é o caso dos programas de pré-natal e puerpério, prevenindo a mortalidade materno/infantil e outros problemas relacionados ao desenvolvimento das crianças; e no controle de doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão e o diabetes. As equipes do PSF trabalhavam prioritariamente com consultas agendadas, de acompanhamento longitudinal, com pouca abertura para outros grupos e para atendimentos imediatos. A ESF amplia as possibilidades de trabalho das equipes, quando traz a universalidade, a acessibilidade e a integralidade como carro chefe. Não mais se trata de cuidar apenas de grupos comumente chamados de “prioritários” (gestantes, hipertensos, diabéticos, crianças), trata-se de cuidar de todo um território, uma população, independente dos agravos ou de qualquer outra situação. A isso se refere a responsabilidade sanitária, quando o cuidado e a responsabilidade assumidos pelas equipes de saúde da família dizem respeito à lidar com tudo que há naquela área demarcada, sejam as pessoas, os espaços físicos, as relações internas e externas que ali se estabelecem.

Outra importante mudança diz respeito à ampliação do repertório de procedimentos. Quando compreendido que a maioria das demandas emergenciais da população se trata de morbidades de baixa complexidade, que

pode ser “resolvida” na atenção básica, esta passa a trabalhar não apenas com a prevenção, educação e promoção da saúde, como também com o diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos.

As questões colocadas acima estão ancoradas na Política Nacional da Atenção Básica, importante conquista do SUS no que se refere a uma tentativa de política de estado, e não de governos, onde para além de um modelo de atenção, versa sobre um modelo de financiamento, sobre a descentralização e a forma como os recursos são alocados e definidos: por meio de aprovação em órgãos do controle social (conselhos locais de saúde), garantindo a participação dos usuários na gestão dos serviços.

Mas como isso tem sido operacionalizado no território nacional? Como os municípios brasileiros, com suas importantes diferenças têm transformado essa política em práticas de cuidado da saúde das populações? Como aconteceu no município Rio de Janeiro? Para este momento, se faz importante responder ao último questionamento, compreendendo que os primeiros demandariam pesquisas outras, devido a sua extensão e complexidade.

O Rio de Janeiro é um município de tradição hospitalar. Os números de importantes hospitais de várias especialidades saltam aos olhos de nós estrangeiros, que viemos estudar e trabalhar no campo da saúde nesta cidade. A atenção básica até 2009 era feita por Unidades Básicas de Saúde (UBS), os famosos “postinhos”, que ofertavam consultas de baixa e média complexidade para uma população numerosa. O acesso era restrito, pois a procura era bem maior do que a oferta dos serviços; era necessário enfrentar filas de pessoas que se formavam nas madrugadas para conseguir uma “ficha” que garantia o acesso aos atendimentos de saúde. E as pessoas que não conseguiam chegar às filas? Provavelmente só teriam acesso aos serviços por meio da emergência hospitalar, quando o quadro de adoecimento estivesse muito agravado, ou nem isso.

Era comum o que no campo da saúde chamamos de vazios sanitários: áreas onde não existia nenhum serviço de saúde próximo. Onde o acesso ao cuidado pelos serviços se dava de forma precária, ou não se dava. Onde as populações se cuidavam de outras maneiras, com várias limitações, principalmente devido a comum conjunção de vazio sanitário com populações carentes de direitos e recursos básicos para a sobrevivência.

A saúde da família existia no município, porém de forma tímida, geralmente ligada às universidades, aos cursos de formação de profissionais de saúde. Não se tratava de uma política de governo, tampouco de estado. Em 2009, se dá início ao processo de expansão da saúde da família no município, onde a cobertura passou de 3,5% em 2009 (RIO DE JANEIRO, 2012) a 70% em 2016 (RIO DE JANEIRO, 2017). Mas como se deu esse processo? Quais as peculiaridades da saúde da família neste município? O que aconteceu nestes sete anos?

O processo de expansão da Atenção Básica/Saúde da Família se deu de forma acelerada. Rapidamente aumentaram o número de Clínicas da Família, e alguns antigos postos configurados como UBS, passaram a serem mistos: ter equipes de saúde da família e as equipes tradicionais. Como peculiaridades da saúde da família do município do Rio de Janeiro, destaco inicialmente três pontos: a denominação, uma vez que aqui, as nacionalmente conhecidas Unidades de Saúde da Família (USF) foram batizadas como “clínicas da família”; a gestão: escolheu-se a parceria pública e privada, por meio de Organizações Sociais de Saúde (OSS), para realizar a gestão destes serviços; e a presença de um gerente nas Clínicas da Família, que além de administrar os bens materiais, insumos e recursos humanos das unidades, também é responsável por gerir o processo de trabalho nestes destes serviços.

O processo de trabalho nestas unidades é definido por meio de um contrato feito entre Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e OSS, denominado “contrato de gestão”, onde se encontram definidas as atribuições de cada categoria profissional e equipes de saúde, assim como os quantitativos de procedimentos a serem realizados por estas (número de consultas, visitas domiciliares, grupos, reuniões de equipes, etc.). Cabe ao gerente garantir que esse acordo seja cumprido, que esses números pactuados sejam alcançados. O gerente fica na fronteira entre a gestão central e os trabalhadores, porém numa hierarquia superior a estes últimos, geralmente no lugar de quem fiscaliza e cobra o cumprimento das metas pré-estabelecidas no contrato.

O trabalho dos agentes comunitários também se configurou de forma peculiar no município do Rio de Janeiro. Distinto dos ACS do início da saúde da família, estes não são articuladores locais. São moradores dos territórios que fizeram uma seleção para o cargo. Dentro das suas atribuições, encontra-se um

tipo de trabalho que mais se aproxima de um técnico administrativo ou secretariado: agendar consultas, entregar exames, organizar a agenda dos profissionais de nível superior, além de realizar turnos de trabalho fazendo a recepção dos usuários no serviço em um “guichê”, alocado num espaço nomeado de “acolhimento”. As visitas domiciliares, o trabalho no território e com educação em saúde, facilmente é colocado em segundo plano.

O trabalho de acompanhamento de saúde das famílias, de educação em saúde, de promoção e prevenção, as atividades coletivas, o acompanhamento dos usuários na rede, a articulação entre serviço e políticas locais, o trabalho territorializado do ACS, como acontece desde seu surgimento até hoje, em vários lugares do país, não é priorizado no município do Rio de Janeiro. Além disso, os ACS daqui não possuem formação específica – Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde – nem supervisão do seu trabalho pelas enfermeiras, como ocorre desde o PACS, tendo seu processo de trabalho feito de acordo com o entendimento de cada um.

Dentre os profissionais de nível superior – médicos, enfermeiros e odontólogos; poucos têm formação e/ou experiência com saúde da família, trazendo como importante desafio, a incorporação da educação continuada e da educação permanente em saúde nas agendas de trabalho. Este aspecto também torna comum a verificação de práticas ambulatoriais e/ou de “pronto-atendimento”, que também tem seu espaço valorizado pelas populações oriundas de vazios sanitários e com uma cultura hospitalocêntrica introjetada historicamente. Diante dessas particularidades, como produzir atenção integral à saúde da população tendo esse modelo de atenção e gestão como eixo estruturante do trabalho? O que essas mudanças produzem no processo de trabalho das equipes?

Quando uma unidade de saúde se transforma em clínica, a saúde é retirada e a doença é colocada no centro. Ou seja, a promoção e a prevenção, carros chefes da ESF, são desvalorizadas em detrimento aos procedimentos clínicos, ao tratamento, ao diagnóstico. Essa mudança pode ter relação com vários aspectos que observamos no cotidiano das equipes: priorização das demandas livres em detrimento as agendadas; priorização de consultas rápidas de demandas agudas – que fazem números – em detrimento às consultas longas, de acompanhamento, com presença de vínculo, onde podem ser

trabalhados os afetos e as questões subjetivas; alocação dos profissionais de nível médio em funções de secretariado, na recepção – como nas clínicas privadas.

Sobre o foco nas doenças, quero destacar ainda, outra importante questão. A saúde da família deve organizar o seu processo de trabalho e o cuidado dos usuários, de acordo com o diagnóstico do território: quais os principais problemas de saúde, as doenças prevalentes, as dificuldades de cuidado da população assistida. Por sua vez, temos a violência como uma importante produtora de danos e sofrimento para parte importante da população. Trata-se de um fenômeno de prevalência no território, porém não há nos serviços trabalhos direcionados para tal fenômeno, talvez pelo mesmo não se configurar como doença, mas como um fenômeno social que compromete a saúde. Haveria um invisibilização da violência por parte dos serviços, do ponto de vista ético e epidemiológico? Ou ela só ganha visibilidade quando atrelada a uma questão biológica, individualizada? Se os serviços de saúde da família não estão planejando o seu processo de trabalho baseado nas questões prevalentes do território, como estão fazendo? O que está sendo priorizado? O foco nas doenças aproxima mais esse serviço de um modelo médico-centrado, baseados nos especialismos, do que da integralidade, que é o princípio motor da saúde da família. Mas afinal, o que se entende por integralidade?

A integralidade tanto faz referência à forma como o usuário do serviço deve ser cuidado: como um sujeito, atravessado por relações sociais, com uma história e cultura, com características singulares, diferente de um amontoado de órgãos; como se refere à integração que a saúde da família deve fazer com os demais equipamentos da rede, a fim de garantir que as necessidades dos usuários sejam atendidas de forma integral e não parcial. Para tanto, se faz necessária uma percepção ampliada das necessidades dos usuários, assim como habilidade para identificar e adequar as ofertas disponíveis pelas equipes de saúde para cada situação específica. Trata-se de uma aposta nas práticas de cuidado no SUS que sejam intersubjetivas, envolvendo necessariamente a dimensão dialógica das relações (MATTOS, 2004).

Pensando neste princípio caro ao SUS, o da integralidade, surge o conceito de clínica ampliada, que coloca em questão a hegemonia do modelo biomédico, convocando outros saberes como os provenientes da saúde coletiva

e saúde mental, do planejamento e da gestão em saúde, das ciências sociais e políticas, para compor com o trabalho clínico ofertado nos serviços de saúde. Esta ampliação diz respeito prioritariamente ao objeto do trabalho clínico, onde o foco do trabalho não estaria restrito às doenças e aos usuários adoecidos, ampliando-se para o território, para as condições sanitárias, políticas e sociais onde estes estão inseridos (CAMPOS, 2003).

Desta forma, falar da clínica ampliada na saúde da família, da clínica que se propõe integral e integrada, que se realiza no local onde as pessoas vivem, assentam, residem, é falar da clínica como um *habitat*, é falar de um habitar na clínica. Aqui o habitar não é vivenciado apenas pelos usuários, mas também pelos trabalhadores, que estando parte importante do seu tempo no serviço (a maioria dos trabalhadores da AB possuem contrato de 40 horas semanais), comumente relatam passar mais tempo com os colegas de trabalho e usuários do serviço do que com as suas próprias famílias e demais círculos afetivos. Sobre esse habitar, conviver, vale salientar ainda a importância do vínculo empregado nesta clínica, colocado como elemento central, como condicionante para o trabalho. Vínculo este que se diferencia, por exemplo, do vínculo de um profissional de ambulatório, ou de serviço especializado, por extrapolar os espaços de consulta/consultório, expandindo-se para níveis de intimidade outros, como frequentar os espaços públicos e comunitários dos usuários, assim como a sua casa, de seus vizinhos, amigos e familiares.

As possibilidades de atuação, intervenção dos trabalhadores da saúde da família, assim como os lugares onde estas podem ocorrer, são diversas e não delimitadas. Mas qual o limite? Até onde pode ou deve ir um trabalhador de saúde nesta clínica do habitar? Quais as fronteiras presentes no habitar? Questiono isso por acreditar que a abertura para a criatividade e para as diversas possibilidades de intervenção coletivas e comunitárias não significa que se pode fazer “qualquer coisa”. O que guia, orienta, dá contorno e delimita de alguma forma o trabalho desses serviços no território? O quão invasivo, controlador, tutelar e violento ele pode vir a se tornar também, alicerçado numa abertura para “fazer de tudo”? Qual a fronteira entre cuidado, a produção de autonomia e o controle, a invasão, a violência? Assim começaram a aparecer as fronteiras habitadas nesta cartografia, que não são poucas e nem de simples definição.

Ao passo que se iniciava este exercício cartográfico, mais e mais

fronteiras iam surgindo, iam se mostrando. A começar pelo seu problema inicial, que apresentava uma fronteira de difícil conjugação, feita no encontro entre violência e cuidado. Em seguida, o campo se mostrou fronteiriço. As unidades de saúde e seus territórios de atuação se localizam em bairros que ficam em uma das fronteiras entre o Rio de Janeiro e outro município vizinho; e são divididos pela linha férrea, que demarca uma nova fronteira entre uma área governada pelo tráfico de drogas conhecida como “dentro” e outra área que não tem influência direta dos comandos do tráfico, conhecida como “fora”.

Foi explorando as fronteiras que surgiam enquanto seguíamos as pistas da pesquisa, que nos deparamos com aquela que se tornaria questão prioritária nessa pesquisa: o apoio. A partir da análise de implicação, quando debruçada sobre o meu fazer de apoiadora matricial, fui tomada por sensações de fronteira, de ocupar esse lugar entre, fronteiriço, sendo surpreendida por várias outras fronteiras que habitam esse fazer, que esse fazer habita.

Mas por que fronteira? Pelo que cabe nela. Na fronteira cabe o confronto, a tensão, a indefinição, a disputa, a demarcação, o contorno, o controle ao passo que também cabe a passagem, a conexão, o encontro, a permeabilidade e o limite. Habitar a fronteira é viver a tensão de assentar-se num local instável e, por vezes, bélico. Nas fronteiras habitadas na pesquisa, entramos em contato com a vida dos usuários e trabalhadores dos serviços da AB, que vivem limites.

Neste estudo de fronteira, o trajeto cartográfico aconteceu no trânsito entre os campos da academia, do trabalho e da cidade, e contou como matéria motriz a fronteira “corpo que agora escreve”. Foi me vendo fronteiriça que iniciei a caminhada, a partir de um corpo apoiador. Junto comigo, um grupo de orientação-supervisão, que tornou possível as análises feitas na pesquisa, incluindo as análises de implicação, de forma coletiva; entrar em contato com outros modos de perceber o que me acontecia nesses deslocamentos; e principalmente, me ajudou a lidar com o possível caos criado em torno do não-lugar muitas vezes atribuído ao apoiador.

Foi cuidando desse corpo-fronteira que avaliamos as minhas intervenções na pesquisa, os acontecimentos, os efeitos, as transformações que iam se produzindo tanto no campo como em mim, a pesquisadora. Seguimos explorando essa primeira fronteira, firmes na aposta da inseparabilidade entre sujeito e objeto da pesquisa; entre clínica e produção de conhecimento.

1.2 Trabalhadora que pesquisa/pesquisadora que trabalha (hódos-meta)

Eis que retorno à academia dez anos depois. Tive uma graduação que direcionava de forma incisiva os seus formandos para o mestrado, para a permanência na academia, para a docência. Mas o desejo de “meter a mão na massa”, de viver o extra-muro da universidade, de atuar como psicóloga sobrepunha-se ao desejo dos meus professores, que me incentivavam a permanecer nos grupos de pesquisa. Eu sabia que faria mestrado um dia. Imaginava que em algum momento da minha trajetória profissional, algo saltaria da minha experiência e me faria retornar à universidade. Desejava um problema de pesquisa que fosse encarnado e um pesquisar que me permitisse intervir.

Durante a graduação, fui pesquisadora bolsista de PIBIC⁷ em um grupo de pesquisa em psicologia social, e muito me marcou uma experiência de quando apresentei o meu trabalho em um congresso de iniciação científica. Um professor avaliador me perguntou sobre a relevância do que eu estava estudando e qual a contribuição da minha pesquisa para o campo da psicologia. Naquele momento, às voltas com o incômodo e reflexões pelas perguntas gerados, senti constrangimento: sabia da relevância do tema – como os adolescentes percebiam a diferença entre ser homem e ser mulher – mas fui fisgada pela sensação/constatação de que a minha produção dificilmente sairia dos muros da universidade. “Servirá para outros pesquisadores” respondi francamente ao professor.

Por sorte, no final da graduação, quando me deparava com o dilema sobre qual psicologia “seguir”, bastante contrariada com a minha experiência em pesquisas psicométricas onde o primado da neutralidade científica, do distanciamento entre pesquisador e objeto não me fazia sentido algum; pude me encontrar com outras formas de pensar/fazer psicologia. “Por sorte” porque devo essa experiência em certa medida ao encontro com dois mestres, que me apresentaram principalmente a dimensão política da psicologia, da ciência, trazendo autores e experiências para afirmar que teoria e prática, pensar e fazer, pesquisar e intervir são aspectos inseparáveis. Genaro Ieno Neto me apresentou a possibilidade de uma psicologia social aplicada, principalmente por meio dos

⁷ O Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do CNPQ - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

saberes da psicologia social comunitária e da educação popular. Ângela Fernandes, um presente da UFF para a UFPB me apresentou dentre tantas e tantas coisas, a Pesquisa-Intervenção, a Análise Institucional, a Filosofia da Diferença. Dessa forma, tornar-me psicóloga fez sentido.

Construí a minha trajetória profissional dentro das políticas públicas de saúde e assistência social. Pertencço a uma geração de psicólogos que foram convocados a construir um novo modo de trabalho nestes campos, uma vez que vivíamos, além da criação e ampliação de serviços nos anos 2000, uma mudança de paradigma de trabalho, tanto na saúde mental com a atenção psicossocial, quanto na saúde da família, que como estratégia, passou a ser responsável pelo cuidado integral de uma população adstrita e a coordenar o cuidado dos seus usuários pela Rede de Atenção à Saúde (RAS). Tais mudanças exigiam que construíssemos práticas mais territorializadas, coletivas, comunitárias, nos tirando do conforto do *setting* clínico tradicional, dos nossos saberes psis, nos convocando a habitar outros modos, outros saberes, outros territórios existenciais (ALVAREZ; PASSOS, 2014), e principalmente a criar, pois não sabíamos o que faríamos enquanto psicólogos nos CRAS, por exemplo, quando soubemos que haveria trabalho psi sendo demandado naquele serviço. *Aprender-fazendo*, essa era a conclusão mais comum nas rodas de estudo e discussões sobre as práticas psi nas políticas públicas. Tínhamos algumas pistas e parcerias, mas sabíamos que era na experiência que nos encontraríamos com esse fazer, construindo-o e nos construindo enquanto psicólogos das políticas públicas. Essas experiências estão aqui para falar, além do percurso profissional, do meu encontro com um modo de fazer/aprender, que só me dou conta ser cartográfico, agora que me debruço a estudar sobre a metodologia escolhida para essa pesquisa. A cartografia aposta no primado da experiência, que redireciona a pesquisa do *saber-fazer* (que supõe um saber anterior acerca da realidade) para um *fazer-saber* (saber que emerge do fazer). Um fazer-saber produzido a partir da experiência da pesquisa, da intervenção no campo. “Do saber na experiência à experiência do saber. Eis aí o ‘caminho’ metodológico” (PASSOS; BARROS, 2014, p.18).

No meu trajeto profissional, muitos foram os territórios e serviços habitados. Mudei de empregos, de cidades e de campos: da assistência social (CRAS e CREAS) para a saúde pública (ESF e NASF). Dentre as mudanças,

quero destacar dois aspectos que permaneciam, não mudavam, pareciam ir me acompanhando por onde eu ia: o modo aprender-fazendo, e a forte presença da violência, que de tão comum nos campos, serviços e relatos de pessoa que atendia, foi se configurando como importante incômodo para a pesquisa.

Cuidar de pessoas e trabalhadores imersos em contextos de precarização e violência, nos mais diversos âmbitos e cenários (manicômio, periferias, favelas, zonas urbanas e rurais) era algo constante, desafiador e que muito me afetava. A violência atravessou o meu trabalho desde sempre ganhando alguns graus de complexidade quando chego no Rio de Janeiro e me deparo com armas nas ruas das favelas, com mais e mais relatos de pessoas devastadas pelas violências, com uma Saúde da Família tão jovem, porém já tendo que aprender a “desviar dos tiroteios”.

E foi desviando junto com a ESF do Rio de Janeiro, que me encontrei com meu problema de pesquisa inicial e com o desejo de retornar para a universidade: seja pelo desvio implícito da clínica – criação de novos possíveis, seja pelo desvio-distanciamento das durezas do trabalho no SUS. Foi num misto de indignação e curiosidade, de inquietação científica e necessidade de cuidado, que voltei para o colo da academia, como um soldado machucado pela guerra volta para os braços dos seus, dos que te cuidam e te ensinam. Foi com as dores de um corpo-trabalhador adoecido, que um corpo-pesquisador foi forjado, produzindo cuidado e resistência, configurando uma importante fronteira habitada neste estudo: a trabalhadora que pesquisa/a pesquisadora que trabalha.

Este corpo-fronteira, transitou entre as *polis* da academia e do trabalho durante quase⁸ todo o percurso cartográfico, intervindo em ambos os campos, revelando, por vezes, a inseparabilidade destas duas ações: trabalhar e pesquisar, conjugando-se à escolha do método, que também não separa o ato “investigativo” da pesquisa do seu aspecto interventor no campo. Entendemos que ao interrogar, ao estranhar o objeto, nós estamos intervindo nele.

A escolha do método, assim como do problema de pesquisa, tem relação direta com a escolha do programa de pós-graduação da UFF, referência nacional

⁸ Quase porque a pesquisadora em questão desligou-se do serviço em janeiro de 2018, após extremo desgaste ao longo dos três anos de trabalho no NASF do município do Rio de Janeiro, diante das consequentes e constantes situações de adoecimento.

no que tange a esse modo de fazer pesquisa; e do orientador, que além de ser um dos principais autores acerca do método cartográfico, tem uma conexão, experiência e contribuições importantes no campo da saúde pública brasileira, do SUS. Como bônus de um encontro que eu já previa profícuo, conto durante todo o meu percurso, com um grupo de orientação (orientador, mestrandos e doutorandos), com um modo coletivo de produzir as pesquisas, num exercício constante de co-gestão.

A pesquisa-intervenção qualitativa, originada a partir das formulações do movimento institucionalista francês nas décadas de 60 e 70 do século passado, foi escolhida como meio para fazer essa travessia. Trata-se de uma importante metodologia no campo das ciências humanas e sociais (BAREMBLIT, 1992), mas que no Brasil, vem se estabelecendo de forma consistente para a área da saúde, principalmente na última década. A pesquisa-intervenção vem se mostrando como forte instrumento para construção coletiva de saberes com os usuários e profissionais dos serviços, contribuindo assim para melhoria da produção de cuidado, do trabalho em saúde no SUS (FERIGATO; CARVALHO, 2011):

a pesquisa-intervenção, afirma a um só tempo a inseparabilidade entre campo de intervenção e campo de análise, teoria e prática, fazer e pensar, quando mostra que sujeito e objeto, pesquisador e pesquisado se constituem no mesmo processo” (ROSSI; PASSOS, 2014. p. 166).

O método cartográfico se tratar de uma aposta na produção de conhecimento, de saberes, como algo que se dá no encontro entre os sujeitos, onde todos se transformam (sujeitos, objetos e o próprio pesquisador). Acompanhar processos (BARROS; KASTRUP, 2014). Transformar para conhecer e não conhecer para transformar, pois é no plano da experiência que o sujeito e o objeto, teoria e prática produzem a sua intervenção no campo (PASSOS; BARROS, 2014).

Para tanto, se faz necessário habitar um território existencial (ALVAREZ; PASSOS, 2014), onde sujeito e objeto coemergem e se relacionam. Território este, não existente *a priori*, mas produzido pela habitação do processo de pesquisa, tornando-se comum às partes envolvidas. Habitar um território existencial é “acolher e ser acolhido na diferença que se expressa entre os

termos da relação” (ALVAREZ; PASSOS, 2014, p. 148), o que exige do cartógrafo abertura, engajamento, desejo e cuidado de composição, esvaziar-se dos pré-julgamentos, avaliar as tomadas de decisões, dentre outros aspectos (ALVAREZ; PASSOS, 2014). Para a cartografia, toda pesquisa tem uma direção clínico-política, assim como toda prática clínica é produtora de conhecimento (PASSOS; BARROS, 2014).

Diferente representar objetos, isolando-os das suas articulações históricas e relações com o mundo, a cartografia objetiva “desenhar a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta das suas modulações e de seu movimento permanente” (BARROS; KASTRUP, 2014, p. 57). A rede de forças que aqui fui traçando, remete-se às relações entre os trabalhadores da ESF (equipes apoiadas, apoiadores NASF, gestores e usuários), entre estes e as instituições que atravessam o cotidiano e as prática de cuidado no SUS, entre estes e a violência institucional.

No caso desta pesquisa, iniciei com projeto que trazia a relação entre violência institucional e cuidado na ESF como principal objeto a ser trabalhado na pesquisa. Dentre as tantas violências vivenciadas, ouvidas e observadas, essa me chamava atenção pela sua imprevisibilidade no campo da saúde – atitudes violentas entendidas como incompatíveis com atitudes de cuidado das pessoas; e pela fragilidade dessa discussão no campo da saúde pública no Brasil. No meu projeto, desejava trabalhar a temática da violência junto com os trabalhadores da ESF: como as diversas formas de violência atravessam o trabalho em saúde? Como eles lidam com esses atravessamentos? Quais tipos de violência seriam percebidos? Qual o mais presentes? à espreita de que a violência Institucional aparecesse no percurso cartográfico.

Porém, iniciado o percurso cartográfico, compreendendo que neste não há de saída, regras pré-estabelecidas e sim pistas que orientam; compreendendo uma forte vinculação minha com o campo de pesquisa proposto – meu local de trabalho, resolvemos que eu começaria por uma análise de implicação, onde o lugar e função que ocupo, as minhas práticas e relações institucionais pudessem ser analisadas, compreendidas, nos abrindo novas pistas de como seguir na pesquisa.

Seguindo a aposta de que o ato de conhecer pressupõe implicar-se com o mundo a ser conhecido, comprometer-se, a análise de implicação busca

observar, problematizar, elucidar as relações entre os atores da trama institucional e suas vinculações (ROSSI; PASSOS, 2014). Dentre estes o próprio pesquisador, que necessita colocar em análise as suas afetações e intervenções, no exercício de construção de si e do objeto pesquisado.

O conceito de implicação foi proposto por René Lourau, ocupando o lugar da contratransferência institucional, diante da necessidade compreender a dinâmica de relações onde não há lugar para posições bem definidas. (PASSOS; BARROS, 2014). Elas se dissolvem, não mais demarcando no centro da cena, a dualidade da relação entre analista e analisado – como no caso da transferência e contratransferência. Se dissolvem as posições de quem conhece e de quem é conhecido, de quem analisa e de quem é analisado. O campo implicacional indica um “sentido mais entre forças e menos ente formas”. (PASSOS; BARROS, 2014, p. 25).

Analisar este plano de força que é o serviço de saúde é também colocar em análise o meu lugar: de psicóloga, de trabalhadora, de pesquisadora. Fazer estranhamentos sobre esses lugares, poder tomar distância e se aproximar, mudar com frequência o ângulo de visão, analisar os momentos e os movimentos do percurso que se segue. É não perder de vista, durante todo o itinerário cartográfico, que as linhas que eu traço neste pesquisar/intervir interferem na produção coletiva final; que as direções que assumo dizem respeito ao lado político da clínica do NASF, e que estas também devem ser tomadas em análise.

É preciso levar em conta o lugar e a função que se ocupa no campo, examinando sistematicamente as tomadas de posição. Para tanto, faz-se necessário o que Kastrup (2014) denominou atenção flutuante, uma atenção diferenciada, onde se manifesta um movimento contínuo de aproximação e distanciamento, necessários para tornar possível a detecção das forças circulantes, que podem revelar outras faces do real (KASTRUP, 2014).

Comecei a análise de implicação fazendo uma exploração teórico-prática do meu trabalho no NASF como Apoiadora Matricial. Ao fazê-lo, nos demos conta da densidade e complexidade dessa temática. As pistas que se abriam a partir dessa experiência me levavam a aprofundar meus estudos sobre o apoio, a compreender melhor essa tecnologia, sua trajetória, seus desafios. Outro ponto importante diz respeito a minha forte ligação com o campo, estando apoiadora há seis anos, a discussão sobre o apoio me é cotidiana, estando muito

presente e viva em minha experiência.

Compreendemos que o meu objeto se modulara, ganhara uma nova forma, que não implicava em abandono do anterior, mas mudou o foco para essa tecnologia tão cara ao SUS e a mim. Segui as pistas, mergulhando na discussão do apoio, sem perder de vista o atravessamento da violência institucional, entendendo que esta não se ausentara do estudo, mas assumira um caráter transversal, uma vez que permanecia presente e que o grau de incômodo produzido pela mesma, não me permitia abandoná-la.

Mudou o objeto, mudou o percurso e conseqüentemente mudaram outros fatores, como o campo da pesquisa, que se ampliou para além dos serviços da ESF do município do Rio de Janeiro, incluindo aspectos do contexto nacional e local acerca da atuação no apoiador. Ao colocar o apoio como elemento central da pesquisa, precisaria acessar mais intensamente as experiências do mesmo, da sua relação com os outros atores e instituições.

Também mudaram as questões disparadoras da pesquisa, que se direcionaram para questionamentos acerca de como a função apoio acontece: como se construiu? Como a situamos dentro das políticas do SUS? Como o apoio matricial do NASF vem se desenvolvendo no município do Rio de Janeiro? Quais as potencialidades e fragilidades dessa ferramenta? Como se relaciona com a violência institucional?

A experiência de intervir no campo já acontecia, sendo eu uma das profissionais atuantes no campo de pesquisa, como trabalhadora da saúde pública, como apoiadora matricial. Está incluso nas atribuições do apoiador ter a sensibilidade de olhar para as questões que afetam os usuários, os trabalhadores e tratar delas, colocá-las em análise de forma coletiva, convidando os demais colegas de trabalho a pensar e criar estratégias, possibilidades de mudanças. Entendendo-me como alguém que está ali para pensar junto, para entender as dificuldades, os nós, e para compor essa equipe de intervenção nesses nós, creio que as intervenções feitas como apoiadora se comunicam diretamente com as intervenções da pesquisa. A partir da minha vivência e estudo sobre o trabalho do apoio matricial, acredito que estas intervenções possuem uma proximidade importante, quiçá poderei a adiante afirmar que podem ser de mesma natureza.

Sendo a pesquisadora apoiadora e o campo da pesquisa o mesmo do

trabalho, compreendemos que essas experiências poderiam ser acessadas por meio da minha observação participante, registradas em diários de campo. Muito utilizada em pesquisas qualitativas, a observação participante “consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação” (QUEIROZ et al, 2007, p. 278). Essa técnica se caracteriza por estreitar as ligações entre o objeto de pesquisa e seu contexto, o observador e os fenômenos observados. Ela auxilia o pesquisador na análise da realidade observada, na busca dos conflitos e as tensões presentes nos grupos, assim como a identificação dos sujeitos sensíveis às intervenções (QUEIROZ et al, 2007). A observação participante proporciona a entrada e manifestação dos processos cotidianos do trabalho, onde não necessariamente os sujeitos da pesquisa estão debruçados sobre as temáticas, porém elas podem comparecer de outras formas: latentes, paralelas, nas entrelinhas.

O diário de campo se apresenta como outro importante instrumento de pesquisa, pois além de servir para o registro, também é considerado como elemento de intervenção, quando serve para refletir e organizar as informações captadas no campo, auxiliando na definição das novas direções possíveis para a pesquisa, no decorrer da mesma. (PEZZATO; L'ABBATE, 2011). No diário constam relatos sobre as vivências, imagens e sentidos produzidos no cotidiano do trabalho.

As análises foram realizadas coletivamente com o grupo de orientação, acontecendo durante todo o percurso da pesquisa, tendo em vista que o campo de análise e o de intervenção não se separam, apesar de serem distintos. Análises feitas sem distanciamentos, uma vez que, imersos na experiência coletiva, todos os participantes e tudo que coemerge do campo, estão implicados (PASSOS e BARROS, 2014). Elas compõem os capítulos que seguem, juntamente com a discussão teórica e dos dados construídos a partir dos registros das observações participantes nos diários de campo.

Para encerrar esse tópico, vale trazer outra importante modulação, percebida ao longo do percurso, fruto das análises de implicação coletivas, que diz respeito às transformações na apoiadora-pesquisadora. Ao iniciar a pesquisa, olhando para tantas violências, a sensação era de estar sendo

violentada. Porém, ao longo do exercício de pesquisa-cuidado, foi possível sair do lugar de quem sofre a violência, para o lugar de quem maneja com ela, a enfrenta. Ao final, além de manejar e compreender a função do apoio nesse processo, foi possível sair do lugar de quem sofre violência.

1.3 Fronteiras do campo

Esta pesquisa acontece no território coberto pelos dois serviços apoiados pela equipe NASF ao qual fazia parte. Trata-se de um território que nos apresentou diversas fronteiras - além da demarcação dos espaços geográficos. Os nomes dos bairros e das clínicas serão preservados por uma questão ética. Porém a insistência em trazer uma descrição dos territórios diz respeito primeiro a importância das fronteiras neste estudo, e segundo, por existirem muitos outros bairros no município do Rio de Janeiro com essas características, tornando mais importante essa descrição, que, apesar de particular, se comunica diretamente com muitas outras realidades partilhadas pelos usuários e serviços de saúde de outros bairros. A seguir, serão apresentados esses territórios, buscando fazer uma breve discussão sobre como a violência e o cuidado em saúde comparecem nos mesmos.

Como mencionado na introdução, os territórios ficam num limite do Rio de Janeiro, fazendo fronteira com um município vizinho; são cortados pela linha do trem, que dividem esses territórios em “dentro” e “fora”, como é denominado pelos seus moradores. A fronteira deste território com a cidade vizinha se faz digna de nota, pois devido à proximidade da mesma, os moradores destes bairros têm maior ligação com o vizinho do que com o próprio município do Rio de Janeiro. Principalmente no que tange as atividades relacionadas ao comércio: compras, vendas, trabalho, etc. e aos serviços: bancos, cartórios, etc. Existem moradores destes bairros que nunca foram no centro da cidade do Rio de Janeiro, por exemplo, mas conhece bem o centro da cidade vizinha.

A linha férrea, além de ser uma importante fronteira física que divide os dois bairros, se configura também como uma fronteira de delimitação social e política. Quem mora "dentro" da linha do trem é governado pelas leis do comando do tráfico de drogas, quem mora fora não o é. O que não significa que não haja tráfico "fora", ele existe, porém sem uma organização por comando.

Para melhor compreensão sobre vida das pessoas destes lugares seguiremos descrevendo-os separadamente.

1.3.1 A vida "dentro"

O território de "dentro" possui fronteiras bem delimitadas: de um lado a linha férrea, do outro paralelo, um rio. As vias de acesso a este território são poucas, complexas e vigiadas, o que produz uma sensação de estar num lugar fechado. Como se estivéssemos dentro de uma caixa. Acrescentando ao estar "dentro", um estar "fechado", isolado.

Este território possui uma subdivisão em duas comunidades. A divisa entre um bairro e outro nesta área que chamam "de dentro" é demarcada por uma escola de ensino fundamental, lugar que carrega um histórico de conflitos armados, onde muitas pessoas morreram em momentos de enfrentamento entre os comandos, que até cerca de 10 anos atrás, eram distintos e rivais nesses bairros.

Esta é uma questão política importante que atravessa estes territórios. A entrada do tráfico de drogas neste lugar ocorreu concomitantemente ao seu processo de urbanização, em meados do século XX. Porém, uma das comunidades era comandada pelo Comando Vermelho, e a outra pelo Terceiro Comando. A unificação ocorreu de forma violenta, com a expulsão do comando vermelho pelo Terceiro Comando, que assumiu todo território de "dentro".

Porém essa unificação não é observada nos moradores de uma forma geral, que para além das suas relações complexas e diversas com o tráfico, demonstram e resgatam a todo instante, seus sentimentos de pertencimento com os dois lugares, distinguindo bem quem é de um e quem é do outro. Vale salientar que esta distinção de pertencimento não se configura como rivalidade, há uma relação *xeno* afetiva entre os vizinhos "de dentro", que circulam entre as duas comunidades sem nenhum obstáculo, material ou subjetivo.

Outro ponto importante, é que apesar desta comunidade ser cercada por territórios vizinhos de comandos rivais, se mantém intacta em relação a ameaças de invasão dos outros comandos. Ao contrário disso, tem tentado expandir seu

território, invadindo parte considerável de outro bairro vizinho (um terceiro) em meados de 2016.

Sobre os equipamentos sociais presentes neste território, temos duas escolas públicas de ensino fundamental, quatro creches públicas e algumas privadas, igrejas evangélicas e católicas, associação de moradores, e uma das unidades de saúde que é campo dessa pesquisa, a menor delas, responsável pela cobertura de uma das comunidades de “dentro”. A outra é coberta pela segunda unidade de saúde apoiada pela equipe NASF em questão (apresentada no tópico seguinte).

Vale destacar que a unidade de saúde que fica “dentro” é antiga e passou por diversos processos de mudanças, principalmente no que diz respeito aos modelos de gestão, tendo sido gerida por moradores da própria comunidade durante certo período. Este centro de saúde passou pelos arranjos de UBS, PSF e se tornou ESF quando as OSS passaram a gerir os serviços de saúde do município do Rio de Janeiro. Possui duas equipes de saúde da família, que cobrem uma área com cerca de cinco mil habitantes. Alguns ACS são antigos, trabalhando há mais de dez anos na função, nos colocando em contato com outra forma de ser ACS, pois mantém as práticas de quando eram do PSF, de quando faziam mais atividades de prevenção e promoção. Estes ACS produzem importantes encontros dentro do serviço com base nessa experiência anterior.

Por estar dentro da comunidade e passar por situações de tensão constantes, esta unidade tem muita dificuldade de fixar profissionais de nível superior em sua equipe técnica, sendo comum a rotatividade de profissionais da medicina, enfermagem, farmacêutico e gerentes, o que avaliamos prejudicar muito o processo de trabalho no que tange à integralidade, à longitudinalidade, ao vínculo com os usuários. Há uma tensão permanente nessa área de dentro, pois é comum haver operação policial, onde estes entram na casa dos moradores, perseguem traficantes e por vezes abrem tiroteios com os mesmos.

Na porção de “dentro” onde houve troca de comando – mencionada anteriormente; a tensão é maior, pois seus moradores convivem com o fantasma da retomada do comando vermelho a este território, que viria provavelmente a partir de guerra e mortes. É comum nos usuários do serviço a presença de crises ansiosas, sintomas de pânico, isolamento social e uso abusivo de substâncias.

O comércio de drogas é basicamente local, ou seja, a droga do tráfico é comprada e consumida pelos próprios moradores.

1.3.2 A vida "fora"

O território de fora é mais antigo. Possui várias vias de acesso, sendo rota de passagem para várias linhas de ônibus. Apesar do relevo montanhoso, possui ruas largas e asfaltadas. Há Construções antigas e novas, em sua maioria casas grandes, arreadas de terrenos – muitas casas com jardins e quintais. Há pequenas vilas, com construções mais precárias, constituindo minoritariamente este território. O saneamento básico também é precário, sendo comum o esgoto a céu aberto.

Não há comando direto do tráfico neste território, mas há tráfico em outros formatos. Apesar disso, a violência urbana – assaltos, roubos, arrastões, etc; se faz presente com frequência, sendo um território que oferta outro tipo de medo e de modo de vida aos moradores. Diferente do lado de “dentro”, no lado de “fora” as pessoas têm uma atenção e preocupação maior com a segurança das suas casas e da sua própria segurança nas vias públicas.

Sobre os equipamentos sociais presentes neste território, contamos três escolas públicas, sendo duas de ensino fundamental, e uma de ensino fundamental e médio. Esta última também oferta Educação para Jovens e Adultos (EJA), no período noturno. Há várias igrejas evangélicas, católicas e centros espíritas – Kardecistas e de religiões de matrizes africanas. Como equipamento de saúde, temos a outra unidade de saúde campo desta pesquisa, que é localizada, num lugar fronteiro entre os bairros no lado de “fora”.

Esta clínica foi aberta há cinco anos, como parte do projeto de expansão da saúde da família no município do Rio de Janeiro. Ela oferece acompanhamento das condições de saúde para cerca de 22.000 pessoas, por meio de seis equipes que se dividem em três para o lado "de fora" e três para umas das comunidades "de dentro". Cobre uma área onde antes existiam um grande vazão sanitário e os moradores tinham que se deslocar para outros pontos das cidades para conseguir acesso aos serviços de saúde.

Apesar de não estar situada dentro da comunidade, essa clínica também se caracteriza pela alta rotatividade de profissionais de nível superior, exceto a categoria enfermagem (a clínica possui três enfermeiras que trabalham desde a inauguração), sofrendo os mesmos danos mencionados anteriormente sobre esse assunto: dificuldade de operar com vias à integralidade e longitudinalidade do cuidado. Os ACS desta clínica conheceram a saúde da família ao começar a trabalhar como agentes, nesse formato construído no Rio de Janeiro, o que fazem desses menos participativos do que os ACS da unidade de “dentro”.

Também é comum o clima de insegurança nesta clínica, uma vez que também é comum na região: assaltos à mão armada, roubos de carro, e por estar próxima às rotas de fuga. Assim como na outra unidade de saúde, comparecem nesta clínica demandas importantes referentes a crises de ansiedade e sintomas de pânico.

2. O APOIO NO SUS

O SUS se oficializa enquanto sistema público e universal de saúde no ano de 1990, com a lei 8.080, após a saúde ter sido afirmada na Constituição Federal de 1988 enquanto direito de todos os cidadãos brasileiros e dever do estado. Porém os gestores e trabalhadores da saúde se depararam com importantes desafios de fazer acontecer um sistema universal de saúde em um país de dimensões continentais, com contextos regionais muito distintos, com uma tradição de gestões centralizadas e relações de poder bem demarcadas, seja entre governantes e população, seja entre profissionais de saúde e usuários dos serviços.

A centralização do poder marcava saúde pública em várias dimensões. Tínhamos um modelo de gestão de recursos da saúde centrado no Ministério, de atenção centrada nos hospitais, de assistência centrada no médico. Para iniciar um processo de descentralização e de democratização das instituições, faziam-se necessárias muitas mudanças na maneira de gerir e organizar os serviços, de ofertar cuidado para a população.

Algumas experiências já vinham se desenhando, acontecendo, neste sentido. Como é o caso da Atenção Básica, que amparada pela Saúde Coletiva, mostrava melhorias na saúde das pessoas por meio de experiências descentralizadas, longe dos grandes centros urbanos e dos hospitais; e da atenção psicossocial, que trouxe à tona a possibilidade de cuidar das pessoas em sofrimento psíquico fora do hospital, mais próximo do lugar onde vivem.

Vale ressaltar, que neste período (década de 1990), a sociedade brasileira passava por uma "ressaca" da ditadura, momento em que a população vivenciou o desmonte e precarização do que era público e supervalorização do que era privado, sendo comum ouvir: "o que é público não presta". O SUS, como outros originários das lutas populares, nasce estigmatizado. A questão que se colocava era: como mudar isso? Como fazer o SUS dá certo? Como provar que o que é público pode ser bom?

A última década do século XX (1990 a 2000) foi marcada por muitas transformações no campo da saúde pública, a começar pela mudança orçamentária que indicou o início da descentralização dos recursos da saúde, organizando o seu orçamento por meio de pactos entre as três instâncias: União,

Estados e Municípios, através da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), oficializada em 1991 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esse grupo de trabalho dos três entes federados foi decisivo para os primeiros passos do SUS, ao construir e aprovar a Norma Operacional Básica (NOB), em 1993, que guiaria os gestores em todas as instâncias de governo (YUNES, 1999). Tratou-se dos primeiros de muitos passos do processo de descentralização no SUS.

Para além das mudanças na forma de repasses dos recursos no SUS, eram urgentes as mudanças nos modos de gestão do trabalho em saúde, na clínica, no cuidado, principalmente diante da modificação do conceito de saúde, que se alarga e se conecta com outros campos como educação, moradia, lazer, a partir da constituição de 1988. Outras ferramentas seriam necessárias para operar essas mudanças no SUS e é neste cenário que o Apoio Institucional (AI) surge como arranjo para auxiliar a repensar, refletir, recriar as políticas institucionais dos serviços e equipes de saúde.

O apoio aparece a partir das primeiras experiências de descentralização do SUS, quando se verificou a necessidade de apoiar gestores e trabalhadores dos demais entes federados: estados e municípios. O Departamento de Apoio à Descentralização (DAD) do Ministério da Saúde foi o primeiro a inserir a função apoio no seu processo de trabalho, a partir da compreensão de que a descentralização do SUS necessitaria de cuidado no que tange ao modo de gestão compartilhada entre os entes: União, estados e municípios. O apoio se insere no SUS como método para construção de novas formas de fazer gestão e cuidado no campo da saúde pública, tendo como diretriz a democracia institucional (PASCHÉ; PASSOS, 2010).

Essa função aparece no campo da saúde pública por volta da década de 1980, tendo como precursora, a supervisão clínico-institucional da Saúde Mental, desenvolvida a partir do uso de ferramentas da Análise Institucional pelos supervisores clínicos. Tratava-se do início da Reforma Psiquiátrica Brasileira, quando as práticas institucionais e modelos de atenção às pessoas em sofrimento psíquico se encontravam em reformulação. No exercício de analisar, refletir e repensar o cuidado e o processo de trabalho em saúde mental, a supervisão clínico-institucional se configurou como importante ferramenta de trabalho

Nas supervisões clínico-institucionais desenvolvidas principalmente nos

CAPS (Centros de Atenção Psicossocial)⁹, as questões referentes ao cuidado e a gestão dos processos de trabalho passaram a ser trabalhadas conjuntamente: clínico-institucional, ao mesmo tempo. A necessidade de ser “clínico-institucional” se deve pela associação da discussão dos casos clínicos ao contexto institucional (rede de serviços, gestão, políticas públicas), afirmando a importância do diálogo entre as dimensões clínico e política da construção do cuidado, do trabalho em saúde (SEVERO et al, 2014).

Baseando-se na ideia de que o modelo de gestão é inseparável do modelo de atenção, que a “a gestão produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder de trabalhadores e usuários das organizações” (CAMPOS, 2000, p. 86), esta experiência precursora do apoio coloca em evidência o fato de que, ao se discutir e refletir sobre o processo de trabalho em saúde, o mesmo se faz ao cuidado, ou seja, problematizar o processo de trabalho é também cuidar. O cuidado neste caso é um modo, um método e não um objeto de intervenção do apoio. Apoiar é ter o cuidado como ética, como modo dos sujeitos se relacionarem entre si e com os seus objetos de trabalho. O foco nas relações institucionais se dá pela aposta na construção de reposicionamentos diversos e constantes, direcionados pelo desejo de construção de coletivos capazes de produzir práticas de cuidado mais justas e solidárias (PASCHÉ; PASSOS, 2010).

Apesar da existência de experiências de apoio nas décadas de 1980 e 1990 em alguns estados brasileiros, principalmente por meio dos Grupos de Apoio Técnico (GATE), foi a partir dos anos 2000 que a estratégia do apoio, foi mais amplamente incorporada ao processo de trabalho do SUS. Não aleatório, foi também nesse período que foram formuladas importantes políticas nacionais, frutos da reforma sanitária, como é o caso da Política Nacional de Humanização (PNH), da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); onde a função apoio ganhou o seu espaço institucional dentro da saúde coletiva.

Apoio como desenvolvimento da capacidade de exercitar construções

⁹ Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar.

coletivas de práticas e saberes, de reconhecer os limites individuais, coletivos e institucionais, assim como as autoridades de outrem sem submeter-se. (CAMPOS, 2000). Trata-se de um dispositivo de gestão do cuidado, que objetiva produzir melhorias na qualidade do trabalho em saúde, por meio da afirmação da democracia institucional e da busca por processos de gestão mais participativos e cogestivos (OLIVEIRA, 2011).

Na PNH o apoiador institucional se apresenta como protagonista na operacionalização do projeto de humanização no SUS. O apoiador atua de forma intensivista, junto aos coletivos, numa aposta que pela via do contágio, as práticas construídas pelo coletivo pudessem se estender, ganhando amplitude de método e de referência para outros coletivos, num movimento constante de transformação das práticas e saberes. Este movimento é considerado como "força-motor" do apoio, que permite aos coletivos experimentá-lo também como "força-motriz" da vida dos mesmos (PASCHE; PASSOS, 2010).

A humanização do SUS se trata de um modo de operar a política de saúde onde as diferenças são respeitadas e incluídas, onde se busca atender as singularidades, de modo a estimular o desenvolvimento da autonomia, autogestão, cuidado das pessoas e coletivos. Compreendemos o modo "humanização" a partir do que os autores Pasche e Passos (2010) chamaram de método da tríplice inclusão, que se trata de uma aposta ético-política se fazer conviver, dialogar e criar coletivamente, a partir das diversas necessidades dos sujeitos e coletivos. Na tríplice inclusão, inclui-se: 1) as diferenças, os diferentes sujeitos e saberes (trabalhadores e usuários) no processo de gestão; 2) os conflitos, tensões produzidas a partir da primeira inclusão – afinal incluir diferenças não é algo que se dá sem perturbações; 3) o coletivo que vai se produzindo a partir das inclusões anteriores (PASCHE; PASSOS, 2010).

Esse modo de fazer busca produzir maior participação dos sujeitos envolvidos, num movimento constante dos sujeitos entre os papéis, sem negar os conflitos e divergências, fazendo com que a instituição se aproxime ao máximo de um processo autogestivo (PASCHE; PASSOS, 2010), a utopia de muitos que pensaram essa tecnologia de trabalho. Afinal o objetivo é o máximo de democracia institucional.

Campos (2003) não nomeia o *apoio* apresentado nas suas formulações como institucional, porém, o *apoio-paideia* que propõe muito dialoga com as

formulações anteriores e com as que virão, sendo esta forma de pensar o apoio uma das bases para o desenvolvimento do Apoio Matricial (AM). Traz a concepção de apoio como uma postura metodológica que visa modificar os modos tradicionais de gestão, de forma interativa, onde as diferenças entre os vários atores sociais são reconhecidas – diferenças de papéis, poder ou saber – e se busca construir relações construtivas a partir delas (CAMPOS, 2003).

O Apoio Paidéia teria como função articular os saberes e interesses dos diversos atores em jogo, incluindo os objetivos institucionais. Localiza o apoiador como sendo alguém de fora da equipe, que opera a partir do exterior das mesmas: "O termo apoio implica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens ou serviços" (CAMPOS, 2003, p. 87). Porém essa exterioridade não pode ser confundida com uma pretensa neutralidade, pois quem apoia também sofre os efeitos que vem de quem está sendo apoiado, é uma relação que ocorre simultaneamente. Assim sendo, questiono-me, seria realmente fora o *locus* do AI? É possível fazer apoio de fora?

Ainda sobre o Método Paidéia, Campos (2003) enfatiza o reconhecimento de que os sujeitos, as necessidades sociais e as instituições são constituídas a partir das relações de poder, do uso do conhecimento e dos modos de circulação dos afetos. E que cada sujeito, cada coletivo pode construir novas instituições, novas necessidades sociais ou novas pessoas a partir dessas linhas de força. "Em todas as maneiras de agir sobre o mundo se mistura poder, saber e afeto" (CAMPOS, 2003, p. 91). Dessa forma, é atributo do apoiador ampliar a capacidade das pessoas e coletivos em lidarem com poder, saber e afetos.

No documento da PNH chamado: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS (2008), o Apoio Institucional é definido como "uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde" (BRASIL, 2008, p. 52). Nesta função, articulam-se conceitos e técnicas da Análise Institucional e da gestão para ofertar suporte aos processos de mudanças das equipes e serviços de saúde, acompanhar as transformações organizacionais. O apoio tem como principal tarefa dar foco e ofertar suporte aos movimentos de transformações institucionais no trabalho em saúde, fortalecendo os sujeitos e as instituições para a construção de modos de gestão mais democráticos (BRASIL, 2008).

O apoiador possui como objeto de trabalho o próprio processo de trabalho das organizações, dos grupos, que no caso em questão, objetiva a produção de saúde, de cuidado. A função "apoio" habita a fronteira entre a clínica e a política, entre a gestão e o cuidado, onde esses aspectos se encontram. O apoiador atua no sentido transversal, articulando saberes e práticas das organizações apoiadas, costurando a rede, numa tentativa de redução do que possa produzir relações hierárquicas (verticais) enrijecidas – comumente manifestas no autoritarismo e no centralismo de poder decisório; ao passo que estimula o fortalecimento das relações entre os pares (horizontais) – colegas de trabalhos localizados no mesmo nível hierárquico de poder – por meio do compartilhamento, da estimulação da participação coletiva, objetivando a produção de um processo de trabalho mais partilhado, e conseqüentemente uma oferta de cuidado mais integral e respeitoso com os sujeitos assistidos, que saem do lugar de um número (mais um paciente, usuário, cliente) e de um amontoado de órgãos organizados em sistemas, para o lugar de sujeito, de cidadão.

Dentre as funções do apoio encontramos: a estimulação de construção de espaços coletivos, propícios a integração entre os sujeitos; a identificação das relações de poder dos grupos apoiados e o auxílio na criação e execução de projetos acordados entre os diversos atores da trama institucional; a mediação das discussões e pactuações dos objetivos comuns e o cumprimento dos compromissos; ter como foco a qualidade das ações institucionais do trabalho de coordenação, supervisão e planejamento; a estimulação do exercício crítico dentro das instituições assim como a abertura para contar com novas referências em prol da melhoria da qualidade da gestão. Em suma, a função apoio comparece como diretriz e dispositivo que visa ampliar a capacidade de análise dos coletivos, auxiliando a qualificar as intervenções dos mesmos (BRASIL, 2008).

O outro dispositivo de apoio desenvolvido neste momento (década de 1990) foi o Apoio Matricial (AM), que surge a partir da necessidade de pensar questões tão caras ao SUS como a integralidade do cuidado, a ampliação da clínica, a educação permanente dos trabalhadores, o trabalho em rede. O Apoio Matricial foi pensado como arranjo organizacional de apoio à gestão do cuidado no SUS, atuando com a assistência, a formação e a gestão. É neste tipo de apoio que me demorarei um pouco mais neste capítulo, uma vez que é do lugar de

apoiadora matricial que pesquisa.

O Apoio Matricial surge no mesmo contexto do Apoio Institucional, quando estudiosos, trabalhadores e militantes dos SUS se debruçavam sobre as possibilidades de métodos para superar questões relativas ao tradicional modelo de gestão, atenção e assistência em saúde. Diante dos desafios de construção de práticas de cuidado que sigam os princípios da integralidade do SUS, a fim de reduzir a fragmentação e a descontinuidade do acompanhamento das pessoas na rede de serviços, o apoio matricial surge como proposta de arranjo organizacional de gestão do cuidado que visa a ampliação da clínica, por meio da troca de saberes entre profissionais (OLIVEIRA, 2011).

O termo Matricial vem de matriz, que pode carregar significados diversos. Segundo Oliveira (2011) matriz pode se referir a um lugar que gera coisas, ou relacionar a repetição, comando e obediência, como no caso da relação da matriz com as filiais. Campos e Domitti (2007) relacionaram o uso da expressão à matriz matemática, onde números, ou cálculos numéricos mantem relações entre si seja nas direções verticais, horizontais ou transversais. Podemos ainda pensar em matriz como maternagem, a equipe de apoio como uma equipe que materna outras, trabalhadores de saúde que cuidam de outros trabalhadores de saúde.

Segundo a proposta de Campos (1999) as equipes de Apoio Matricial devem ser compostas por profissionais de saúde de diferentes categorias (multiprofissional) que prestam auxílio a partir das suas especialidades para outras equipes, denominadas de referência, por serem as responsáveis diretas pelo acompanhamento e coordenação do cuidado das pessoas (CAMPOS, 1999).

O objetivo do apoio matricial é a ampliação da capacidade de atuação da equipe de referência até o seu limite, garantindo a continuidade do acompanhamento deste usuário pela rede, corresponsabilizando-se com os demais serviços, produzindo cuidado integral, favorecendo uma melhor qualificação e articulação da rede de serviços do SUS (OLIVEIRA, 2011). Essa modalidade de apoio produz outros tipos de relações entre serviços e profissionais, que quando organizados por equipes de referência e apoio podem melhor atender aos seus usuários. É como se o apoiador matricial fosse uma agulha que costura a rede e as relações entre saberes e serviços.

Ao construir espaços de comunicação e compartilhamento de conhecimentos entre profissionais, o apoiador matricial interfere na modificação do sistema de regulação, qualificando o encaminhamento das equipes de referência, diminuindo a distância entre as equipes que acompanham os casos, personalizando os sistemas de referência e contra referência, produzindo uma tomada de decisão coletiva sobre os encaminhamentos, que tendem a se reduzir (OLIVEIRA, 2011).

O objeto de trabalho do apoio configura-se a partir de um problema vivenciado pela equipe de referência, geralmente a partir dos casos assistidos, dando a esta modalidade de apoio um caráter mais clínico, porém não isolado dos aspectos políticos e de gestão. O apoiador matricial é acionado sempre que há um problema que a equipe de referência julga necessitar dos saberes específicos do apoiador para auxiliar na sua resolução.

Apesar do Apoio Matricial de já ter sido experienciado em vários momentos no SUS, foi a partir da institucionalização do mesmo, com a publicação da portaria GM nº 154 de 2008, quando criado os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pelo Ministério da Saúde, que essa modalidade passou a ser conhecida, estudada e experimentada em larga escala.

A passagem do Programa de Saúde da Família para Estratégia de Saúde da Família ampliou e complexificou as demandas para as equipes, que deixaram de ser responsáveis por um público específico, denominado epidemiologicamente como prioritário (gestantes, crianças, pessoas com doenças crônicas e infecciosas), e passaram a se responsabilizar por todos habitantes dos territórios adstritos para cada equipe. Essa ampliação da oferta da ESF demandou ampliação da clínica, que não mais poderia ficar restrita aos protocolos e aos grupos prioritários, nem aos saberes da equipe mínima de saúde da família, composta por profissionais de enfermagem, medicina, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde. A complexidade dos territórios e das situações de vida e saúde das pessoas que ali vivem demandavam outras práticas, desafiando a ESF a abrir-se para o contato e aprendizado de práticas de cuidado dos territórios, para além do repertório da saúde, geralmente centrado na doença. Ampliar a clínica para além dos saberes da equipe mínima, para além do controle e vigilância.

A inserção de outras categorias profissionais na atenção básica era algo

que já vinha sendo discutido no âmbito do Ministério da Saúde desde os anos 2000. Porém, o caminho entre observar essas necessidades e construir uma proposta, uma política, de abrangência Nacional foi permeado por muitos conflitos, altos e baixos, mudanças no cenário político, até que se chegasse a um consenso em torno da proposta do veio a se tornar o NASF (ALMEIDA, 2016).

Existia uma proposta inicial de formulação dos Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família (NAISF), que apostava na ampliação da atenção/assistência, porém não chegou a ser legitimado devido ao cenário político e econômico do MS, que passou por várias mudanças e priorizou a implantação de outras políticas. Quando retomada a discussão dos NAISF, iniciou-se a construção do que hoje vem a ser o NASF, que muda o foco da assistência para o apoio às equipes (ALMEIDA, 2016), da atenção fragmenta de cada núcleo de saber para práticas de cuidado mais integrais, onde os saberes e práticas pudessem ser compartilhados. A integralidade é a principal diretriz do NASF, desde as suas primeiras formulações. O NASF não é pensado para resolver um problema de acesso, nem de cobertura e sim de qualificação da atenção/assistência, com o objetivo de fortalecimento das equipes com vistas para a integralidade do cuidado.

O conceito de Apoio Matricial não comparece na portaria que oficializa a criação dos NASF em 2008, que é referenciado apenas como equipe de "apoio". Em 2010, quando publicado pelo Ministério da Saúde o Caderno de Atenção Básica (CAB) nº27, intitulado Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família, é que encontramos o apoio matricial como uma das ferramentas de trabalho dos NASF. Quatro anos depois, publica-se um novo Caderno, o nº39 com o título: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Até o corrente ano (2018), não foi publicado o volume 2, e pelos últimos acontecimentos no cenário político brasileiro, principalmente no que diz respeito ao SUS e a Atenção Básica, é possível que este não venha a acontecer, ou traga muitas surpresas.

É necessário um breve parágrafo aqui para tratar disso. A mudança no Governo Federal ocorrido em 2016 já atinge o SUS. O Ministro da Saúde escolhido pelo presidente da república Michel Temer logo iniciado o seu mandato (final de 2016): Ricardo Barros, junto com os Conselhos de Secretários de Saúde

(CONASS e CONASEMS)¹⁰ e sua equipe, marcaram o início dessa gestão propondo reformulações na PNAB. Dentre as modificações propostas, encontramos a retirada do apoio do NASF, que deixa de ser Núcleo de Apoio e passa a ser Núcleo Ampliado de Saúde da Família. Diante desse movimento de retirada do apoio do NASF, aumenta-se a urgência e necessidade de estudarmos a ferramentas do apoio matricial, seus desafios e efeitos, além dos possíveis danos e retrocessos que a sua retirada pode produzir.

Pois bem, nas referidas publicações (CAB 27 e 39), o Apoio Matricial é apresentado como uma tecnologia de gestão complementar ao trabalho das equipes de referência, que não possui, obrigatoriamente, relação direta com os usuários e sim com as equipes apoiadas (BRASIL, 2010). Trata-se de um arranjo organizacional do processo de trabalho em saúde que ocorre pela integração entre as equipes: de referência – equipes de saúde da família, com perfil generalista; e de apoio – equipes NASF, com perfil especialista, composto por distintas categorias profissionais das equipes da AB (BRASIL, 2014).

O Apoio Matricial é apresentado a partir de várias dimensões, que apesar de distintas, manifestam características híbridas, de inseparabilidade e que por vezes se misturam. Para melhor compreendê-lo, faz-se necessário conhecer essas dimensões, saber como elas se relacionam, como se constroem e se movimentam na composição do apoio matricial.

Segundo o CAB 27 "o conceito de apoio matricial tem uma dimensão sinérgica ao conceito de Educação Permanente" (BRASIL, 2010, p. 12), sendo o apoiador responsável por disparar processos educativos a partir do processo de trabalho cotidiano, compreendendo que é a partir dos problemas vivenciados pelos trabalhadores que se produz conhecimento e aprendizagem sobre as práticas nos serviços de saúde.

Outras dimensões presentes e inseparáveis do apoio são as: técnica pedagógica – apoio educativo às equipes; e clínica assistencial – atividades realizadas diretamente com os usuários. Dimensões que colocam a equipe de apoio em relação também com as populações assistidas, além de afirmarem a íntima relação entre práticas de formação e cuidado, entre clínica e os processos de aprendizagem. No que diz respeito aos saberes em jogo no processo de

¹⁰ CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde e CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

apoiar, temos as dimensões referentes ao que Campos (2005) denominou de núcleo e campo. Sendo o conhecimento de núcleo o especializado, de cada categoria profissional e o de campo, o conhecimento que é comum a todas as profissões (BRASIL, 2010). A psicologia seria o núcleo (no meu caso, por exemplo) e a saúde pública, o campo.

Além dessas dimensões, cabe ao apoiador o envolvimento em atividades que problematizem e abordem o processo de trabalho dos coletivos, assim como ações junto ao território e com os demais equipamentos sociais da rede, de forma intersetorial (BRASIL, 2014). Ao esmiunçar o que pode fazer um apoiador matricial, essas duas publicações do ministério abre um leque amplo de possibilidade de atuação, sugerindo várias atividades possíveis no ato de apoiar (visitas domiciliares, consultas conjuntas e individuais, atividades em grupo, ações no território, atividades intersetoriais, articulação de redes, etc.).

Ainda sobre as práticas de apoio, faz-se importante um destaque sobre os dois modos de fazer "apoio" (institucional e matricial) apresentados aqui, entendo-os como possuindo intercessões importantes, que podem vir a produzir confusão em torno das singularidades de cada uma. Afinal, além de tratarem de uma mesma tarefa: apoiar, o Apoio Matricial se desenvolve a partir de uma dobra do Apoio Institucional, ou seja, carrega muito dele ao mesmo tempo que traz novas proposições: atuação a partir de um núcleo de saber, relação mais próxima das equipes apoiadas e dos usuários, por exemplo.

Sobre o objeto de trabalho de cada tipo de apoio, ambos têm o processo de trabalho em saúde como foco, atuam para, com e a partir dele. Porém o Apoio Institucional tem uma maior atenção aos processos de gestão, aos aspectos organizacionais, às relações de poder institucionais, com a finalidade de produzir coletivamente formas de gestão mais democráticas. O Apoio Matricial tem um vetor assistencial mais evidente, trabalhando de forma mais direta com as equipes apoiadas na produção de processos de cuidado mais integrais e integrados, na gestão da clínica. O Apoio Institucional é mais direcionado à gestão do processo de trabalho e o apoio matricial à gestão do cuidado em si, considerando, porém, que esses processos são, também, inseparáveis.

Devido a semelhança de matéria dos dois apoios e da possível existência de práticas de AI no AM, pode o apoiador se questionar se é matricial ou institucional. Por exemplo: Quando o apoiador matricial interfere na visibilidade

das relações de poder comunitárias, do trabalho e familiares e atua as levando em consideração; quando compreende o plano de força das organizações sociais ao seu redor e atua em prol dos processos de democratização institucional, estaria fazendo Apoio Institucional? Ou trata-se de práticas do AI que compõem o AM? Provavelmente as duas coisas.

Após se debruçar sobre essas duas formas de apoio, seja lendo produções sobre o assunto, seja discutindo amplamente com outros apoiadores e grupo de orientação, chego na afirmação da inseparabilidade dessas duas formas de apoio, compreendendo que as práticas de AI atravessam as práticas de AM mesmo no que este traz de específico. Por exemplo: quando estou no exercício do matriciamento, em uma consulta conjunta, não deixo de estar atenta ao jogo de forças (entre os saberes dos núcleos envolvidos, entre nós profissionais e o usuário) e ao trabalho coletivo que estamos produzindo ali. Estou fazendo AM e estou fazendo AI, estou fazendo apoio.

Esses dois tipos de apoio possuem como diretriz a democracia institucional, o caráter de suporte e a função de produzir análise. Porém o apoio Matricial atua a partir de um núcleo de saber, em comunicação com o campo (aspecto discutido no item 2.2 a seguir) enquanto o Apoio Institucional não tem essa prerrogativa, assim como não tem nada que o impeça de operar assim, caso julgue necessário. No que tange as dimensões técnica-pedagógica e clínica-assistencial, embora não sejam apresentadas nas produções sobre o AI, compreendo como compondo as suas práticas, quando tomamos o apoio como ética, como modo de produção de transformação e conhecimento para todos os atores envolvidos, podendo ser clínico, político e pedagógico, mesmo sem o mandato de o ser.

Considerando o apoio matricial uma dobra do institucional, é frequente encontrar elementos deste no primeiro: análise das relações de poder institucionais e comunitárias, foco no processo de trabalho, etc. Porém o inverso não ocorre de saída, uma vez que o apoio matricial traz outras especificidades, incorporando uma série de atividades que não costumam ser da prática do apoio institucional, como é o caso das ações diretas com os usuários: Interconsultas, visitas domiciliares, consultas individuais, etc. O Apoio institucional tem como público alvo a gestão e as equipes de trabalho de determinados serviços de saúde, enquanto o apoio matricial tem como público alvo as equipes, os usuários

e a gestão dos serviços.

O AM atua de forma mais aproximada com as equipes e usuários do território, podendo ser visto, por vezes, como alguém de dentro das equipes, em determinados momentos, e de fora da equipe em outros. O AI por sua vez é comumente localizado em algo externo as equipes de trabalho – vide discussão anterior sobre *apoio-paidéia* em Campos (2005). Exterioridade esta passível de contestação, uma vez que o vínculo com os profissionais apoiados e o mergulho no campo institucional também compõe o trabalho do AI, ele também “cai dentro” para fazer apoio.

Diante disso, verifico muito mais intensamente o caráter intermediário desses tipos de apoio, me levando a afirmar que é na fronteira, no “entre” (entre equipes, entre saberes), no movimento de interioridade e exterioridade, o local por excelência do apoio. Algo caro e extremamente importante, uma vez que é comum a referência ao “não-lugar” do apoiador, quando envolvidos na dificuldade de situá-lo dentro ou fora. É porque não é dentro, nem fora, é no “entre” que habitam as práticas de apoio. Foi por considerar essa afirmativa como condicionante para se compreender o trabalho do apoio que dediquei o próximo capítulo a essa discussão (Capítulo 3).

Apesar das singularidades, ambos os tipos de apoio habitam a fronteira entre a clínica e a política, entre a gestão e o cuidado. Ambos visam relações de trabalho e de assistência mais democráticas, com maior participação das pessoas, construídas de forma mais coletiva, como meio de produzir uma atenção à saúde mais integral.

Observamos ao longo dessa exploração acerca do apoio que o seu conceito tem uma gênese, porém, adquire um novo formato, uma nova envergadura quando incorporado na máquina do estado, neste caso, o Ministério da saúde. O conceito de apoio se transformou em um dispositivo, em um arranjo organizacional do trabalho em saúde. Era uma ideia que se transformou em uma ferramenta. Esse dispositivo, apesar de já utilizado em outros serviços de saúde, ocupa um lugar central no NASF, como principal ferramenta de trabalho, tendo o seu alcance ampliado para níveis nacionais quando incorporado nas políticas do SUS.

Diante disso, nos cabe perguntar: Como vem sendo a operacionalização deste dispositivo desde a sua implantação? Como se deu a mudança em torno

das discursividades relacionadas ao apoio depois que ele passou a servir a máquina do estado? Quais desafios vêm sendo enfrentados pelos apoiadores desde a implantação dos NASF? Esses questionamentos se dão pelo fato de acreditarmos que quando incorporado pelo estado, esse dispositivo sofre interferências. Observa-se uma complexificação, assim como um alargamento do campo de ação do conceito. Existe uma fronteira importante que divide a formulação anterior do conceito e a sua apropriação pela máquina do estado. Resta-nos questionar: o que habita essa fronteira? Quais outras fronteiras observamos dentro desse dispositivo?

O Apoio é por si fronteiro, fica entre: entre saberes, entre equipes, entre dimensões. E dentro dessa fronteira-apoio, localizamos outras tantas, que seguiremos a discutir na tentativa de compreender o movimento que se deu entre a formulação do conceito, a sua institucionalização e os seus movimentos instituintes. Compreender para ajustar, para analisar o que foi produzido e o que queremos, nós apoiadores, defender como dispositivo de trabalho.

Falo isso por acompanhar o processo de implantação e desenvolvimento dos NASF desde a sua concepção, desde quando fazíamos grupos de estudo extracurriculares a fim de compreender como materializar essas propostas no dia a dia da saúde da família, no contexto de precarização das redes intra e intersectorial, numa agenda semanal de trabalho. Sabemos que as experiências NASF são diversas no território Brasileiro, mas o foco desse momento cartográfico é explorar o dispositivo, é ver o que nele há de potência e de impotência. Para tanto, seguiremos pelas fronteiras do apoio matricial que nos apareceu ao longo desse exercício cartográfico.

Fronteiras

*Traços
que distinguem
diferentes traços de rosto
desenhos em moedas
nomes para as coisas
jeitos de tocar violão
cores de bandeiras*

*Linhas
nada mais que linhas
que separam semelhanças
semeiam intolerâncias
apagam parentescos
e nos forçam a crer que cultura cabe
em quadrados desfigurados*

*Tudo que não passa
pelos muros imaginários
surpreende
confunde e intriga
nos deixa distintos
distantes*

*Mas tudo que atravessa
surpreende mais
se funde e se integra
nos deixa parecidos
o bastante
para perguntar:*

*com que borracha apagamos esses rabiscos
feitos por crianças mimadas?*

Lucas Bronzatto em Afronta fronteiras (2016)

2.1 Núcleo – Campo

O Apoio Matricial opera a partir de núcleos especializados de saber, que se apresentam pelas diferentes profissões da área da saúde, com suas técnicas e conhecimentos específicos; conjuntamente com os saberes do campo em que se está inserido. Ao apostar no trabalho multiprofissional, faz-se necessário superar problemas comunicacionais entre os campos de saberes (CAMPOS, 2003), de modo que o apoiador, apesar de considerado um “especialista” em um determinado núcleo, não tem às suas práticas restritas a este, necessitando dialogar com os saberes do campo onde se encontra e com os demais núcleos

que compõem às equipes.

O núcleo se refere à matriz de partida, o conhecimento a priori de cada profissão que irá se comunicar, se misturar com os demais. (CAMPOS; GUERREIRO, 2010). Por exemplo: o fisioterapeuta do NASF faz as suas intervenções junto a equipe de referência a partir de questões, problemas, dúvidas da equipe sobre casos e situações que a façam constatar que precisam de ajuda de um fisioterapeuta e não de um nutricionista, ou um assistente social. O que não significa que as ações do apoiador fisioterapeuta sejam restritas aos saberes da fisioterapia, sendo também sua atribuição estar em constante relação com os saberes e às questões do campo, dos outros núcleos de saber.

Por campo compreende-se os saberes comuns, que fazem parte do leque de conhecimentos necessários para atuar em uma determinada área e/ou serviço, que se articulam em torno de um objeto de trabalho (OLIVEIRA, 2011). Por exemplo: O NASF, equipe formada por profissionais de diversas categorias, possuem como campo principal a Atenção Básica/Saúde da Família, logo os saberes relacionados a esse campo devem compor a base de conhecimentos necessários para atuação desses profissionais, assim como a das equipes apoiadas.

Esta fronteira entre os saberes do campo e do núcleo é o que eu chamaria de uma das fronteiras fixas habitada pelo apoiador matricial, uma vez que em todo seu percurso de ação, o apoiador deve tê-las em mente, em ato, para operar com vistas à integralidade do cuidado. É uma fronteira transdisciplinar, onde se misturam os conhecimentos, utilizam-se os saberes de várias disciplinas, compondo parte do trabalho de ampliação da clínica. Considero *Trans* por não compreendê-la como a justaposição de várias disciplinas em torno de um mesmo problema, como acontece na multidisciplinaridade (FURTADO, 2007); nem como uma combinação entre os elementos internos de duas ou mais disciplinas ou canais de trocas estabelecidos entre elas em torno de um objetivo a ser conquistado conjuntamente, como acontece na interdisciplinaridade (FURTADO, 2007).

A transdisciplinaridade convida os profissionais a extrapolar os muros dos seus núcleos disciplinares e "borrar" as fronteiras desses saberes, permitindo a incorporação destes por parte dos trabalhadores envolvidos em torno de uma prática, sem a necessidade de distinguir "o que é de quem". Compartilhei muitas

das minhas consultas conjuntas¹¹ como residente com a nutricionista da minha equipe. A troca era simultânea e diria, inevitável – pelo menos naquele contexto, onde tínhamos vínculo, abertura, desejo de partilha. Passei a observar, que nas minhas consultas individuais seguintes, principalmente com crianças, elementos como, a quantidade de açúcar ingerido pelas mesmas diariamente através da alimentação, passaram a fazer parte do meu repertório de perguntas quando se tratando de encaminhamentos escolares por agitação, “mal comportamento”, agressividade, hiperatividade. Às mães estranhavam a pergunta vindo da psicóloga, mas eu aproveitava para informá-la dos efeitos do açúcar no nosso corpo e no corpo das crianças, da produção de energia a partir da digestão da mesma. Também conversava sobre as possibilidades e limitações do território em termos de espaço físico para as crianças brincarem, correrem, pularem, movimentarem-se. Eu não virei nutricionista por isso, tampouco deixei de ser psicóloga. Há que se diminuir o melindre em “usar” os saberes disponíveis no mundo. Considero esse modo mais prudente e responsável com o que está em jogo: o cuidado integral das pessoas. Que o modo e não os saberes em si, sejam colocados em questão. É uma questão de *ethos*, de ética.

Por exemplo: quando a equipe de saúde da família compreende a importância de ofertar cuidados direcionados às queixas orgânicas dos pacientes psiquiátricos; quando, ao abordar questões nutricionais com os usuários, não se perder de vista as condições socioeconômicas dos mesmos, assim como os costumes e rituais que envolvam alimentação; quando se insere no processo de cuidado, acolhimento e escuta às questões subjetivas que, comumente, se apresentam junto às queixas orgânicas, sem separá-las.

A troca dos saberes entre núcleo e campo constitui a principal aposta do Apoio Matricial. É a partir dela que se busca as melhores alternativas de cuidado, as intervenções mais apropriadas para uma mudança positiva no estado de saúde das pessoas (OLIVEIRA, 2011). Campos (1999), afirma que esta troca constante entre núcleo e campo deve ocorrer de forma sinérgica à produção de novos saberes advindos dessa prática. Aposta-se na produção de saberes em ato, que venham a ampliar a capacidade de análise e de ação dos sujeitos.

O trabalho do apoio se materializa num jogo de saberes, onde, além dos

¹¹ Consulta conjunta – consulta realizada por dois ou mais profissionais de saúde.

saberes do núcleo e do campo, o "saber" e o "não saber" tentam ajustar o passo da dança ao ritmo colocado pelas situações cotidianas das relações de cuidado em saúde. Os saberes de núcleo e campo tendem a operar na direção da solidez, do que o apoio tem de firmeza, de autorização, de fundamentação. O "não-saber" é convocado pelo que as singularidades de cada caso trazem, extrapolando o previsto nos protocolos clínicos, no construído na formação. O "não saber" se apresenta no que vaza e no que será produzido. Ao apoiador, cabe transitar, costurar, facilitar, interrogar esses saberes, sem abandonar o lugar que lhe foi dado pelo seu núcleo e pelo campo onde atua.

2.2 Técnico-Pedagógico e Clínico Assistencial

Outra proposição fronteira do Apoio Matricial diz respeito às dimensões de caráter técnico-pedagógico e clínico assistencial. Segundo o CAB 27 (BRASIL, 2010), a primeira dimensão diz respeito a um trabalho direcionado aos profissionais das equipes e tem caráter educativo, formativo; a segunda se refere ao trabalho realizado diretamente com o usuário. Essas dimensões também acontecem de forma integrada, numa ação que Campos (1999) denominou de intervenção pedagógico-terapêutica. Compreende-se que ao fazer juntos, o apoiador e equipe de referência estão cuidando e produzindo aprendizados, novos conhecimentos. O objetivo dessas ações é que, com o passar do tempo, as equipes de referência, ao ter construído conhecimentos junto aos apoiadores matriciais, ensinado e aprendido, não mais necessite do suporte dos mesmos. Uma espécie de "apoio-muleta", onde se almeja a ausência deste apoio a partir do fortalecimento dos profissionais apoiados.

Seria o apoio um híbrido produzido a partir do cruzamento entre essas duas dimensões? Afinal como separar o cuidado do aprendizado? Há uma dimensão de aprendizagem na clínica e de cuidado no ato de aprender. Até se tomássemos como pedagógico, como ensinar e aprender, algo da ordem da transmissão de conhecimento; se tomássemos como educativo o que Paulo Freire (1996) chamou de educação bancária, onde temos um sujeito "que sabe" e outro "que não sabe"; mesmo assim, seria difícil separar essas duas dimensões.

Esse modo de pensar os processos educativos muito se aproxima, por

exemplo, com os métodos prescritivos de uma clínica mais tradicional, onde o profissional de saúde é tido como o detentor do saber sobre o paciente, e este como “não possuidor” de saberes, objetificado, como o *a-luno* (sem luz) na educação bancária. Apesar de termos muitas críticas a esse modo de cuidar e de educar, o utilizo aqui para afirmar que é inegável a dimensão de educação no cuidado: quando são feitas orientações e trocas de informação sobre os processos de adoecimento e cuidado, por exemplo. Assim como a dimensão de cuidado nos processos educativos, afinal o que apreendemos do mundo nos serve para que, senão para cuidar melhor do mesmo, das pessoas, de cada um de nós?

Se conseguimos vislumbrar essa inseparabilidade até nos modos mais verticais das relações de cuidado e aprendizagem, fazer o mesmo tomando os processos educativos que se dão de forma participativa, em uma relação dialógica, onde os sujeitos se constroem, se modificam, e se produzem nos encontros, na relação com os outros e com o mundo, compreendendo o saber como algo também produzido nas relações (FREIRE, 1996); se torna mais simples. Permite-nos, com mais tranquilidade, afirmar que a dimensão técnica pedagógica e clínica assistencial estão sempre em relação.

Apesar de nos documentos oficiais a dimensão clínica-assistencial do apoio estar relacionada ao trabalho junto com o usuário, há uma dimensão de cuidado do apoiador para com a equipe e o seu processo de trabalho. A relação entre equipe de apoio e equipe de referência é também uma relação de cuidado. Na prática do apoio matricial, dimensão clínica não se restringe aos momentos com os usuários. Quando estamos matriciando, discutindo casos, ajudando a equipe a lidar com estes, estamos cuidando, ensinando e aprendendo com os colegas. Existe uma prática clínica com a equipe apoiada. Os apoiadores cuidam das equipes, dos trabalhadores, do processo de trabalho, e ao fazê-lo também estão formando e se formando, ou seja, no apoio matricial, cuidar também é formar.

Essa discussão conecta-se diretamente com a relação sinérgica do apoio com a Educação Permanente em Saúde, que aposta na formação dos trabalhadores imersa em seu cotidiano, a partir dos problemas vivenciados pelas equipes de trabalho e das questões colocadas pelo território. Equipes que atuam em territórios marcados pela violência advinda da guerra às drogas, por exemplo,

apontam a necessidade de inserir essas questões nas suas discussões cotidianas, nos estudos, na produção de manejos clínicos das pessoas que chegam marcadas pelos efeitos do viver nesses contextos.

Porém, gostaria de chamar atenção neste tópico, para um fenômeno comum, que vem se configurando como um fantasma para as equipes de NASF. A depender da compreensão que se tenha sobre essa dimensão clínica assistencial, seja por parte dos gestores, ou dos trabalhadores das equipes de apoio e referência, corre-se o risco de ambas as equipes trabalharem no formato ambulatorial, distanciando-se da proposta SUS, principalmente no que tange aos princípios da integralidade e longitudinalidade do cuidado. No modo ambulatorial de prestar assistência, diretrizes caras à saúde da família como vínculo, responsabilidade sanitária, acompanhamento das condições de saúde do território, participação popular, construção coletiva das práticas de cuidado, não comparecem, necessariamente. Mas como evitar esse tipo de confusão? Como afirmar uma assistência no trabalho do NASF que não esteja desconectada da função de apoio?

Oliveira (2011) traz à tona em sua tese, uma importante discussão para realizarmos esse debate, que são as condições necessárias para o desenvolvimento do trabalho do NASF. Essa tecnologia sofisticada que é o apoio, que muito pode contribuir para processos de trabalho e cuidado mais democráticos, integrais, coletivos e formativos, corre o risco de não ser bem realizada, a depender de uma série de condições. Como já mencionado anteriormente, o apoio não acontece por si. Por se tratar de uma tecnologia relacional, vai depender de vários fatores para o seu pleno desenvolvimento. Para este momento, nos deteremos às condições para o apoio mais próximas às dimensões técnico-pedagógica e clínico-assistencial. Outras condicionalidades para atuação do apoio matricial comparecerão adiante, nos capítulos que seguem.

Sobre a dimensão técnico-pedagógica, gostaria de destacar a importância do apoiador ter ciência que está a todo momento num exercício pedagógico, que o objetivo da consulta conjunta, por exemplo, não é apenas ampliar as possibilidades de cuidado dos usuários, mas produzir no colega de trabalho que compartilha a consulta e no próprio apoiador, aprendizados em torno dos núcleo de saberes envolvidos e da situação do usuário, com a

finalidade de fortalecimento dos profissionais para enfrentar situações futuras semelhantes.

O apoiador precisa estar ciente que é também um educador, que há um compromisso com a formação dos profissionais apoiados e com a sua própria, além de um trabalho junto aos usuários que também é de educação em saúde. Para tanto, outras condições se colocam, dentre elas quero destacar a organização da agenda de forma a garantir o máximo de atividades partilhadas e conseqüentemente momentos de trocas e aprendizados; e a existência de espaços para educação permanente para o próprio apoiador, onde ele possa trabalhar essa dimensão de educador, não óbvia e não garantida nos cursos de formação da área da saúde. O apoio também precisa de apoio.

No que tange a dimensão clínico-assistencial, gostaria de destacar algo mencionado anteriormente, porém não aprofundado, que conversa com os dilemas da ESF em relação à cobertura assistencial e ao acesso dos usuários. Sabemos que estas questões ainda são obstáculos para o pleno desenvolvimento da estratégia. A depender das peculiaridades de cada território, prestar assistência integral para 4000 pessoas – número máximo de habitantes para cada equipe mínima da ESF; não é uma tarefa simples, exigindo muito esforço e organização das equipes para tal. A dimensão clínica assistencial se entendida como retaguarda assistencial especializada, pode produzir nas equipes apoiadas o desejo de dividir o trabalho de assistência com o NASF, podendo produzir maior aproximação do modo ambulatorial de cuidar: cada um faz a sua parte. Diferente de fazer juntos, de compartilhar o cuidado.

A recusa do NASF em ocupar esse lugar, muitas vezes é mal compreendida, podendo ser lida como negação de auxílio. Observo que esses modos de produzir cuidado permanecem em disputa, muitas vezes de forma velada, pois a distinção entre o modelo ambulatorial e os modelos compartilhados de cuidado ainda não são claras para a maioria dos trabalhadores do SUS. Sabemos da necessidade de assistência por parte dos usuários dos serviços, assim como da dificuldade da equipe de garantir assistência a todos os usuários, o que exige muita atenção dos apoiadores, para lidar com a dimensão assistencial do apoio sem se ambulatorizar e sem perder de vista que a função apoio não tem como foco central “resolver” o problema do acesso e cobertura no SUS, mas sim de qualificação do cuidado, da atenção,

dos processos de trabalho.

Outra condição em destaque aqui, diz respeito rede intra e intersetorial, com quem se possa compartilhar o cuidado – outros equipamentos sociais do território ou serviços de saúde de outros níveis de complexidade (atenção secundária e terciária); de acordo com a necessidade dos casos. Ter garantido o acesso e a circulação dos usuários nestes serviços é condição para o trabalho do apoio. Não é possível apoiar sem rede, uma vez que costurar a rede, articular serviços e equipamentos sociais é uma das funções mais importantes do trabalho do NASF, quando vemos concretizar a coordenação do cuidado por parte da atenção básica, a integralidade do cuidado, o acompanhamento do usuário. Oliveira (2011) fala ainda que no âmbito dos serviços, fazem-se necessárias condições de organização dos fluxos, agendas, processos de trabalho, disponibilidades pessoais e institucionais, para que o apoio matricial seja possível.

A inexistência dessas condições coloca em risco o trabalho do apoiador, podendo ser convocado a assumir outros tipos de tarefas, por vezes mais direcionadas à assistência, por outras vezes mais direcionadas à gestão, ocupando lacunas dos serviços, que comumente sofre de escassez de profissionais e excesso de demanda, deixando de lado as tarefas intrínsecas do apoio.

A fragilidade da atenção secundária, o número de usuários sob responsabilidade das equipes apoiadas, as peculiaridades das demandas dos territórios, seus históricos de desassistência, a alta vulnerabilidade, ou gestores que não compreendam a proposta do apoio podem redirecionar o trabalho dos apoiadores para outras funções distintas.

Disto trata parte dos desafios de operacionalizar a tecnologia do apoio matricial: compreender que estas duas dimensões são híbridas e que estão presentes a todo o momento. Trata-se de mais uma fronteira habitada. Cabe ao apoiador o constante desafio do diálogo, de manter uma postura clínica-pedagógica para com as equipes de referência, sem perder de vista os atalhos que podem empurrá-los para a ambulatorização, para a fragmentação dos saberes, para um modelo de cuidado que não é o desejado e preconizado pelo SUS.

2.3 Micropolítica – Macropolítica

A função apoio no âmbito do SUS foi construída com foco nas mudanças institucionais no campo da saúde pública. O apoiador é chamado a protagonizar a tarefa de trazer à tona as intencionalidades, o plano de força, as singularidades, como forma de produzir novas realidades no processo de trabalho. O apoio foi um dispositivo pensado para operar dentro da máquina do estado, visando modificar as práticas de gestão dos coletivos de trabalhadores e usuários. Objetiva-se a construção de ações mais coletivas e co-gestivas que surgem por dentro das engrenagens do estado, sendo o apoio uma “peça” que opera dentro em articulação com o fora. Trata-se de um ator que produz mudanças no plano micropolítico em relação constante com o plano macropolítico.

O trabalho do apoiador matricial concentra-se no processo, no movimento e não nos resultados a serem alcançados. É um cuidado, uma atenção com a formação e não com a forma. É um trabalho micropolítico, que atua com movimentos instituintes, na dimensão processual da realidade, onde esta pode ser alterada, modificada. O apoiador sempre visa o micro. Trata-se de um trabalhador do SUS que desenvolve uma sensibilidade para os processos micropolíticos.

O NASF, como arranjo organizacional da política de saúde do SUS, necessita de ferramentas que lhe possibilite trabalhar com diferentes contextos, territórios, realidades. O apoio matricial é uma tecnologia que trabalha a partir das questões singulares de cada equipe, a partir das suas necessidades e da população. Singular, no sentido proposto por Guattari e Rolnik (1996), produzindo automodelação, captando em cada situação, elementos com potencial de construção das suas próprias referências práticas e teóricas. Ou seja, desenvolver hábitos de analisar as suas próprias situações cotidianas, vivenciando com mais clareza e autonomia os seus processos, tornando-se mais livre para criar outras possibilidades de estar no mundo. Trata-se de um meio de lidar com o “não saber” trazidos pelas situações complexas, pelos “furos” dos protocolos clínicos, configura-se como método de criação de novas possibilidades de intervir e produzir realidades.

Diante disso, podemos observar que o apoio matricial habita uma nova

fronteira, momento em que o processo, o movimento, a micropolítica transforma e produz a realidade, a macropolítica. O apoiador transita entre os processos instituintes e instituídos, seja quando está lidando com usuários, trabalhadores, coletivos e serviços. Quando num momento de discussão de caso, ou de interconsulta, onde os sujeitos em relação se colocam a disposição para a resolução de um problema, quando é produzida uma nova solução, um manejo clínico específico daquele encontro, onde é produzido um novo saber, encontramos o apoiador em ato no processo molecular de produção do cuidado. O apoiador aciona processos de mudança, portanto apoia a dimensão micropolítica das instituições de saúde. E essa experiência é mais uma experiência fronteira, que se dá entre a micro e a macropolítica, entre os movimentos moleculares e molares.

Ceccim e Merhy (2009) apontam para a importância da micropolítica do trabalho em saúde como oposição, como resistência, à macropolítica das corporações, dos protocolos, do gerenciamento. Opõe-se à política disciplinar, das racionalidades hegemônicas, tratando das forças minoritárias, das resistências às capturas. O chamado “trabalho vivo”, o realizado em ato, no encontro, na interação com o outro em oposição às práticas assistenciais restritas a ações e procedimentos pré-estabelecidos em protocolos. Na micropolítica, busca-se a resistência, a criação, a vivência de uma relação. Trata-se mais de uma transversalização dos processos contra hegemônicos, do que de algo que acontece de forma mais localizada/individual/particular (CECCIM; MERHY, 2009).

Compreende-se que atenção não se restringe as práticas normativas e/ou biomédicas, ela implica encontro com a alteridade, em que “a interação promove práticas de si” (CECCIM; MERHY, 2009, p. 535), assim como produzem um tempo e espaço comum, intercessor, onde um agente interfere no outro e vice versa, onde se produz as ações de cuidado. Esses encontros se caracterizam pela multiplicidade dos saberes envolvidos, assim como pela imprevisibilidade dos seus efeitos, e necessita de postura acolhedora de ambos os lados, de abertura para essa interação. Vistas dessas formas, as consultas, os atendimentos, os encontros de cuidado, seja entre profissionais e usuários, seja entre apoiadores e equipes apoiadas muito se diferenciam de uma assistência dirigida pelas normas e desejo de controle.

Para tanto, cabe ao apoiador o desafio de escolher as ferramentas mais adequadas para cada encontro, o que inclui colocar-se constantemente em análise, assim como a forma como se dão os encontros, os contextos, trazendo para o centro das atenções as práticas cuidadoras e pedagógicas produzidas nos mesmos.

2.4 O Apoio Matricial no Município do Rio de Janeiro

Para finalizar, trago uma fronteira que habito no Município do Rio de Janeiro, localizada entre o que estudei e entendo sobre apoio matricial e o que experienciei como trabalhadora do NASF nesta cidade. É importante iniciar destacando que o NASF tem sua implantação neste município no ano de 2011 e, assim como a Saúde da Família, passa por recente expansão, sendo experimentado de formas diversas nas várias regiões (áreas programáticas) da cidade.

Sobre as peculiaridades do NASF no Rio de Janeiro, inicio pela sua localização nas instâncias centrais de gestão. Partindo, provavelmente, da premissa de que o NASF é uma equipe de "retaguarda especializada da Atenção Básica", os gestores da Secretaria Municipal de Saúde optaram inicialmente por alocar a coordenação do NASF junto com a de policlínicas, onde é ofertada a maior quantidade de serviços ambulatoriais. Essa junção produziu direcionamentos ao trabalho do NASF de forma a se aproximar da atenção secundária e se distanciar da atenção primária. Apenas em meados de 2017, a coordenação do NASF passou a trabalhar conjuntamente com as demais coordenações dos equipamentos da atenção básica do município.

Em circular publicada em 2011, sobre o cadastramento das equipes NASF apresenta-se a possibilidade das equipes NASF serem cadastradas nos serviços de saúde da atenção secundária, como em Clínicas Especializada/Ambulatório de Especialidade. É também sabido – apesar de não haver publicações sobre isso – que inicialmente, profissionais dos ambulatórios foram “remanejados” para o NASF, sem passar por processos formativos em torno das peculiaridades do trabalho do apoio, do matriciamento, favorecendo a continuidade das práticas ambulatoriais anteriores, mesmo depois de terem sido nomeados de trabalhadores do NASF.

Existem poucas publicações sobre o NASF no Município do Rio, incluindo publicações de ordem técnica, elaboradas pela gestão para a efetivação da política. Não há publicação acerca do desenho do NASF, de como essa estratégia foi pensada para o município. Dentre os poucos documentos encontrados, destaco uma Circular de 2015, publicada em 2016, que trata das Diretrizes de atuação dos NASF, direcionada para os gestores locais, com ênfase na implantação dos núcleos. Quero chamar atenção para o ponto que aborda a organização do processo de trabalho, restrito a comunicar sobre uma agenda padrão para esses trabalhadores.

Sobre a agenda padrão, duas questões: a primeira diz respeito ao “padrão”, que sinaliza um certo distanciamento do planejamento das atividades do NASF a partir das peculiaridades das equipes apoiadas e territórios. Como sustentar um padrão de agenda com a tamanha diversidade de territórios que vemos neste município? Em segundo lugar destaco: a gestão da agenda padrão do NASF, que no documento aparece como sendo de total responsabilidade dos gestores locais: “Os gestores da agenda da equipe NASF são os gerentes das equipes de Saúde da Família apoiadas” (RIO DE JANEIRO, 2016. p. 4), não contemplando a participação dos apoiadores na construção dessa agenda, deixando clara a direção vertical de gestão escolhida e a submissão direta do NASF aos gerentes das unidades de saúde da família. Algo problemático para um trabalhador que atua no entre: de saída é colocado abaixo (assunto abordado no capítulo 3).

O outro destaque em relação a agenda diz respeito ao modo de distribuição das atividades do apoio: 40% da carga horária semanal dos profissionais do NASF devem ser preenchida por atendimentos individuais aos usuários dos serviços e 10% para visitas domiciliares, ou seja, metade da carga horária deve ser destinada a assistência, restando a outra metade para participação em reunião das equipes de saúde da família (10%), atividades coletivas (20%), reuniões de equipe NASF (5%), e organização e planejamento do processo de trabalho (15%) (RIO DE JANEIRO, 2016).

Em 2016 foi publicado um Guia de Referência Rápida para o NASF, onde se apresentou de forma detalhada como os profissionais desta equipe devem gerir as listas de usuários a serem encaminhados a outras especialidades, colocando o apoiador na função de "gestor de listas", retirando, em partes, das

equipes de saúde da família a atribuição de coordenar o cuidado dos usuários sob a sua responsabilidade, além de direcionar o trabalho do apoiador para a regulação dos encaminhamentos dos usuários para os outros níveis de atenção.

O trabalho de apoio é deixado para segundo plano. A dimensão técnica pedagógica nem sequer aparece nos documentos oficiais, ficando a cargo dos apoiadores a busca por incluir essas dimensões no seu trabalho. Outras importantes atividades do apoio não incluídas nos documentos do Município do Rio são as realizadas em conjunto com outros serviços da rede, tarefa importante à proposta de integralidade e cuidado compartilhado.

Na relação com as equipes de saúde da família apoiadas, avaliamos que apesar de ser preconizado o trabalho conjunto, as prioridades da ESF e do NASF são distintas. As equipes de referência deveriam acompanhar todos os usuários de um determinado território, porém acabam privilegiando os chamados grupos prioritários (gestantes, crianças até dois anos, hipertensos e diabéticos, pessoas com tuberculose e hanseníase). Isso ocorre por diversos fatores: população adstrita numerosa e com alta vulnerabilidade, ser o único equipamento de saúde em territórios que eram vazios assistenciais, alta rotatividade de profissionais da medicina, pouca familiaridade com a saúde da família; mas tem um vetor que opera com maior força: os indicadores pactuados no contrato de gestão entre SMS e OSS, que fazem referência ao acompanhamento dos referidos grupos prioritários, com “recompensa” (dinheiro) por desempenho para as equipes que conseguirem atingir a meta acordada. Enquanto isso, as prioridades do NASF se concentram na saúde mental, reabilitação e nutrição. Como efeito, equipes que deveriam trabalhar juntas, acabam trabalhando separadas

O profissional do NASF no município do Rio de Janeiro encontra de saída desafios para além dos corriqueiros – explicar a todo o momento como funciona o seu processo de trabalho, os fluxos e objetivos; a saber: Lidar com demandas assistenciais intensas, com uma rede secundária frágil, com profissionais das equipes de saúde da família que pouco conhecem do funcionamento desta estratégia, assumir e coordenar cuidado de casos graves, que de tão graves não conseguem sair do território e chegar nas emergências e/ou serviços adequados.

O que aqui chamei de desafio, quando sentido na pele muda de nome. É violento o que se propõe para esses trabalhadores, que além de lidar com a

exigência criativa e ampliada do apoio matricial no que diz respeito à diversidade de atividades, comumente se sobrecarrega de demandas assistenciais. Entre o que entendemos como apoio e o que fazemos como apoio no Rio de Janeiro há uma fronteira que é habitada de forma violenta pelo trabalhador.

A gestão verticalizada, o pouco suporte para o trabalho do NASF, a clara falta de interesse por esse trabalho por parte dos gestores da atenção básica, são um dos vetores de violência institucional considerados nessa pesquisa, que serão melhor discutidos no capítulo 4, onde as experiências do campo da pesquisa serão abordadas de forma mais intensificada.

3. APOIO: DO “NÃO LUGAR” AO “ENTRE”; DA FRONTEIRA À MEMBRANA

Antes de começar a escrita deste capítulo, tentei de alguma forma me conectar com experiências limítrofes, fronteiriças, do e no *entre*. A necessidade dessa conexão veio a partir do meu debruçar sobre o fazer do apoiador e o quão complexo é lhe delimitar um lugar: é parte das equipes de saúde da família? É vinculado à gestão? A quem responde? Onde trabalha? Onde opera? Onde transita? Perguntas que me levaram a localizar o apoiador como um trabalhador que opera no *entre*, na fronteira. Mas que experiência é essa?

Busquei-as primeiramente nas minhas memórias: vivências de outrora, leituras anteriores, acontecimentos a mim narrados. Buscava inspiração para a escrita. Veio-me de imediato a imagem de Iansã¹², orixá da comunicação, do movimento, dos ventos, das tempestades, dos raios que inscreve contornos no que aprendemos não os ter: o céu. Iansã é a responsável por fazer a travessia dos espíritos desencarnados deste plano terreno/matéria para o outro, aquele ao qual só nos cabe especular, também conhecido como mundo dos mortos.

Iansã como experiência do *entre*, da fronteira, agora me traz novos enunciados, novas pistas. Fronteira para além de demarcação, contorno, limite, disputa, confronto, tensão. Fronteira também como comunicação, passagem, regulação, intercessão, e por que não, cuidado. Como Iansã transitando entre os planos na sua tarefa de acompanhar travessias, o apoiador transita entre os espaços e funções nos serviços de saúde, na sua tarefa de acompanhar a travessia das equipes no cuidado com os usuários, na relação com o trabalho e com os demais trabalhadores.

Mas não se trata de um acompanhar passivamente. Ao contrário. Por ser equipe de apoio, a atenção aos acontecimentos, o *time* da intervenção, o exercício constante da análise do processo de trabalho, e uma boa dose de organização e flexibilização, são elementos que precisam estar a todo vapor no fazer do apoiador durante o referido acompanhamento das pessoas e organizações apoiadas e seus usuários. Duvido haver passividade na presença desses elementos, mesmo sabendo que os mesmos podem tranquilamente estar acontecendo em um corpo parado, sentado.

¹² Iansã é um orixá cultuado em várias religiões de origem africana.

Escrevo isso por ser comum ouvir que o trabalho do apoiador é confuso, invisível, complexo, mal delimitado, ocupando uma espécie de *não lugar*. Não lugar? Não. Há um lugar, mas acredito que a dificuldade de ver o lugar do apoio possa vir do fato do quão estranho é para pensamentos cartesianos¹³, construir uma imagem do entre, onde todos se afetam, não havendo separação entre agentes ativos e receptores. E é no entre, na fronteira, nos encontros, que opera o apoiador: entre as equipes, entre serviços, entre trabalhadores, gestores e usuários. Mas como o trabalho do apoio é visto?

Buscando outras imagens que pudessem nos ajudar a compreender o lugar/fazer do apoio, fui seguindo as pistas sobre fronteiras: da demarcação à comunicação; do contorno à regulação; do limite à passagem. Elas se moviam, me mostravam outras, me produziam aberturas. Era o campo me atentando para uma dimensão importante do apoiar, que remete mais ao movimento, à plasticidade, à porosidade, do que a delimitação, o contorno.

O trabalho de fronteira do apoio não se trata de um trabalho alfandegário, de barrar, de controlar, de delimitar – apesar desses aspectos poderem comparecer em situações de apoio. Trata primeiramente de dar passagem, de fazer comunicar, de catalisar, de fazer fluir, seja as inquietações das equipes de saúde da família, as dúvidas e incômodos acerca do processo de trabalho; seja o fluir do usuário pela rede.

Seguindo essa dimensão porosa do trabalho do apoio, lembrei de outra imagem-função que muito pode nos ajudar nessa compreensão. Campos (2003) traz a ideia de membrana, ao referir-se à diversidade de ações do apoio. Segundo este autor, o fazer do apoiador deve ser ao mesmo tempo firme e fluido, como uma membrana, que tanto permite separação, proteção, como permite passagem, encontro. Apoiar é "combinar firmeza com abertura à composição de interesses e de visão de mundo" (CAMPOS, 2003, p. 95). É com a membrana celular, como imagem-função de um entre, que nos demoraremos um pouco mais nesse capítulo sobre o apoio.

¹³ O pensamento cartesiano, desenvolvido a partir da herança deixada pelo filósofo R. Descartes, propõe um racionalismo apartado da paixão. Para isso, construiu uma metodologia que se propunha universal, inspirado no rigor matemático e racionalista. O objetivo do pensamento cartesiano é abranger numa perspectiva de conjunto unitário e claro, todos os problemas propostos à investigação científica (ABAGNANO, 1998).

3.1 Apoio-membrana

Revisitando a biologia, especificamente a citologia (estudo das células), a fim de me aproximar da função-membrana, percebi não poderia tomar em separados, dois importantes aspectos da mesma: a função e a constituição. A membrana, película que envolve as células, tem como principais funções a delimitação do conteúdo intra e extracelular, servindo de proteção para as estruturas celulares, garantindo assim integridade da célula e conseqüentemente, a vida (JUNQUEIRA & CARNEIRO, 2005). Ou seja, há na membrana uma função vital de extrema importância. Ela garante, possibilita a vida celular, a vida de tudo que é vivo.

A segunda função, nada menos importante ou vital, é a permeabilidade seletiva, que se refere ao controle de entrada e saída de substâncias na célula. A membrana possibilita o reconhecimento e transporte dessas substâncias, essenciais ao metabolismo celular, por meio da presença de receptores específicos em sua constituição (JUNQUEIRA & CARNEIRO, 2005).

Trata-se, portanto, da fronteira da célula, onde a comunicação entre o interior e o exterior da mesma acontece. Podemos identificar função análoga no apoio. Tomando a ESF como uma unidade celular, o apoiador ocupa uma função limiar, auxiliando a equipes da estratégia de saúde da família a compreender as suas atribuições, o seu papel e os seus limites: aqueles que esbarram com os limites da atenção secundária, por exemplo. O apoio ajuda as equipes a “separar”, a partir das demandas trazidas pelos usuários, o que pode ser feito pelos serviços de atenção básica (dentro), do que necessita ser compartilhado com os demais níveis de atenção (fora), numa concepção de gestão e regulação do sistema.

Esta ação ajuda as equipes a melhor compreender as demandas que necessitam de outro nível de atenção, de outros equipamentos do território, que possivelmente não conseguiriam manejar sozinhas. Com isso é possível construir com as equipes uma maior apropriação do seu fazer, contribuir com a ampliação de conhecimentos em torno do que trazem os casos, ampliar e aperfeiçoar seu escopo de atuação, qualificar o manejo clínico, diminuindo as sensações de impotência e angústia dos trabalhadores. Como a membrana protege a célula, o apoio pode “proteger” as equipes no que tange à delimitação

dos seus limites de atuação, assim como, os limites da rede de apoio e serviços, auxiliando na seleção dos casos que ficam sob o acompanhamento exclusivo da ESF (dentro) e os que necessitam ser compartilhados (fora). Esta é a sua porosidade, complexa e requintada.

Apoio é dar passagem a que? O que permite entrar, o que inclui? O que deixa sair, o que exclui? Sendo essa permeabilidade seletiva, como se dá essa seleção? Quais os critérios? Baseados em quais princípios e argumentos se seleciona o que entra e o que sai?

A permeabilidade seletiva da membrana só é possível devido a sua estruturação, pela forma como se constitui. A membrana celular possui uma composição lipoproteica, apresentando uma porção mais fluida (lipídeos) e uma mais sólida (proteínas) (JUNQUEIRA & CARNEIRO, 2005). Essa característica, também pode ser verificada no trabalho do apoio, que transita entre a solidez e a fluidez. Podemos experimentar a solidez do apoio, quando em interação com o campo, o apoiador trabalha junto com as equipes apoiadas sobre o bom uso dos protocolos clínicos, dos fluxos, das regulações, dos conhecimentos específicos que os casos suscitam. Experimentamos a fluidez do apoio, quando também trabalhamos com as equipes questões mais sutis do campo, do território, que geralmente não se encaixam ou extrapolam o programado nos protocolos e nos fluxos, e que comumente, deixam as equipes perdidas diante de um “não saber o que fazer”.

Não se trata de ser o apoiador um super profissional que tudo sabe, não é dando respostas prontas que se apoia. É preciso pensar em dispositivos de apoio que produzam movimentos, perturbações nos sujeitos apoiados, que os levem a modulações na forma de ver, sentir e pensar o trabalho em saúde; que produzam aprendizados sobre como lidar em situações complexas. Perguntas reflexivas, que levem à problematização das situações expostas são preferíveis às respostas prontas no ato de apoiar.

O apoio, embora seja uma ferramenta da gestão, é também um ato clínico e pedagógico. Essas três dimensões devem estar presentes e operantes a todo momento no trabalho do apoiador, que possui uma função gestora incidindo nos processos clínicos das equipes com seus usuários, por meio da educação permanente e de outras ferramentas que visam a produção do cuidado, de conhecimento e de modos mais democráticos e participativos de gestão.

Campos (2000) indica o desafio de pensar a gestão como possuindo funções pedagógicas e terapêuticas, como “um lugar onde se produziria aprendendo e, também, ao mesmo tempo, se reconstruiria a própria subjetividade” (CAMPOS, 2000, p. 145).

A gestão do processo de trabalho em saúde não pode ser desarticulada, por definição, da atenção em saúde. Os modos de cuidar e os modos de gerir o trabalho do cuidado em saúde constituem, em sua inseparabilidade, o sistema de saúde. Ambas as dimensões do sistema de saúde devem ser entendidas em seu aspecto subjetivo, isto é, se dão como práticas relacionais entre sujeitos e participam, por sua vez, dos processos de produção das subjetividades elas mesmas. Entendemos subjetividade “processo de produção ou de síntese no tempo a partir de componentes heterogêneos que se apresentam como vetores de existencialização” (BENEVIDES e PASSOS, 2001, p. 334). Nesse sentido, nos interessa destacar o encontro da experiência de gestão dos serviços de saúde com a experiência clínica. Porém, vale salientar que isso não é passível de acontecer em qualquer experiência de gestão ou de clínica.

A afirmativa baseia-se em formas específicas de pensar essas instâncias, a começar pelo modelo de gestão, que deve incluir a dimensão da criação, da invenção (CAMPOS, 2003) e, portanto, da produção de subjetividade, como constitutiva desta função. Modelos baseados exclusivamente em cumprimento de tarefas ou metas, que apresentam pouco ou nenhum grau de abertura para novas experiências, tem uma possibilidade muito reduzida de aproximação com a clínica. Há uma dimensão clínica da gestão quando entendemos a gestão como criação de mudanças nos processos de trabalho e quando entendemos a clínica a partir de seus dispositivos de produção de desvio, de reposicionamento subjetivo,

não é só teoria, não é só método, não é só técnica, e não é uma aplicação de preceitos codificados de nenhuma corporação. Não deve satisfações doutrinárias a quem quer que seja. A clínica é o espaço epistemológico da “criação”, da inventiva. Como não existe prescrição para a invenção, o clínico deve partir da liberdade de criar em colaboração com o usuário (BAGGIO e BAREMBLITT, 1997, p. 37).

Assim como a gestão é inseparável da clínica, também o é da pedagogia, do aprendizado, da formação, entendidos aqui em sua dimensão também

criativa. Distintamente do que Paulo Freire (1978) chamou de educação bancária¹⁴, processos de aprendizagem criativos são aqueles que não se definem pela reprodução e compartilhamento de saberes pré-estabelecidos nos currículos, se caracterizando pela possibilidade de invenção para a tradução e pronúncia do mundo (FREIRE, 1978).

Na prática do apoio, essa dimensão criativa que apontamos como essencial para os processos clínicos, pedagógicos e de gestão, é potencializada pelo fato do apoiador habitar as fronteiras. Estar entre, numa certa zona de indeterminação, aumenta as condições de possibilidades para a invenção. Ao apoiador, cabe catalisar processos em que os profissionais possam experimentar a inseparabilidade entre a gestão, a clínica e a pedagogia; entre a clínica e as relações institucionais; entre a clínica e o território. Gerir e cuidar, “gestar” e aprender.

Aprender que ser profissional de saúde não nos confere o estatuto de tudo saber. A função apoio-membrana na sua porção fluida indica a necessidade de lidarmos também com o não-saber. Ressalto isso por conviver a anos com a angústia de profissionais, que se desesperam ao se deparar com graus de indeterminação e imprevisibilidade no trabalho. Nesses momentos, cabe ao apoiador acolher essa angústia, dar lugar ao não-saber, entender junto com o outro como isso opera no cotidiano do trabalho, e também como é constituinte do mesmo – antes de qualquer saber, há um não sabe que é condição de possibilidade de um novo saber a ser criado, que deve ser criado. É na fluidez que o apoiador opera a micropolítica, os movimentos criativos, capazes de transformar os fazeres e os seres envolvidos no processo.

Como operação micropolítica, compreendemos a maneira “como reproduzimos (ou não) os modos de subjetividade dominante” (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 133). A análise micropolítica habita a encruzilhada entre os diferentes modos de apreensão de um problema, que são múltiplos, uma vez que subjetividade e realidade social não estão separadas e que os processos de

¹⁴ Educação bancária é uma expressão criada por Paulo Freire para referir-se ao método pedagógico onde o professor é o centro do processo de aprendizagem, pois é tido como o detentor absoluto do saber; e o aluno aquele que nada sabe, que nada possui, em quem será “depositado” os conhecimentos dos professores. Paulo Freire critica esse tipo de ensino; por não considerar aquilo que o aluno traz consigo, o conhecimento que a criança tem internalizado anteriormente ao seu período de ingresso na escola (FREIRE, 1978).

subjetivação estão em constante movimento, flutuam. Assim trabalha o apoiador: no cruzamento entre múltiplos saberes, experiências, pontos de vista e processos de subjetivação em constante movimento.

Múltiplas também são as substâncias que cruzam, entram e saem da célula por meio da permeabilidade seletiva da membrana (voltando para a nossa imagem-função análoga ao apoio). Mas o que permite tal fenômeno acontecer? Como se dá esse processo? No que tange à sua estrutura, a membrana é formada por duas camadas contínuas de lipídeos com proteínas imersas ou associadas, que conformam a aparência de um mosaico, o que deu origem ao nome do modelo: mosaico fluido. A quantidade de cada um desses componentes varia de acordo com a função e o tipo de célula que a membrana está envolvendo (JUNQUEIRA & CARNEIRO, 2012).

Os lipídeos que constituem a membrana vêm associados a uma molécula de fosfato, tornando-os fosfolipídeos. Como principal característica deles, temos uma dupla afinidade com a água: uma região da molécula tem muita afinidade com a água (hidrofílica-polar) e a outra não possui afinidade com a água (hidrofóbica-apolar). A parte da membrana que convive bem com a água fica nas suas extremidades, nas faces que interagem com o interior e o exterior da célula. Já a parte “fóbica” fica no meio, protegida pelos lipídeos “amigos” da água, porém sem contato com a mesma. Essa estrutura impede o livre trânsito das substâncias e constitui o corpo da membrana, o que sustenta a ela e a célula (JUNQUEIRA & CARNEIRO, 2012).

O corpo da membrana é fluido, as moléculas se movem sem deixar de se tocar, mantendo a barreira, a estrutura. Porém não é por ser fluido, que permite que *tudo passe*. Sendo os meios intra e extracelular compostos essencialmente por água. Se esta por exemplo tivesse livre trânsito, “afogaria” ou desidrataria a célula (a depender do contexto interno ou externo), levando à sua morte.

E o apoiador, ele também se estrutura na fluidez? Por hora, podemos apontar que a dimensão flexível, fluida do apoio compõe majoritariamente esta função. Para apoiar, é preciso pôr-se em movimento e em relação, com uma sensibilidade aguçada para identificar o que se move no exterior e no interior da “célula saúde da família”. Como na fluidez lipídica da membrana, a função apoio não permite que tudo passe. Não confundamos fluidez com abertura indiscriminada. Há uma seletividade do que é incorporado ou não pela equipe de

saúde da família, assim como do que é exteriorizado pela mesma, influenciada pelas análises e intervenções dos apoiadores junto à equipe.

A fluidez do apoio versa sobre facilitar, fazer fluir, porém sem abandonar a dimensão de barreira, presente no processo de apoio assim como na membrana celular. Por exemplo: uma das equipes apoiadas chegou ao nosso NASF demandando apoio para a construção de um grupo de adolescentes, compreendendo as peculiaridades desse público (mudanças corporais, subjetivas, período de transição) e incomodados com a ausência do mesmo nos serviços de saúde. Pensaram em fazer um grupo de adolescentes na unidade de saúde.

Poderíamos de prontidão dizer: vamos fazer o grupo junto com vocês, deixando passar o pedido da equipe. Porém, havia questões importantes a serem consideradas antes da construção desse espaço grupal. Assim, perguntamos para a equipe: quem está demandando o grupo? Quando soubemos que a demanda não era dos adolescentes. O que vem acontecendo com os adolescentes do território que motivou a equipe a construir um espaço coletivo com os mesmos? Qual o objetivo do grupo? O que produz o afastamento do adolescente dos serviços de saúde? O que tem nos serviços de saúde de oferta para esse público? Seria a unidade de saúde o melhor lugar para fazer esse grupo, tendo em vista que é um lugar que eles não frequentam? Haveria no território outro equipamento (escola, igreja, praça, quadra, terreno, calçadas) onde esse grupo já se reúne, e que pudéssemos chegar para uma conversa, para saber o que eles demandam? O Apoio, com essas problematizações, interrompeu o fluxo demandante do grupo naquele momento. Entendemos (NASF e equipe de referência) que precisávamos primeiro tentar responder essas questões, ouvir e observar os adolescentes, descobrir o que gostam, seus hábitos, conviver, para só então pensarmos na nossa intervenção.

O Apoio não é só fluidez, como a membrana não é só lipídeos. Há uma parte sólida, porém, não fixa, pois também se move: a proteína. A solidez da sua estrutura permite que a água e os demais solventes presentes na mesma ultrapassem a barreira hidrofóbica de lipídeo da membrana. É ela que permite as passagens. Funciona como um canal e como a “alfândega” da célula, pois é ela que seleciona as substâncias que entram e saem, a partir da presença ou ausência de receptores naquela célula, para as substâncias em trânsito. Tem

receptor, entra. Não tem receptor, não entra.

Retomemos ao exemplo anterior, onde o que estou chamando aqui de função alfandegária do apoio se fez presente. As perguntas colocadas às equipes não tinham como objetivo proibir a passagem do grupo de adolescentes, mas sim criar uma materialidade, um chão, um túnel, um caminho, uma solidez para que o grupo pudesse passar, pudesse acontecer da melhor forma. Nesse caso, a partir da porção proteína do *apoio-membrana* que nos compete, não visualizamos de primeira os receptores adequados para aquele grupo dentro da célula saúde da família, nem na equipe, nem na unidade de saúde. O que não impede que, haja vista a demanda da equipe e a necessidade do público, esses receptores possam ser construídos. Diferente da célula que os possui, ou não os possui.

Aqui uma distinção importante entre a o apoio e a membrana celular: a célula possui um componente alfandegário fixo, a proteína, que em cada célula detecta e deixa passar substâncias fixas, pré-determinadas pela configuração celular, o meio externo e a função da célula no organismo. No apoio por sua vez, essa função alfandegária se encontra em variação, mais próximo do que ele tem de fluido, pois o que vai passar ou não, o que vai sair e entrar depende da demanda, do campo, do contexto, das análises feitas em torno dos receptores, que inclusive podem ser desenvolvidos, e não obrigatoriamente existentes *a priori*.

Ainda sobre *função-proteína* descrita no exemplo anterior, foi sinalizado pelo apoio que, fora da célula, havia receptores mais adequados: os adolescentes já se encontram em outros espaços, convivem, interagem, cuidam-se fora dos serviços. O movimento indicado foi de saída, era fora da unidade de saúde que encontraríamos os receptores ao grupo de adolescentes, pelo menos naquele momento inicial.

A solidez conjugada com a sensibilidade na *função-proteína* do apoio, auxilia as equipes a não se ocuparem de atividades que, de saída, já demonstram fragilidade. Diria que essa função auxilia as equipes a limpar o campo, a elucidar: quais atividades são prioritárias, potentes; quais são desnecessárias ou iatrogênicas; quais os limites existentes na atuação das equipes; quais caminhos e instrumentos podem ser melhor utilizados para cada ação; quais parceiros podem ser acionados; o que manter dentro e fora da célula

saúde da família.

Entendido o processo de permeabilidade seletiva, seguimos com a função lipoproteica constituidora da membrana para pensar o apoio. Apesar de ficar entre a célula e o meio externo, a membrana faz parte do corpo celular, os lipídeos e as proteínas que a formam são produzidos no interior da própria célula, a partir do seu metabolismo, que por sua vez, só é possível por existir uma membrana, deixando passar nutrientes e/ou outras substâncias necessárias, excretando outras. A membrana é autopoiética, ou seja, é constituída de elementos que vêm de dentro da célula e não do seu exterior. Ao afirmar o apoio como membrana, compreendemos ser ele constituído por dentro da própria situação por ele apoiada.

Maturana e Varela (2001), ao se debruçarem sobre os aspectos que definem os seres vivos como tal, a partir da observação das moléculas orgânicas, propõem a organização autopoiética para definir o modo contínuo de produção de si próprio, como principal característica do que é vivo (MATURANA e VARELA, 2001). Esta é a novidade proposta por esses autores: entender os seres vivos em “incessante engendramento de sua própria estrutura” (KASTRUP, 2015, p. 47). Essa “autoprodução” é possível graças a uma rede contínua de interações no plano celular, chamada pelos bioquímicos de metabolismo celular. Mas o que há de peculiaridade nisso?

Esse metabolismo celular produz componentes e todos eles integram a rede de transformações que os produzem. Alguns formam uma fronteira, um limite para essa rede de transformações. Em termos morfológicos, podemos considerar a estrutura que permite essa clivagem no espaço como uma membrana. No entanto, essa fronteira membranosa não é um produto do metabolismo celular tal como o tecido é o produto de um tear, porque essa membrana não apenas limita a extensão da rede de transformações que produz seus componentes como também participa dela. Se não houvesse essa arquitetura espacial, o metabolismo celular se desintegraria numa sopa molecular, que se espalha por toda parte e não constituiria uma unidade separada como célula (MATURANA e VARELA, 2001, p. 52 e 53).

É do metabolismo do processo de trabalho em saúde que surge a membrana-apoio. Foi a partir das transformações decorridas da reforma sanitária, como por exemplo a modificação do conceito de saúde, que se colocaram desafios importantes para as práticas profissionais neste campo. É

nesse contexto, que a tecnologia do apoio passa a ser pensada e desejada para as organizações. Compreendendo metabolismo como processos de mudança, o apoio estabelece uma relação autopoietica com a ESF, assim como a membrana se relaciona com a célula. Embora se posicione entre a unidade de saúde e seu ambiente, é de dentro e não de fora dela que o apoio se forma. O trabalho do apoio, tendo como base as equipes apoiadas, precisa estar conectado a estas, construindo contornos, ao mesmo tempo em que ganha consistência para se efetivar.

É na construção da demanda, da encomenda, nos elementos a serem colocados em análise, que é constituído o trabalho do apoio, considerando-o também, como efeito do lugar que ocupa. O apoiador é catalisador, inclusive do seu próprio processo de apoio, necessitando para tanto, estar conectado, vinculado a quem apoia, coabitar, fazer junto, para compreender qual a natureza da demanda daquela equipe. Uma intervenção, sem isso feito, corre sério risco de ser estérea, de não fazer sentido, de não produzir apoio.

Ainda sobre a constituição do *apoio-membrana*, vale destacar que apesar de vir de dentro da célula, há uma peculiaridade na membrana, que a distingue, por exemplo, do núcleo, da mitocôndria, dos centríolos. Para além da função de passagem de substâncias que lhe é exclusiva, a membrana também é a única que possui uma face externa, que se conecta com o *fora-célula*. De modo semelhante também o apoio pode transitar por outros serviços e territórios, ter vinculação com as equipes apoiadas, mas não as compõe diretamente. É importante que assim o seja, para não comprometer o exercício do estranhamento, da problematização, da reflexão, melhor elaborados com algum grau de exterioridade. Como na membrana plasmática, é preciso estar dentro e fora para fazer apoio.

O trabalho do apoio se produz no encontro, na intervenção, colocando para este profissional a necessidade de estar num movimento de aproximação e afastamento, buscando inclusive o que o difere de ser apoiador. É nesse sentido, que Oliveira (2011) nos propõe o devir apoiador:

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 (OLIVEIRA, 2011, p. 158).

Ao compreender o apoio como membrana no seu sentido autopoietico, podemos afirmar que é produto de uma rede de relações que o constitui, não sendo garantida a sua prática apenas a partir da presença de um profissional com o mandato de apoiador. É necessário colocar-se em relação, contrair uma coletividade, para que a demanda de apoio seja construída e junto a ela, a função apoio, o apoiador.

3.2 Parceria na fronteira: outros atores em cena

Ao debruçar sobre as experiências intercessoras, sobre as funções que ocorrem no entre, partindo principalmente dos acontecimentos trazidos nos diários de campo (discutidos mais intensamente no próximo capítulo), percebemos que outros atores também habitavam fronteiras no processo de trabalho da ESF. Vale ressaltar que práticas de fronteira – intermediárias, de mediação, articulação, catalisação, etc. – por serem relacionais, podem ser exercidas por qualquer profissional, em um dado momento. Porém, queremos destacar aqui atores, que como o apoiador, têm o entre como *habitat*, apresentando de saída, o mandato de fronteira. Trata-se dos gerentes, que habitam a fronteira entre os trabalhadores da “ponta” e a gestão central e os ACS, que habitam – no seu sentido mais literal – a fronteira entre o território e o serviço. A seguir, serão exploradas algumas peculiaridades dessas funções e como as mesmas se relacionam com o apoio, na tentativa de traçar um plano comum entre as mesmas.

3.2.1 A gestão da ESF e o apoio

Trataremos aqui mais da relação do apoio com a gestão, do que de explorar amplamente a função dos gerentes nas unidades de saúde da família no município do Rio de Janeiro. A intenção é trazer a figura do gestor para a nossa discussão a partir da percepção de ser este também um trabalhador da fronteira, buscando explorar os seus encontros e desencontros com a função

apoio. Outro aspecto a ser abordado diz respeito à dimensão de gestão presente no apoio, como ela se manifesta na prática do apoiador matricial no campo desta pesquisa, e como se relaciona com as demais instâncias gestoras dos serviços.

A fronteira entre a gestão central da SMS e os trabalhadores das equipes da ESF é o lugar legítimo, orgânico dos gerentes. Diferente dos apoiadores que constroem junto com as equipes como ocuparão essa posição intermediária, como o apoio irá operar; os gerentes possuem de saída direções pré-estabelecidas, uma vez que a sua função é fazer cumprir o contrato estabelecido entre SMS e OSS nos serviços.

O lugar ocupado pelos gerentes, embora entre lugares, apresenta características mais fixas, reflexo do modelo de gestão escolhido para os serviços de saúde neste município: o gerencialismo¹⁵, que tem como principal tarefa o monitoramento do trabalho com foco no cumprimento das metas – relacionadas aos indicadores de saúde – acordadas entre a gestão central e a OSS contratante. Além dessa fixidez, outra característica é o mandato dos gerentes nesse município: o seu lugar na hierarquia de poder institucional: acima de todos os trabalhadores da ESF. São os “chefes”, os representantes das OSS e gestão central nos serviços, a quem os demais profissionais estão subordinados, inclusive os apoiadores. A alocação dos gerentes no organograma dos serviços – no topo da pirâmide hierárquica – conjugada às direções de trabalho pautadas no modelo gerencialista, pode abrir possibilidades para atitudes mais autoritárias, uma vez que esses chegam nas unidades autorizados a “mandar”.

E o apoio, qual o seu lugar nesse organograma? A quem é subordinado? Qual a sua relação com as instâncias gestoras? Sendo o apoio um instrumento de gestão, como a relação com a gestão é desenvolvida no cotidiano do apoiador?

Os apoiadores do NASF do Rio de Janeiro são subordinados a duas instâncias gestoras: aos gerentes das unidades e aos apoiadores institucionais das CAP, sendo os últimos, responsáveis pelo suporte técnico dos NASF. De saída quero destacar que essa dupla subordinação produz confusão não apenas nos apoiadores, mas também nos gerentes, pois o fato do NASF ter outros

¹⁵ O gerencialismo será melhor discutido no próximo capítulo.

gestores da SMS – peculiaridade deste núcleo – produz uma série de estranhamentos e efeitos decorrentes dos mesmos, nas relações entre apoiadores e gerentes. Não é óbvia a subordinação dos apoiadores aos gerentes, assim como não é total essa subordinação.

Os apoiadores institucionais do NASF vinculados à CAP são gestores que acompanham os apoiadores matriciais por meio de reuniões, que podem contar com a presença dos gerentes, ou não a depender de como os gerentes de cada unidade compreendem e priorizam o trabalho do apoio; promovem espaços coletivos de educação permanente, com discussão sobre os problemas enfrentados e construção das diretrizes para o trabalho dos NASFianos.

Os gerentes por sua vez são responsáveis pelo monitoramento de questões de ordem mais administrativas: presença, pontualidade, organização e divulgação da agenda do NASF; podendo também participar do planejamento das ações, podendo se tornar um importante ator na mediação dos acordos feitos entre NASF e equipes apoiadas. Porém, há uma questão delicada que se coloca, quando pensamos a dimensão de apoio à gestão presente no processo de trabalho do apoiador: como apoiar alguém sendo diretamente a ele subordinado? Como fazer apoio institucional num plano de forças onde há uma demarcação hierárquica forte, com presença de um importante vetor verticalizante e centralizador de poder, advindo da própria escolha em torno do modelo de atenção e gestão, que confere aos gerentes o mandato de chefia dos seus apoiadores?

Esses questionamentos são disparados principalmente pela reflexão em torno de como tem ocorrido a operacionalização da dimensão de gestão do apoio e o apoio à gestão no município do Rio de Janeiro, que apresenta uma peculiaridade intrigante, que coloca em risco a efetivação do apoio institucional por parte dos apoiadores matriciais: aqui os gerentes são chefes dos apoiadores e não é comum a percepção de que o NASF também pode apoiar os gestores, para além das equipes.

Não há uma direção da gestão central no sentido de garantir ou antes disso, desejar que o NASF também faça apoio institucional às equipes e gestores, aos serviços. Como efeito, verificamos uma diversidade de modos de operar o apoio no município, que tem sua direção muito mais influenciada pelas suas coordenações de área (CAP), do que pelo nível central, deixando a critério

de cada CAP definir como o NASF daquele território irá trabalhar.

Como discutido do final do capítulo dois, a forma precária com que a SMS tem lidado com o NASF desde a sua implantação no município é refletida na ausência de um desenho, de diretrizes para esses trabalhadores, que nos leva a apontar, a partir dos poucos documentos disponíveis, que o NASF do município do Rio de Janeiro apresenta direções de trabalho mais próximas da “ambulatorização”, com processo de trabalho mais centrado nos usuários do que nos profissionais que deveriam estar recebendo apoio. Não há espaço para se fazer apoio institucional no NASF: a agenda é majoritariamente preenchida com ações assistenciais; nem sempre são garantidos os espaços coletivos de discussão e trabalho junto às equipes apoiadas; muitos gerentes não demonstram compreender que o trabalho do apoio poderia ser direcionado para os demais trabalhadores e para ele mesmo. Não há uma direção de gestão para que o apoiador matricial possa exercer a sua dimensão de apoio institucional e, portanto, de gestão, assim como também é precária a indução para atividades de educação permanente.

A forma como foi construído o NASF no Rio parece distanciar muito a proposta do apoio como ferramenta de gestão do trabalho. O apoio aqui se restringe à gestão dos casos junto às equipes e a promoção de grupos nas unidades de saúde. Não há direcionamento de apoio à organização do processo de trabalho das equipes e gestores, ficando evidente o foco na dimensão assistencial com os usuários. Por vezes a sensação é que os próprios gestores esqueceram (ou nunca souberam) que o matriciamento produz efeito no cuidado dos usuários, mas que não pode se realizar sem uma ação efetiva sobre os trabalhadores, intervindo no próprio processo de trabalho.

Ao olharmos para a formulação inicial da política do NASF e para a forma como ela vem se operacionalizando no município do Rio de Janeiro, a sensação é de que há muito pouco de apoio no fazer do trabalhador no NASF aqui. É duro e difícil chegar a essa constatação, mas ao mesmo tempo, sendo o Rio uma cidade que historicamente serve de laboratório para experiências diversas, que posteriormente são “aplicadas” em todo o país, pareceu-nos curioso que o apoio tenha sido retirado do trabalho do NASF na nova PNAB, aprovada em 2017 (assunto melhor discutido no capítulo 4), justamente após os modelos de gestão e atenção utilizados para a ampliação da APS nesse município serem “levados

aos quatro cantos” – incluindo eventos internacionais – como um modelo exitoso.

Teria o apoio sido retirado da sigla do NASF na nova PNAB após ter sido retirado de fato do trabalho do NASF? Essa foi a nossa impressão. Não temos como afirmar o quão certa é, mas os estranhamentos produzidos nos levaram a pensar que a retirada do apoio do processo de trabalho de muitos NASF pelo Brasil – pois acreditamos não ser única a experiência do Rio – pode ter servido de base para a sua retirada na política nacional, inclusive como forma de justificar a mudança: se já não existe no concreto, no cotidiano, porque existir na política. Sobre isso, um destaque sobre a importância dos gestores na formulação das diretrizes do trabalho do NASF, assim como na oferta de condições de trabalho para os apoiadores, sem o que (e algumas outras condições necessárias ao trabalho), torna-se praticamente impossível a prática do apoio.

Outro destaque, nada menos importante, trata-se da fronteira entre atenção e gestão habitada pelo apoiador, possível apenas se o apoiador desenvolver a dimensão de gestão intrínseca da sua função. Ao atuar como apoiador institucional, auxiliando na quebra das hierarquias, na comunicação institucional e entre os serviços da rede, fazendo as práticas de gestão se aproximar da atenção, da clínica exercida no serviço; assim como o manejo dos casos se aproximar das práticas da gestão, o apoiador matricial estará cumprindo um importante papel no exercício da integralidade do cuidado na AB do SUS.

3.2.2 ACS e o apoio

O outro ator que traremos para a discussão neste tópico é aquele inaugurador das fronteiras no campo da saúde, principalmente na atenção básica. O ACS estica os limites dos serviços aos territórios, assim como traz as peculiaridades do viver comunitário de determinado local para dentro das instituições, fazendo tremer as dimensões instituídas, provocando perturbações nas relações de saber e poder, pois o território opera (quase que em si) a função instituinte nos serviços de saúde da família.

Esse agente é comunitário e de saúde e, de saída, habita as fronteiras entre ser morador e trabalhador, entre ser usuário e profissional do mesmo

território e serviço. Este trabalhador não só trabalha como habita literalmente esses entre-domínios, sendo ele mesmo a materialização da inseparabilidade desses papéis e funções.

A importância do ACS é evidente nas análises dos diários de campo – explorados mais intensamente no capítulo 4. Verifica-se que o ACS e apoiadores, trabalhando juntos, perturbam os limites institucionais por meio de práticas muito similares. Estariam os ACS fazendo apoio?

Considerando-os habitantes por excelência do entre-domínios; como o canal de comunicação entre a comunidade e o serviços; como gestores do cuidado de todas as famílias que acompanham, tendo como principal atributo diminuir a distância entre os serviços e as comunidades assistidas, produzindo deslocamento do foco dos profissionais de saúde não mais prioritariamente para as doenças, mas fazendo ver as potências e fragilidades do território, selecionando, como na membrana, o que entra e o que sai de ambos os lados que transita – unidade de saúde e comunidade – nos aproximamos do que poderia ser sua analogia funcional com o apoio. Parece haver uma analogia entre ACS e apoiadores no que tange às suas funções, com a importante distinção que os ACS estão para os usuários assim como os apoiadores estão para as equipes apoiadas. Muda o público, mas a função permanece.

Há um plano comum compartilhado entre esses dois trabalhadores da fronteira. Não obstante, diante da grande rotatividade de profissionais de nível superior (principalmente médico) e de um NASF mais direcionado para a assistência, é comum que a gestão dos casos mais complexos, assim como o acompanhamento mais aproximado e longitudinal dos usuários fiquem sob a responsabilidade dos ACS e apoiadores. O plano cotidiano do cuidado dos usuários lhes é comum.

O ACS é o trabalhador da ESF localizado na base da pirâmide hierárquica das equipes, onde a circulação do poder é limitada, precária, sendo muito fragilizada a sua posição no plano de forças institucional. Ao apoiador, cabe ter sensibilidade para compreender que muitas vezes o ACS pode estar demandando mais cuidado e valorização do que apoio. Até porque, a partir da analogia colocada aqui, entendemos que ACS já fazem em certa medida, apoio.

Quem e quais situações demandam apoio na saúde da família? Considerando a conjuntura da ESF no município do Rio de Janeiro, observamos

que os profissionais de nível superior são os mais distanciados da lógica da ESF assim como de um modo de trabalho territorializado. A ampliação da APS nesse município é recente, sendo frequente a presença de profissionais de enfermagem, medicina e odontologia que entraram em contato com a ESF pela primeira vez nesse contexto de ampliação. Ou seja, estes são os profissionais mais distantes do território, da saúde da família e provavelmente os que mais necessitam de apoio.

E os ACS? Não se trata de negar a necessidade de apoio para essa categoria, mas antes de afirmar que não são eles os que mais demandam apoio. Apesar do modelo de trabalho peculiar desses agentes nesse município, com maior carga de trabalho para questões administrativas, são inseparáveis do território e, portanto, com muito mais possibilidades de se manterem conectados e atravessados pela lógica da ESF. A partir disso, cogitamos que mais do que demandar apoio, os ACS ajudam os apoiadores a apoiar os demais trabalhadores da ESF.

Apesar de ocupar o lugar/função menos valorizado na hierarquia dos serviços, eles não são os mais frágeis. Eles podem ser desvalorizados e silenciados, fracos não. É possível que seja justamente a sua força, que é a força da ESF, que esteja sendo desvalorizada e calada neste momento. Avaliamos que a falta de abertura comunicacional e a pouca valorização desses profissionais podem ter mais influência nessa percepção de “fraqueza”.

Vale ressaltar, que assim como os apoiadores, a habitação da fronteira não se dá com tranquilidade para os ACS. A função-membrana-apoio se apresenta encarnada nesses dois profissionais de saúde. Tendemos a afirmar que no limite, todos os trabalhadores do SUS deveriam habitar esse lugar fronteiriço no cotidiano do trabalho, para que alcançássemos a tão desejada integralidade do cuidado.

4. CAPÍTULO-APOIO: PESQUISANDO E INTERVINDO NO CAMPO

Quando debruçados no exercício de extrair analisadores do campo problemático da pesquisa, em busca de pistas que nos ajudassem a discutir e problematizar as questões apresentadas nos capítulos anteriores, principalmente no que tange à relação da função apoio com a violência institucional, nos deparamos com a compreensão de que seria este um “capítulo-apoio”, uma vez que, o que foi produzido a partir dessa experiência muito se assemelha com as práticas que se espera de um apoiador no SUS.

Não se trata de um capítulo de análise, pois esta vem sendo feita desde o início da pesquisa e não se separou do processo de intervenção no campo, apresentando-se constante na experiência da apoiadora-pesquisadora. “a análise em cartografia é, também ela, processual e inerente a todos os procedimentos de pesquisa” (BARROS; BARROS, 2016. p. 199).

Compreendemos que a análise do plano de forças onde está inserido o apoiador, faz dele ponto de ancoragem para a catalisação dos processos em que os nós, os entraves, os incômodos institucionais vêm à tona. Ele dá visibilidade aos problemas do cotidiano da saúde da família, no intuito de produzir coletivamente modos de transformá-los. Partindo dessas premissas acerca da função apoio, esse capítulo não se pretende sobre o apoio, mas ser ele mesmo uma performance do que seria uma prática de apoio.

Trago essas questões de saída porque trataremos aqui, principalmente, das análises e discussões produzidas a partir dos diários de campo, da experiência da pesquisa. Neste exercício, nos deparamos com questões caras à cartografia, principalmente no que tange a inseparabilidade entre sujeito e objeto da pesquisa, sendo a pesquisadora apoiadora e o apoio o objeto em destaque nesse estudo. Foi necessária muita análise de implicação e abertura para os deslocamentos e modulações que a pesquisa foi produzindo. Ao analisar as nossas implicações, colocamos em xeque os lugares instituídos que ocupamos, afirmamos uma implicação política, dentre outras que nos atravessam. Trata-se de recusar os universalismos, as totalizações e afirmar as processualidades, as singularidades e multiplicidades (COIMBRA; NASCIMENTO, 2008), o que demanda análise permanente dos lugares ocupados por nós. “Utilizar a análise de implicações é tornar visível e audível as

forças que nos atravessam, nos afetam e nos constituem cotidianamente” (COIMBRA; NASCIMENTO, 2008, p. 147).

As análises de implicação foram feitas de forma coletiva, pelo grupo de orientação/supervisão, a partir das experiências registradas nos diários de campo. Esse processo permitiu colocar o sujeito da pesquisa em uma dimensão coletiva, “a um só tempo, observador de si e sujeito da ação” (PASSOS; EIRADO, 2014). Esse processo não se deu sem tensões e desequilíbrios afinal “a análise de implicações nos retira dos portos seguros, dos caminhos lineares e conhecidos, da paz das certezas, nos jogando em alto mar, no turbilhão das dúvidas, da diversidade e dos contornos indefinidos” (COIMBRA; NASCIMENTO, 2008, p. 148).

Um importante destaque feito pelo grupo de orientação/supervisão durante a produção desse capítulo foi: estaria a pesquisadora sobreimplicada? Como tratamos a sobreimplicação na cartografia? Como trabalhar o manejo da sobreimplicação quando a mesma comparece na pesquisa?

O conceito de sobreimplicação surge quando observado certo uso do conceito de implicação que mais o aproximava de termos como compromisso, investimento afetivo, motivação (LOURAU, 2004), o distanciando do caráter político de analisar o lugar de saber/poder instituído que o pesquisador ocupa ao adentrar no campo. Há sobreimplicação quando o “sobretalho exigido pela produção de uma mais-valia, de uma rentabilidade suplementar” (LOURAU, 2004, p. 189).

A sobreimplicação, essa crença no ativismo da prática, pode produzir efeitos nefastos à pesquisa, como o aumento da dificuldade de se produzir análise de implicação, uma vez que o pesquisador/profissional sobreimplicado pode responder naturalmente a demandas instituídas, atravessado pelas “urgências” das situações produzidas no campo, assim como pela “ilusão participacionista” (COIMBRA; NASCIMENTO, 2008, p. 149). Enfrentar maior dificuldade de distanciar-se do seu lugar para observá-lo, de despessoalizar as intervenções e afetações, podendo assim, impedir a dissolução do ponto de vista do observador, importante pista para realização da pesquisa cartográfica, que trata justamente da “possibilidade de habitar pontos de vista em emergência” (PASSOS; EIRADO, 2014, p. 116).

O exercício de “se dar conta da sobreimplicação” que havia na minha

experiência, que só foi possível por meio de mais análises de implicação, nos colocou algumas tarefas e desafios, que tentarei performatizar na reescrita que segue. Sim, uma das tarefas foi reescrever o texto, tentando despersonalizar, trazer mais o campo problemático, as funções, os vetores institucionais, do que as pessoas participantes da pesquisa, pois não é disso que tratamos aqui, de indicar pessoalidades do campo. Tratamos aqui de buscar compreender como a ferramenta do apoio vem sendo utilizada, trabalhada, operacionalizada no SUS e qual a sua relação com Violência Institucional. É com essa direção que sigo.

Faz-se importante sinalizar que as afirmativas acima são fruto de análise de implicação, pois, tomando a inseparabilidade entre sujeito e objeto nessa pesquisa, e da violência sofrida por ambos nesse processo, existiram momentos de análises mais pessoalizadas por parte da pesquisadora, que só foram dissolvidos a partir do exercício da análise do campo problemático, do jogo de forças institucionais.

Outro destaque sobre esse ponto diz respeito ao atual momento político nacional, em que o campo da saúde pública se encontra em alerta, diante do anunciado desmonte do SUS (melhor explorado a seguir). Sendo a pesquisadora também “militante susista”, seguimos a pesquisa compreendendo a importância de focar nas questões institucionais, porém, não há como prometer total distanciamento do sobretrabalho que o contemporâneo brasileiro nos coloca, assumindo que a sobreimplicação possa comparecer em alguns enunciados, apesar do esforço de análise e de reescrita empreendido pela pesquisadora.

Para seguir, é sobre esse campo problemático que pretendo me deter agora. Em qual território estamos pisando? Qual cenário nos demanda apoio e análise? Como apresentado no capítulo 1, temos os territórios de cobertura das clínicas da família nas quais estive como apoiadora por quase três anos como o primeiro campo desta pesquisa, sendo de lá que extraímos alguns analisadores a partir da minha experiência como apoiadora matricial do NASF. A modulação do objeto da pesquisa e os outros acontecimentos no cenário político local e nacional fizeram com que o campo também mudasse de configuração, incluindo, com maior destaque que antes, o contexto do SUS no município do Rio de Janeiro e no Brasil.

O meu percurso cartográfico foi atravessado por uma avalanche de acontecimentos políticos que interferiram no meu campo, e conseqüentemente,

na minha pesquisa. Ainda no período de seleção do mestrado, quando aguardava o resultado, fiz parte de um grupo de trabalhadores de saúde que ocupou um prédio do Ministério da Saúde aqui no Rio de Janeiro, num movimento que chamamos de OCUPASUSRJ (junho de 2016). Protestávamos principalmente contra a nomeação do Ministro Ricardo Barros, político de carreira financiada por planos de saúde privados, que em seus primeiros pronunciamentos dizia que “O SUS era muito caro” e, portanto, impossível, propondo de saída a criação de planos populares de saúde¹⁶. Temíamos ser aquele momento, o início do Golpe no SUS, do seu desmonte.

Como mencionado anteriormente, iniciei o mestrado no exato dia da votação do impeachment da presidenta eleita Dilma Rousseff, quando o golpe foi além do já anunciado para o SUS, atingindo em cheio a democracia brasileira. A atmosfera política nacional passou a ser de mais insegurança e instabilidade. Permeava o presságio de que boas mudanças não viriam a seguir. A bancada política que aprovou o impeachment, a julgar pela preocupação com as vossas famílias, em nada se preocupava com as nossas, com as demais famílias brasileiras, quiçá com a saúde das mesmas.

No final de 2016, fui surpreendida por uma prática, que eu só pude saber comum no Município do Rio de Janeiro depois, que veio a me afetar profundamente como trabalhadora. Fomos demitidos e recontratados, contra a nossa vontade, eu e muitos trabalhadores da área programática onde estava alocada. A justificativa era de nos pagar os direitos trabalhistas antes, diante da instabilidade advinda da mudança de gestão do município, quando o partido do então prefeito Eduardo Paes não conseguiu eleger um sucessor, perdendo para o bispo da Igreja Universal do Reino de Deus, Marcelo Crivella. Porém, usando a justificativa de garantir direitos trabalhistas, nos tiravam e feriam outros tantos: perdemos as férias – com o contrato novo só poderíamos gozar férias após um ano da assinatura do mesmo; perdemos direitos trabalhistas por tempo acumulado de serviço. Perdemos ânimo, motivação e saúde.

Este trata de um importante vetor de violência institucional do campo que atravessou a mim e a pesquisa: o modo como as instâncias gestoras dos serviços de saúde lidam com os seus trabalhadores se manifestaram violentas

¹⁶ Sugiro ver o programa GREGNEWS, sobre os planos de saúde, para maior esclarecimento.

contra os mesmos. Esse vetor se fará presente nas discussões que seguem, atravessando-as por vezes como uma lâmina, cortando na carne – como quando os trabalhadores ficaram sem salários; por outras no modo “terror psicológico”: Vivemos ameaças, assédios, incertezas, silenciosas e destruidoras do trabalho e da saúde dos nossos usuários: falta de medicamentos importantes e insumos, condições mínimas de funcionamento dos serviços. Por vezes, de forma explícita e instituída, quando observamos vir do próprio modelo de gestão adotado para o SUS no Rio, parte importante dos problemas enfrentados na efetivação do trabalho do apoio e da Saúde da Família neste município.

Ao modelo de gestão da saúde escolhido pelo município do Rio de Janeiro, ainda na gestão Eduardo Paes, porém em continuidade na gestão Marcelo Crivella, atribuo outro importante vetor de Violência Institucional que emergiu no exercício cartográfico. A começar pela escolha de um modo de gestão público-privado, justificado pela maior eficácia e agilidade dos processos de gestão dos serviços de saúde, prometendo diminuir as barreiras burocráticas da circulação de recursos para o SUS. Tal modelo, imprimiu um modo privatista de pensar o trabalho em saúde, produzindo impactos importantes no cuidado com os usuários, no modo de operar as políticas públicas do SUS.

O modelo de gestão, que na saúde da família carioca passou a se dar pelo modo gerencialista, incluindo o gerente como um importante ator para operacionalizar esse modo de gerir os serviços e os processos de trabalho na atenção básica. O modelo gerencial, ausente nos documentos oficiais como modo de gestão de equipes de atenção básica na PNAB de 2012, foi escolhido pela gestão da saúde do município do Rio de Janeiro para as Clínicas da Família, a partir de pactuações com as OSS contratantes. Dos gerentes, é esperada a gestão administrativa e técnica das unidades de saúde, a condução e monitoramento do processo de trabalho das equipes (BLOISE, 2015). Como impacto, verifica-se uma maior preocupação com o cumprimento das metas pactuadas no contrato de gestão, por meio do monitoramento de indicadores quantitativos acerca dos procedimentos realizados; e um maior distanciamento dos aspectos qualitativos e subjetivos do cuidado em saúde.

Outro vetor de violência institucional foi a reformulação da PNAB, aprovada e publicada em 2017, contrariando o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde, instância superior de deliberação acerca dos

direcionamentos do SUS. Mais um golpe. Como principais modificações (que serão mais exploradas no final desse capítulo), temos a reinserção das equipes tradicionais da Atenção Básicas que não seguem o modelo da ESF; a possibilidades de diminuição do número de ACS por equipes da ESF; a retirada da palavra apoio da sigla no NASF, que passa a ser Núcleo Ampliado de Saúde da Família; assim como a retirada do apoio matricial como ferramenta de trabalho do NASF.

Trabalharemos neste capítulo com esses vetores de violência institucional juntamente com os analisadores que foram produzidos a partir da intervenção no campo, a fim de discutir a sua relação com a função apoio.

4.1 Do cuidado à crise: saúde pública do Rio de Janeiro em colapso

No segundo semestre do ano de 2017, no mandato do bispo Crivella como prefeito, vivenciamos uma grave crise na saúde pública do município do Rio de Janeiro, como há tempos não se via acontecer. Os repasses financeiros feitos às OSS, que fazem a gestão das clínicas da família e de alguns serviços de saúde mental, passaram a ser feitos de forma irregular: com atrasos, sem planejamento orçamentário prévio, sob o argumento do gestor municipal de que não haveria dinheiro para fazê-lo. Vale ressaltar que, talvez por ironia, a fala principal de campanha do prefeito quando candidato era "eu vou cuidar de vocês". Ao invés de cuidado, a população e os trabalhadores do SUS experimentaram uma crise.

Os salários dos trabalhadores, assim como outros direitos (vale transporte e alimentação) passaram a ser pagos atrasados (em alguns casos, com até dois meses de atraso), sem previsão de data, nem garantias de como seria feito no mês seguinte. Vários medicamentos e insumos tiveram seu abastecimento comprometido, produzindo falta de remédios e impossibilidade de realização de alguns procedimentos, prejudicando a saúde de parcela importante da população, principalmente os mais pobres e/ou que fazem tratamento contínuo por possuir alguma doença crônica, casos em que a ausência de medicamentos pode desestabilizar gravemente um quadro estável. Alguns serviços chegaram a ficar sem energia elétrica, telefone e internet, por falta de pagamento das respectivas contas. Um caos, uma confusão, uma violência.

A atmosfera dos serviços de saúde era de angústia, incerteza, medo, impotência, preocupação, indignação. Os trabalhadores foram tomados de assalto por essas sensações, que por mais atormentadoras e desequilibrantes parecesse em primeiro momento, num segundo momento produziu a procura uns pelos outros, os encontros, a identificação de um coletivo de trabalhadores, que precisava fazer algo para deter essa avalanche que a cada dia os cobria de acontecimentos tristes. (Diário de campo, agosto de 2017).

Alguns coletivos de trabalhadores de saúde organizados, como a OCUPASUSRJ; o Coletivo de Trabalhadores, Familiares e Usuários da Saúde Mental; Fórum de Saúde do Rio de Janeiro; dentre outros, passaram a se reunir e convidar os demais trabalhadores para pensar o que fazer diante do cenário de ataque ao SUS, de perda de direitos, de irresponsabilidade com a saúde, com o cuidado da população.

Nos primeiros encontros, foram feitas análises da conjuntura e planejamento das intervenções. A primeira delas, agendada assim que se soube do anúncio de fechamento de 11 clínicas da família na Zona Oeste e da emergência do Instituto Philippe Pinel (instituição psiquiátrica), produziu a junção desses coletivos em um único, que ganhou o nome do primeiro grito ecoado nas manifestações, atos e paralisações por toda a cidade: "Nenhum Serviço de Saúde a Menos" (NSSM). Os trabalhadores de várias regiões da cidade foram para a frente da prefeitura, junto com alguns usuários e seguiram em caminhada pelo centro, gritando: "ei Crivella, não tire a saúde de dentro da favela", "mexeu com um, mexeu com todos". A intensidade da violência sentida, era proporcional à satisfação de ver trabalhadores da saúde pública unidos, gritando pelo SUS: "o SUS é nosso, ninguém tira da gente, direito garantido não se compra e nem se vende"; era proporcional à resistência que se fazia. (Diário de Campo, setembro de 2017).

Após essa primeira grande manifestação contra o fechamento das clínicas e da emergência do Pinel, os gestores recuaram com a decisão. A atmosfera mudava, o medo e a impotência davam lugar ao espírito de luta e reivindicações. Os sindicatos e conselhos das categorias profissionais da saúde foram convidados a compor com o movimento do NSSM. Iniciava-se uma agenda nova no campo, com indicativos de greve. Greve como uma forma de resistir, de responder às violações de direitos em curso.

Daí emergiu o primeiro analisador deste estudo. A forma de resistir à violência institucional de não garantia de condições mínimas de trabalho foi a

greve, e desta trataremos, como importante analisador do campo problemático. Compreendemos os analisadores como executores da análise, como “dispositivos que provocam a revelação do que estava escondido” (LOURAU, 2004, p. 70). A greve se mostrou como analisador por tornar visível a violência institucional à qual estavam submetidos os trabalhadores, além de fazer ver outros vetores que interferiam na precarização do trabalho na saúde pública no Rio de Janeiro.

Como continuar trabalhando naquelas condições? Como cuidar dos usuários quando se está em situação de extrema exploração, abuso, violência? Os trabalhadores das diversas categorias profissionais passaram a se reunir com seus respectivos sindicatos para formalizar a greve, instrumento legal de mobilização dos trabalhadores quando em situação de conflito com os seus patrões. As decisões e comandos de greve eram construídos nas assembleias de categoria, tendo as direções do nenhum serviço de saúde a menos como importante vetor, sendo este o movimento que reunia todas as categorias. O nível de organização dos sindicatos e conselhos assim como a familiaridade dos mesmos com a "mobilização de greve" variava muito de categoria para categoria, o que fez com que esse processo se desse de forma heterogênea. Por exemplo: o sindicato dos médicos, junto com a Associação dos Médicos de Família e Comunidade (AMFAC), rapidamente acionaram as instâncias jurídicas e determinaram a greve, foram os primeiros. Fato que ao mesmo tempo produziu entusiasmo: a greve estava decretada e os nossos colegas da medicina usaram o seu privilégio de serem menos perseguidos e terem uma maior garantia de emprego e foram os primeiros a se exporem, encorajando as demais categorias; e incômodo: sendo eles os primeiros, era comum que as decisões que tomavam fossem acatadas e reproduzidas para o coletivo do NSSM, nos fazendo olhar para o quão médico-centrados podemos continuar sendo, mesmo em espaços ditos democráticos e de ampla participação. Analisador importante que não passava despercebido nas reuniões do NSSM (Diário de campo, setembro de 2017).

Ao se debruçar sobre a possibilidade da greve e a sua viabilidade, veio à tona a forma como os trabalhadores de saúde ali reunidos se relacionavam com os “seus” sindicatos. Na busca de compreender o confuso emaranhado de sindicatos presentes nas reuniões do NSSM e qual seria a representação legal de cada trabalhador disposto a compor a greve; apareciam peculiaridades e questões. A partir desse exercício, algumas observações: a) Ficou evidente o distanciamento dos trabalhadores da discussão política da sua categoria e dos direitos trabalhistas de uma forma geral. O fato de boa parte dos trabalhadores

reunidos para organizar a greve nunca terem feito uma:

Essa aproximação dos trabalhadores das suas representações legais (sindicatos e conselhos), se dando de modo tão repentino e, por vezes, confuso, produziu reflexões acerca do fato de estarmos diante de uma geração de pessoas (como eu) que nunca experimentara momento tão crítico de ameaça de perdas de direitos. Era tudo muito novo, incluso o “fazer greve”. Algumas pessoas não sabiam para que serviam os sindicatos, alguns sindicatos não sabiam como proceder num momento em que os seus filiados solicitam apoio para a realização de uma greve”. (Diário de campo, outubro de 2017).

b) Tratava-se de uma greve de trabalhadores, em sua grande maioria, terceirizados, demandando das categorias em greve que compunham o coletivo NSSM, lidar com a delicadeza de identificar dentre os problemas enfrentados, o que é de responsabilidade da prefeitura e o que é das OS (empresa que contrata); Havia dois padrões distintos a quem se reportar. Além disso, a necessidade de lidar com a exposição e o medo dos possíveis assédios e ameaças. Como se proteger? Como romper a barreira do medo de ser assediado, ameaçado, demitido?

A greve, instrumento histórico de reivindicação dos trabalhadores, trata-se de uma interrupção coletiva e voluntária do trabalho realizado, com a finalidade de obtenção de benefícios ou de evitar a perda dos mesmos. Segundo o texto da Lei 7.783/89 (BRASIL, 1989), se trata da suspensão temporária e pacífica, total ou parcial, de prestação pessoal de serviços a empregador. É organizada por meio dos sindicatos: "Uma associação constituída, em caráter permanente, por pessoas físicas ou jurídicas para estudo e defesa de seus interesses afins e prestação assistencial a todo o grupo, além de outras atividades complementares que o favoreçam" (MOREIRA, 2002).

Apesar dos trabalhadores de saúde estarem reunidos por um objetivo comum, e de sua unidade ser algo muito desejado e cultivado naquele momento em que esta classe se reunia e se fortalecia, a heterogeneidade irrompeu a cena e tomou o foco quando deparados com os trâmites legais de se fazer uma greve. Não se trata de um desafio particular desta greve – outros movimentos grevistas também se deparam com isso – mas ganha destaque aqui, por se relacionar diretamente com o trabalho no Sistema Único de Saúde: a unidade. Como produzir o fortalecimento de uma classe de trabalhadores quando estes se

encontram num campo tão heterogêneo de organização política? Quais sindicatos estão sendo pagos por esses trabalhadores? Quais os representam legalmente? Quem conhece o seu sindicato?

Alguns sindicatos se mostraram parceiros e interessados no movimento que acontecia. Outros se mostraram imaturos, sem informações sobre como proteger os trabalhadores, sobre como fazer greve; outros simplesmente se recusaram a apoiar os trabalhadores, manifestando claro posicionamento contra o que estava sendo demandado - apoio à greve - como foi o caso do sindicato dos cirurgiões dentistas e dos farmacêuticos. (Diário de campo, setembro de 2017).

Alguns apontamentos a partir do exercício de aproximação com a discussão em torno dos direitos trabalhistas dos profissionais de saúde: as OSS pagavam a contribuição sindical automática de seus contratados a um sindicato *fake*. Não por ele não existir, mas por se mostrar um órgão também “contratado” pela OS, para cumprir com os procedimentos legais de “negociações” em que constem obrigatória a presença dos sindicatos (rescisão contratual, etc.). Este foi o momento em que vários trabalhadores se deram conta que não tinham a menor ciência para onde estava indo a sua contribuição sindical, muito menos quem era esse tal de SENALBA, o sindicato escolhido por boa parte das OS contratantes dos trabalhadores.

O Sindicato dos Empregados em Entidades Culturais, Recreativas, de Assistência Social, de Orientação e Formação Profissional do Estado do Rio de Janeiro (SENALBA- RJ) foi acionado pelo NSSM, porém nada movimentou além de uma nota de solidariedade à situação dos trabalhadores da saúde do município. Não compareceu às assembleias, deixando evidente o caráter do seu envolvimento com os seus contribuintes: financeiro, lucrativo. Infelizmente, a existência de sindicatos como esses tem aumentado no Brasil nos últimos anos. Mas se não é esse, quais seriam os sindicatos que auxiliariam os trabalhadores de saúde a efetivar uma greve? Os sindicatos de cada categoria profissional presente no movimento do NSSM.

Alguns sindicatos das categorias profissionais já estavam envolvidos no processo, com destaque para o sindicato dos médicos, dos psicólogos e dos agentes comunitários de saúde. Porém, iniciados os movimentos por garantias legais para se fazer uma greve, as demais categorias profissionais passaram a

buscar seus sindicatos, saber como estavam e prestar apoio. Vários daqueles trabalhadores que se mostraram alheios ao que estava acontecendo no cenário municipal, assim como nas ações das suas categorias no SUS, passaram a se mobilizar coletivamente. O sindicato dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, por exemplo, sequer sabia que seus profissionais compunham equipes multiprofissionais nos diversos serviços do SUS.

Foi o momento em que os trabalhadores fizeram apoio institucional aos seus sindicatos de categoria, seja pesquisando documentos, leis e normativas juntos, planejando assembleias, auxiliando na execução das mesmas, ou esclarecendo o que faz os seus trabalhadores no SUS. Foi com o apoio institucional dos trabalhadores, que os sindicatos e o NSSM conseguiram deflagrar greve dos trabalhadores de saúde do município do Rio de Janeiro. Ou seja, foi por meio do *apoio* aos sindicatos das diversas categorias, que o NSSM conseguiu manejar o desafio da heterogeneidade e unificação neste momento inicial da greve.

4.2 A Materialização da greve: efeitos no campo

Deflagrada a greve com todas as exigências legais e amparo dos sindicatos das categorias, fruto de um processo de muito trabalho, com tensões, disputas e dificuldades, o NSSM passou a se concentrar nas questões mais operativas, materializadoras da greve: como se daria a greve nos serviços de saúde, no cotidiano, na relação com os usuários e os demais trabalhadores? Primeiro veio a escolha do tipo de greve:

Em se tratando de serviços essenciais, parar as atividades por completo não seria possível, por lei. Mas mais importante de que isso, foi compreender que essa greve necessitaria ter o apoio da população que usa o SUS. Não era apenas pelos salários atrasados, era pela atenção básica - ameaçada de sucateamento, pelo SUS, pela saúde das pessoas. Era por condições minimamente dignas de trabalho, era por respeito e garantia dos direitos dos trabalhadores. Diante disso, optou-se por uma greve presencial, de ocupação, onde seria trabalhado 30% para o serviço e 70% para a greve, quando seriam feitas atividades com a população, para dialogar sobre a situação dos serviços de saúde, afirmando a necessidade de estarmos juntos (trabalhadores e usuários) para defender o SUS. Foram feitas caminhadas, manifestações, panfletagem, rodas de conversa e assembleias no território. Esse foi

o direcionamento para os primeiros momentos da greve (Diário de campo, outubro de 2017).

Dada a direção, seguimos para outra etapa da materialização da greve: o planejamento e organização dos trabalhadores para operar nesse novo formato de trabalho, definido pelo movimento grevista. Neste momento vimos retomar a discussão feita anteriormente sobre a fragmentação do trabalho em saúde.

A unidade que se via nas reuniões do nenhum serviço de saúde a menos - trabalhadores da saúde pública em luta - não era necessariamente observada nos serviços. O que ocorria era que cada categoria profissional discutia isoladamente com o seu sindicato, os direcionamentos, como se daria o processo de trabalho na greve. Era comum as assembleias de categorias tentarem se alinhar com as direções do nenhum serviço de saúde a menos, mas nem sempre ocorria desta forma. Como efeito, alguns serviços passaram a fazer assembleias locais, onde trabalhadores e usuários se reuniam, compartilhavam as últimas direções das suas assembleias de categoria e planejavam juntos como as atividades - do trabalho e da greve - se dariam naquele território específico (diário de campo, outubro de 2017).

A heterogeneidade das discussões e direções sobre como proceder na greve, que se via nas reuniões do NSSM, quando os trabalhadores levavam as decisões tomadas junto aos seus sindicatos, nas respectivas assembleias das categorias, se atualizava no local de trabalho. Em alguns, como na clínica da família campo deste estudo, foi possível estabelecer espaço coletivo para debater as diferentes direções e tentar alguma forma de unificação das ações. Em outros serviços isso não ocorreu, ficando “cada um por si”, cada trabalhador seguia as recomendações de greve para a sua categoria, sem necessariamente se comunicar com os demais no âmbito local dos serviços. Mas o que diferia de um território a outro? Quais experiências produziam essa abertura comunicacional para unificação dos trabalhadores nos serviços, neste momento?

Algo emergiu a partir do diálogo entre os trabalhadores acerca de como estava se dando a greve nos serviços, a fim de entender essa heterogeneidade que muito se assemelhou, naquele momento, à fragmentação já observada em modos de produzir cuidado com menor grau de comunicação entre os profissionais envolvidos. O Apoio à greve não ocorreu apenas aos sindicatos.

Quando foi possível acontecer nos serviços, produziu uma maior abertura comunicacional para que os trabalhadores pudessem construir uma direção de trabalho menos fragmentada, mais próxima da unidade. Considero que a presença do apoiador contribuiu para isso por articular as diferenças entre os atores, fazendo ver o plano de forças institucional e os jogos de poderes presentes nos serviços e territórios assistidos.

Sobre estes últimos, nos deteremos um pouco mais, por considerar parte *sine-qua-non* do trabalho dessa pesquisa-apoio. Analisar o plano de forças da instituição onde estávamos inseridas, eu e a pesquisa, foi importante não só em relação a materialização da greve no serviço, ou para auxiliar na discussão em torno da heterogeneidade da mesma, mas para visualizar o diagrama de forças institucionais e os jogos de poder entre os trabalhadores de uma unidade de saúde.

Para iniciar, faz-se importante uma breve descrição da estrutura hierárquica das Clínicas da Família do Rio de Janeiro, que traz a figura do gerente no topo da hierarquia de poder, como gestor responsável pela unidade, podendo gerenciar um número variado de equipes da ESF – entre duas e quinze, a depender da unidade. Dele é esperada

uma liderança competente, para que a mesma possa mobilizar processos, vontades e estratégias organizacionais, com o intuito de ampliar os espaços de influência do trabalho em saúde, alcançar as metas estabelecidas pela gestão sanitária municipal, cumprir o que está previsto no Plano Municipal de Saúde, na Lei Nº 8.080/1990, buscando a efetivação dos princípios do SUS” (BLOISE, 2015, p. 40).

Há mais complexidade em torno da função dos gerentes, que habita a fronteira entre OSS, gestão municipal e os trabalhadores “da ponta”, do que trataremos aqui. Interessa-nos principalmente o modo de se relacionar deste ator com os demais, assim como os feixes de poder que sustentam o mesmo no topo da hierarquia. No município do Rio de Janeiro experimentamos uma maior preocupação e cobrança em torno do cumprimento das metas estabelecidas entre SMS e OSS, em detrimento às demais funções gestoras que poderia vir a ter os gerentes. Como efeito, nos deparamos cotidianamente com relatos referentes às relações entre gerentes e trabalhadores como sendo de mando e

obediência, cobrança e prestação de contas. Provável reflexo da relação entre OSS e gerentes.

Seguindo a construção da pirâmide hierárquica, temos, abaixo da gerência, os profissionais de nível superior das equipes da ESF (médicos, enfermeiros e dentistas) e do NASF. Sobre essa camada da pirâmide, dois destaques: o primeiro é que, apesar de estarem juntos no mesmo nível hierárquico, os profissionais do NASF e os das equipes de referência não são vistos e tratados da mesma forma. Por ser equipe de apoio, habitando muitas fronteiras (entre os serviços, entre as equipes de referência e a gestão, etc.), possuindo outras instâncias gestoras do seu processo de trabalho – como o apoio institucional ao NASF feito pelas Coordenações de Área Programática (CAP), por exemplo; a subordinação direta desta equipe aos gerentes das unidades não é algo evidente, nem para ela, nem para alguns gerentes. Este fato que não ocorre com os profissionais da equipe de referência, que a julgar pelo nível de contas a prestar aos gerentes, não resta dúvida quanto à subordinação presente ali, por parte de ambos.

O segundo destaque é sobre a presença dos Responsáveis Técnicos (RT), um profissional de nível superior das equipes da ESF e da saúde bucal, escolhido para ser a referência técnica da sua categoria a quem os demais profissionais das categorias devem procurar para dar suporte, para orientar o trabalho. Eles se encontram na fronteira entre a gerência e os seus colegas de categoria profissional. Assim, cada Clínica da Família tem um RT de medicina (também responsável pela regulação dos encaminhamentos dos usuários para outros níveis da rede), um RT de enfermagem (também responsável pela equipe dos técnicos de enfermagem) e um RT da odontologia (facultativo nas unidades que não tem profissionais da saúde bucal). A escolha desses RT é comumente feita pela gerência da unidade junto com os assessores das OSS. Os RT recebem um incentivo financeiro extra para ocupar essa função, porém não recebe carga horária extra, necessitando cumpri-las dentro da carga horária de trabalho pactuada em seu contrato.

Abaixo dos profissionais de nível superior, temos os técnicos de enfermagem. Seguidos dos agentes comunitários de saúde, que apesar de serem os principais atores na construção e constituição das equipes de Saúde da Família, e exercerem a importante função de articulação com o território,

ocupa o lugar de menor circulação de poder, o que reflete em um menor grau de participação nos processos decisórios. Vale ressaltar que essa hierarquização é uma peculiaridade do município do Rio de Janeiro, não estando de acordo com o trabalho em equipe lateralizado, horizontal e democrático preconizado pelas políticas do SUS.

Trago esses aspectos para nos ajudar a compreender como o analisador greve interviu nas relações entre os trabalhadores: como operou; como as forças passaram a se movimentar no novo cenário; como o apoio se movimentou; o que o analisador nos revelou.

Dada a estrutura hierárquica, faz-se necessário trazer algumas peculiaridades da unidade de saúde campo desta pesquisa, que diz respeito ao modo de gerir:

No início do ano de 2017, a unidade de saúde passou por uma mudança de gerência. Saiu a Gerente 1, presente nesta unidade desde a sua inauguração como enfermeira de equipe, tonando-se gerente em 2015, que propunha modos de gerir mais coletivos e lateralizados; chegou a gerente 2, vinda da gestão central, com pouca experiência na ponta, reproduzindo um modo mais vertical de gerir, como é o direcionamento da SMS para todos os gerentes do município. Essa mudança produziu muitos conflitos na unidade, para além do desconforto que é comum nos processos de transição. Os trabalhadores, habituados com relações institucionais mais democráticas, manifestaram dificuldade em lidar com outro modo de gestão (Diário de campo, agosto de 2017).

Essas duas questões – a hierarquia presente nos serviços de saúde e os modos de atuar das gestoras – nos conduziu à ideia de democracia institucional, um dos objetivos principais do trabalho do apoio, conectada diretamente à diretriz do controle social do SUS. Tal ideia dá a direção de gestão para operar as políticas públicas que devem ser participativas, incluindo os trabalhadores e a população nos processos decisórios dos serviços.

Quanto mais marcadas as hierarquias e mais verticais as direções, menos democráticos são os processos de gestão. O contrário também ocorre: quanto menos marcadas as posições hierárquicas e mais lateralizadas as direções, mais democráticos podem se tornar os processos de gestão e conseqüentemente, do cuidado com os usuários, compreendendo que a gestão do serviço e a do cuidado não ocorrem de forma dissociada.

Campos (2000) nos relembra importantes experiências que influenciaram na construção desse pensamento, a saber: Bion na Inglaterra, Tosquelles na França e Basaglia na Itália. Os três identificaram o caráter terapêutico da participação dos “doentes mentais” na gestão das suas vidas. “perceberam que o exercício de poder contribuía positivamente para a reabilitação psicossocial dos enfermos, e trataram de organizar serviços de saúde que incluíssem a participação dos usuários na gestão dos programas de saúde” (CAMPOS, 2000, p. 144). A saúde pública no interior do movimento da reforma sanitária brasileira aprendeu muito com a saúde mental.

Nesta mesma publicação, Campos (2000) também relaciona a proposta de co-gestão à *ágora* grega, importante referência da ideia ocidental de democracia. Dela ressalta aspectos como o reconhecimento das diferenças de poder e responsabilidades, sendo estas anuladas apenas em situação de assembleia, quando em ato poderia se fazer o exercício da igualdade. A nulidade da hierarquia situa-se mais nas situações de deliberação em torno de um projeto, do que das funções exercidas pelos atores sociais. Quando problematizamos o modo de gerir do campo da pesquisa, queremos mais do que discutir as hierarquizações das funções dentro do processo de trabalho, evidenciar que essa igualdade experimentada nas assembleias gregas em torno das decisões, algo que também se espera que aconteça no SUS por meio do controle social, não é comumente visto nos serviços de saúde da família do Rio de Janeiro.

Para além da demarcação hierárquica presente na unidade de saúde, e dos efeitos que isso produz nos modos de gestão da mesma, outra pista emergiu ao analisarmos os diários de campo. Concluímos da necessidade de montar o diagrama de poder daquela instituição, o que nos permitiu despersonalizar a análise de nossos dados. Nesse nível de análise onde o campo de forças é delimitado, não se trata de identificar, nas pessoas das gerentes, modos de gerir tão distintos, mas de se perguntar como num mesmo município, com as mesmas direções de trabalho para ambas, existem formas de gestão tão distintos. O que sustenta a existência de práticas tão divergentes no mesmo cenário político?

Daí, seguimos num jogo de perguntas e respostas, a fim de atingir a camada institucional do diagrama, que nos mostrasse as forças instituídas e instituintes desse processo: qual o modelo de gestão escolhido pelo município do Rio? O gerencialismo. No que se baseia e se concentra esse modo de gerir?

No caso do Rio, no cumprimento das metas acordadas entre SMS e OS para os serviços de saúde. E qual o lugar ocupado pela gestão no processo de trabalho dos gestores? Em qual concepção de gestão baseia o seu trabalho? Seria a própria gestão, em alguma medida, objeto de trabalho dela mesma?

A escolha pelo modelo gerencial com foco no alcance das metas, na produção de indicadores numéricos per si, colocando os gerentes principalmente como monitoradores do trabalho, pode ter contribuído para o distanciamento destes da própria concepção de gestão que utilizariam para trabalhar? Encontraríamos no modelo escolhido a diretriz que conduziria os gestores a não colocarem em análise o próprio trabalho da gestão? Qual a direção ético-política para esses trabalhadores?

Segundo Bloise (2015), em sua pesquisa sobre os gerentes das unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro:

Na literatura não foram encontradas evidências de um plano de trabalho, funções e atribuições instituídas e bem definidas em relação aos Gerentes de UBS. O documento encontrado construído internamente por um grupo de pessoas da OSS Viva Rio sistematizou algumas atribuições que o Gerente deveria exercer no contexto da organização de uma UBS e da garantia dos princípios da ESF. Com isso, é possível identificar um certo consenso de que este profissional deveria ser capaz de resolver questões de ordem técnica e administrativa, obtendo resultados satisfatórios na organização e monitoramento do trabalho das equipes, com uma postura de liderança, voltada para a melhoria da qualidade e boa governança clínica (BLOISE, 2015, p. 69).

É possível que os gerentes, diante de diretrizes de trabalho como as expostas acima, não coloquem o seu próprio processo de gestão em análise. Sendo eles próprios, também, monitorados a partir dos relatórios numéricos referentes às metas pactuadas entre SMS e OS, qual espaço existente para avaliação dos processos pelos quais chegaram a tais resultados? A julgar pela existência de modos tão distintos de fazer gestão em um mesmo município, verificamos que não há preocupação com o processo. A atenção é majoritariamente voltada para o resultado, o produto final.

Ou seja, a própria atividade de gestão não é objeto de trabalho dela mesma. Não se vê uma direção ético-política para estes gestores. Mas o que significa isso? Quais efeitos daí são produzidos? Trataria de mais uma

fragmentação, como aquela apontada por Marx referente à separação entre o processo de trabalho e o seu produto? Assim avançamos para mais uma camada do diagrama: no objeto e produto do trabalho dos gerentes não estava incluído o próprio processo de gestão, nos lembrando do processo de alienação proposto por Marx para descrever o distanciamento do trabalhador em relação ao processo de produção como um todo e o seu produto final (SCOTT, 2006).

A escolha por um modelo gerencial com foco no cumprimento de metas, como forma de gerir uma política pública, assim como a escolha da terceirização dessa gestão pelas OS, não são decisões aleatórias. Elas nos falam de um projeto em desenvolvimento de progressiva privatização do SUS, a captura capitalística dos processos públicos, onde verificamos a reprodução dos modos de produção como fim. Isso produz subjetivação, formas de subjetividade assujeitada do trabalhador, que o aproximam da alienação e o distanciam da autonomia.

Verificamos o afastamento desses gestores de outras dimensões das funções gestoras, como a proposta por Onocko Campos (2003), que traz a função de gestão mais próxima da de gestação, de gerar, criar, inventar, como constituintes do processo de gerir. O modelo escolhido cola os gerentes num certo "tarefismo", cumprimento de *checklist*, de protocolos, os distanciando dos processos criativos, extremamente importantes para o trabalho em saúde que se guie pelos princípios da integralidade e equidade, onde os protocolos são importantes, porém insuficientes em muitas situações trazidas pelos usuários.

A partir dessas reflexões, pensamos que o que permite a existência de modos tão distintos de ser gerente está relacionado ao modelo de gestão escolhido pelo município do Rio de Janeiro, onde o próprio processo de gestão não é priorizado enquanto diretriz do trabalho dos gestores, que apresentam como prioridade o cumprimento das metas pactuadas. A direção de gestão da SMS é performatizada pelas práticas da gerente 2, por exemplo; que sustenta a verticalidade das decisões porque chega no serviço com esse mandato, ela e os demais gerentes são direcionados pelo modelo escolhido pela SMS, em conexão com um projeto maior de privatização do SUS, que segue em risco de ser cada vez mais capturado pela lógica do capital. Nesse projeto, a criação não está inclusa como *ethos*, uma vez que a finalidade é a reprodução do modo de produção. Incentiva-se a reprodução e não invenção.

Trazer essa discussão para este texto que se pretende apoio, é indispensável, pois, sendo o apoio uma ferramenta de gestão, compreender em quais modelos e processos de gestão se está inserido pode ser definidor da direção de trabalho do apoiador, que tem como um dos principais objetivos do seu trabalho, o alcance da democracia institucional. Além disso, os modos de gestão são condições de possibilidade para o apoio acontecer, uma vez que para se fazer apoio, deve-se contar com o mínimo de abertura institucional para tal, é preciso querer ser apoiado, por exemplo. O trabalho do apoio pode ser inviabilizado em detrimento do modelo de gestão escolhido.

Os relatos sobre a mudança de gerentes colocados anteriormente, também nos foi importante para que compreendêssemos melhor as mudanças nas relações institucionais produzidas pela greve. E é para ela que voltaremos, para o nosso analisador, afinal: Como a greve nos ajudou a montar esse plano de forças? Como ela se deu no campo?

Gostaria de lembrar que as primeiras categorias a entrar em greve foram os médicos e os ACS, seguidos pelos enfermeiros, nutricionistas e psicólogos, e depois pelas outras categorias. Na unidade de saúde campo dessa pesquisa,

Assim que decretada a greve dos médicos, ACS e enfermeiros, a gerente da clínica agendou uma reunião técnica (exclusiva para os profissionais de nível superior) para definir como seria organizado o processo de trabalho durante a greve na unidade. Uma vez que apenas 30% da carga horária seria destinada ao trabalho do serviço, era necessário definir as atividades prioritárias e a organização das agendas dos profissionais em greve. A partir disso, os profissionais presentes nessa reunião, organizaram não só as agendas e atividades da sua categoria, como também dos técnicos de enfermagem e ACS. Estes últimos, já em greve, ficaram sabendo da reunião, questionaram a ausência de convite para a participação deles na mesma e lembraram ao corpo técnico um detalhe importantíssimo: durante a greve, eles decidiriam como eles iriam cumprir as suas funções, aquelas pré-determinadas para o seu trabalho. Definiriam quais atividades seriam prioritárias, acompanhando os demais profissionais da equipe, também em greve, e as direções dos seus sindicatos (Diário de Campo, outubro de 2017).

Em momento de greve, quem decide sobre o processo de trabalho não é o "patrão". A definição é feita pelos próprios grevistas. Os gestores devem ser comunicados do planejamento dos grevistas, avaliar junto a eleição de

prioridades e monitorar se os acordos serão cumpridos.

Após essa reunião, ficou entendido que as reuniões para definir atividades de greve e trabalho deveriam ser convocadas pelos próprios trabalhadores em greve e não pela gerente. Foi essa a virada da greve. Não era mais função dos gestores definirem como ia se dar o trabalho. Os próprios trabalhadores iriam definir como trabalhar e como fazer greve. Os gerentes das clínicas da família ficaram num lugar muito esquisito e desconfortável. Eram cobrados pela gestão central para que o trabalho continuasse fluindo "normalmente", pois ainda se mobilizava em âmbito judicial a legalização da greve, contestada pela gestão central; ao mesmo tempo que não poderiam impor isso aos trabalhadores, que estavam sob o comando do movimento de greve. Isso produziu neste profissional um não-lugar durante a greve, pois apesar de também ser um trabalhador sem salário, sem condições de trabalho, eram orientados a não se manifestar a favor da greve (Diário de campo, outubro de 2017).

Além dos apontamentos sobre a definição do processo de trabalho durante o processo de greve, outros foram produzidos a partir da narrativa trazida por esse trecho do diário de campo. Primeiro o movimento feito pelos ACS, distinto do corriqueiro. Estando na base da pirâmide de poder, imerso em relações de trabalho baseadas no monitoramento e prestação de contas para com os seus superiores, sua participação nos espaços decisórios é comumente restrita ao consentimento e à promessa do cumprimento das tarefas acordadas, das metas pactuadas. Porém naquele momento em que se encontravam fortalecidos pelo movimento do NSSM e pelo seu sindicato, movimentaram-se de outro modo, falaram, posicionaram-se.

Sobre o silêncio dos ACS, algumas questões: o que os silenciam? O que significa ter ACS silenciados? O que é silenciado junto com eles? Acreditando ser o ACS o principal ator na construção do projeto "saúde da família", silenciá-lo, é silenciá-la. Afinal, o que significa calar a voz que traz para os serviços as questões do território? Essas perguntas nos levam a crer que a ausência de voz, de participação desses agentes, fala de um distanciamento do projeto primeiro da atenção básica, da saúde da família; e uma aproximação com outro modelo, em que a voz do território, dos usuários, também pode estar sendo silenciada.

Outro apontamento diz respeito à modulação institucional a partir da mudança de lugar dos gerentes, que habitaram uma posição constrangedora, entre a gestão central e OSS, de um lado, e os trabalhadores da ponta, os

usuários dos serviços e os seus colegas de categoria, de outro, sendo eles também trabalhadores com direitos violados. Foi uma violência para com os gerentes que ficaram entre o fogo cruzado, colocados em uma encruzilhada ético-política.

Voltando ao nosso objeto-sujeito: e o apoio nisso tudo? Como estavam os profissionais do NASF nesse processo?

Desde o início das movimentações em torno da crise que vínhamos passando – ameaça de fechamento de clínicas, anúncio de redução de quadro de trabalhadores – os apoiadores vinham sendo mais procurados. As demandas geralmente eram relacionadas a questões em torno dos direitos trabalhistas, da organização de coletivos e da greve. Tratavam-se de demandas de ordem política e institucional. Quem mais nos procuravam eram os ACS, talvez por se sentirem muito fragilizados e amedrontados, sendo a categoria mais ameaçada pelo fechamento das clínicas e pelas reformulações da PNAB (Diário de Campo, outubro de 2017).

Seriam esses os motivos da maior aproximação? Estariam os ACS se sentindo fragilizados? Ao avaliarmos melhor o cenário, pudemos construir outras leituras para esse acontecimento. Os ACS sempre foram os profissionais de relação mais estreita com o NASF, principalmente pela proximidade entre as suas funções e as funções do apoio, sendo ambos trabalhadores da fronteira. Os ACS buscavam pelo apoio, porque a demanda na greve era de apoio institucional. Quanto à fragilidade colocada no diário, não era o que se via nas manifestações, quando os ACS pintaram de azul (a cor dos seus coletes de trabalho) as principais avenidas da cidade, compondo paródias e frases de reivindicação, ocupando os microfones e mobilizando os usuários nos territórios.

Compreendemos que estavam nos pedindo apoio institucional e que nós estávamos fazendo apoio à greve. E o mais surpreendente, a gerente da unidade veio nos solicitar apoio para ajudar os demais trabalhadores a organizar as reuniões que aconteceriam a partir dali. Compreendemos a necessidade de realização de assembleias, de criação de um comando de greve¹⁷ para a unidade, e assim o fizemos, junto com os demais trabalhadores e usuários, que passaram a ser convidados para organizar as atividades de greve junto conosco. Compreendemos que para fazer apoio institucional, é necessário um clima organizacional minimamente democrático,

¹⁷ Comando de greve é uma comissão formada por profissionais em greve e sindicatos, responsável por acompanhar o processo de greve, ficando disponível para mediar possíveis conflitos que possam ocorrer nesse período.

onde todos possam participar (diário de campo, outubro de 2017).

No que diz respeito ao apoio, observamos na greve reafirmação a função do apoio como ferramenta de gestão – e não ferramenta da gestão – que interfere no processo de trabalho em saúde, trabalhando com os trabalhadores prioritariamente. Durante a greve, nos sentimos verdadeiramente apoiadores, já que se verificou uma mudança na construção da demanda para o apoio, que não estava diretamente relacionada aos usuários, mas sim aos trabalhadores. Essa mudança foi e é possível por causa do lugar intermediário que os apoiadores ocupam. É por estar *entre* que os apoiadores são acionados para auxiliar nos processos de mudanças institucionais de cunho mais político e organizativo. Acredito que isso dificilmente aconteceria se o NASF tivesse uma relação mais “orgânica” com a equipe mínima, por exemplo. É preciso estar *entre*, para que o apoio seja acionado, solicitado, e para que exerça sua maior potência.

Outro fator importante para a mudança da demanda para apoio no período da greve diz respeito ao vetor democratizante produzido pela maior participação dos trabalhadores nas decisões referentes ao processo de trabalho. Tendo a greve produzido uma maior abertura institucional para a participação, a dimensão de apoio institucional não só foi possível como desejada pelas equipes apoiadas.

Com a instauração da greve, o lugar instituído de gestor foi abalado pelo analisador, que produziu em primeiro momento, resistência, performatizada pela tentativa ainda de controle do processo de trabalho por parte da gerente, quando planejou a primeira reunião na greve. Sendo uma das funções do analisador, provocar o instituído, observamos no nosso campo, a perturbação do lugar dos gerentes pela greve. A função analisadora da greve, ao colocar todo um sistema em torno dos serviços de saúde da AB em questão, provoca perturbações que irão se manifestar de forma muito violenta na nossa pesquisa, a julgar pela crise vivenciada em todo município do Rio de Janeiro. Como efeito, temos a emergência de forças instituintes que não eram possíveis sem o auxílio do analisador, como é o caso do movimento feito pelos ACS; a manifestação dos estratos instituídos, seja pela resistência ou pela perturbação, como é manifestado pela atuação dos gerentes nesse período; e sobretudo, a modulação do nosso objeto de pesquisa, ocorrida pelas possibilidades criadas a

partir do analisador greve, que tornou possível o apoio institucional aos trabalhadores, dimensão de apoio constituinte do trabalho do NASF, porém impedida de acontecer, abafada por um modelo de NASF que direciona os apoiadores para o trabalho assistencial no município do Rio de Janeiro.

A modulação da demanda de apoio institucional ao NASF, nos recolocou nosso problema de pesquisa: pode ser o apoio um instrumento para o manejo e diminuição da violência institucional? Compreendendo que, pela sua dimensão institucional, ao revelar as hierarquias e os jogos de poderes; ao abrir canais de comunicação entre os trabalhadores, e entre estes e a rede de serviços; ao estimular a lateralização das relações e a participação coletiva nos processos decisórios, com vistas à democracia institucional, acreditamos que o apoio pode ser uma ferramenta para o manejo e a redução das práticas violentas dentro dos serviços. Porém, isso não se dá por si. Para o apoiador exercer sua função em toda a sua potência, se faz necessárias algumas condições, que melhor exploraremos nas considerações finais desta pesquisa.

4.3 A “nova” PNAB e seus impactos no SUS

A mudança repentina do governo federal em 2016 produziu, como esperado, mudança na direção das políticas públicas, incluindo a saúde. O ministro da saúde nomeado pelo governo Michel Temer, Ricardo Barros - engenheiro, parlamentar paranaense, de carreira política construída por meio de alianças com o empresariado de planos de saúde privados - iniciou seu mandato deixando claro seu posicionamento em relação ao SUS: muito caro ao tesouro federal. Impossível ser algo de total responsabilidade do Estado. Propôs, de entrada, planos populares de saúde, afirmando a necessidade de “parceria” com o setor privado, além de anunciar diminuição de financiamento para o SUS, tendo como justificativa a crise econômica experimentada no Brasil. Dentre as mudanças, daremos ênfase à referente ao modelo de atenção à saúde na AB, tendo a reformulação da PNAB como uma das ações iniciais, tratando-se de outro importante vetor de violência institucional compreendido neste estudo.

A reformulação da PNAB já havia sido elaborada por um grupo de trabalho do MS, junto com CONASS e CONASEMS, que elaboraram uma minuta a ser apreciada e votada. Das mudanças propostas, destacamos: o retorno de equipes

tradicionais da atenção básica – que não seguem o modelo da ESF – em detrimento às equipes de saúde da família, ficando a cargo do gestor local escolher a melhor opção para o seu município, o que possibilita que a ESF deixe de ser o principal modelo na atenção básica; a não obrigatoriedade da presença dos ACS nas equipes de atenção básica e a possibilidade de redução do número desses profissionais por equipe da ESF, o que atinge diretamente a essência da saúde da família, a saber, a vinculação com o território feita prioritariamente por esses profissionais; e as modificações propostas para o NASF, que deixa de ser núcleo de APOIO, e passa a ser Núcleo AMPLIADO de Saúde da Família.

E o apoio? O que foi feito com ele? Primeira surpresa ao ler a minuta: retiraram o apoio do trabalho do NASF. Mais um ataque, mais um golpe. De onde veio essa decisão? Baseada em quais argumentos? Como se dará o processo de trabalho do NASF sem a ferramenta do apoio?

Havia uma reunião do Conselho Nacional de Saúde - instância deliberativa superior do controle social do SUS, com participação de representação de trabalhadores, gestores e sociedade civil - agendada para acontecer no Rio de Janeiro, para debater dentre outros assuntos, “a nova PNAB”. Na plenária foram colocadas outras leituras sobre as mudanças na política, diferente das trazidas pelos representantes do MS. Fui convocada pelos meus pares a falar sobre o NASF, sobre o apoio, sobre os efeitos que produzimos com o nosso trabalho, sobre os possíveis impactos da retirada dessa ferramenta na saúde da família, assim como o quão frágeis e precárias eram as definições do nosso trabalho apresentadas na minuta debatida. Mas como tem ocorrido com este governo, toda a mobilização e contraposição às mudanças discutidas nesta reunião do CNS em nada interferiu na votação da mesma. As modificações na PNAB foram aprovadas logo em seguida (Diário de campo, agosto de 2017).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão de caráter permanente, trata-se da instância máxima de deliberação do SUS, tendo como missão a fiscalização e monitoramento das políticas públicas de saúde. Apesar de vinculado ao Ministério da Saúde, o CNS é composto por “representantes de entidades e movimentos representativos de usuários, entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, governo e prestadores de serviços de saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho” (CNS, 2018, apresentação). Dentre as suas competências se encontra aprovação de orçamento da saúde e acompanhamento da execução orçamentária (CNS,

2018).

O CNS é um dispositivo que mesmo vinculado ao Estado, inclui representação dos usuários e trabalhadores para definir sobre o maior orçamento ministerial que temos no Brasil, o da saúde. Por si, o conselho é algo extraordinário. Suas práticas visam fortalecer o campo democrático dentro do SUS, materializando o princípio do controle social, refletindo aspecto peculiar de construção do nosso Sistema Único: a participação dos movimentos sociais, da população assistida pelo mesmo.

Na reunião referida no trecho do diário acima, as mudanças na PNAB propostas na minuta apresentada pelo representante do MS não foram aprovadas. O CNS não reconheceu como sendo positivas para as políticas de saúde, mas mesmo assim, foram aprovadas e publicadas no mês seguinte, quando publicada a portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, aprovando a “nova” PNAB, estabelecendo revisão de diretrizes para a organização da atenção básica. Mas o que isso significa? É difícil pensar em outra expressão além de golpe no SUS, golpe na democracia brasileira. Ou, como prefiro afirmar aqui, tratou-se de mais um episódio de violência institucional.

Ainda sobre a reunião do CNS, outros destaques:

A fala sobre o NASF feita na plenária do CNS surgiu de uma reunião paralela que aconteceu, sem planejamento, com os apoiadores trabalhadores do NASF ali presentes, diante da ausência de discussão sobre os impactos da nova PNAB para o NASF naquela reunião. A partir desse primeiro encontro, entendemos a necessidade de nos encontrar enquanto NASFianos do Rio de Janeiro, algo que não havia ocorrido até então. Saímos dali com dois passos importantes: dar visibilidade ao NASF perante à plenária do conselho nacional de saúde e montarmos uma agenda de encontro dos trabalhadores do NASF do município (diário de campo, agosto de 2017).

Vale salientar que concomitantemente a esse cenário nacional, vivíamos um período tenso no Rio de Janeiro. A mudança da gestão municipal nos deixava mais angustiados por não saber o que seria feito do NASF naquele momento, em que o prefeito anunciou cortes de recursos para a saúde e que as mudanças dos gestores no nível central (secretaria municipal de saúde) aconteciam a todo vapor.

Foram três potentes encontros dos NASFianos do Rio de Janeiro. Conhecemos apoiadores das diversas áreas programáticas (AP) da cidade. Compartilhamos nossas práticas, inquietações e peculiaridades. Nos demos conta do quão heterogêneo era o modo de se organizar e de operar o NASF em cada AP; de que não havia um alinhamento dos gestores locais em relação a isso; de que o NASF do Rio não tinha um desenho, uma linha de trabalho, nenhum documento que trouxesse qual era o projeto de apoio matricial para o município (Diário de campo, novembro de 2017).

Nas reuniões referidas acima, foram feitas discussões sobre a “nova” PNAB, foram analisadas as mudanças propostas de forma coletiva, com destaque para o que “faltava”: faltavam muitas informações sobre como se daria o trabalho dos núcleos *ampliados*. Também foi trabalhada a construção de um coletivo de trabalhadores de NASF do município do Rio de Janeiro, como forma de dar continuidade às discussões iniciadas e fortalecer os trabalhadores quanto à participação nos espaços de organização do NASF junto à SMS. Os encontros foram apenas três, porque estavam também esses trabalhadores envolvidos no processo de greve e no NSSM, com uma demanda de unidade mais urgente frente ao contexto municipal de precarização e ameaças.

Das discussões realizadas nestas reuniões, vale salientar primeiro as referentes às mudanças sofridas pelo NASF na reformulação da PNAB. Além da mudança da sigla e da retirada do apoio, o documento fala sobre o NASF ser “suporte” também para as equipes de atenção básica tradicionais. Não tem definido como se dará o processo de trabalho, quantas equipes de saúde da família e atenção básica irão acompanhar, como pode ser organizada a carga horária, quais atividades são de sua competência. As modificações sobre o NASF na nova PNAB são precárias quanto a informações muito básicas sobre estruturação, ferramentas e diretrizes para o NASF.

Íamos lendo, discutindo e sentindo “falta”. Faltavam informações, faltava direção, faltava argumento, e faltava a parte mais importante, o apoio. A retirada dessa ferramenta foi o que nos atingiu mais em cheio. Afinal éramos ali um grupo que aposta nessa tecnologia, que acredita e vem trabalhando com ela. Nos perguntávamos por que? O que estava em jogo? Quais interesses? Que análises poderíamos fazer dessas ausências e mudanças (diário de campo, novembro de 2017).

Um dos aspectos importantes da nova proposta para o NASF diz respeito

ao fato de desejar que esse trabalhador seja membro “orgânico” da atenção básica, de modo a garantir prestação de serviços diretos à população. Essa proposta retira o apoio como ferramenta e retira o apoiador do seu local por excelência, a fronteira, o entre. O desejo de organicidade desse trabalhador o aproxima das práticas assistenciais e o distancia das práticas de gestão do cuidado, de educação permanente. Como efeito, podemos ter um modelo de atenção mais próximo do ambulatorial e mais distante da ESF, uma vez que nessa nova proposta de política, os casos devem ser “regulados” ou seja “encaminhados” da equipe mínima para o NASF, produzindo o retorno ao modelo fragmentado de referência e contra referência que imaginávamos já ter superado em detrimento do cuidado compartilhado, em rede.

A retirada do apoio não nos parece aleatória, afinal o uso da ferramenta do apoio matricial foi questionado desde o início da formulação no NASF, sendo inserido como diretriz de trabalho pelo fato de haver, naquele momento na gestão do MS, pessoas que viam o apoio como uma potente ferramenta para a qualificação do trabalho no SUS (ALMEIDA, 2016). Algo que, a julgar pelas reformulações da PNAB de 2017, não podemos contar nessa gestão atual. Retirar o apoio, deixar facultativo a escolha do modelo da ESF para AB, deixando facultativo também a presença dos ACS nessas equipes, assim como diminuir o número dos mesmos nas equipes da ESF são mudanças que nos falam de algo muito maior: estamos vivendo um direcionamento para mudanças no modelo de cuidado, onde não são desejados os trabalhadores da fronteira.

Na “nova” PNAB, o espaço para os profissionais que abrem canais comunicacionais, articulam saberes e funções, diminuem marcações hierárquicas, aproximam as equipes dos territórios, produzem democracia institucional, que atuam no entre; foi reduzido e modificado, nos deixando pistas de que a “nova” PNAB mais valoriza velhos modelos de atenção, que pensávamos já superados, do que novas proposições para o desenvolvimento do SUS. Por isso também o uso das aspas na palavra “nova” quando me referia às mudanças na PNAB, que mais nos lembra retrocesso, do que novidade. Como efeito, vemos ser postos em risco alguns princípios caros ao SUS, como a integralidade do cuidado, a longitudinalidade, o trabalho territorializado.

Porém, encontrando-nos ainda no início dessas mudanças, quero trazer uma inesperada modulação, retomando o nosso campo, especificamente às

reuniões dos NASFianos do Rio de Janeiro. A mudança de gestão municipal deixou os trabalhadores em crise, atordoados e temerosos. Porém, para o NASF, o cenário municipal fez uma modulação importante no segundo semestre de 2017.

A coordenação do NASF no nível central (SMS) foi modificada, tanto as pessoas como, principalmente, a localização: deixa de ser conjunta com a coordenação de policlínicas e passa a pertencer a SUBPAV. Ou seja, deixa de estar vinculada à atenção secundária e vem para - onde sempre deveria ter estado - a subsecretaria que coordena a atenção primária no município.

As novas gestoras e o superintendente da SUBPAV, sabendo que estávamos nos reunindo, nos procurou para uma conversa. Escolhemos cinco apoiadores - cada um de uma AP - e fomos ao encontro deles. Primeiramente foi nos falado que não há concordância do município do Rio de Janeiro com as modificações da PNAB. Que aqui, continuaremos trabalhando com o apoio, que se aposta e valoriza essa ferramenta. Alívio número um (Ufa). Em seguida, foi colocado um desejo e feito um convite de que os apoiadores participassem mais dos espaços de construção das diretrizes, indicadores e processo de trabalho do NASF, sugerindo a formação de um colegiado NASF do município, onde se reuniria gestores (coordenadoras e apoiadores das AP) e representantes do NASF, com agenda permanente de discussão e formulação de documentos oficiais. Alívio número dois, surpresa número um, não esperávamos esse convite (diário de campo, novembro de 2017).

Apesar de temer a captura institucional do espaço político criado pelos apoiadores do município, foi avaliado de extrema importância ocupar espaços deliberativos, de construção, junto aos gestores. “Encerramos os nossos encontros, pensando que a relação entre esses espaços (encontros NASFianos e colegiado NASF) poderia ser de adição e não de substituição” (diário de campo novembro de 2017), que poderíamos configurá-los como espaços de fortalecimento e de resistência.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da experiência desses dois anos, muitos frutos. É difícil encerrar, finalizar, concluir. Não por estar exaustivo ou fora das possibilidades, mas pelo contrário: foi tão bom que não quero que acabe. Meu primeiro apontamento para iniciar esse texto de finalização é que tive uma experiência de pós-graduação muito distinta de um número importante de pessoas, principalmente aquelas que têm se tornado objeto de pesquisas sobre o adoecimento, padecimento, sofrimento na pós-graduação.

A fronteira entre cuidado, formação e trabalho demanda ser habitada pela universidade no contemporâneo. Não há como continuar insistindo na separação dessas dimensões. Se isso tem se apresentado com mais expressividade para a academia, provavelmente é porque nela ainda há escuta para esta questão e/ou possibilidades de lidar com essa demanda dos seus formandos. Há uma fronteira ético-política em jogo, que coloca em xeque não apenas qual produção de conhecimento desejamos, mas quais processos de formação desejamos, apostamos.

Como relatei no capítulo 1, fazer mestrado foi para mim uma experiência de cuidado, de cura, de saída do lugar de quem sofre violência, para o lugar de quem maneja com ela, de quem a enfrenta, de quem sai dela. E por falar em saída, inicio essa parte do texto trazendo a minha experiência de saída do apoio, diante das modulações que sofri durante essa travessia cartográfica de pesquisadora-trabalhadora.

A finalização do meu processo como apoiadora no Município do Rio de Janeiro se deu no final do movimentado segundo semestre de 2017, quando pedi o meu desligamento do NASF, diante da negação do meu pedido de férias, pactuadas previamente com a minha equipe e gestores. A direção de que nenhum trabalhador poderia tirar férias naquele período veio da OS contratante, diante do cenário financeiro instável para a saúde naquele momento no Rio de Janeiro. Como efeito, muitos trabalhadores, como eu, tiveram que se reprogramar também em relação a isso.

Havia perdido as férias em 2017, quando fui demitida e recontratada no final de 2016. Iria completar dois anos sem descanso somados aos desgastes e violência sofrida no período relatado anteriormente, quando ficamos sem

salários, sem condições de trabalho, sem perspectiva do que iria acontecer no cenário municipal. Estava exausta e muito adoecida. Chegou no meu limite de suportar violências.

O mestrado, mesmo não se tratando de um dispositivo de cuidado *a priori*, me foi clínico, terapêutico e fortalecedor. Me permitiu o distanciamento necessário para tomar ciência das violências sofridas e dos efeitos disso em mim, no meu corpo, no meu trabalho. A minha demissão foi um ato de autocuidado e de ética, afinal, que tipo de trabalho em saúde faz uma trabalhadora adoecer? Também foi um ato político, que agradeço o privilégio de poder fazê-lo, tornado possível por eu ser também bolsista. Muitos trabalhadores pensaram nessa saída diante do que acontecia no nosso campo de trabalho, porém poucos tinham condição de fazer. Ato político de denunciar a violência com que é tratado o trabalhador de saúde nesta cidade.

Deste acontecimento, muitas reflexões: quem cuida do apoiador? Quem faz o apoio do apoio? Como produzir práticas de trabalho que incluam a saúde dos profissionais de saúde? Em que cenários é possível fazer o apoio? O que precisamos mudar nessa tecnologia para que efeitos como esse não sejam mais vivenciados? Não é meu intuito responder a essas questões – precisaria de um tempo de que não disponho agora – mas produzir reflexão no campo sobre como lidamos com os processos de subjetivação a partir do trabalho em saúde, como lidamos com a saúde do trabalhador no cotidiano dos serviços e nos demais âmbitos institucionais e de gestão do trabalho.

Oliveira (2011) traz em sua tese algo que não se pode perder de vista quando pensamos no trabalho do apoio: há condições para que ele aconteça. O apoio, por se tratar de uma tecnologia relacional, não acontece por si ou em qualquer condição. Dentre as condicionalidades colocadas pelo autor, destacamos a cultura organizacional dos gestores e trabalhadores e a organização do processo de trabalho, onde aspectos como o trabalho em equipe e em rede, o compartilhamento de responsabilidades, gestões democráticas e participativas, espaços coletivos de organização do trabalho, ou o desejo e abertura para isso, faz-se necessário para o bom desenvolvimento do trabalho dos apoiadores. A dificuldade em apoiar não vem da ferramenta apoio em si. Vários são os processos que dificultam a sua prática, principalmente os relacionados às concepções de saúde, de trabalho, de modos de conhecer que

estão em jogo.

Sabemos que o SUS foi construído por meio de muita luta dos seus trabalhadores, mas não podemos continuar colocando sobre os mesmos a total responsabilidade pelo bom desenvolvimento das políticas, pois além de não serem os únicos atores dessa trama, vemos essa categoria cada vez mais adoecida, principalmente quando conjugado trabalho e militância. Não podemos continuar pagando essa conta com o nosso corpo. O apoiador, assim como os demais profissionais, também precisa de apoio. É preciso pensar sobre o apoio do apoio, para que essa estratégia possa se exercer em toda a sua potência. Mas porque o apoio precisar de apoio? Quais as especificidades desse fazer produzem essa demanda?

Para nos ajudar nessa discussão, trago o importante apontamento discutido nos capítulos anteriores, que se refere ao lugar de excelência do apoio: o entre, a fronteira. Lugar delicado e potente. Há delicadezas e riscos em ocupar esse lugar, pois na fronteira cabe comunicação, articulação, negociação, mas também cabe o confronto, as dúvidas, as trapaças, as disputas. Estes últimos aspectos, caso não sejam bem trabalhados e positivados, podem produzir momentos mais bélicos do que conciliatórios, incidindo no que materializa essa fronteira: o corpo do trabalhador. Há de se cuidar disso.

O espaço do entre é ocupado pelo apoiador em função dos objetivos do seu trabalho, que é de articulação, de mediação, de troca; podendo ser ocupado também por outros profissionais. É um lugar-função potente para a diminuição dos abismos comunicacionais dentro dos serviços, onde melhor se pode performar as ações criativas, necessárias principalmente quando o cuidado dos usuários, as suas necessidades e demandas deslocam os profissionais para longe dos protocolos de manejo das doenças. É neste aspecto que reside a maior potência do entre: na criatividade, na invenção, na gestação de saberes e práticas coletivas junto às equipes apoiadas. É aí também que reside a dimensão de gestão do apoio, aproximando o gerir do gerar.

Produzir tecnologias, arranjos e funções pautados na criação é uma das peculiaridades do SUS, que inclui em seu repertório práticas que devem ir além dos protocolos clínicos, das normas técnicas. Compreendemos que a construção do apoio e dos ACS, por exemplo, fala de uma aposta no que não é protocolizado, sendo a criatividade uma dimensão importante dessas duas

funções. Afinal o que é necessário ter no currículo para ser um ACS? E para ser um apoiador? Sendo arranjos organizacionais de base relacional, há nesses dois trabalhadores da fronteira uma dimensão do trabalho relacionada às experiências da sua própria vida, do que podem inventar, do que é produzido nos encontros com os usuários, com os demais trabalhadores, com os gestores, com a rede. Há uma ousada aposta do SUS nas práticas de invenção.

Porém, assim como para o apoio, há condições para se exercer essa dimensão criativa no SUS. Se temos gestores mais afinados com a perspectiva da gestão como gestação, como criação, é mais provável que se possa exercer a invenção. Caso contrário, é pouco provável que se consiga. Modelos de gestão exclusivamente baseados em monitoramento de metas pactuadas, geralmente com base em protocolos clínicos de doenças, proporcionam pouca ou nenhuma abertura para processos criativos, a julgar pelo modelo do município do Rio de Janeiro, que direciona o NASF para a ambulatorização e os ACS para o trabalho administrativo dentro das clínicas.

A partir disso, o que diríamos da mudança da PNAB quando retira a função do apoio do NASF e fragiliza presença do ACS na AB? As modificações da PNAB que demos ênfase nesse estudo incide diretamente nas funções de fronteira, no lugar fértil para a criação, nos proporcionando a sensação de que há uma mudança no modelo de atenção que distancia os trabalhadores de práticas inventivas e o aproxima do “tarefismo”, da exclusividade do cumprimento de ações pactuadas previamente. É uma violência com o que chamei aqui de aposta ousada do SUS.

A fragilidade que encontramos atualmente em torno das funções que operam no entre, após modificação da PNAB, nos colocou obstáculos importantes para pensar a conclusão dessa pesquisa. Pois esse entre, essa dimensão de criação, está sendo suprimida na política nacional. Como defender algo que está sendo jogado fora? Quais os possíveis efeitos da retirada do apoio da AB? Como fica o trabalho na AB sem a dimensão do entre? O que significa para o desenvolvimento do SUS a retirada de dispositivos e ferramentas que potencializam as funções do entre, da criação e da redução da violência institucional?

Entendendo o apoio como uma ferramenta de gestão do cuidado que surge para auxiliar as equipes de referência para a produção de cuidado com

base na integralidade, no cuidado compartilhado; como uma função que articula saberes e prática de diversos atores, que abre canais comunicacionais em prol da produção da democracia institucional; a sua retirada pode vir a significar um importante retrocesso nesses sentidos: trabalho em saúde mais fragmentado, menor grau de compartilhamento do cuidado dos usuários, relações de trabalho mais verticalizadas, baixa abertura comunicacional entre os atores envolvidos. Elementos que vão na contramão do SUS.

Sendo o SUS adepto das práticas de invenção, as ferramentas que ocupam o entre, são fundamentais para a sua sustentação como política de saúde que visa não apenas cuidar de enfermidades, mas produzir transformações na sociedade. A retirada dessas tecnologias pode ser muito cara ao projeto do SUS. Mas seguimos nos questionando: sendo retirados o apoio e os ACS o que fica na dimensão do entre? É possível que a dimensão do entre permaneça? Quem ocupará essa fronteira? Quem permanecerá ocupando, se entendemos ser este o espaço em que se desenvolvem práticas de apoio, de articulação entre usuários, serviços e políticas? Quais são os outros atores que operam no entre?

Compreendemos que em certa medida, todos os profissionais podem ocupar esse lugar em dados momentos a depender das suas práticas. Há alguns atores que o habitam por definição, ACS e gerentes. Exceto esses profissionais, que têm hoje instável permanência nas políticas de saúde, quem mais habita o entre? Quem vai insistir em mostrar as limitações das instituições, dos protocolos? Quais forças instituintes permanecerão produzindo instabilidade às forças instituídas dos serviços?

O território, ele permanece. O entre não é completamente abolido com a retirada das ferramentas, pois continuará sendo performatizado pelas fronteiras presentes no território, sejam elas físicas – as peculiaridades locais com as quais a equipe de saúde precisa lidar, fazendo-a deslocar-se para além dos protocolos instituídos – sejam subjetivas, da ordem dos limites relacionais entre usuários e serviços de saúde, entre moradores e políticas públicas, que insistirão em mostrar que algo precisa ser inventado para darmos conta das transformações que queremos. Algo próximo do que Macerata (2015) chamou de Clínica de Território, referindo-se às experiências de criação com o ambiente, cultivando a diversidade, transversalizando os saberes da saúde a partir da relação destes

com os territórios.

O entre permanece no território. Mas sem as ferramentas de gestão da atenção para catalisar os processos criativos, estes podem não serem produzidos ou não serem vistos, percebidos, caso o serviço só tenha olhos para os protocolos e cumprimento de acordos pré-estabelecidos. A retirada do apoio, além de não ser uma estratégia inteligente, foi uma violência com o SUS. Mas, cuidadosos para não cairmos nos afetos tristes e na *badtrip*, apostamos que algo pode ser produzido no entre que permanece. Algo que vá na direção de melhorar as condições de possibilidades para a criação. Há lugares entre, de fronteiras, na sua dimensão de conexão, de comunicação, de trocas, portanto, de apoio. Acreditamos que acionar a dimensão do entre que constitui o território possa ser uma pista, uma entrada, para catalisar os processos criativos, para enfrentar as violências institucionais.

Para finalizar, compreendendo a violência institucional a partir de ações que interrompem os processos instituintes, que impedem que o trabalho aconteça em sua plenitude, na sua máxima potência; além de impedir os processos criativos necessários para operar as políticas de saúde e consequentemente a produção de cuidado dos usuários. Apostamos nas ferramentas de fronteira, nas funções de membrana, no trabalho no entre, no apoio como estratégia de enfrentamento, de manejo e de diminuição das violências institucionais.

Referências Bibliográficas

ABAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*. Ed. Martins Fontes. São Paulo. 1998.

ALMEIDA, E. R. *A gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família*. 2016. 198f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2014, p. 131-149.

AZEREDO, Y. N.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3013-3022, set. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.13712017>>. Acesso em 16 jun. 2018.

BAGGIO, M. A.; BREMBLITT, G. A Clínica, como ela é. In: *Saúde e Loucura – A Clínica como ela é*. n. 5. São Paulo: Hucitec, 1997, p.31-42.

BAREMBLITT, G. F. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Ventos, 1992.

BARROS, L. R. de; BARROS, M. E. B. de. O problema da análise em pesquisa cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (Org.). *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Porto Alegre: Sulina, 2016, p. 175-202.

BARROS, L. P. de; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2014, p. 52-75.

BENEVIDES, R. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde. *Psicologia e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n.2, p. 21-25, 2005.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 89-100, 2001.

BLOISE, M. de S. *Os Gerentes de Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro: perfil, vivências e desafios*. 2015. 109f. Dissertação. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

BOCK, A. M. B. A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. *Estud. psicol. Natal*, v. 4, n. 2, p. 315-329, Dez, 1999. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X1999000200008>>. Acesso em: 16 jun. 2018

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Caderno da Atenção Básica, n. 27).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família Vol.1 - Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Caderno de Atenção Básica, n. 39).

_____. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 183, 22 de set. de 2017. Seção I, p. 68. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS

BRONZATTO, L. *Afronta Fronteiras*. São Paulo: Edição do autor, 2016.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

_____. *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*. 2a ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. *Saúde Paidéia*. Hucitec, São Paulo, 2003.

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

CAMPOS, R. O. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 122-149.

CECCIM, R. B; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a

humanização entre laços e perspectivas. *Interface*, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 531-542, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500006>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

COIMBRA, C. M. B.; NASCIMENTO, M. L. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. In: GEISLER, A. R.; ABRAHÃO, A. L.; COIMBRA, C. M. B. (Orgs.). *Subjetividades, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos em saúde*. Niterói: EdUFF, 2008, p. 143-153.

DELEUZE, G. O abecedário de Gilles Deleuze. 1989. Disponível em: <<http://escolanomade.org/wp-content/downloads/deleuze-o-abecedario.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2018.

FERIGATO, S; CARVALHO, S.R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: Conexões. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, v.15, n.38, p.663-75, jul./set. 2011.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*, 6 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 1996.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface*, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, ago. 2007. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000200005>> Acesso em 29 jun. 2018.

GUATTARI, F; ROLNIK, S. *Micropolítica – cartografias do desejo*. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. *Biologia Celular e Molecular*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

KASTRUP, V. Autopoiese e subjetividade: sobre o uso da noção de autopoiese por G. Deleuze e F. Guattari. In: KASTRUP, V.; TEDESCO, S.; PASSOS, E. (Org.) *Política da Cognição*. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 46-62.

_____. O funcionamento da atenção no trabalho do Cartógrafo. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2014. p. 32-51.

LOURAU, R. *René Lourau na UERJ*. Análise Institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: ed. UERJ, 1993.

LOURAU, R. Objeto e método da análise institucional. In: ALTOÉ, S. (Org.). *René Lourau: Analista Institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec. 2004. p. 66-86.

MATTOS, R. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade) *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416. Out. 2004 Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>> Acesso em 02 abr. 2017.

MATURANA, H. R.; VARELA, F. J. A organização do ser vivo. In: MATURANA, H. R.; VARELA, F. J. *A árvore do conhecimento*, as bases biológicas da compreensão humana. São Paulo: Palas Athena, 2001. p. 39-65.

MOREIRA, G. L. Breve estudo sobre o sindicato. *Revista Jus Navigandi*, Teresina, ano 7, n. 55, Mar. 2002, Disponível em <<https://jus.com.br/artigos/2781/breve-estudo-sobre-o-sindicato>> Acesso em: 13 mar. 2018.

OLIVEIRA G. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. 2011. 168f. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *World report on violence and health* (Relatório Mundial sobre violência e saúde) / editado por KRUG, E.G. et al., World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Violência y salud: resolución no XIX*. Washington, 1994.

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

PASSOS, E.; BARROS, R. D. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2014. p. 17-31.

PASSOS, E.; EIRADO, 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, 2014. p. 109-130.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2011. p. 1297-1314. Dez. 2011. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000400008>> Acesso em 06 mai. 2017.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, A. M. A.; VIEIRA, N. F. C. Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 2007, p. 276-83. Abr/Jun

2007. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>> Acesso em 06 mai. 2017.

RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal de Saúde. *Circular S/SUBPAV/SAP n.º 01/2011*. 13 de abril de 2011. Disponível em <http://subpav.org/download/documentos/Circular_SAP_012011_Equipes_NASF.pdf> Acesso em 22 mai. 2018.

RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal de Saúde. *Circular S/SUBPAV/SAP/CPNASF n.º 01/2016* Rio de Janeiro, 09 de março de 2015. *Diretrizes de atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)*. Disponível em <http://subpav.org/download/prot/Of%C3%ADcio%20Circular%20Diretrizes%20NASF_01_2016.pdf> Acesso em 22 mai. 2018.

RIO DE JANEIRO, *Núcleo de Apoio à Saúde da Família no apoio à Regulação Ambulatorial*. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Coleção Guia de Referência Rápida. Versão Profissional Série F. Comunicação e Educação em Saúde. 1 ed. 2016.

RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório anual de gestão 2011*. Rio de Janeiro-RJ, 2012. Disponível em <<https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=33&codTpRel=01>> Acesso em 18 jun. 2018.

RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório anual de gestão 2016*. Rio de Janeiro-RJ, 2017. Disponível em <<https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=33&codTpRel=01>> Acesso em 18 jun. 2018.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 253-261, Jun. 2009. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000200013>> Acesso em 16 jun. 2018

ROSSI, A.; PASSOS, E. Análise Institucional: Revisão conceitual e nuances da pesquisa intervenção no Brasil. *Revista EPOS*. Rio de Janeiro – RJ, Vol.5, nº 1, p. 156-181. Jun, 2014.

SANTOS, M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *Ciência e Saúde coletiva*, vol. 8, núm., p. 309 -314, Rio de Janeiro, 2003.

SCOTT, J. *Sociologia* Conceitos-Chave. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

SEVERO, A. K. de S.; L'ABBATE, S.; CAMPOS, R. T. O. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu-SP, v.18, n. 50, p. 545 – 556. Ago. 2014.

YUNES, J. O SUS na lógica da descentralização. *Estud. av.*, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 65-70, 1999. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141999000100006>> Acesso em 25 jun. 2017.