



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA**

**ROSSANA STAEVIE BADUY**

**GESTÃO MUNICIPAL E PRODUÇÃO DO CUIDADO: ENCONTROS E**  
**SINGULARIDADES EM PERMANENTE MOVIMENTO**

**Rio de Janeiro**

**2010**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

ROSSANA STAEVIE BADUY

GESTÃO MUNICIPAL E PRODUÇÃO DO CUIDADO: ENCONTROS E  
SINGULARIDADES EM PERMANENTE MOVIMENTO

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadores:

Marcelo Gerardin Poirot Land

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Emerson Elias Merhy

Rio de Janeiro

2010

## Ficha Catalográfica

Baduy, Rossana Staevie.

Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento / Rossana Staevie Baduy. – Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2010.

xvi, 191 f. : il. ; 31 cm

Orientadores: Marcelo Land, Laura Macruz Feuerwerker e Emerson Elias Merhy.

Tese (doutorado) -- UFRJ, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Clínica Médica, 2010.

Referências bibliográficas: f. 183-189.

1. Gestão em saúde. 2. Assistência integral à saúde. 3. Saúde da família. 4. Prática de saúde pública. 5. Gestor de saúde. 6. Trabalho. 7. Relações interpessoais. 8. Regulação e fiscalização em saúde. 9. Estudos de intervenção. 10. Brasil. 11. Gestão em Saúde - Tese. I. Merhy, Emerson Elias. II. Feuerwerker, Laura Macruz. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Clínica Médica. IV. Título.

ROSSANA STAEVIE BADUY

GESTÃO MUNICIPAL E PRODUÇÃO DO CUIDADO: ENCONTROS E  
SINGULARIDADES EM PERMANENTE MOVIMENTO

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovada em:

-----  
Dr. Marcelo Gerardin Poirot Land  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

-----  
Dr. Alcindo Antônio Ferla  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

-----  
Dra. Ana Lucia Abrahão  
Universidade Federal Fluminense

-----  
Dr. Ruben Araujo de Mattos  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

-----  
Dr. Afranio Kritsky  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

## **DEDICATÓRIA**

Ofereço este trabalho aos trabalhadores de saúde do SUS  
que vivem a luta do cotidiano para a produção do cuidado.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais que não só acreditaram em mim, eles fizeram mais, muito mais, me deram chão em muitos momentos em que as dificuldades da vida abusaram da minha resistência.

Isabela, Laís e Renato, meus filhos, portadores de futuro aos quais privei da minha presença, e que sofreram comigo as dores do processo de produção.

Agradeço a vocês por trilharem este caminho comigo.

Em especial, agradeço ao meu companheiro Jaco, que ao longo deste processo não me deixou esquecer da mulher, companheira, que gosta de brincar, de não fazer nada, de estar em casa e cuidar de nossas vidas. Agradeço a você pelo nosso amor.

Aos meus amigos do tênis, da vida ao ar livre, sob o sol, sob a lua, brincamos, corremos, disputamos muitos sets e games. Ouvimos música, dançamos, lá formamos um comum também, solidários, com histórias muito diferentes, de outros lugares, linhas e intensidades que de repente se perdem, se cruzam e se encontram formando outro território. Sem vocês teria sido menos prazeroso. Tive muitos professores, todos especiais, agradeço a todos.

Escrever esta tese foi um exercício de misturar falas, tempos e lugares da vida que foram me afetando e me provocando o desejo de escrever e contar algumas coisas que aprendi neste viver.

Não estaria neste momento se não fosse pela pessoa que me orientou Laura Feuerwerker. Fomos produzindo, muitas vezes, algo que parecia para mim tão pouco, ela falava “olhe mais para isso, escreva sobre isso”. Olhar potente, largo e intenso, olhar que vibra e faz vibrar o pensamento, e me fez descobrir que tinha coisas para escrever.

Difícil, muito difícil, mas um imenso prazer em escrever agradecendo pessoas que nos orientaram na produção de uma tese, na produção de um conhecimento que tinha como premissa servir para a produção de mais vida na vida. Como agradecer o Emerson Merhy, pelo que escreveu, pelo seu

modo de conduzir a linha, pelo orientador que ele é, faz diferença e não é pouca coisa. Agradeço ao Emerson e a Mina por ser nossa companheira também.

Emerson e Laura vocês me surpreenderam sempre na sua capacidade de acreditar e de não desistir de nenhum de nós da linha, muitas vezes eu teria desistido, até de mim mesmo.

A Débora Bertussi, amiga, parceira na trajetória de produção do SUS, sempre presente, cutuca, discute, acolhe, colabora, endurece e sofre junto. Sem ela também não seria possível.

A Monica Rocha pela sua amizade e pelo lar que nos acolheu no Rio, nossas conversas no café da manhã, marcas que ficarão para sempre em nossos corpos.

A Paula Cerqueira, sua fala produziu em mim muito sentido, me ajudou no “pensar vibrátil”, bom encontro!

Bem, agradeço aos queridos companheiros, amigos, parceiros da linha de pesquisa, esta é a nossa produção, todos vocês aqui estão, alguns com as suas falas, com suas sugestões. Esta é uma produção que não foi solitária, foi compartilhada em todos os momentos, vocês não participaram das minhas apresentações na linha, nos produzimos nestas discussões, esta tese não é minha, é nossa, sei que não é uma obra prima, mas a considero útil, temos muitas outras ainda para produzir, escrevi uma parte, estão sendo escritas outras.

Quero agradecer também ao Departamento de Saúde Coletiva da UEL, os que aqui estão e aos que já se foram. Ana Ito, muitas vezes eu lembrei dela, tão presente nestas escritas, foi quem me acolheu de forma especial há muitos anos atrás, você faz falta no DESC. Agradeço em especial a Josiane e a todos àqueles que “seguraram as pontas” na minha ausência.

Regina Melchior, Vera Martins, amigas, partilharam de pertinho minhas angústias, me ajudaram a achar as saídas.

Ao Paulo Roberto de Carvalho, diálogos que produziram movimento em um tempo de paralisação total.

Agradecimento especial a toda equipe da Secretaria Municipal de Saúde, aos assessores, a Marlene, a Joelma, a Mara, acolhedoras, me inseriram com competência de quem está produzindo suas histórias com coragem, mulheres e homens que publicizam suas vidas em seus limites.

Agradeço aos trabalhadores de saúde de um território que escolheu seu nome. Seus moradores começaram naquele terreno acidentado e rochoso, inadequado para morar, distante, sem água, sem luz, deserto, vieram de muitos outros lugares, sofridos, excluídos, começaram como um assentamento, e resolveram ser um jardim, ao qual deram o nome de União da Vitória. Trabalhadores-lutadores que ganham e perdem pequenas batalhas todos os dias, nós aprendemos muito juntos.

A Célia Marandola, exemplo de vida, lembro dela quando leio o “Há que endurecer-se, mas sem jamais perder a ternura” do Che Guevara, a vida de quem luta muitas batalhas, tem orgulho de si, ousa, topa os desafios, tenho orgulho de ter conhecido você, obrigada pela ajuda em rever as citações, a formatação, momento tão apertado para nós duas.

Bem, agradeço àqueles que ao verem este trabalho se sentirem aqui presentes, todos vocês foram imprescindíveis.

Enfim, a todos que de alguma forma foram abertos para a vida, com coragem de ser, de compor sua música. Com ousadia, desafiadores, alegres, sem modéstia, acrescentaram-me desejo de viver. Produção de vida em harmonia com a vida.

## LISTA DE SIGLAS

ANS	Agencia Nacional de Saúde
AMS	Autarquia Municipal de Saúde
BIS	Boletim Informativo da Secretaria de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
DM	Diabetes Mellitus
DAS	Diretoria de Ações em Saúde
DACA	Diretoria de Apoio, Controle e Avaliação
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência a Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PDR	Planos Diretores de Regionalização
PNR	Política Nacional de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIATE	Serviço de Atendimento ao Trauma e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgências
SID	Sistema de Internação Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família

BADUY, Rossana Staevie. **Gestão municipal e produção do cuidado:** encontros e singularidades em permanente movimento. Rio de Janeiro, 2010. Tese (Doutorado em Clínica Médica)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010

## RESUMO

A gestão dos serviços de saúde no Brasil ainda é um grande desafio enfrentado pelas secretarias municipais de saúde em decorrência do processo de municipalização do Sistema Único de Saúde. Este trabalho localiza-se no campo da gestão municipal de saúde e tem como objetivo estudar a gestão focando o espaço da micropolítica, analisando as caixas de ferramentas em produção, entendendo movimentos tensos, paradoxais e conflituosos, em que estão presentes diferentes projetos e interesses, que se aliam e se contrapõem no processo. A produção da pesquisa foi orientada pelos referenciais teóricos da análise institucional e da esquizoanálise. A experiência e seu registro é uma cartografia das produções do pesquisador e de um coletivo de trabalhadores-gestores municipais. Situamos este trabalho no seio da pesquisa intervenção. Foram realizadas conversas no cotidiano, observação, entrevistas, narrativas escritas e análise documental como forma de obter e registrar as afetações vividas no processo. O foco foi dado em uma secretaria municipal, à produção e operação de um arranjo para a regulação da atenção à saúde que tinha como propósito, garantir à população o acesso aos serviços de saúde de forma equânime, oportuna e integral. Destaca-se neste arranjo a estruturação de uma equipe de assessoria técnica para atuação na atenção básica. A experiência no campo da pesquisa ocorreu no período de outubro de 2007 a dezembro de 2008. As marcas que ficaram desta cartografia foram produção da gestão no entre, isto é pelo entre do gestor e do trabalhador de saúde, pelo entre do gestor e do clínico, pelo entre do gestor e do usuário. Enfim pelo entre dos diversos espaços da gestão, em movimento, criando novos rumos, produzindo linhas de fuga e rupturas. Movimentos intercessores, processos de subjetivação na medida em que há intervenção na ação, sobre a ação e atravessamentos de um

domínio sobre outro. O foco nos trabalhadores e nos usuários. Aparece então a caixa de ferramentas vibrátil. Uma mistura de conceitos ferramenta, advindos de diversos lugares, de diversas histórias produzidas na construção do SUS local. Produção de caixa de ferramentas em movimento e para dar movimento. É necessário subverter a ordem formal de que a equipe do nível central é quem determina as regras e o nível local às executa. Mas, sim criar novos fluxos efetivados por redes de conversação, de informação onde outros possam nomear, dizer o que faz, para que e como faz. É a caixa de ferramentas que monta, desmonta , quebra, destrói e constrói suas próprias ferramentas, produzindo-as em espaço de intercessão. Esta é a idéia da gestão peripatética. Desta forma é imprescindível a singularização dos processos e para isso a importância de arranjos que possibilitem encontros intercessores na produção da gestão.

Palavras-chaves: gestão em saúde, trabalho, saúde da família, cuidados integrais em saúde.

BADUY, Rossana Staevie. **Gestão municipal e produção do cuidado:** encontros e singularidades em permanente movimento. Rio de Janeiro, 2010. Tese (Doutorado em Clínica Médica)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010

## ABSTRACT

The management of health services in Brazil has been a great challenge to City Health Departments due to the decentralization process of the Single Health System. This paper approaches municipal health management and its aim is to study management focusing on Micropolitics analyzing which production tool boxes are being used and acknowledging tense, paradoxal and conflictive movements that address different projects and interests that add up and counteract within the entire process. This research was conducted applying theoretical references of the institutional analysis and also the schizoanalysis. This experience and its record represent a cartography of the researcher's productions and of the group formed by city manager-workers. This is an intervention research. Data was collected through daily informal conversation, observation, interviews, written journals and document analysis as a way to gather and file the affectations experienced during the process. The focus of this research was a city health department undergoing the production and implantation of a policy to regulate health services. The purpose of this policy was to grant the population equanimous, opportune and integral access to health services. Within this process a technical consulting team was assembled to intervene in basic health attention. The research was conducted from October 2007 to December 2008. The resulted cartography point to a management production in between, in other words, in between the manager and the health worker, in between the manager and the clinic, in between the manager and the client. Thus, in between several management spaces, there was a movement that designed new pathways, produced escapeways and ruptures. These were intertwining movements, processes of subjectivation as we see intervention in the action and over the action, and also cross-sections

from a domain into another. The stoplight is on workers and clients. Then, a vibrating tool box emerges. It is a mixture of definitions for tools, from different places, and different stories produced during the remodeling of the local branch of the Single Health System. It configures the production of tool boxes in motion to set things into motion. It is necessary to subvert the formal order that central level teams determine the rules and local level teams have to execute them. Therefore, we need to create new connections made effective by conversation and information networks, where other actors can determine who, what, why and how do to things. Then, the tool box is to assemble, dismantle, break, destroy and build its own tools, producing them in an intersection space. That is the idea of a peripatetic management. Hence, it is imperative that processes are individualized, therefore we highlight the importance of new arrangements that allow intervening meetings at management production.

Keywords: Health Management, Work, Family Health, Comprehensive Health Care

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO</b>	17
1	<b>O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - UMA CONSTRUÇÃO SOCIAL</b>	22
1.1	O TRABALHO EM SAÚDE EM SUAS MULTIPLICIDADES: POTENTE PRODUTOR DE ENCONTROS SINGULARES	26
2	<b>OS CAMINHOS DA PESQUISA</b>	42
2.1	A PRODUÇÃO DA PESQUISA A HISTÓRIA DE UMA IMPLICAÇÃO	42
2.2	OS CAMINHOS POR ONDE ANDEI E A PRODUÇÃO DO CAMPO DA PESQUISA	50
3	<b>CARTOGRAFANDO DISPOSITIVOS DE ATENÇÃO À SAÚDE: DA MONTAGEM AOS PROCESSOS DE SINGULARIZAÇÃO</b>	55
3.1	UMA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE: O CENÁRIO E O PROJETO DE REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	55
3.1.1	UM EXEMPLO: O TRABALHO DA ASSESSORIA EM RELAÇÃO À FILA DE ESPERA PARA A ESPECIALIDADE DE ENDOCRINOLOGIA	71
3.2	A ASSESSORIA TÉCNICA E MATRICIAMENTO: DO NASF A EQUIPE AMPLIADA	75
3.2.1	ACOLHIMENTO PEDAGÓGICO DOS PROFISSIONAIS CONTRATADOS PELO NASF	75
3.2.2	PRESSUPOSTOS ESTABELECIDOS PARA O TRABALHO DOS NASF NAS USF	78
3.2.3	AVANÇOS, DIFICULDADES E SUGESTÕES	79
3.3	O ARRANJO: UMA PRODUÇÃO NO ENTRE	82
4	<b>O RECONHECIMENTO DE UM COLETIVO – DISPOSITIVO</b>	92

<b>TENSIONAMENTO E PRODUÇÃO</b>		
4.1	A SINGULARIZAÇÃO DO ENCONTRO COMO ACONTECIMENTO	118
5	<b>A CAIXA DE FERRAMENTAS: MONTA, DESMONTA, QUEBRA, DESTRÓI, CONSTRÓI – PRODUÇÃO DE INTERCESSORES EM MIM</b>	142
5.1	A GESTÃO-ENTRE	142
5.2	A GESTÃO PERIPATÉTICA E SUA CAIXA DE FERRAMENTAS VIBRÁTIL	155
6	<b>CONVIVER COM A GESTÃO-ENTRE: AS MARCAS NO CORPO</b>	168
	<b>REFERÊNCIAS</b>	177
	<b>ANEXOS</b>	185

A escrita é um campo de vibração onde palavras surgem, juntam-se a outras, para depois se separarem, juntarem-se a outras ainda e desaparecerem ao sabor dos fluxos com os quais o texto está conectado (ROLNIK, 2005

p185-6)

## APRESENTAÇÃO

Apresento nas páginas a seguir os afetos e escritos cartográficos produzidos no percurso para conhecer a caixa de ferramentas da equipe gestora de uma secretaria de saúde de um município de grande porte. Esta não foi uma trajetória linear, houve muitas idas e vindas; várias afetações ocorreram, encontros e reencontros com velhos companheiros, outros nem tão companheiros assim, desencontros, recuos, recomeços; enquanto isso, fluxos de energia iam e vinham, e eu podia perceber que havia algo sendo tecido - sempre há - novos atores em cena.

Rolnik, em seu livro *CARTOGRAFIA SENTIMENTAL* (2007), fala das intensidades que buscam formar máscaras para sua exteriorização e, então, tomam corpo e formas de expressão. Percebi nesta andança que, apesar de conviver há muitos anos, intensamente, nas unidades de saúde, a máscara de professora da Universidade me havia possibilitado reconhecer pouco do viver naquele mundo da Secretaria de Saúde.

Trabalhei na Secretaria no início de minha carreira profissional, nos primeiros anos da Secretaria de Saúde, final dos anos 70. Foram seis anos em que circulei pelos cantos, pelas bordas da cidade. Circulava num “fusca verde”, a motorista muitas vezes era eu mesma. Éramos três enfermeiras, quatro médicos, um deles o Secretário de Saúde, vários auxiliares de saúde pública, um motorista, uma socióloga, uma historiadora, um economista, um jornalista que vivia nos dizendo que não sabíamos de nada. Claro, havia tensionamento, projetos em disputa. Éramos quase todos provenientes do movimento estudantil, encharcados de desejos, com muita “vontade de potência”. Atuávamos, primeiro, em quatro postos de saúde, depois em oito, nove, dez. Esse período foi como descobrir a vida: tenho lembranças

deliciosas dos coletivos que produzimos. Mudanças políticas, perda de poder formal, momento de resistência, novas eleições, rupturas. Anos depois, optei por ficar na Universidade Estadual de Londrina, onde já atuava como professora auxiliar. Hoje são 52 unidades, pronto-atendimentos, clínicas de especialidades, laboratórios, muitas histórias, muitos mais projetos em disputa.

Depois disso, a minha relação com a Secretaria de Saúde foi sempre mediada pela formação de profissionais de saúde ou por atividades junto aos trabalhadores de saúde. Os trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família (USF), em especial, me ajudaram muito a compreender o mundo do trabalho em saúde. Trabalhadores audaciosos, potentes, produtores de singularidades, problematizaram a máscara da professora e, muitas vezes, mostraram a insuficiência do meu olhar, embora sempre atentos e solidários, perceberam-me como parceira na defesa da vida que ali pulsa.

Na viagem para a produção deste trabalho acadêmico, orientei-me pelos referenciais teóricos da análise institucional e da esquizoanálise, tentando “conversar” com Baruch Espinosa, Emerson Merhy, Michel Foucault, Félix Guattari, Gilles Deleuze, Suely Rolnik, entre outros autores, e o registro desse percurso é uma cartografia das produções vividas.

Expresso aqui a experiência vivida nos itinerários percorridos. Itinerários que compartilhei com um grupo de trabalhadores em busca do inusitado, da novidade, construindo novas relações e afetos. Tem sido, como diz Deleuze (2002) em seu livro *ESPINOSA: filosofia prática*, um encontro com corpos cuja natureza se compõe com a minha, corpos que me afetaram pela alegria, encontro que adicionou desejo e ampliou a potência de agir.

Nos itinerários, vivenciei relações de movimento e de repouso, de lentidão e velocidade com outros sujeitos e coletivos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Como os corpos afetam e são afetados? Muitas vezes percebi, como diz Espinosa nas palavras de Deleuze (2002, p.128), “é pela velocidade e lentidão que a gente desliza entre as coisas, que a gente se conjuga com outra coisa: a gente nunca começa nunca se recomeça tudo novamente, a gente desliza por entre, se introduz no meio, abraça-se ou se impõe ritmos”.

O propósito não é definir a dinâmica da Secretaria de Saúde, ou melhor, dos vários corpos presentes na gestão da Secretaria de Saúde pela forma, nem por seus órgãos e suas funções, nem por uma substância ou sujeito, mas, sim, pelos modos, modos de afetar e ser afetado, do corpo e do pensamento.

A intenção é olhar para o campo da gestão de uma organização de saúde, considerando-o como um processo que possui um movimento e uma dinâmica próprios, onde estão em ação atores que se aliam e confrontam. Atores que são muitos em si mesmos, que mudam de lugar, que se expressam em diferentes planos conforme afetam e são afetados. Trata-se de uma busca para expressar as diferenças, disputas, conflitos e consensos que vão sendo produzidos e produzindo novos protagonistas, um processo de descoberta e de produção da singularidade e do(s) sentido(s) presente(s) em seu cotidiano.

É intenção também estudar a gestão focando o espaço da micropolítica em uma organização de saúde. Entender seus movimentos tensos, paradoxais e conflituosos em que estão presentes diferentes projetos e interesses, alguns deles privados, que os distinguem e os contrapõem, e outros projetos e interesses coletivos que indicam a produção do comum.

Um comum, no sentido dado por Negri (2005), que está fundamentalmente articulado com o movimento e a comunicação das singularidades, isto é, sempre construído

por um reconhecimento do outro, por uma relação com o outro que se desenvolve nessa realidade, interdependente e conectado. Produzir comum é a construção de espaços comuns reais e atuar nesses espaços de vontade a decisão, o desejo e a capacidade de transformação das singularidades.

Entender, nesta pesquisa, está sendo usado no sentido que Rolnik (2007, p.12) escreve em seu livro *CARTOGRAFIA SENTIMENTAL*, “não tem nada a ver com explicar e muito menos com revelar. O que há em cima, embaixo e por todos os lados são intensidades buscando expressão”. O desejo foi o de cartografar, mergulhar na geografia dos afetos e, ao mesmo tempo, inventar pontes para fazer a travessia: pontes de linguagem para expressão das intensidades.

Quais os agenciamentos, movimentos e afetos presentes em ação neste espaço-tempo da gestão da secretaria de saúde? Quais os afetos? É uma história de experimentação? Não se sabe de antemão. O que ganha de consistência? Não há como saber antecipadamente o que pode um corpo, uma alma, num encontro, num agenciamento, numa combinação. Amplitudes, limites, variações, transformações. Quais as intensidades presentes que representam uma ameaça e ameaça a quê? “Ameaça como diminuição de potência, amortecimento, redução ao mínimo ou, ao contrário, intensidades que confirmem, acelerem e movimentem o veneno ou o alimento, visto que um alimento pode ser veneno também” (DELEUZE, 2002, p.131).

Esta pesquisa localiza-se no contexto de uma política pública: o Sistema Único de Saúde (SUS). Desde sua criação pela Constituição de 1988, este sistema se constituiu como uma conquista de um movimento social, o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira que se apresentou como produtor de uma política social inclusiva, colocando a saúde como um

direito público a ser garantido pelo Estado (ESCOREL, 1998; ACIOLE, 2006). Política que possibilita a implementação das ações de saúde em todo o país, orientada por princípios doutrinários, tais como universalidade, equidade e participação popular.

As perguntas deste estudo foram se tornando, para mim, mais reais e concretas ao longo dos anos, a partir dos desconfortos vividos no processo de construção desse SUS. Considere-se que vivemos num contexto em que o projeto neoliberal, em nível mundial, ganha forças com políticas de organização da economia e da sociedade ordenadas pela idéia de um estado mínimo, em que a saúde se torna, cada vez mais, bem de consumo ao invés de direito de cidadania.

## **1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - UMA CONSTRUÇÃO SOCIAL**

No Brasil, a construção do SUS tem se dado numa arena de disputas para a definição das políticas de saúde, considerando a multiplicidade existente desde o plano da institucionalidade e que se intensifica em outros planos. No plano da política, do direito, sobressaem-se duas vertentes. Uma que pensa a saúde como direito de cidadania, regulada pelo Estado, inscrita na Constituição Brasileira, e, outra que pensa a saúde como campo de acumulação de capital que, portanto, deve ser regulada pelas normas do mercado. Nesse sentido a política de saúde é um jogo de forças e pode ser “neoliberal, pública e gratuita ou um misto que pode assumir muitas formas” (FRANCO e MERHY, 2003, p. 69).

Contudo, todas as tensões em sua implementação não impediram que atualmente existisse um SUS descentralizado, com mecanismos democráticos de funcionamento, que incluem instâncias de pactuação entre os gestores e mecanismos de controle social. Outro avanço evidente foi a ampliação do acesso aos serviços de atenção à saúde presentes em praticamente todos os municípios do país, principalmente no que diz respeito à atenção básica (FEUERWERKER, 2005; SANTOS, 2004).

No entanto, a expansão ocorreu, majoritariamente, reproduzindo o modelo médico hegemônico, centrado nos procedimentos, fragmentado, persistindo como um dos grandes desafios para a consolidação do SUS a possibilidade da atenção centrada nas necessidades de saúde dos usuários e orientada ao cuidado integral. Permanece a necessidade de mudança das práticas de atenção em saúde, ampliando sua capacidade cuidadora, garantindo o acesso aos serviços com tecnologia adequada, no momento apropriado, como responsabilidade do sistema de saúde (CECILIO, 2001).

A mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população, destacando o envelhecimento e a alta prevalência dos agravos e doenças não transmissíveis, com destaque para as condições crônicas, intensifica o desafio pela mudança dos modos de cuidar em saúde, pois se amplia a necessidade de construir arranjos que favoreçam a manutenção e/ou ampliação da autonomia dos usuários numa situação de convivência prolongada com diversos agravos à saúde. Para tanto, além de o usuário ocupar um novo papel na produção da saúde, são indispensáveis arranjos que propiciem a continuidade da atenção e que favoreçam a integralidade do cuidado. A articulação entre os serviços dos diversos níveis de atenção vem sendo também um desafio importante, agravado pelo fato de estarem organizados e financiados segundo lógicas distintas. Isso implica limitada resolubilidade, descontinuidade, desresponsabilização, re-trabalho e perda de qualidade da atenção (TOSCANO, 2004; MATTOS, 2004; NOLTE e MACKEE 2008; SILVA et al, 2010)

Este não é um problema exclusivo do sistema de saúde brasileiro. Repete-se em todos os países que perseguem a integralidade na atenção à saúde de seus cidadãos. Os países da união européia, por exemplo, também têm enfrentado dificuldades similares na organização de seus sistemas nacionais de saúde.

Nolte e McKee (2008) discutem o desafio estabelecido pelo aumento das condições crônicas nos países europeus, reconhecem esta ser a maior mudança a ser enfrentada, no século XXI, pelos sistemas de saúde preocupados com a equidade, eficiência e efetividade. Abordam e discutem a necessidade de estudar arranjos realizados em sistemas de saúde para o enfrentamento dos problemas crônicos de saúde nas populações. No estudo que realizaram, concluíram que a fragmentação dos serviços é uma dificuldade para a produção da integralidade.

Giovanella (2006, p.961) analisou as reformas dos serviços de atenção primária dos países da união européia, implementadas com o objetivo de promover a coordenação dos serviços prestados pelos diversos níveis de atenção, com ampliação das funções clínicas e gerenciais de coordenação. Nestes países os sistemas de atenção primária foram colocados como coordenadores da atenção e como condutores dos cuidados ao paciente e a autora relata que “a progressiva interdependência entre níveis de atenção e serviços, decorrente da crescente relevância das doenças crônicas, aponta a necessidade de um trabalho em rede.”

A reforma realizada no Reino Unido, que inicialmente tinha uma concepção mais privatizante, foi transformada no processo reiterando os princípios de integralidade, garantia de acesso e enfatizando a eficiência dos recursos públicos. Num primeiro momento desencadeou diferentes mecanismos de alocação de recursos financeiros, considerando que a lógica do financiamento era determinante dos modos de organizar a atenção. Porém, a análise dos resultados dessas intervenções revelou a permanência da fragmentação e a não garantia de melhora na qualidade do atendimento às necessidades do usuário. As mudanças introduzidas foram capazes de ampliar a cobertura e reduzir as diferenças na atenção, porém ainda se mantêm dificuldades e demora no atendimento especializado – o que segue sendo motivo de muita reclamação (TANAKA, 2007; ALMEIDA, 1999)

O cuidado em saúde é considerado aqui como uma ação integral baseada na compreensão da saúde em seu sentido mais amplo. Um elemento central do cuidado em saúde, na definição dada por Ayres (2004), é ouvir a necessidade do outro, levar em conta seu desejo como produtor de modos de vida. Ou seja, o cuidado em saúde está baseado num encontro que busca o entendimento mútuo, em que as tecnologias são contempladas, mas não se constituem no foco da ação. Segundo este autor (2004, p.86) uma ação assistencial é efetivamente cuidadora

quando o cientista e/ou profissional da saúde não pode prescindir da auscultação do que o outro (o paciente ou os grupos populacionais assistidos) deseja como modo de vida e como, para atingir esse fim, pode lançar mão do que está disponível (saberes técnicos inclusive, mas não só, pois há também os saberes populares, as convicções e valores pessoais, a religião etc.), então de fato já não há mais objetos apenas, mas sujeitos e seus objetos.

Merhy (2003, 2002, 1997) tem apontado em várias de suas publicações que sair da lógica do consumo de procedimentos de saúde para a produção de cuidado a partir das necessidades dos usuários, reduzindo a fragmentação e produzindo de modo compartilhado projetos terapêuticos singulares é uma mudança radical. Essa transformação exige dos atores interessados uma capacidade analítica da situação e novas práticas de gestão e de atenção em saúde para produzir novos desenhos de modelos tecnoassistenciais, menos hierárquicos e mais horizontalizados. E é desta questão que tratamos nesta pesquisa, mais especificamente, a discussão de práticas de gestão para produzir modelos tecnoassistenciais centrados nas necessidades dos usuários.

Modelo tecnoassistencial diz respeito às maneiras pelas quais as ações de saúde estão organizadas e combinadas numa dada sociedade, isto é, diz respeito à organização da produção dos serviços de saúde. Envolve não só os recursos materiais, científicos e instrumentais, mas também, as escolhas feitas para articular e promover os conhecimentos e as estratégias de intervenção. Portanto, dependem das concepções de saúde e doença e de cuidado que dão sustentação a estas escolhas.

Tradicionalmente, temos visto a proposição de modelos tecnoassistenciais idealizados por especialistas, planejadores ou gestores, sem a participação na formulação, daqueles que, posteriormente, executarão as práticas que se orientam por meio de normas e regras estabelecidas previamente. Merhy (2003) afirma ainda que para a realização desses modelos, uma diversidade de atos terá que ser cumprida por uma diversidade de atores; isto

leva à geração de um conjunto de práticas que nem sempre corresponderão ao modelo previamente idealizado. Aposta que a possibilidade de quebra da lógica predominante na saúde está na sua desconstrução no espaço da micropolítica, da gestão e da atenção.

Feuerwerker (2005, p.12) argumenta que “ainda predomina uma visão instrumental da construção de modelos tecnoassistenciais centrada em normas e nos mecanismos de financiamento”. Porém, esta forma de enfrentar a questão do modo como se organizam as ações saúde no SUS, na busca da qualidade e da eficácia da atenção a saúde, tem demonstrado ser pouco eficaz, em vista da quantidade de reclamações que vemos e ouvimos na mídia, diariamente. Algumas questões vinculadas às características do trabalho em saúde podem contribuir para compreendermos melhor esta problemática.

O trabalho em saúde é coletivo e se caracteriza por uma intensa relação entre trabalhadores de diversas categorias profissionais e usuários, na produção de atos onde estão presentes uma diversidade de pensamentos, sentidos e ações. É uma prática que se materializa no momento em que está ocorrendo e é consumida no ato de sua produção, isto é, sua produção e consumo são indissociáveis e ocorrem simultaneamente.

## 1.1 O TRABALHO EM SAÚDE EM SUAS MULTIPLICIDADES: POTENTE PRODUTOR DE ENCONTROS SINGULARES

Alguns autores, como Maria Cecília Donnangelo (1976, 1975), Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1994), Lilia Blima Schraiber (1996), Emerson Merhy (2003, 2002, 1997), Túlio Franco (2003), Laura Feuerwerker (2005, 2010, 2009), têm se ocupado em discutir o trabalho em saúde e discuti-lo como prática social.

Donnangelo e Pereira (1976) em seus estudos colocam que a organização do campo social das práticas de saúde é constitutiva da organização do campo de práticas da sociedade econômica, política e ideológica. O mundo do trabalho em saúde é um campo de práticas que está ligado à própria constituição da sociedade.

Segundo Gonçalves (1994), estudar o mundo do trabalho em saúde não é estudar recursos humanos. Estudar o mundo do trabalho em saúde é estudar a prática social, considerando que a saúde constitui um campo da prática social. No modo como o trabalho é realizado é possível encontrar a maneira como está sendo construída, na realidade, a alma da prática societária.

As condições de trabalho não estão desvinculadas das condições gerais de vida do indivíduo e vice-versa; ao discutir o trabalho em saúde percebemos o quanto produzimos e o quanto somos afetados e transformados pelo trabalho, de acordo com as nossas histórias de vida e com os valores da sociedade contemporânea. Guattari e Rolnik (2005) expõem que a ordem capitalística produz os modos das relações humanas até em suas representações inconscientes, os modos como se trabalha, como se é ensinado, como se ama, como se fala, em síntese, ela fabrica a relação do homem com o mundo e consigo mesmo e, assim, cria e recria necessidades.

Como vimos até aqui, compreender o trabalho em saúde significa compreender as relações que se estabelecem entre os trabalhadores, entre trabalhador-usuário, trabalhador-gestor, trabalhador-tecnologias materiais, relações essas que são construídas e construtoras de um determinado modo de andar a vida.

Sobretudo a partir do século XX, o trabalho em saúde tem sido produzido, no ocidente, como constitutivo de um processo histórico e social nominado por autores como

Donnagelo e Pereira (1976) e Ivan Ilich (1975) de medicalização da vida individual e coletiva. Com o desenvolvimento das ciências básicas positivas, as necessidades de saúde passaram a ser compreendidas a partir dos conhecimentos científicos do corpo biológico, tornando-se a forma de explicar o normal e o patológico, dando destaque ao profissional médico para a manutenção deste corpo, deslegitimando os outros saberes e práticas em saúde por lidarem com objetos não verdadeiros. Segundo Feuerwerker e Merhy (2009, p.30):

Quando vemos um sofrimento como resultado de uma doença que atinge humanos e a clínica como um saber que nos permite vê-la, ali no corpo biológico genérico, passamos a olhar qualquer fenômeno de sofrimento como doença e, mais ainda, passamos a ver qualquer adoecimento como uma expressão particular das leis gerais científicas do processo saúde-doença.

Há que se reconhecer que esta forma do trabalho em saúde tem produzido alguns bons resultados, porém ao objetivar as necessidades de saúde como um problema biológico, há uma redução dessas necessidades e a ação do profissional fica centrada em procedimentos, esvaziada de interesse no outro, com pouca escuta. Assim, as ações de saúde têm perdido sua dimensão cuidadora e, apesar dos contínuos avanços científicos, elas têm perdido potência e eficácia (FEUERWERKER e MERHY, 2009). Nessas situações, muitas vezes, não somente o médico, mas as equipes de saúde são prescritivas e normatizadoras na produção do cuidado, excluindo dos encontros com os usuários outras lógicas de produção do cuidado que não a do diagnóstico universalizante onde os sinais e sintomas é que o direcionam, com uma escuta empobrecida do sujeito centrada na doença. Essas formas de atuação da equipe de saúde impedem o acontecimento e os encontros singulares e, ao contrário, segundo Merhy *et al* (2010, s/p), fortalecem práticas que produzem eliminação, interdição e disciplinarização do outro. Acrescentam ainda que:

Em nome de uma suposta defesa da vida, retiram-se os sujeitos da cena de seu tratamento, e/ou inundam-se os encontros com os sujeitos que procuram por algum tipo de cuidado com protocolos prescritivos do bem viver.

Sustentam suas ações em ideais comportamentalistas, com base em dados científicos, generalizáveis que independem dos aspectos psicossociais e culturais, e que não passam de meras abstrações numéricas ao retirar das pessoas o direito de agenciar e protagonizar o cuidado com si mesmo e as escolhas de sua vida.

Luz (2004) argumenta ainda, que ao tratar o usuário como objeto, subtrai-se mais que seu corpo, mas também seus símbolos, valores, os significados pessoais e sociais de seu adoecimento, menosprezando a importância destes para o seu tratamento. No entanto, ao não reconhecer estas outras dimensões da vida o êxito ou não da ação terapêutica será afetado, considerando que no trabalho em saúde, usuário e trabalhador são fornecedores de valores de uso necessários ao processo de trabalho, uma vez que este é configurado por uma relação entre quem consome e quem presta o serviço, entre trabalhador e usuário de tal modo que o usuário torna-se co-participante do processo.

Portanto, o trabalho em saúde é produzido por meio de intensidades inscritas nas relações; é um processo no qual a subjetividade se manifesta e também é produzida. A subjetividade é dinâmica, é essencialmente social, não é passível de centralização no indivíduo. O indivíduo, usando como exemplo a informática, pode ser compreendido como um terminal no entrecruzamento de várias espécies de fluxos sociais, econômicos e midiáticos; assim, ele vai se formando como se fosse uma dobra, dobra da subjetivação e vai vivendo sua existência particular (GUATTARI e ROLNIK, 2005). Os processos de subjetivação vão se dando por uma multiplicidade de fluxos que produzem os trabalhadores de saúde e usuários como sujeitos individuais. Esses processos de produção da subjetividade coletiva não são somatórios das subjetividades individuais, mas produção decorrente de uma multiplicidade de agenciamentos de diversas espécies: sociais, econômicos, tecnológicos de mídia entre outros que ocorrem no cotidiano (GUATTARI e ROLNIK, 2005).

Dessa forma o cuidado em saúde é um acontecimento produzido dia a dia, a partir de encontros onde haja espaço para os diferentes numa relação entre sujeitos. Acontecimentos, para Deleuze (1996, 2003) são efeitos que se efetuam em nós, atributos expressos por um verbo, eles exprimem transformações incorpóreas, estão na superfície do ser e instituem uma multiplicidade infinita de seres incorporais.

Discutindo o momento do encontro entre trabalhador e usuário de saúde, evidenciaremos a importância da micropolítica, compreendida como a possibilidade que cada um tem de governar seu trabalho. “A micropolítica é o protagonismo do trabalhador e do usuário nos seus espaços de trabalho e relações” (BRASIL, 2005, p.75). Para Merhy (1998), um ato cuidador entre um trabalhador de saúde e um usuário é um encontro no qual há um jogo de necessidades/direitos. Nesse momento o usuário está em busca de recuperar um grau de autonomia perante a vida que foi lhe tirado por algum “desconforto” que o está impedindo de caminhar na sua vida.

Assim, coloca nesse encontro seu maior valor de uso, sua vida, para ser trabalhada como uma carência, uma necessidade. Nesse encontro, o fazer cotidiano, o trabalhador e o usuário mobilizam-se por diversos interesses e concepções e atuam com determinado grau de liberdade que possibilita o auto-governo no uso das tecnologias para a produção do trabalho em saúde.

Frequentemente as pessoas associam a palavra tecnologia às máquinas e instrumentos. Gonçalves (1994) rompe com o conceito de tecnologia clássica como sendo do mundo material e aponta a existência das tecnologias não materiais, como, por exemplo, o saber tecnológico e o modo de operar o cuidado em saúde.

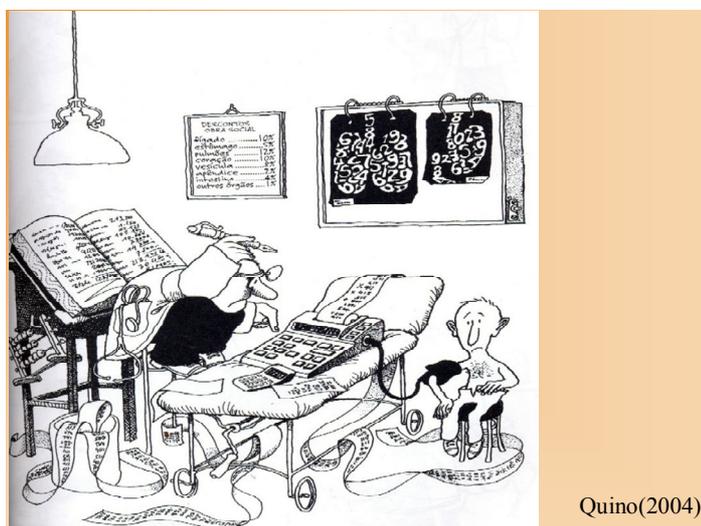
Merhy (1997, 2002) contribui para a análise do trabalho em saúde com o conceito, entre outros, de trabalho vivo em ato, compreendido como o trabalho no momento de sua execução, no exato momento de sua atividade produtiva. O trabalho vivo em ato convive no cotidiano com instrumentos, normas, máquinas, e compõe, assim, um processo no qual interagem diversos tipos de tecnologias, definidas como tecnologias duras, leve-duras e leves.

Segundo este autor, as tecnologias duras são representadas pelas máquinas, normas e estruturas organizacionais. As tecnologias leve-duras são indicadas pelos conhecimentos técnicos e pelo modo como o trabalhador aplica o conhecimento. As tecnologias leves são definidas pelas relações interpessoais, como o vínculo e o acolhimento, referem-se a atitudes próprias do profissional que é guiado por uma intencionalidade ligada ao campo cuidador. Os distintos arranjos de articulação entre os diferentes tipos tecnologias configuram determinados sentidos no modo de produzir os atos de saúde, levando ou não à produção de cuidado em saúde em defesa da vida.

Cabe destacar também o conceito de trabalho morto, que Merhy (1997, 2002) define como produtos de um processo de trabalho humano anterior: é o trabalho que se expressa através de instrumentos, ferramentas, normas e protocolos utilizados no processo de trabalho em saúde. Como parte do trabalho morto, destaca-se o saber-fazer, a tecnologia que não se restringe aos equipamentos tecnológicos, mas àquela tecnologia que está vinculada ao modo de atuar do trabalhador.

Esse modo de fazer, previamente estruturado nas normas, rotinas e protocolos de um serviço de saúde pode capturar o trabalho vivo em ato, de tal modo que o trabalhador não

exerce sua ação de maneira autônoma e criativa e fica preso a essa dimensão tecnológica - a do saber-fazer, do trabalho morto.



Olhar de perto o trabalho vivo em ato possibilita enxergar o quanto esse trabalho é criador de novas práticas ou o quanto está capturado pelas forças instituídas. O trabalhador pode apenas realizar o que está escrito nas normas e protocolos, como pode, em certa medida, fazer uso das normas e protocolos com alguma “autonomia”, ouvindo com atenção as queixas e desejos do usuário, desencadeando um processo de negociação e vinculação.

A análise do trabalho vivo em ato focaliza o momento dos encontros individuais ou coletivos; dos espaços produzidos nessa relação destaca-se o espaço intercessor criado no momento do encontro, produzido na relação entre sujeitos na geração de um produto que só existe para os sujeitos em ato. Ou seja, que não tem existência a não ser no momento da relação em processo, e o produto não é o resultado da somatória, mas a possibilidade do acontecimento, da porosidade dos sujeitos em relação. É momento de encontro de necessidades e de desejos e de negociação em ato. É nesse espaço que pode acontecer, ou não, a necessária invenção das práticas, do cuidado integral; é, nesse momento de encontro,

que podem ser estabelecidas relações sumárias, sem criação de vínculo, onde o trabalhador faz prescrições, não a partir da escuta do usuário, mas sim, a partir de normas e conhecimentos científicos previamente estabelecidos (MERHY, 1997).

A atenção centrada nos procedimentos, que utiliza como referência as queixas do usuário para reduzi-lo a uma doença, ou melhor, a um diagnóstico, caracteriza um modelo tecnoassistencial que predomina ainda hoje. Conseqüentemente, os atos de saúde estão centrados em tecnologias leve-duras e duras, ficando a tecnologia das relações (tecnologia leve), que cria um espaço de fala e escuta entre dois ou mais sujeitos (trabalho vivo em ato), capturada pela lógica das normas/equipamentos (trabalho morto) (MERHY, 2002).

Deslocar o centro das atenções do procedimento para o usuário significa acolhê-lo a ponto de que o trabalhador de saúde possa “escutá-lo” nas suas manifestações e necessidades, permitindo a expressão das suas potencialidades e do que ele “deseja” buscar. Ao mesmo tempo possibilitar o início de um processo de vinculação entre trabalhador e usuário, para que se estabeleça uma relação de compromisso e responsabilização, na busca efetiva de soluções em torno da defesa de sua vida (MERHY, 2002).

Esse processo produtivo cuidador aponta para que o interesse do usuário permeie o interior dos serviços de saúde onde estão presentes vários outros interesses. Assim como o usuário, cada trabalhador ou coletivo de trabalhadores tem uma compreensão sobre a saúde, sobre o SUS, sobre o cuidado em saúde, e atua segundo essas concepções, interesses e desejos, configurando um campo constituído por tensionamentos que derivam desses jogos de interesses e de distintos projetos presentes na sociedade.

Além de trabalhadores e usuários atuando com diferentes concepções e interesses, há outro campo de tensionamento localizado entre o potencial criativo do trabalho vivo em

ato e o potencial de captura desse trabalho vivo pelas forças cristalizadas do trabalho morto. Esta captura do trabalho vivo atua como obstáculo significativo à concretização do princípio da integralidade da atenção e à construção de um processo produtivo cuidador (MERHY, 2002).

Por exemplo, a rotina de uma unidade de saúde tem como protocolo que as mulheres participem de uma reunião educativa para serem inscritas no programa de planejamento familiar. Entretanto, por motivos de ordem diversa, uma mulher pode estar impedida de participar da reunião. Nesse caso, o trabalhador pode avaliar a situação e definir um fluxo diferenciado para a usuária, ou ter seu trabalho capturado e não incluí-la no programa.

Há que se ter claro que o trabalho em saúde nunca é plenamente controlado por lógicas gerenciais, por ser um trabalho vivo realizado em ato, com autonomia dos trabalhadores e liberdade significativa no modo de produzir os atos de saúde. Os trabalhadores de saúde têm um espaço próprio de gestão de seu trabalho e, muitas vezes, criam linhas de fuga, alternativas ao trabalho cristalizado nas ações cotidianas, para dar vazão à criatividade presente no trabalho vivo em ato (FRANCO, 2003; MERHY, 2002).

Na medida em que trabalhadores e usuários usam a liberdade podem adquirir capacidade de olhar para a situação, para o momento do encontro, captar elementos ali presentes e elaborar, em interação, possibilidades de realização do cuidado. Isto é, podem desenvolver capacidade de análise e de gestão do seu próprio trabalho e para o autocuidado. Esta capacidade pode permitir possibilidades de criação e de autonomia a ambos, trabalhador e usuário.

A tensão entre a autonomia e controle do trabalho e dos trabalhadores de saúde está presente no cotidiano dos serviços. O controle não é estabelecido somente pelas normas e instrumentos gerenciais, instituídos com essa finalidade, mas também, pelas disputas entre os diversos projetos e intencionalidades presentes nos espaços de trabalho, bem como pelo uso do espaço de autonomia dos trabalhadores e dos usuários para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e interesses.

Ao realizar o trabalho vivo em ato o trabalhador depara-se com dificuldades, impossibilidades e obstáculos, e pode produzir estranhamentos, conflitos e rupturas, que desvelam contradições no processo de trabalho instituído. Os atos criativos e instituintes impõem rupturas, criando novas possibilidades de agir.

Instituinte é utilizado aqui, segundo a definição de Baremblytt (1996), como as forças que tendem a transformar as instituições ou fundá-las quando ainda não existem - aparece mais como um processo, e o instituído como o efeito da atividade instituinte, ou seja, aparece como um resultado e tem uma característica mais estática e estabilizada.

Assim, compreender o trabalho em saúde é perceber suas especificidades e multiplicidades expressas pela relação existente entre trabalho vivo em ato e trabalho morto, pelo uso das distintas tecnologias e pelo potencial criativo desse trabalho. Esse é um espaço da política, da disputa pelos desejos e interesses de diversos atores, em constante tensionamento, operando pactuações explícitas ou implícitas, criando linhas de fuga, rupturas, arranjos e re-arranjos e, neste movimento, desenhando contornos diversos e mutáveis dos modelos tecnoassistenciais.

Pimenta (2005) ao analisar a gestão de uma organização municipal identifica a disputa pela direcionalidade do trabalho vivo, ela afirma que a disputa é permanente, todos os

dias, e se manifesta das mais diferentes maneiras e através dos mais diversos atores, inclusive dos mais imprevisíveis. Esta autora propõe a realização de discussão permanente entre os trabalhadores das equipes de saúde, bem como destes com os usuários, como forma de enfrentamento destas disputas. Estas tensões e disputas ocorrem na produção do trabalho em saúde e em grande parte no espaço da micropolítica.

No espaço da micropolítica, isto é, no espaço do desejo, da capacidade que cada um tem de governar em seu trabalho, é onde se dão os encontros e se constroem as relações entre os diferentes; nesse momento, tem-se um grau de liberdade no uso que se faz dos equipamentos e dos saberes para a produção ou não de espaços intercessores, podendo ocorrer processos de singularização. É também nesse espaço que são efetivadas as modelagens da produção do cuidado em saúde.

O cuidado então também é debatido como resultado de uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, todos em disputa e complementaridade, entendendo a integralidade da atenção recebida decorrente da forma como se articulam a prática dos trabalhadores (MERHY e CECÍLIO, 2003).

O que caracteriza um processo de singularização é a possibilidade de se auto-modelar, modo como um sujeito em relação com outros, ou um coletivo se reapropria, capta os elementos dos processos de subjetivação, se afeta e, a partir daí, constitui seu modo de operar, produzir, sem ficar preso às modelizações já estabelecidas por um poder global (GUATTARI e ROLNIK, 2005). Nesse campo de forças em disputa presentes na construção do SUS, a produção de singularidades ocorre com base nos encontros dos usuários e trabalhadores de saúde, em conexão, em interdependência e considerando possibilidades e necessidades de parte a parte.

Para que os processos de singularização possam acontecer nos serviços de saúde é necessário que os trabalhadores ampliem seu olhar e sua escuta, de modo que se afetem e se deixem invadir pelo usuário como agente ativo na produção de sua saúde, compreendendo os sofrimentos da vida para além do processo saúde-doença, mas como um processo de produção de vida. Bem diferente do lugar em que hegemonicamente coloca-se o usuário, objeto das ações de saúde (MERHY *et al*, 2010).

Segundo Deleuze (2001), o sujeito reflete e se reflete; daquilo que o afeta em geral ele extrai um poder independente do exercício atual, ele ultrapassa sua parcialidade própria, tornando possível a invenção e esta é a dupla potência da subjetividade: crer e inventar, presumir poderes secretos, supor poderes abstratos, distintos.

Merhy (2003) aborda a discussão de modelo de atenção à saúde como o modo como se constrói a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho em saúde, num espaço de encontros, disputas e acordos entre, pelo menos, três conjuntos de atores com seus recursos essenciais: os usuários, portadores e produtores de necessidades de saúde; os trabalhadores, que dominam os saberes, práticas e modos de produzir atos de saúde; e os gestores, que ocupam os espaços formais para governar e contratualizar este processo. Cada um desses grupos de atores não representa uma homogeneidade, mas, sim, diversos projetos e interesses presentes na sociedade e também atravessados pela história de vida de cada qual e cada um deles - usuários, gestores e trabalhadores - contém em si os outros dois, podendo ser sujeitos distintos em situações distintas. Portanto, pensar em modelos tecnoassistenciais é pensar em processos políticos nos quais cada um desses atores centrais, em intercessão com os demais, negocia seus poderes a partir dos seus recursos essenciais.

Além de Merhy e Feuerwerker outros autores como Gastão Wagner de Campos (2000, 1994), Ricardo Ceccim (2005, 2004), Roseni Pinheiro (2001, 2003, 2005), Túlio Franco (2003), Ruben Mattos (2001, 2003), têm, de diversas formas, abordado a necessidade de maior participação dos trabalhadores das diversas instâncias do SUS e dos usuários na gestão e construção de novos modelos de atenção. Apontam que hoje o trabalho em saúde ainda está fragmentado, a organização do trabalho está centrada nos saberes das profissões, com o predomínio da profissão médica, produzindo ações pouco eficazes no sentido da qualidade, acolhimento e vínculo e, ainda, com escassez de mecanismos que favoreçam os profissionais e usuários a participarem mais efetivamente.

Os debates em torno das políticas, entretanto, têm ficado persistentemente presos aos aspectos do financiamento, da necessidade de ampliação dos investimentos e do controle sobre os recursos atualmente existentes (FEUERWERKER, 2005).

Iriart et al (2000) indicam ainda que as reformas têm discutido os problemas a partir de discursos economicistas, reduzindo os problemas dos sistemas de saúde às questões financeiras, de escassez ou má distribuição de recursos, deixando de lado as pessoas e seus problemas, ficando no centro do debate os problemas e soluções vinculados a eficiência e ao custo benefício.

Nesta pesquisa, sem querer minimizar a importância da questão do financiamento, destaca-se a importância da participação do conjunto dos atores envolvidos na construção do SUS para recompor princípios de solidariedade e igualdade, de democratização da sociedade, de busca da inclusão social, considerando a subjetividade e a diversidade como parte da produção da cidadania. Ao destacar a temática da micropolítica do trabalho vivo, pretende-se destacar as possibilidades de produção e cristalização de modelos de atenção na gestão do

cotidiano. Dessa forma, pensar na mudança do modelo, como a referida aqui, exige dos protagonistas, “uma caixa de ferramentas conceitual e operacional, multirreferenciada, que possibilite a eles dar conta deste complexo processo de contratualização social, político e técnico”. Uma caixa de ferramentas que se abra para incorporar novos saberes e práticas dos processos em produção (MERHY, 2003, p.19).

Oliveira (2007) discute que a produção de caixa de ferramentas deve fortalecer a capacidade de análise dos trabalhadores num processo de co-produção de saúde e de sujeitos autônomos e que, para isso, não existem respostas fechadas.

Pimenta (2005) reitera a tensão nas relações e que o conflito está presente em todos os espaços coletivos de gestão e que é fundamental saber lidar com eles, mas reconhece que ainda faltam ferramentas para lidar com eles, seja nas equipes ou nos colegiados de gestão. Esta autora fala sobre a complexidade da gestão das organizações de saúde em nosso contexto econômico, político, social e cultural altamente desfavorável à vida, aos coletivos, e à solidariedade, reforça que há sempre incerteza em relação ao resultado deste trabalho, pois no cotidiano dos serviços, o projeto de saúde está sempre em construção.

Neste trabalho problematizo a produção da caixa de ferramentas a partir da experiência com um grupo de trabalhadores na construção de um dispositivo de gestão de uma organização municipal de saúde.

O município escolhido, desde 1970, tem uma história expressiva na construção do SUS, pelo seu pioneirismo: inicialmente, no desenvolvimento de experiências locais de atenção à saúde, na implementação da gestão municipal, e, posteriormente, na gestão semiplena (foi um dos primeiros 6 municípios a assumir essa modalidade), também pioneira

na articulação do SUS com instituições de ensino e movimentos populares (FEUERWERKER, 2002).

Como outros das regiões sul e sudeste, este município ao mesmo tempo em que avançou na construção do SUS, houve a consolidação de um expressivo segmento de saúde suplementar, com uma população de beneficiários que corresponde a 37% do total, 148.504 beneficiários numa população total de 411.370 habitantes dados da Agencia Nacional de Saúde (ANS) de dezembro de 2008.

A gestão municipal iniciada em 2001 (LONDRINA, 2000?, p.4) reconheceu os avanços conquistados na construção do sistema municipal de saúde, mas também suas limitações; identificou deficiências no modelo de atenção vigente, que não conseguia melhorar os níveis de saúde e solucionar a maioria dos problemas de saúde, e dedicou-se ao desafio de substituir o modelo de atenção tradicional por um modelo que oferecesse atenção integral à saúde:

[...] o que irá mudar é o processo de trabalho... Ao mesmo tempo, a estratégia é intervir nas causas das doenças e nos diversos fatores de risco, ambientais, sociais e de grupos populacionais específicos. O planejamento será participativo e integrado com a comunidade... implantação de técnicas que melhorem o acolhimento dos pacientes e construam um vínculo mais forte das equipes com a população. Esse vínculo é uma condição indispensável para a mudança do atual modelo.

A intenção de produzir mudanças em direção à integralidade esteve explícita no discurso do Prefeito, do(s) Secretário(s) de Saúde e de um conjunto de trabalhadores, nos últimos oito anos da gestão municipal (período de 2001 a 2008). Essa intenção aparece na agenda da gestão, em diferentes projetos, e várias caixas de ferramentas vêm sendo operadas na busca pela integralidade. Assim, investiu-se na ampliação da Saúde da Família (SF), criou-se o Sistema de Internação Domiciliar (SID), o Centro de Especialidades (Policlínica

Municipal), Serviço de Atendimento Médico de Urgências (SAMU), Serviço de Atendimento ao Trauma e Emergências (SIATE), Maternidade Municipal. Também, investiu-se em iniciativas que propunham uma reflexão sobre o modo de produção do cuidado no SUS em Londrina, como quando da participação na política de Educação Permanente em Saúde (EPS) do Ministério da Saúde como município colaborador (LONDRINA, 2004).

No processo de organização da atenção básica, desde a metade dos anos 90, vem sendo progressivamente adotada a Saúde da Família, a partir de iniciativas e estímulos do governo federal. Vários municípios brasileiros assumiram a Saúde da Família como uma estratégia para inovar os desenhos organizativos da atenção, como uma possibilidade de levar à prática os princípios e diretrizes do SUS (GIOVANELLA, 2002).

Essa estratégia está assentada na concepção do modelo da vigilância em saúde. Esse modelo define as necessidades de saúde tecnicamente pela epidemiologia, propondo a organização da atenção à saúde a partir das ações programáticas dirigidas a segmentos prioritários; traz elementos inovadores em relação à organização das unidades de saúde pelo fato do trabalho estar centrado no território. Ao organizar a prática com base em programas, define e, ao mesmo tempo, limita o repertório da ação dos trabalhadores, principalmente no que se refere à capacidade de escuta das necessidades de saúde dos usuários, perdendo em intensidade a prática de saúde ao deixar de considerar a singularidade e a subjetividade do processo de viver e adoecer (FEUERWERKER, 2005).

Coexistem e se interpenetram, no mínimo, hoje no SUS no município em estudo, o modelo da vigilância em saúde e o tecnoassistencial biologicista (NERY *et al*, 2009).

## 2 OS CAMINHOS DA PESQUISA

### 2.1 A PRODUÇÃO DA PESQUISA – A HISTÓRIA DE UMA IMPLICAÇÃO

Comecei a vivenciar o campo de pesquisa, múltiplo, disperso, tenso e elástico, tentando configurar um objeto com suas várias concretudes e intensidades. Adentrando mais e mais, fui descobrindo singularidades, vivendo processos de subjetivação e descobrindo significados e, cada vez mais, pensando quais os sentidos disso tudo, tantas vidas, tantas dores, alegrias, bons encontros, paixões alegres e tristes. Assim, foi-se produzindo o momento da pesquisa, o momento da produção teórica e, sobretudo, a produção do objeto e do pesquisador no momento de intervenção, já que sempre se está implicado e, neste caso, explicitamente, colaborando como assessora com a construção do processo analisado. Desta forma é que esta pesquisa foi sendo tecida, o pesquisador e o campo da pesquisa foram se produzindo ao mesmo tempo. Portanto, este é um trabalho de pesquisa-intervenção.

O movimento das pesquisas participativas traz consigo o questionamento das pesquisas científicas tradicionais, principalmente no que diz respeito à relação entre o pesquisador e o pesquisado, problematizando esta relação sujeito-investigador e objeto a ser investigado, entre teoria e prática. Nas pesquisas participativas há a contextualização das práticas, colocando em análise as forças em movimento presentes no cotidiano, evidenciando a complexidade do processo de trabalho e da produção de conhecimento. Aguiar e Rocha (2007, p.651) consideram que nas pesquisas participativas ocorre a mudança na “postura do pesquisador e dos pesquisados, uma vez que todos passam a ser co-autores do processo de diagnóstico da situação-problema e da construção de caminhos para o enfrentamento e solução das questões”.

Uma das tendências dentre as pesquisas participativas é a pesquisa-intervenção. A palavra (e a atitude) intervenção é agregada à pesquisa para produzir, explicitar e

proporcionar relação teoria e prática, assim como entre sujeito e objeto, pesquisador e pesquisado, ou seja, “sujeito e objeto do conhecimento se constituem no mesmo momento no mesmo processo” (BARROS, 2007, p.232). De acordo com Barros e Passos (2000), com a pesquisa-intervenção podemos interrogar os diversos sentidos cristalizados nas instituições e produzir evidências que dêem visibilidade ao jogo de interesses e de poder encontrados no campo da investigação.

O conceito de instituição não é identificado, pelos analistas institucionais, ao de estabelecimento ou a um nível da organização social, mas como um conceito polissêmico em particular, como “códigos escritos ou não escritos, mais ou menos acompanhados de um aparelho jurídico ou organizacional”, formas ideológicas inscritas nas mentalidades, na prática social, e que “a ideologia dominante se empenha em tornar universais, logo racionais, normais, obrigatórias e intocáveis”. São as normas sociais articuladas à ação histórica de indivíduos, grupos e coletividades. A instituição não vem de fora, “ela atravessa todos os níveis de conjuntos humanos e faz parte da estrutura simbólica” destes. Alguns pensadores positivistas consideram a instituição como pura coação externa, imposta pela sociedade para sua regulação e para prevenir a anomia e garantir certa coesão social (ALTOÉ, 2004, p.49-50 e 71).

Esta concepção funcionalista de instituição corresponde a do sociólogo norte-americano Talcott Parsons que divulgou os fundamentos teóricos do estrutural funcionalismo, na década de 1950-60, principalmente na América. Tal concepção se refere ao aspecto do instituído (regras, normas, costumes, tradições, etc), deixando de considerar uma dimensão importante da instituição que é o instituinte, que seriam as forças que tendem a transformar as instituições ou fundá-las quando ainda não existem; ou seja, aparece mais como um processo, e o instituído como o efeito da atividade instituinte. Desta forma, é o

homem que sofre as instituições e que também as cria e as mantém pela passividade ao instituído, mas igualmente, pela ação do instituinte que questiona e contesta as instituições (ALTOÉ, 2004, p.73).

A implicação, conceito também trabalhado pelos analistas institucionais, é tratada como um conceito que se opõe à pretensa objetividade e neutralidade “de um cientificismo ultrapassado, esquecido de que, para o novo espírito científico, o observador já está implicado no campo da observação” de que sua simples presença já é uma intervenção e modifica o objeto de estudo, transforma-o, ele é um elemento do campo (ALTOÉ, 2004, p.83). Como diz Merhy (2004), em seu texto sobre o sujeito implicado, “o seu problema é que além de sujeito interessado você é um sujeito implicado. Você é o pesquisador e o pesquisado. E, assim, o analisador e o analisado”. Nas palavras de Barros (2007, p. 231)

Melhor seria dizer, então, análise das implicações, posto que implicado sempre se está. Aquilo para o que as correntes institucionalistas chamam a atenção é a necessidade da análise das implicações com as instituições em jogo numa determinada situação. A recusa da neutralidade do analista/pesquisador procura romper, dessa forma, as barreiras entre sujeito que conhece e objeto a ser conhecido.

Kurt Lewin com a pesquisa-ação já considerava que a implicação do pesquisador estava presente no campo da pesquisa e que as atividades que realizava modificavam o objeto estudado. A pesquisa-ação foi uma iniciativa importante na tentativa de articular teoria e prática (ação) e sujeito e objeto. Porém as experiências de Lewin, embora constituíssem uma nova forma de investigação do campo social, mantiveram-se nos limites do paradigma funcionalista, visto que, na análise dos fatos desencadeados por suas pesquisas, a ordem social é naturalizada e a crise e os conflitos são tratados como efeitos disfuncionais, patológicos. E, ainda, a pesquisa-ação articula pesquisador e campo de pesquisa, porém os mantém como dois polos de uma relação (BARROS, 2007).

Nesta pesquisa há uma proximidade ao que Barros e Passos (2000, p.73-4) descrevem na citação a seguir:

Já na pesquisa-intervenção o que interessa são os “movimentos”, as “metamorfoses”, não definidas a partir de um ponto de origem e um alvo a ser atingido, mas como processos de diferenciação. O que estamos marcando como contraste entre as perspectivas é o aspecto global inerente à proposta de mudança, já que, quando se priorizam os movimentos, os processos, é a expressão singular que entra em jogo, através, especialmente, da análise das implicações. Não há mais aqui sujeito e objeto, mas processos de subjetivação e de objetivação, criação de planos que ao mesmo tempo criam sujeitos/objetos, que se revezam.

Priorizar movimentos e processos, traçar linhas, dar vazão às intensidades, a cartografia veio então nos ajudar no processo de investigação, na medida em que não pretendíamos revelar algo que está nos bastidores, mas acompanhar linhas, intensidades que se atualizavam, vivenciar linhas de fuga, marcar pontos de ruptura, produção de mapas em campos de forças: neste caso, o campo de forças da gestão municipal de saúde. A cartografia, como um desenho que se faz e se desfaz ao mesmo tempo em que os movimentos de transformação da paisagem ocorrem, traz as marcas dos encontros a partir das vibrações desencadeadas por todos os sentidos, nas palavras de Rolnik (2007). A cartografia formulada por Deleuze e Guattari (1995) não pretende formular um objeto, mas sim, acompanhar um processo e seus movimentos, buscando conexões; pode-se dizer que sujeito e objeto perdem seus estatutos de individualidade e não se buscam as origens, mas ressalta-se a processualidade, baseia-se no pressuposto de que o conhecimento é processual e inseparável do próprio movimento da vida e dos encontros que a produzem.

A experiência foi vivida pelo meio, pelas bordas, pelo fora, enfim, de diversos lugares e tempos e absorvendo de formas variadas as intensidades do processo. Foram realizadas conversas do cotidiano, observação, entrevistas, narrativas escritas e análise de

documentos produzidos durante o período da pesquisa. O período datado foi agosto de 2007 a dezembro de 2008. Os documentos analisados foram aqueles produzidos durante o tempo da pesquisa, foram relatórios produzidos pela equipe gestora, relatos de experiência apresentados na 6ª Mostra de Experiências da Secretaria Municipal de Saúde (LONDRINA, 2008) e matérias publicadas no Boletim Informativo da Secretaria de Saúde (BIS), além de decretos publicados em jornal oficial do município.

Durante todo o processo, as conversas do cotidiano, as vivências dos diversos processos e as narrativas, foram consideradas estratégias para captar as afetações produzidas com os movimentos coletivos de apropriação e de invenção da vida que favoreceram a produção de existências singulares. Narrativas como reconstruções de histórias vividas, onde presente, passado e futuro estão articulados, onde se reconstroem, mas também se acrescentam elementos e se atualizam em acontecimentos (MAIRESSE e FONSECA, 2002). Trata-se, como diz Guattari (2006, p.24), “de uma escolha ética crucial: ou objetiva-se, cientificiza-se a subjetividade, ou, ao contrário, tenta-se apreendê-la em sua dimensão de criatividade processual”.

As conversas do cotidiano foram espaços especiais de interação social e de produção de sentidos. Segundo Menegon (1999, p.215):

Conversas do cotidiano pressupõem dialogia (vozes), que presentificam, também, interlocutores ausentes da situação de conversa e, além do contexto imediato da situação relacional, leva em conta a relação estabelecida entre o tempo curto (face-face) e o contexto mais amplo da circulação de idéias.

Nesta perspectiva é que as conversas do cotidiano e as narrativas contribuíram neste trabalho, dando voz aos diversos interlocutores presentes, aos diversos saberes presentes no espaço e tempo da organização de saúde em estudo.

Investigar o cotidiano é colocar em análise uma realidade em construção, móvel, sem começo, meio e fim, mas com várias entradas, tratá-lo como um campo de problematização, proporcionando novas possibilidades de apreensão e de produção do real; ao colocar-se o pesquisador no cotidiano da organização de saúde, provoca-se o pensamento, pelas afetações, pelos encontros com os inusitados, em uma tensão colocada entre o que já foi atualizado, o que já existe e com o que vai se produzindo.

O cotidiano é o lugar das disputas, espaço de luta e de exercício de poder. Para Merhy (2002, p.160) o cotidiano em saúde é o terreno da produção e da cristalização dos modelos de atenção à saúde, e também da produção de novos arranjos no modo de fabricar saúde, onde se configuram “novos espaços de ação e novos sujeitos coletivos, bases para modificar o sentido das ações de saúde, em direção ao campo das necessidades dos usuários finais”.

A observação se deu na perspectiva da implicação: como um cartógrafo que vai sendo afetado pelas intensidades presentes no campo e, ao mesmo tempo, afetando e produzindo intensidades, seguindo ritmos, acompanhando processos, sem se submeter ao domínio, mas num movimento também de produção, numa composição e decomposição de ritmos, linhas e velocidades.

A observação das intervenções realizadas pela equipe gestora, em diversos espaços da rede municipal de saúde e nas visitas dos assessores técnicos nas USF, foram vividas pela pesquisadora. A observação do cotidiano da equipe gestora foi feita com o olhar interessado para o trabalho vivo em ato, para as práticas de gestão enquanto espaço de disputa entre os sujeitos que produzem o cuidado em saúde.

O diário de campo funcionou como momento de oportunidade de análise das implicações, permitiu reconstruir, por meio das memórias dos afetos, as lembranças do outro, dos lugares percorridos, dos encontros conturbados com muitas vozes, reafirmando as relações de implicação produzidas no momento da pesquisa. Como disse Lourau (2004, p.36), “a análise não consiste apenas em analisar o outro, mas a si mesmo, a todo o momento, inclusive, no instante da própria intervenção”, falar ou não, fluxo que corta, que cria linha de fuga - onde estou, como fazer isso que pretendo, como dar linguagem às intensidades produzidas, em produção, cortadas?

Azevedo e Carvalho (2009) realizaram um estudo sobre o uso do diário de campo na pesquisa em autores como René Lourau, Remi Hess, Virgínia Kastrup, Denise Mairesse, que vêm discutindo o diário de campo e seu uso em pesquisas. Apontam seu uso de diversas formas para análise das implicações, um como ferramenta para dar visibilidade a movimentos no campo de estudo, outro como um puro levantamento e agrupamento de dados observados e a observar, ou o diário íntimo, e outro, o diário da pesquisa. Citam também a possibilidade de no interior de um mesmo diário, haver todos estes tipos de diários, indivisíveis e relacionados.

O diário de campo, para esta pesquisadora, foi o conjunto de diários em um só. Ao vivenciar os processos, em conjunto com demais trabalhadores que compuseram este trabalho, fui fazendo anotações, sobre tudo que via, ouvia e sentia, produzi uma escrita do que acontecia no dia a dia, às vezes fragmentada, outras mais textuais. Muitas folhas de muitos cadernos inteiros foram preenchidas ao longo desse tempo. Fui criando vários sinais para marcar as afecções, dúvidas, coisas que iam provocando o pensamento. Como nos diz Deleuze (2002) todo o corpo vivo tem o poder de ser afetado, e deixar no corpo a presença do outro que o afetou, Barros (2007, p.195) fala que “a afecção é um estado do corpo é a

potência que tem um corpo vivo de se agenciar, se ligar, se compor com algo que vem de fora”. Deleuze observa que há diferença entre a afecção (*affectio*) e o afeto (*affectus*), segundo ele (2002, p. 56):

A *affectio* remete a um estado do corpo afetado e implica a presença do corpo afetante, ao passo que o *affectus* remete a transição de um estado a outro, tendo em conta a variação correlativa dos corpos afetantes. Existe, pois, uma diferença de natureza entre as *afecções- imagens* ou *idéias*, e os *afetos-sentimentos*, se bem que os afetos-sentimentos possam ser apresentados como um tipo particular de idéias e ou de afecções: “Por afetos, entendo as afecções do corpo pelas quais a potência de agir desse mesmo corpo é aumentada e diminuída, favorecida ou impedida...(III, def 3);

Muitas conversas, entrevistas individuais e coletivas foram gravadas, momentos que percebia ser possível a gravação, que não seria um desconforto para os envolvidos nem os inibiria. Mesmo assim, logo após, escrevia as minhas memórias, onde colocava a implicação em análise. As falas da pesquisadora, que também era assessora, também foram anotadas. Este é, em sua maior parte, o momento do presente, onde registrei o que passou pelos meus olhos, meus ouvidos e minha pele. Registro e atualização do que passava pelos meus sentidos, o que acontecia, não podia divagar, pois perdia falas, olhares, intensidades presentes. Exercício de atenção dos sentidos. Muitas vezes ao final do período, estava ainda afetada pelas dores, afetos que circularam, tentando dar passagem às intensidades vividas. Começava, então, a produzir um outro momento do diário, aquele onde o pensamento provocado, expressava-se novamente no papel e aí se misturava passado, presente e futuro, não havia mais cronologia. Surgiu o texto apresentado nesta tese e que chamei de “cena”. É claro, não trouxe todas elas, mas algumas que ajudaram na expressão dos pensamentos provocados e que me fizeram buscar outros autores, as referências bibliográficas.

Essa releitura do diário propiciou autorreflexões e auto-avaliações, reconstituição dos momentos vividos em diferentes espaços e tempos com certa duração e densidade,

articulação de vivências ocorridas, articulação com escritos de outros, em outros tempos e lugares (HESS, 2006). Espaço de produção, de devir.

Foi uma produção de narrativas. Mas, eram as narrativas da pesquisadora misturada a tantas vozes, produto de afecções. Composição de cenas e enunciados que foram produzidos pela mão desta pesquisadora.

Outras narrativas foram feitas também, realizadas por diferentes pesquisadores-trabalhadores que compunham o coletivo dispositivo do campo da pesquisa; todos foram convidados a fazer suas narrativas, nem todos as fizeram, mas muitos sim, e elas estão apresentadas e compõem também o texto desta tese.

Para iniciar e durante todo o processo foram respeitados os princípios éticos da pesquisa e, constituído nos Termos da Resolução nº 196/96, o Comitê de Ética e Pesquisa da UFRJ, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Faculdade de Medicina aprovou esta pesquisa de acordo com o MEMO - nº 549/07. Todos os participantes foram convidados a participar, esclarecidos sobre os procedimentos éticos quanto ao sigilo dos dados confidenciais e foram orientados da possibilidade de, a qualquer momento, saírem da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexos 1 e 2).

## 2.2 OS CAMINHOS POR ONDE ANDEI E A PRODUÇÃO DO CAMPO DA PESQUISA

Estar em diversos lugares, mas principalmente estar na linha de pesquisa “Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde” foi produzindo territórios no campo da pesquisa e na própria pesquisadora.

A desterritorialização, claro, veio nesse processo. A experiência foi dolorosa em alguns momentos, mas a vida pulsou, nos encontros, nas palavras, ocorreram muitas afetações e a produção do sentido de pesquisar.

E foi assim, sendo produzida a pesquisadora. Alguns conceitos operaram na produção do sentido - o de implicação foi um deles; pude me colocar, estar dentro do processo, descobrir que é possível haver vida na pesquisa. A pesquisa não era mais cinza, como sempre tinha sido, cheia de regras, onde não era possível afetar-se, sentir, viver.

Encontro, produção de encontro no trabalho, trabalho vivo em ato, quantas possibilidades de olhar o trabalho em saúde para além da aridez das estatísticas, da produtividade e dos relatórios. Sujeito, eu só sou no outro, só em relação com o outro, ao olhar a vida na produção, na sua potência.

Suely Rolnik foi uma autora que trouxe novos conceitos e modos de produzir conhecimento com eles, trouxe outros sentidos para o meu olho-retina e passei a perceber o corpo vibrátil. Este, o corpo vibrátil, para Rolnik (2007, p.31), é aquele que é tocado pelo invisível, “sensível ao encontro dos corpos e suas reações: atração e repulsa, afetos, [...]” intensidades. Assim foram sendo construídos novos territórios e a pesquisadora foi aparecendo, aprendendo a olhar e a escrever.

Participar do Curso de Especialização em Gestão Local e Gestão do Cuidado em Saúde, em João Pessoa, como orientadora de aprendizagem, possibilitou conhecer outro jeito de produzir o trabalho da gestão. Como diz minha amiga e colega neste processo, Débora Bertussi: (é preciso) trabalhar com a Educação Permanente como a alma do processo, ativar coletivos desejantes, utilizando os desafios da gestão, os ruídos, como matéria prima da aprendizagem, afetando e sendo afetado todo o tempo. Operar em processos de subjetivação,

considerar o desejo como potência para a criação, desarmar olhares, trabalhar em sintonia com outros sujeitos na produção de um projeto coletivo. Trabalhar no desenvolvimento do matriciamento nas diversidades das profissões, dos lugares da gestão; lidar com os conflitos sem querer resolvê-los nem ignorá-los, articular, produzir coletivos na saúde com base nas diferenças e nas afetações. Esta experiência também contribui na produção do campo da pesquisa.

Durante o processo, exercitamos muito a produção do trabalho vivo em ato, a escuta do coletivo, a partilha de saberes, ouvir o silêncio do grupo. Operar em auto-análise todo o tempo. Estávamos constantemente em análise. Os textos eram fluxos, subjetividades particulares, isto é, as subjetividades presentes, os saberes e os conflitos. Mas os textos também estavam nos livros, na internet, nos conhecimentos estruturados, que também questionavam as pessoas e nos faziam descobrir e construir situações inusitadas.

Por outro lado, em Londrina, encontrava-me no lugar da organização municipal de saúde, a Secretaria de Saúde, o campo onde eu efetuaría a pesquisa que me possibilitou contribuir com a produção da gestão e na organização do cuidado. Assim foi possível estar no meio do movimento de tecer as teias, desmanchar teias, construir e reconstruir outros fios: bati na porta, pedi licença e assim veio a demanda para participar do movimento da gestão municipal.

A partir do momento em que consegui mergulhar nas intensidades em produção na SMS e que pude perceber linguagens, fui esboçando rabiscos, desenhos, ao mesmo tempo em que ocorriam movimentos de transformação da paisagem. Estando implicada na produção de caixa de ferramentas, aproximei-me das diversas políticas, linhas e fluxos presentes naquela

organização. Aos poucos fui me deixando invadir por novos fluxos, em diferentes lugares e tempos que evidenciavam o processo de produção do trabalho da gestão.

Partilhei aquele processo com muitos trabalhadores: desde aqueles envolvidos mais diretamente com a gestão, ocupando cargos formais do organograma existente na organização, como com aqueles trabalhadores que fazem a gestão do cotidiano nas unidades de saúde. O critério de inclusão era o convite deles, a demanda produzida no processo, como também a minha curiosidade que ia sendo produzida na pesquisa para dar conta dos processos em que fui me envolvendo. Neste texto denomino os trabalhadores, que ocupam os cargos formais do organograma existente na organização, de gestores, ou de equipe gestora formal; embora os assessores fizessem parte da equipe gestora formal, neste trabalho quando me refiro a eles os denomino de assessores técnicos ou apenas assessores e os demais, de trabalhadores. No entanto, vale aqui já explicitar que como Merhy (2003, p.22) entendo que “todos atores governam e com suas capacidades de governar e disputar seus projetos transformam todo o cenário”. Considerando assim que todos fazem gestão, embora em diferentes lugares.

Participar das reuniões semanais de educação permanente dos assessores técnicos, trabalhadores da equipe gestora formal, foi como estar num mar agitado, muitos fluxos, muitas intensidades. Nos encontros eram discutidas as experiências vividas durante a semana e a articulação do trabalho deles com as demais diretorias da Secretaria Municipal de Saúde. A produção da pesquisa já havia sido discutida pelo grupo, anteriormente, e quando cheguei já me esperavam. Conteí a eles, então, sobre a pesquisa e pedi autorização para que eu pudesse anotar as falas de todos, já que eu as usaria como material de campo para a minha pesquisa. Para registro do que vi, ouvi e senti naquelas reuniões, utilizei o diário de campo

com suas “cenas” e algumas delas para o diálogo nos capítulos a seguir. Esses encontros semanais foram um analisador potente do processo de gestão em curso.

Para Lourau (ALTOÉ, 2004, p.69) “é o analisador que realiza a análise”, os analisadores são manifestações do instituído, acontecimentos reveladores e ao mesmo tempo catalisadores, produto e produtores de situações. Assim, os encontros semanais foram um analisador potente da produção da caixa de ferramentas da gestão de uma organização municipal de saúde.

Durante todo o processo de produção da pesquisa, Gilles Deleuze, Felix Guattari, Michel Foucault, Suely Rolnik e Emerson Merhy colaboraram com conceitos-ferramentas na construção do plano para organizar o conhecimento, combinando saberes e práticas que estão apresentadas nos capítulos a seguir.

### **3 CARTOGRAFANDO DISPOSITIVOS DE ATENÇÃO À SAÚDE: DA MONTAGEM AOS PROCESSOS DE SINGULARIZAÇÃO**

#### **3.1 UMA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE: O CENÁRIO E O PROJETO DE REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE**

Foi a partir do Projeto de Regulação da Atenção à Saúde, mais especificamente da Assessoria Técnica na Atenção Básica, que fui cartografando o território das práticas de gestão, a assessoria em ação, já que foi considerada como um dispositivo matricial permanente para promoção de mudanças na organização do processo de trabalho vigente.

Durante toda a vivência da pesquisadora no campo, foi se desvelando em ato a consideração de Merhy (1998) de que as organizações são compostas por atores com distintas intencionalidades, que entram em choque na construção de suas práticas. Novas propostas, para alguns, representam ameaças e outros as desejam. Ou seja, em uma secretaria municipal de saúde, as propostas de trabalho provocam situações de conforto e desconforto, produzem múltiplas afetações, produzem alianças e resistências de acordo com os dispositivos colocados em operação em cada momento.

A seguir, será apresentado um platô, uma descrição de como foi se produzindo em ato o Projeto de Assessoria Técnica na Atenção Básica. A cena vista pelo olho-retina.

Em abril de 2007, assumiu uma nova equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde, após o pedido de demissão por parte da equipe anterior, dentre eles o do Secretário Municipal.

A SMS foi assumida por uma mulher, enfermeira, lugar que, até então, só tinha sido efetivamente ocupado por médicos e homens. Não foi por acaso: foi uma produção - ela teve que lidar com os preconceitos, dialogar com a corporação médica, trabalhar com eles no

espaço deles, na atenção especializada, na média complexidade. Ela foi, anteriormente, diretora de um Centro de Especialidades que oferta consultas e exames ambulatoriais especializados, onde trabalhou na análise dos objetivos e no modo de operar daquele espaço. Desde então, a equipe gestora vem colocando em análise o significado e o sentido daquele lugar na rede de cuidados do SUS na localidade.

O Centro de Especialidades, organizado sob a forma de consórcio intermunicipal, como muitos outros no país, foi pensado para ampliar a oferta de consultas e procedimentos especializados ambulatoriais e facilitar o acesso dos usuários provenientes da atenção básica à atenção especializada. É gerido por um colegiado composto por profissionais de saúde dos municípios da região do Médio Paranapanema, cuja coordenação tem sido ocupada pelo representante do município em estudo, que é o de maior porte dentre todos os participantes. Existe uma oferta de consultas e exames especializados menor que a demanda, e esse consórcio vinha sendo muitas vezes questionado pela baixa resolubilidade dos serviços prestados e pela longa espera dos usuários para ter acesso a consultas e procedimentos. Em 2001, a gestora que assumiu a coordenação daquele Centro recebeu do prefeito a tarefa de acabar com a fila de espera para consulta com especialistas. Essa gestora, posteriormente, foi quem assumiu a SMS, no período de 2007 a 2008, em discussão nesta pesquisa.

A fila de espera era uma lista de pessoas que tinha seus nomes em uma fila virtual. Essas pessoas tinham sido encaminhadas pelos profissionais das unidades básicas de saúde dos municípios que compunham o consórcio intermunicipal para realização de exames e consultas especializadas. Caso não houvesse disponibilidade de vaga, eram inseridas numa lista de espera que rodava conforme a oferta de vagas. O critério inicial para acesso às vagas após ser encaminhado pelo médico da USF era quase que exclusivamente cronológico.

Londrina, com seus 510.707 habitantes de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009), na perspectiva da regionalização dos serviços de saúde, é o município polo de uma parte da região norte do estado do Paraná, composta por 21 municípios que estabelecem pactuações para que os usuários de seus municípios sejam atendidos pelos serviços especializados, inexistentes nas sedes municipais.

A fila de espera foi tomada pela equipe gestora do Centro de Especialidades como um analisador do SUS da região, a partir de 2001. Vários questionamentos foram feitos: mas, afinal de quem é a fila? Quem é responsável pela fila? Será somente o Centro de Especialidades? Mas será que a responsabilidade é de quem encaminhou? Como fazer para reduzir o tempo de espera? Questionamentos que colaboraram na busca de estratégias para redução da fila de espera.

A equipe trabalhou a partir do pressuposto de que os usuários que estão na fila são da área de abrangência de um serviço municipal de saúde que o encaminhou, das unidades de saúde, e têm uma equipe de referência, da atenção básica e, assim, estes têm também responsabilidade pelo cuidado ao usuário. Esse entendimento ampliou o olhar, direcionou as conversas e a busca para dialogar com os atores envolvidos nos encaminhamentos que produziam as filas de espera e, com eles, pensar em estratégias para seu enfrentamento.

Ao analisar a fila observaram: encaminhamentos mal feitos, encaminhamentos somente com o nome, sem história clínica nem motivo de encaminhamento, usuários que desconheciam o encaminhamento, usuários que já tinham resolvido seu problema de outras formas, mas ainda estavam na fila, casos urgentes perdidos na fila, enfim uma fila que foi reconhecida como desatualizada e com informações insuficientes.

Algumas situações críticas foram enfrentadas e possibilitaram a abertura de novos caminhos para que se articulasse o trabalho médico especializado na construção da rede de cuidados.

Foram escolhidas algumas prioridades e atuou-se no sentido de garantir o atendimento às situações que evidentemente necessitavam da atenção especializada, o que gerou satisfação nos profissionais e possibilitou a redução de algumas filas. Os especialistas participaram de todo o movimento, não como consultores, mas como sujeitos do processo, que se reconheciam como portadores de saberes e práticas, interesses e projetos.

Foram elaborados protocolos de orientação, fluxogramas e, também, organizados momentos de encontro entre médicos das Unidades de Saúde da Família e especialistas para discussão de casos aos sábados pela manhã. Começaram a trabalhar com critério de risco para definir as prioridades ambulatoriais, o que gerou um diálogo entre as USF e o Centro de Especialidades. Quem define a prioridade é a equipe de saúde que faz o encaminhamento, “são os olhos da fila”. Foram discutidas a qualidade dos encaminhamentos e as informações necessárias, tais como resultados de exames já realizados. Outra questão era como seria o retorno para a equipe, que instrumentos seriam utilizados para a comunicação em cada caso.

Dessa forma, foi sendo apropriado e construído pelo grupo o conceito de gestão de casos, centrado no processo de trabalho médico, qualificando o diálogo entre o Ambulatório de Especialidades e a USF, vista até então pelos médicos especialistas, como o “postinho”, de forma pejorativa e desqualificada. Por outro lado, ampliou-se a responsabilização do médico pelos encaminhamentos e pelo usuário. Esse processo foi sendo assimilado por um novo setor criado no Centro de Especialidades que era chamado de Setor de Regulação. O conceito de critério de risco foi também sendo apropriado pelo grupo, para a entrada na fila, a

ordem cronológica deixou de ser o único critério. Mesmo assim, ainda, nas palavras do grupo era como “enxugar o chão com a torneira aberta”.

Estava presente uma inquietação: e o que acontece, para onde vão os casos negados, isto é aqueles casos que os usuários não se enquadravam nos protocolos criados e não eram atendidos pelo Centro de Especialidades? Quem se responsabilizaria? Quem os encaminhou? Como estabelecer esse diálogo? A problematização da situação apontou a necessidade de trabalhar a fila, discutindo a partir de quem os encaminhou: os serviços municipais de atenção básica. A constatação foi de que haveria necessidade de um trabalho mais intenso, discutindo a integralidade, a resolubilidade e a responsabilização dos serviços municipais de saúde.

A problematização dessa situação ocorreu ao mesmo tempo em que vários profissionais estavam participando do processo de formação de facilitadores de educação permanente em saúde, trazendo então para a cena este conceito, no sentido de compreender melhor os casos negados, as dificuldades vividas na atenção básica e ainda dar um suporte às equipes. Assim, os “casos negados” foram trabalhados em conjunto com as equipes das unidades. Com o tempo, o número de “casos negados” reduziu-se de maneira significativa.



Havia, porém, uma compreensão da necessidade de trabalhar em maior profundidade a resolubilidade da atenção básica dos municípios e criar espaços de diálogo entre os profissionais daquele lugar com os profissionais do Centro de Especialidades e de outros serviços especializados contratados pelos gestores municipais.

Com a mudança da equipe gestora da SMS, parte da equipe gestora do referido Centro foi para a Secretaria e para dar continuidade ao trabalho de enfrentamento deste nó crítico – a dificuldade de acesso do usuário às especialidades – e, a partir de então, a ser feito pela Secretaria Municipal de Saúde.

A nova equipe que assume a gestão compreendeu que havia necessidade de desencadear mecanismos ativos que possibilitassem mobilizar, constantemente, o debate e a reflexão dos trabalhadores para a construção da rede de cuidados. A fila de espera ainda está lá e com as características anteriores. Não é suficiente ter um fluxo definido, é necessário problematizar, instituir novos dispositivos.

Esta nova equipe desencadeou mudanças no modo de operar a gestão da Secretaria a partir da análise da situação de saúde local e das experiências acumuladas, já que eram pessoas que há muito trabalhavam no SUS no município (LONDRINA, 2009).

A análise da situação possibilitou reconhecer que as tecnologias utilizadas atualmente não eram suficientes para o enfrentamento dos problemas de saúde decorrentes da mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população, destacando o envelhecimento e a alta mortalidade por doenças cardiovasculares. O envelhecimento da população trouxe mudanças no perfil de morbidade da população e as condições crônicas e suas agudizações apresentam-se com maior frequência e gravidade nas unidades de saúde. Além disso, as causas externas passaram também a ter significativo impacto nas causas de morbimortalidade. O sofrimento difuso, solidão, dores e dificuldades do viver e conviver, depressão, drogadição também são problemas de saúde frequentes na população do município, como em quase todo país (LONDRINA, 2009).

A outra situação crítica é caracterizada pela fragmentação e desarticulação da organização e da gestão dos processos de trabalho instituídos nos serviços de saúde. Nestes, segundo a análise da situação de saúde (LONDRINA, 2008d), havia predomínio de ações centradas em procedimentos médicos e atendimento curativo do tipo queixa-conduta, com

baixa resolubilidade dos serviços de saúde apesar da agregação crescente de novas tecnologias.

A equipe gestora identificou como nó crítico da atenção à saúde em Londrina, a pouca resolubilidade da atenção básica. Utilizou como analisador e desencadeador do processo a dificuldade de acesso dos usuários às consultas especializadas e propôs para enfrentamento destas situações o projeto de Regulação da Atenção à Saúde, constituído por um conjunto de instrumentos tecnológicos, que levariam, em sua última etapa de implantação, à efetivação de um complexo regulador da assistência no município. O objetivo das mudanças era aumentar a resolubilidade da atenção prestada pela rede de saúde do município em seus diversos pontos, integrando as diferentes etapas de atenção, consolidando a rede de cuidados em saúde e otimizando a aplicação dos recursos do SUS (LONDRINA, 2000?; 2008).

As ações desse projeto foram direcionadas à Atenção Básica, às Diretorias da Secretaria Municipal e às Unidades prestadoras de serviço de saúde na média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e compreendiam: Contratualização dos serviços de saúde; Regulação do acesso à assistência; Avaliação, controle e auditoria sobre os serviços prestados; Auditoria assistencial.

Destaca-se, nesse trabalho, o conceito de Regulação do Acesso à Assistência aplicado pela gestão. Para esta regulação, a equipe gestora pressupôs a criação ativa de espaços de exposição mútua e diálogo entre os profissionais da rede de atenção, em um processo de educação permanente para constituição de uma atenção básica resolutiva. Deveriam ser realizados encaminhamentos responsáveis e adequados entre os diversos pontos de atenção da rede, com utilização de instrumento como os protocolos assistenciais por meio das centrais de regulação da assistência (LONDRINA, 2009).

Dentre as ações desenvolvidas na Regulação do Acesso à Assistência para qualificar e reorganizar o processo de trabalho nas USF e o acesso aos diversos pontos da rede de atenção, destaca-se a instituição de uma equipe de assessoria técnica. Essa equipe era ligada diretamente à Superintendência da AMS para atuação na atenção básica.

A estruturação da equipe de assessoria técnica para atuação na atenção básica foi iniciada em maio de 2007. Essa equipe era composta por cinco enfermeiras, oito médicos e um odontólogo, todos servidores municipais, até então lotados em diferentes USF e no nível central Diretoria de Ações em Saúde (DAS).

O locus de atuação dos assessores técnicos eram as USF, numa relação direta com os trabalhadores das equipes. Eles estavam organizados em duplas de trabalho, compostas por médico e enfermeiro para atuar na região urbana e rural e a odontóloga assessora as 17 equipes de saúde bucal do município. As duplas atuaram por regiões: a urbana dividida em norte, sul, leste, oeste e centro, ficando, em média, responsáveis por 8 unidades, e na rural são 12 unidades.

Os assessores técnicos tinham como eixos norteadores: a gestão do cuidado e a produção do trabalho em rede.

A gestão do cuidado para a sua produção com base nas necessidades de saúde do usuário e a abordagem integral deveria ser realizada por meio de criação ativa de espaços de conversa com os trabalhadores da atenção básica e especialidades. Deveriam utilizar, para isso, ferramentas como a gestão da clínica e a auditoria por meio de discussão de casos clínicos, protocolos clínicos e assistenciais, da análise dos processos de trabalho na Atenção Básica, considerada como locus do acolhimento e de horizontalidade do cuidado.

A produção do trabalho em rede foi organizada por meio da construção das linhas de cuidado, regulação do acesso à assistência, protocolos assistenciais ou de regulação (padronização das solicitações de procedimentos e definição das responsabilidades entre os diversos serviços de saúde da rede), fluxos assistenciais, a integração e co-responsabilização das unidades de saúde nos diferentes pontos da atenção.

O projeto de Assessoria Técnica na atenção Básica era um projeto de educação permanente em saúde e foi efetuada pela equipe em todo o trabalho. Explicitavam que este não era somente um discurso, mas que a educação permanente deveria permear todas as ações dos assessores. Portanto, a ação cotidiana destes deveria pressupor a criação de espaços de reflexão da prática dos trabalhadores da atenção básica, em constante diálogo com a atenção especializada e com as demais diretorias sempre que necessário. Dessa forma, segundo relatório do projeto de assessoria técnica (LONDRINA, 2009), os assessores pretendiam apoiar, conduzir e responsabilizar os próprios trabalhadores pela produção do cuidado nas unidades em que atuavam, e deviam ser dispositivos matriciais permanentes para promoção de mudanças na organização do processo de trabalho vigente.

O processo da Assessoria Técnica na Atenção Básica foi inicialmente construído com as seguintes características:

- a) a população alvo foi aquela presente na fila de espera para as consultas de especialidades;
- b) organização dos protocolos e fluxos assistenciais por equipes multiprofissionais compostas por profissionais das diversas diretorias da rede municipal, incluindo a atenção especializada e a rede básica;

- c) os protocolos e os fluxos assistenciais foram organizados para facilitar e garantir o acesso dos usuários à rede de serviços, sem a participação direta dos usuários nos debates;
- d) definição de que a equipe da USF é responsável pela gestão do projeto terapêutico que será realizado em toda a linha do cuidado, buscando garantir o cuidado do usuário em todo o caminho;
- e) gestão colegiada do processo, envolvendo os diversos atores que controlam os recursos assistenciais;
- f) composição da equipe de assessoria técnica para que, junto à equipe das USF, pudesse desencadear e apoiar as equipes locais nas mudanças necessárias do processo de trabalho.

A assessoria técnica médica realizava a regulação do acesso baseada em protocolos assistenciais, classificação de risco e demais critérios de priorização. A discussão de casos clínicos era realizada de forma individual ou em conjunto com especialistas e foi a estratégia utilizada pela assessoria técnica para o diálogo com os médicos e para a educação permanente de toda a equipe, na perspectiva de garantir a singularidade de cada situação. Ao realizar a regulação do acesso, os assessores técnicos identificavam problemas relacionados ao acolhimento nas USF, fluxos inadequados, fragilidades técnicas dos profissionais, problemas referentes ao processo de trabalho na USF e desencadeavam ações de intervenção específicas em conjunto com as equipes das USF, Diretoria de Avaliação, Controle e Auditoria (DACA), DAS e demais diretorias.

Essa equipe, juntamente com as demais diretorias da autarquia de saúde e com a Policlínica Municipal, estabeleceu a necessidade de reunião semanal para o planejamento do

trabalho e deliberações, e o dia escolhido foi segunda-feira, para que pudessem utilizar o restante da semana no trabalho de campo da assessoria.

Nessas reuniões acontecia a educação permanente dos assessores, isto é, analisava-se o trabalho realizado, a prática cotidiana dos participantes, identificando problemas e fazendo propostas de encaminhamento. Nessas reuniões eram discutidos os problemas ocorridos durante a semana e eram elaboradas propostas para atuar ao longo do processo, operavam com o conceito de construção de coletivos gestores descentralizados, buscando alterar a verticalidade na tomada de decisão.

Nos primeiros encontros foi decidido que as duplas fariam visitas as USF para apresentação da proposta de trabalho, utilizando o espaço das reuniões mensais das USF para que se pudesse atingir o maior número possível de pessoas.

Nessas visitas, as características de cada USF foram sendo reconhecidas e procurou-se trabalhar apoiando as demandas das equipes.

O processo de produção do projeto de Assessoria Técnica na Atenção Básica deu-se num momento de “crise” nas USF caracterizado pela:

- a) redução das equipes de Saúde da Família devido à indisponibilidade de médicos nas equipes, conseqüente aos baixos salários dos médicos terceirizados (os médicos concursados pela prefeitura receberam aumento);
- b) clima de insatisfação salarial após uma longa greve com resultados frustrantes para os grevistas;
- c) problemas administrativos na contratação dos profissionais das equipes de saúde da família que levaram a uma demissão em massa dos profissionais terceirizados (agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros e auxiliares

administrativos). A recontração não foi automática como esperado inicialmente por problemas burocráticos da gestão pública municipal, havendo um hiato de um mês em que as USF ficaram sem enfermeiros, sem médicos e sem agentes comunitários de saúde, resultando numa sobrecarga enorme de trabalho para os profissionais concursados.

O projeto de Assessoria Técnica na Atenção Básica com seus dois eixos norteadores tinha uma linha de atuação que era o incentivo à utilização, pelas equipes de saúde da família, dos protocolos clínicos no sentido de qualificar o atendimento aos usuários sem desconsiderar a singularidade na produção dos projetos terapêuticos. Assim, os protocolos clínicos foram sendo discutidos com as equipes de acordo com a concepção da EPS, à medida que as necessidades surgiam e, a partir da discussão de casos, as ESF perceberiam sua importância.

A análise da própria prática, em conjunto com a equipe gestora ampliada, produziu algumas decisões consideradas estratégicas para o trabalho da assessoria técnica. A equipe gestora ampliada era composta pelas diretorias da Autarquia Municipal de Saúde e coordenadoras das unidades de saúde.

No modo de atuação dos assessores técnicos foram destacados alguns pontos considerados então essenciais:

- a) atuar em duplas;
- b) estar presente nas unidades com frequência e periodicidade estabelecidas e acordadas entre eles e as equipes;
- c) acolher e buscar soluções em conjunto com a equipe para as demandas trazidas pelos trabalhadores das unidades;

- d) participar, sempre que possível, das reuniões de equipes que acontecem nas unidades;
- e) desenvolver a capacidade de se solidarizar com a equipe local, de alteridade, sem querer falar por ela;
- f) ter em vista a capacidade de analisar criticamente o projeto, juntamente com as equipes, adequando-o de acordo com as avaliações realizadas ao longo do processo;
- g) estar comprometido com o projeto, reconhecer suas dificuldades em operá-lo e superar seus limites;
- h) praticar a mediação de posições diferentes dos vários atores institucionais.

As duplas iam às USF em conjunto, na maioria das vezes, mas não exclusivamente. As questões, referentes ao processo de trabalho, relacionadas à regulação ou não eram discutidas pela dupla, sendo que as enfermeiras tinham mais facilidade com alguns aspectos do processo de trabalho da equipe como um todo e os médicos traziam à tona os problemas referentes ao processo de trabalho médico. As enfermeiras e médicos das USF os esperavam com as dificuldades nos casos que eram acompanhados pela unidade e pelos especialistas. As dificuldades mais frequentes enfrentadas pelos trabalhadores das USF e pelas duplas de assessores eram referentes aos exames solicitados, retornos pedidos, na relação com a central de regulação e na relação com o próprio usuário. Algumas vezes os dois assessores discutiam conjuntamente com os trabalhadores e, às vezes, faziam reuniões simultâneas na unidade, lidando separadamente com os diversos problemas existentes. As coordenadoras muitas vezes buscavam as assessoras enfermeiras para discussão de problemas nas relações de trabalho da equipe, para ajudá-las em problemas com materiais e equipamentos e outras questões referentes à coordenação da unidade. Essas visitas em duplas desdobravam-se em novas

visitas individuais dos assessores as unidades, dependendo da necessidade dos trabalhadores de cada USF.

Os problemas foram enfrentados de acordo com sua natureza, em conjunto com os demandantes, assessores e trabalhadores de outras diretorias da AMS. As coordenadoras enfatizaram, em reunião de avaliação desse projeto, a importância do apoio recebido dos assessores na condução do trabalho.

Para que o trabalho tivesse efetividade, identificou-se a necessidade da visita periódica às USF, no mínimo, semanalmente. Alguns preferiam ter dias e horários previamente definidos outros preferiam ir de acordo com a sua necessidade e disponibilidade da equipe. Porém, de maneira geral, foi se estabelecendo, na prática, uma agenda semanal dos assessores, situação que facilita o acesso a eles pelos trabalhadores das unidades quando surgia uma situação inesperada em que precisavam do apoio dos assessores para resolvê-la. O agendamento prévio da visita facilitava para alguns, particularmente, o encontro com os médicos das unidades que se organizavam para disponibilizar tempo para a discussão de casos com os assessores.

Os assessores, sempre que possível, participaram das reuniões de cada equipe da saúde da família e da reunião do conjunto de todas as equipes da USF. Essas participações possibilitaram a ampliação do debate acerca da regulação e da compreensão das dificuldades vividas pelas equipes, e também da construção de soluções para o enfrentamento dos problemas, com a participação de todos os trabalhadores. Dessa forma, apreenderam as diferenças e conflitos presentes nas equipes e identificaram novos modos de lidar com a resistência ao projeto da regulação.

Nas reuniões também são apresentadas as propostas da regulação; por exemplo, a proposta de sistematização do cuidado aos usuários insulino-dependentes foi apresentada e

debatida em reuniões com as equipes das USF. As necessidades de mudanças no processo de trabalho muitas vezes ficaram mais evidentes nesses momentos, tanto do processo de trabalho das equipes como no momento das propostas apresentadas pelos assessores. Porém, não era possível participar de todas as reuniões e os assessores estiveram presentes de acordo com a necessidade. Era um momento significativo para ampliar o contato, para o estabelecimento de vínculos com os trabalhadores, potencializando a contribuição dos assessores para o enfrentamento dos problemas existentes no dia a dia das unidades.

Muitas vezes, a partir desses diversos encontros com os trabalhadores das USF, eles percebiam fragilidades e insuficiências do projeto que precisavam ser revistas e levavam para a reunião das segundas-feiras, as reuniões de educação permanente. Assim, mais encharcados com a realidade das unidades, o projeto foi analisado e, às vezes, já traziam propostas construídas nos encontros com os trabalhadores (médicos, enfermeiros, administrativos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde). Outra forma de interação da assessoria com a realidade vivida pelos trabalhadores das unidades ocorreu mediante a participação das coordenadoras das USF nas reuniões de EPS, compondo um coletivo ampliado e reconstruindo o projeto em ato. Exemplo disto foi a organização dos retornos para os especialistas (datas, exames, faltas, evitando que os agentes comunitários assumissem o papel de “carteiros”).

Nas reuniões de educação permanente também foram discutidas as diferentes perspectivas de um mesmo problema, por exemplo, a solicitação de retorno ao cardiologista, muitas vezes considerada desnecessária a partir dos protocolos e das evidências clínicas, era analisada sob a perspectiva do usuário e do próprio cardiologista. Nesses momentos, a singularidade das diversas situações vivenciadas no projeto de regulação eram identificadas e analisadas, não sendo possível resolver todas as situações a partir dos protocolos, fluxos e

linhas-guia. Embora estas fossem consideradas por eles ferramentas essenciais, no encontro entre os assessores, trabalhadores das unidades, especialistas, usuários, enfim, das redes de conversações criadas, era onde se encontravam as alternativas para efetivar a integralidade do cuidado.

### 3.1.1 Um exemplo: o trabalho da assessoria em relação à fila de espera para a especialidade de endocrinologia

A seguir, será descrito um exemplo de como foi operado o trabalho da assessoria em relação à fila de espera para a especialidade de endocrinologia. Esta reconstrução foi feita a partir das reuniões de educação permanente da assessoria, com objetivo de realizar o Relatório da Assessoria Técnica no período de abril de 2007 a dezembro de 2008 (LONDRINA, 2009). O texto a seguir foi produzido com base nesse relatório.

Foi decidido que as filas a serem trabalhadas seriam selecionadas por especialidades e agravos. Os usuários foram identificados por nome, registro, data de entrada na fila e se vinham para primeira consulta ou retorno. A partir desses dados, foram agrupados por área de abrangência das USF. Com essas informações, os assessores foram às unidades e iniciaram o levantamento dos prontuários para análise. As equipes de saúde locais participaram neste processo como sujeitos, conheciam de perto os usuários e traziam para a discussão dos casos as potencialidades e dificuldades do cotidiano. Além da exploração de cada caso, assessores e trabalhadores das unidades problematizaram: esses usuários, apesar de “encaminhados” deveriam continuar sob responsabilidade das equipes de saúde família, ou seja, a equipe de referência deveria se ocupar da gestão do “trânsito” e do cuidado do usuário pelos vários itinerários do sistema de saúde.

Desta forma, com a participação das equipes das USF, da assessoria técnica e do endocrinologista de uma das clínicas de especialidades do SUS local, foi elaborado o fluxograma de encaminhamento para ser utilizado pelas equipes. Foram priorizadas as

consultas de especialidade para o atendimento ao diabético tipo 1, diabéticos tipo 2, insulíndependentes e portadores de hipertireoidismo, além de discussão para estabelecimento de critérios para liberação de exames solicitados pelo clínico geral da USF, qualificando os encaminhamentos dos mesmos.

Paralelamente, ocorreram diversas discussões clínicas, na forma de estudo de caso, em todas as USF com participação de mais de 70% dos trabalhadores destas, bem como discussões clínicas entre médicos das USF, especialistas e assessores. Essas discussões de caso ocorreram na própria unidade com a presença do especialista e, na policlínica, com a presença dos clínicos das unidades. Ocorreram também atualizações em temas relacionados ao diabetes, como complicações renais, insulínoterapia, dislipidemias, pé-diabético, realizadas em serões noturnos com a participação de clínicos e enfermeiros da rede básica.

No caso da endocrinologia, ao todo foram analisados 1.529 casos. Desses 1059 (68,6%) poderiam ser acompanhados pelos profissionais da equipe de saúde da família, apenas com o apoio técnico da equipe de assessores. Outros 202 usuários (13,2%) apresentavam obesidade que podia ser acompanhada na USF, com estratégias específicas para perda de peso em nível ambulatorial. A abordagem à obesidade foi desenvolvida juntamente com os Núcleos de Apoio em Saúde da Família e profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, realizada em parceria com a Universidade Estadual de Londrina. Um percentual de 6,2%, ou seja, 95 usuários precisavam efetivamente de encaminhamento ao endocrinologista. Os demais 182 casos (11,9%) não puderam ser analisados por não se localizar os usuários (por mudança de cidade, não ter prontuário no SUS, entre outros motivos) (LONDRINA, 2007).

Dessa forma, foi organizado um fluxo de trabalho que envolvia toda a equipe na gestão dos casos de diabetes. Isto significava discutir, avaliar e acompanhar os pacientes

diabéticos do território da USF. Para isto, foi desencadeado nas unidades um processo denominado “Sistematização do cuidado ao paciente diabético”. Esse trabalho foi proposto tendo como base o “Protocolo Clínico de Saúde do Adulto - Diabetes Mellitus do Município de Londrina”, bem como outras referências relacionadas ao tema. A sistematização consistia numa forma de organizar a assistência a partir da programação de atividades a serem desenvolvidas por cada categoria profissional, procurando padronizar as condutas nas diferentes USF da rede básica. A padronização tinha como objetivo garantir a todos os usuários acesso à tecnologia necessária para seu tratamento, sem com isso desconsiderar a singularidade de cada caso.

Passados alguns meses houve a descentralização da distribuição da insulina, o que exigiu uma capacitação da equipe no que diz respeito aos cuidados na insulino terapia. Nesse processo houve participação do endocrinologista, assessores, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médicos das USF. Ao mesmo tempo, foi desenvolvido um projeto piloto com dez unidades, resgatando a sistematização do cuidado ao paciente diabético, com o enfoque específico do cuidado aos insulino dependentes que, aos poucos, foi ampliado para todas as unidades.

Para o acompanhamento dos usuários com hipotireoidismo e obesidade, definiu-se que, em sua maioria, poderiam ser cuidados nas USF e foram desencadeadas ações de discussão e capacitação dos médicos para o manejo clínico desses casos com a implantação de um protocolo. Essa ação evidenciou a necessidade de disponibilização de exames complementares para o clínico da unidade realizar o acompanhamento da situação e melhorar a resolubilidade.

A obesidade necessitou um trabalho que integrou vários departamentos, pois o manejo dessa condição era necessariamente multidisciplinar e multiprofissional. Para isto, foi

criado um fluxo de acordo com os critérios de classificação da obesidade e proposto um projeto piloto de acompanhamento aos pacientes de grau I, II, e III (não mórbida) em uma unidade. Nesse projeto houve a participação dos residentes multiprofissionais (em educação física, psicologia, assistência social, odontologia e enfermagem) da DAS, assistência social e nutrição.

Assim, a metodologia utilizada para revisão da fila da endocrinologia permitiu aos usuários que realmente necessitavam de uma consulta com especialista, que a realizassem num prazo de 15 a 30 dias após o encaminhamento e que os casos que eram de domínio da Atenção Básica fossem efetivamente acompanhados.

A partir da experiência com a endocrinologia, outras especialidades foram eleitas para revisão da fila, como cardiologia, planejamento familiar, neuropediatria, mastologia, dermatologia sanitária, colposcopia e ortopedia infantil.

De acordo com “Relatório sobre o processo de reorganização do atendimento na área de média complexidade ambulatorial no município de Londrina” (LONDRINA 2008) nas especialidades que se encontravam reguladas, cujos agendamentos, cumpridos os recursos de atendimento na atenção básica, foram realizados na Central de Regulação Ambulatorial da Diretoria de Avaliação, Controle e Auditoria – DACA, o tempo de espera era no máximo de 30 dias. As especialidades reguladas eram as de: cardiologia, endocrinologia, neurologia pediátrica, fonosurdez, fisioterapia, mastologia, dermatologia sanitária, saúde auditiva e colposcopia. Este relatório (LONDRINA, 2008b) foi produzido no final da gestão municipal do período 2006-2008, sendo que este trabalho teve início em abril de 2007 e foi finalizado em novembro de 2008.

Na avaliação da assessoria, das coordenadoras das unidades de saúde da família e da equipe da central de regulação, a revisão das filas de especialidades utilizando a educação

permanente em saúde, bem como as demais ações desenvolvidas pela assessoria técnica (criação de protocolos, fluxogramas, etc) contribuíram na produção do cuidado integral. Mobilizaram a rede básica e os serviços de referência, evidenciaram as dificuldades para a produção em ato da linha do cuidado, qualificando os encaminhamentos para os outros pontos de atenção da rede. Esses passos foram considerados de suma importância, considerando que a imagem-objetivo era a construção da rede de cuidados integrais. Consideraram que ainda eram necessários avanços, especialmente na construção de linhas de cuidado que contemplassem a assistência em todos os pontos da rede.

### 3.2 A ASSESSORIA TÉCNICA, MATRICIAMENTO: DO NASF À EQUIPE AMPLIADA.

O Ministério da Saúde (MS) aprovou dez Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para o município. O projeto que foi enviado ao MS foi elaborado por uma comissão não envolvendo a participação direta da assessoria técnica. Após a aprovação, foi apresentado o projeto e desencadeada a discussão sobre a forma de atuação dos NASF. Em reunião dos assessores com a Secretária de Saúde foi identificada a necessidade de articulação entre as ações dos assessores e os profissionais do NASF, fortalecendo o processo de apoio matricial.

#### 3.2.1 Acolhimento pedagógico dos profissionais contratados pelo NASF

Os profissionais dos dez NASF para o município tiveram a seguinte composição: fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, profissionais de educação física e redutores de danos. A maioria dos profissionais dos núcleos era recém formada, com pouca compreensão sobre SUS, saúde da família e apoio matricial.

Foram realizadas várias oficinas de discussão entre assessores técnicos, assessoria de saúde mental, gerentes, diretora da DAS e diretoria executiva, para delimitar as atribuições e

objetivos dos NASF. O grupo de residentes multiprofissionais, composto pelas mesmas categorias profissionais, teve papel importante nesse processo e foram realizadas oficinas com eles e com profissionais de referência para as diversas profissões que integram o NASF, com o objetivo de discutir as atribuições e a agenda de trabalho do núcleo. Ficou definido que trabalhariam dando apoio às equipes de saúde da família, mediante trabalho matriciado e prestariam a assistência em alguns casos a serem definidos em parceria com as equipes.

Realizaram, ainda, oficinas com coordenadores das unidades de saúde, por região, onde discutiram as expectativas das mesmas em relação ao NASF. O programa das oficinas foi: apresentação do projeto enviado e aprovado pelo Ministério da Saúde, discussão sobre matriciamento e o modo de atuação dos profissionais do NASF.

Desencadearam-se, nas 52 USF, oficinas coordenadas pelos assessores técnicos e coordenadores das USF com toda a equipe, para discussão do NASF e matriciamento, problematizando com eles a forma de acolhimento dos novos profissionais nas equipes e o modo como iriam trabalhar. Considerou-se que não haveria agendamento de consulta individual para cada profissional, nos moldes do tradicional modelo de consultas médicas e que seria necessária a discussão quanto ao território, o processo de trabalho das equipes e o modo de estruturação do trabalho em cada Unidade, considerando suas especificidades.

Assim que contratados, os profissionais foram recepcionados em um evento onde estavam presentes: a Secretária de Saúde, a Diretora Executiva, os diretores da Secretaria de Saúde, gerentes e coordenadores das USF. Nesse evento foi apresentado o projeto do NASF no município de Londrina, a concepção de apoio matricial e também uma experiência de trabalho dos residentes multiprofissionais desenvolvida em uma USF.

Dando seguimento ao processo de acolhimento pedagógico, os profissionais receberam orientações do departamento de pessoal sobre o organograma da Secretaria de Saúde e sobre os direitos e deveres dos mesmos.

Para o conhecimento do SUS de Londrina, ocorreram momentos de debate sobre diferentes temas, entre eles o matriciamento, a rede de cuidados, os eixos prioritários da assistência, o cuidado, a organização e os objetivos da atenção básica. Para subsidiar os momentos teóricos, os profissionais realizaram visitas programadas a diferentes serviços existentes. Após essas visitas, eles mesmos construíram a linha de cuidado ao usuário no município.

O matriciamento neste processo foi entendido como uma ação de agregar e combinar diferentes saberes para enfrentar a complexidade dos problemas de saúde, produzindo conhecimento mútuo e trocas, reconhecendo os saberes produzidos no cotidiano e produzindo relações de cooperação.

Foi programado um momento entre assessores, coordenadores de unidades e profissionais do NASF para elaboração da agenda semanal e o início das atividades nas unidades de saúde.

A princípio, foi apresentado o processo de trabalho das equipes locais, os dados do perfil epidemiológico do território de cada USF, e iniciadas as discussões e programações a serem desenvolvidas em parceria com cada equipe.

Concomitante às atividades realizadas nas unidades de saúde, os profissionais do NASF participaram do curso introdutório proposto pelo Polo Regional de Educação Permanente em Saúde.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família juntamente com as equipes locais estão em fase de avaliação quanto ao processo instalado até o momento, e as metas propostas têm sido atingidas com o redirecionar das ações, quando necessário, sem perder o foco no matriciamento.

### 3.2.2 Pressupostos estabelecidos para o trabalho dos NASF nas USF

Planejar e desenvolver as atividades dos NASF, articuladamente, com as equipes das Unidades de Saúde da Família considerando:

- a) os indicadores pactuados pelo município de Londrina para o ano de 2009;
- b) o perfil epidemiológico dos territórios (indicadores de saúde, principais causas de morbimortalidade, condições de vida, condições ambientais);
- c) as necessidades dos usuários e das equipes de saúde da família;
- d) as ações priorizadas pelo Projeto de Regulação da Atenção à Saúde - ações para o enfrentamento das principais causas de mortalidade em Londrina (diabetes e hipertensão);
- e) o resgate do planejamento estratégico realizado no começo do ano nas USF.

As atividades deveriam sempre ser desenvolvidas de forma matriciada, fortalecendo o trabalho em equipe multiprofissional. Entendendo apoio matricial com base em textos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), Campos e Domitti, (2007) e Merhy (2002) preconizam:

O apoio matricial implica na construção de um projeto terapêutico individual ou coletivo integrado, no entanto, essa articulação entre equipe de referência ESF e apoiadores pode se desenvolver em três planos fundamentais:

- a) atendimentos e intervenções individuais e coletivas conjuntas entre especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência ESF;

- b) em situações que exijam atenção específica do núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe da unidade de referência, compartilhando o caso, definindo um padrão de seguimento conjunto;
- c) é possível ainda que o apoio restrinja-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador, com diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de saúde da família.

Sugeriu-se analisar, com cuidado, em conjunto com a equipe de saúde da família, a fim de não ampliar demais o leque, as atividades sob responsabilidade das equipes do NASF de forma desarticulada entre equipes de saúde da família, sem considerar a direcionalidade proposta no item 1.

Propostas das reuniões mensais da DAS, assessores técnicos com as USF e NASF:

- a) uma reunião mensal de cada NASF;
- b) reunião regional das coordenadoras;
- c) reuniões por núcleos profissionais, conforme a necessidade, com a presença de um assessor técnico.

### 3.2.3 Avanços, dificuldades e sugestões

Foram identificados pela equipe gestora e equipes do NASF alguns avanços, dificuldades e foram dados alguns encaminhamentos que estão descritos a seguir.

O acolhimento dos NASF como descrito acima facilitou a inserção deles nas USF, porém não foi sem dificuldades essa inserção; muitas vezes esses profissionais sentiram-se sozinhos e com falta de apoio. Essas dificuldades variaram de acordo com as regiões e com as USF, considerando que: Londrina foi um dos primeiros municípios do Paraná e do Brasil a ter

NASF em sua rede de cuidados; era inédita no SUS a inserção desses profissionais na Atenção Básica; a formação desses profissionais, de um modo geral, não está voltada para este tipo de trabalho; há necessidade ainda de dar continuidade ao apoio aos profissionais, pois houve muitos avanços que não podiam ser descuidados e, sim, ampliados.

Este foi um processo com muitas dificuldades. Uma das questões identificadas e de relevância para o cuidado integral é a necessidade de articulação entre as estratégias, saúde da família, NASF, atenção domiciliar. Particularmente, em relação ao NASF, foi proposto o não uso do termo NASF, mas sim de equipe ampliada da saúde da família, para evitar fortalecer a fragmentação do trabalho em saúde desenvolvido por diferentes equipes que atuavam no mesmo território com os mesmos usuários. A necessidade de integração e articulação do trabalho nas USF foi apontada como um problema crítico para a produção de cuidado nas unidades, pois muitas vezes o que se produz é uma multiplicidade de procedimentos desarticulados e de baixo impacto na qualidade de vida dos usuários.

No quadro 1, a seguir, estão descritos sinteticamente os avanços, dificuldades e sugestões de acordo com a oficina para análise do NASF, realizada pelos assessores técnicos e representantes da DAS, a partir da vivência cotidiana nas USF.

AVANÇOS	DIFICULDADES	SUGESTÕES
Realização de reuniões periódicas com as equipes de saúde da família, coordenadores e oficinas, de acordo com necessidades de cada USF.	Reunir os profissionais num mesmo horário e local para as reuniões.	Apoiar os novos profissionais para compreensão dos trabalhos das USF, trabalhar a concepção de equipe ampliada da USF.  Incentivar o planejamento periódico das ações por unidade, priorizando e estabelecendo pequenas metas.
Construção de projetos terapêuticos singulares individuais e coletivos em alguns casos.	Realizar trabalho multidisciplinar para construção dos projetos terapêuticos integrados e singulares.	Criar espaços de educação permanente nas USF, para analisar casos e situações de projetos terapêuticos integrados e singulares.
Articulação do trabalho dos novos profissionais com as equipes das USF em andamento.	Integrar as ações dos novos profissionais com as equipes das USF	Ampliar a articulação com a equipe da USF tentando envolver todos os membros.
Desenvolvimento de trabalho com grupos da comunidade de promoção à saúde e de prevenção de doenças, de acordo com o perfil epidemiológico da população adstrita e necessidades identificadas pelas equipes da Saúde da Família.	Integrar e articular estes grupos com o trabalho das equipes da USF. A discussão com a equipe não acontece ainda em todas USF e, com toda a equipe, fica mais concentrada no ACS.	Possibilitar mais encontros entre os profissionais da equipe ampliada.
Os novos profissionais têm desenvolvido trabalho matriciado.	Resistência ao trabalho matriciado. Formação inadequada para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional e multidisciplinar.  Há dificuldade de encontro entre os novos profissionais.	Realizar mais debates entre os assessores técnicos e as equipes ampliadas nas reuniões de educação permanente para discussão do matriciamento.
No trabalho educativo tem havido muita criatividade para aprendizagem e desenvolvimento de vínculo	Continuidade da participação dos usuários nos grupos abertos	Criar situações para compartilhar as experiências vividas na equipe ampliada. Trabalhar mais a cultura loco-regional
Desenvolvem trabalho de apoio aos trabalhadores das USF (Por exemplo: ginástica laboral)		Manter e incentivar essas atividades.
Realizam reuniões periódicas entre os profissionais da mesma categoria.	Foi insuficiente o trabalho de acolhimento dos novos.	Dar continuidade a esse trabalho.

Quadro 1: Avanços, dificuldades e sugestões para o NASF, dezembro de 2008, Londrina.

### 3.3 O ARRANJO: UMA PRODUÇÃO NO ENTRE

É necessário dizer que todo esse processo vivido no âmbito municipal era também alimentado pela discussão em âmbito nacional. Nesse debate, reconhecia-se que, apesar dos avanços na descentralização e na gestão do SUS, persiste muita desigualdade no acesso aos serviços de saúde, havendo muitas redes de serviços de saúde em que a organização e o planejamento das ações estão fragmentados, têm limitada resolubilidade ou são insuficientes para garantir o acesso de forma equânime e integral aos usuários. De acordo com Brasil (2006), esta constatação fez com que o Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) buscassem alternativas para reduzir a fragmentação da gestão pública. Assim, foram produzidas as Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS 01-2001 e NOAS 01-2002) que propunham uma certa regionalização e redefinição de responsabilidades entre as esferas de gestão. Em 2006 o MS construiu, em parceria com Conass e Conasems, as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão: uma estratégia para definir melhor as responsabilidades e ações mais solidárias entre os três entes federados, município, estado e união. A idéia da regulação, mais fortemente, mas também do matriciamento e das linhas de cuidado ganharam força nesses pactos que articularam gestão do sistema e produção do cuidado. São preceitos referentes a “responsabilização pactuada da gestão pública da saúde delimitada por níveis de competência e complexidade da rede de serviços” estabelecendo proposta de organização de fluxos de referência e contra-referência, segundo os Planos Diretores de Regionalização (PDR), (BRASIL, 2006).

Para o Ministério da Saúde na regulação, definida como uma diretriz política e de financiamento, as ações devem ser estabelecidas para otimização dos custos da assistência à

saúde e também para melhorar a oferta e qualificar o acesso dos usuários do SUS. Para isso, propuseram a criação de complexos reguladores com ações que estão descritas na Política Nacional de Regulação (PNR) com intuito de “orientar a produção eficiente, eficaz e efetiva de ações de saúde”. Para sua operacionalização é proposto um conjunto de instrumentos e dispositivos tais como centrais de internação, de consultas de exames, protocolos assistenciais com outras ações de controle, avaliação e auditoria assistencial (BRASIL, 2006).

Os principais tipos de regulação estabelecidos pela portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 (BRASIL, 2008), que instituiu a PNR do SUS, são: regulação sobre sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e regulação do acesso à assistência (também chamada de regulação assistencial). A regulação sobre sistemas de saúde, enquanto regulação ampliada, contém ações de regulação da atenção à saúde e estas, enquanto ações sobre a produção direta das ações e serviços e, portanto, sobre prestadores de serviços, contém as ações de regulação do acesso à assistência.

Sem mergulhar nas definições nem discutir a competência dos mecanismos, instrumentos e dispositivos estabelecidos pela PNR, vale a pena explorar melhor o arranjo produzido no município de Londrina para organizar a regulação assistencial e possibilitar alternativas mais adequadas de oferta e acesso a serviços de acordo com “a necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada” (BRASIL, 2006, p.8; LONDRINA, 2009). Certamente, arranjos<sup>1</sup> locais têm que ser pensados para que essa política atinja seus objetivos, considerando a diversidade de sistemas de saúde existentes no país, a diversidade de situações e necessidades de saúde e, ainda, as características do trabalho

---

<sup>1</sup> Arranjo, como formas organizadas e estruturadas, que funcionam como dispositivos visando a produção de linhas de contra-poder e maior capacidade de análise crítica do trabalho (CAMPOS, 2000).

em saúde e suas tensões constitutivas já discutidas nos capítulos iniciais e que ao longo deste trabalho irão sendo aprofundadas.

Santos e Merhy (2006, p.27) entendem o processo de regulação como a “intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário e a prestação efetiva do ato de saúde pelos serviços de saúde”, segundo eles, expressa uma intencionalidade do gestor e a regulação da assistência, chamada por eles, também, de microregulação e se dá no cotidiano da organização. Regular como “o ato de normalizar em regras” a intencionalidade do gestor, articulando e conjugando as respostas potenciais do sistema, para as demandas dos usuários, operacionalizando o acesso e eliminando barreiras e obstáculos a serem enfrentados pelos usuários na busca pelo cuidado integral.

Nesse arranjo, a regulação representou também uma intervenção do gestor entre a ação dos médicos, particularmente, e os usuários – na regulação há regras que “controlam”, “regulam” a caneta do médico, introduzindo algum constrangimento e racionalização na solicitação de exames e no encaminhamento aos especialistas, considerando as necessidades e também a disponibilidade de recursos. A intervenção em Londrina deu-se por meio de mecanismos que, ao invés de simplesmente controlar, incluíram a participação desses profissionais, de seus saberes e experiências. Para tanto, utilizaram-se ferramentas da educação permanente. Além disso, a regulação foi trabalhada concomitante com a produção ativa de aproximação entre lugares da rede, com a lógica do matriciamento e da Educação Permanente. Foi ativada uma combinação particular da caixa de ferramentas que os assessores já traziam em sua bagagem e que, ao longo de seu caminhar, foi sendo também uma produção em ato, isto é, produção na produção. Ou seja, novas caixas, novas ferramentas foram sendo produzidas na criação e operação do arranjo.

À época do início do projeto de regulação o gestor municipal fez a seguinte análise:

Em que pese o esforço de gestores e profissionais de saúde em buscar a dimensão humana do cuidado em saúde, as ações ocorriam, em sua maioria, de forma fragmentada. Associado a isso os serviços de referência ambulatorial e hospitalar estavam organizados de forma restrita e pontual, muitas vezes direcionados pelos serviços já existentes e não pela necessidade dos usuários do SUS (LONDRINA, 2008, p.3).

Esse arranjo, da forma como foi sendo construído em processo, em ato, lidou com algumas questões que serão discutidas neste momento. Houve, já em seu início, um debate intenso acerca de como seria esse arranjo: apoio institucional, apoio matricial, supervisão. Eram dúvidas que estavam colocadas à mesa.

Havia alguns pressupostos já apresentados. O gestor coloca que os assessores têm “ação direta na assistência aos pacientes em conjunto com os médicos das unidades” (LONDRINA, 2007 p.3); em outra publicação (LONDRINA, 2008, p.4) o gestor ressalta que os assessores técnicos atuam em unidades de saúde

criando vínculos com as equipes de assistência [...] desenvolvem apoio ao cuidado em saúde, realizando a regulação da atenção com concentração na gestão da clínica, vigilância em saúde e de gestão de processos de trabalho [...] extrapolam o cuidado na atenção básica, para a rede progressiva de cuidados, com a média e alta complexidade.

Portanto, estabelecer diálogo na perspectiva clínica, com os profissionais médicos das equipes de saúde da família e, ao mesmo tempo, com especialistas que atuavam nas clínicas de especialidades tanto públicas como privadas, era imprescindível. E este diálogo foi produzido na perspectiva de quem tinha já alguma vivência na área, pois ter experiência na clínica e habilidades técnicas para poder problematizar condutas médicas eram atributos dos assessores, imprescindíveis para o arranjo proposto. Assim, ao olharmos a trajetória dos assessores-médicos fica claro este perfil: todos eram médicos de equipes de saúde da família, e eram reconhecidos por seus colegas e por outros membros da equipe como “bons clínicos”;

alguns deles tinham também formação em alguma especialidade médica e outros fizeram residência na área de saúde coletiva. Quanto aos enfermeiros e ao odontólogo valeram os mesmos critérios. Foram publicadas em jornal oficial do município as competências estabelecidas para os assessores técnicos (LONDRINA, 2007).

Contudo, foi importante também a central de regulação estar articulada com os assessores, não formalmente articulada, mas articulada pelo meio, em produção constante. O arranjo tinha uma composição ampliada, contando com outros profissionais médicos e enfermeiros, juntamente com fisioterapeutas, fonoaudiólogo e profissionais técnico-administrativos que atuavam na central de regulação e onde, articuladamente com os assessores, eram efetivados os encaminhamentos referentes à consolidação da rede de cuidados progressivos em saúde na área ambulatorial e hospitalar. O arranjo envolvia também profissionais que atuam em pronto-atendimentos fixos e móveis, na busca de garantir um fluxo contínuo e adequado às necessidades do usuário.

De um modo geral, a regulação é um mecanismo que contribui na tentativa de reduzir as filas e garantir acesso oportuno, isto é, diminuindo o tempo de espera dos usuários para o atendimento com especialistas; além da racionalização de custos, ela possibilita o uso mais eficiente dos recursos diagnósticos e terapêuticos existentes, principalmente considerando as tecnologias duras e leve-duras. Porém, embora necessária, isoladamente, não dá conta de garantir o acesso e a integralidade do cuidado, já que, para tanto, há que interferir diretamente sobre o modo como se dá a produção do cuidado. Portanto, salientamos o cuidado, aproveitando observação feita por Morschel e Vasconcelos (2009, p.732), não como uma possibilidade de “ajustamento social” nem de adaptação, normalização e abolição da diferença, mas sim, com um compromisso ético-político de promover a saúde, a inclusão e o respeito às diferenças fortalecendo a idéia de projetos terapêuticos singulares.

Os resultados de estudo realizado por Rosa et al (2009) sobre a “Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus” no estado de São Paulo, destacaram a regulação como alternativa para assegurar a existência de redes assistenciais resolutivas. Apontaram, no entanto, entraves do processo de produção da integralidade e destacaram a insuficiência dos mecanismos formais de referenciamento (centrais de regulação de vagas e encaminhamento para os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia [SADT]), bem como dos instrumentos para o seu acompanhamento. Indicam ainda que “a inexistência de protocolos de encaminhamento e o perfil dos médicos podem levar ao aumento da demanda por serviços de média e alta complexidade”.

A regulação entra na intimidade do processo de trabalho e diz como o profissional deve fazer, os exames que deve pedir, quando pedir; entra no debate técnico do conhecimento estruturado, usando as evidências clínicas do saber técnico-científico – ou seja, a regulação faz uso da racionalidade técnica (evidências) e de ferramentas administrativas para interferir no processo de tomada de decisão clínica de médicos e enfermeiros. Porém, no arranjo estudado não houve, principalmente, controle, mas sim, uma valorização do trabalho vivo; houve construção conjunta e interferiu-se também, na produção do cuidado, colocando na agenda dos trabalhadores a discussão do cuidado integral singular, e isso só foi possível porque a produção de encontros mais cuidadores entrou na agenda dos próprios assessores também.

Então, para além da questão da fila, mas também por ela, para além da questão da racionalização, mas também por ela é que foi sendo construída, na prática, nos encontros com os trabalhadores das diversas estações do SUS, a concepção de apoio para a produção da integralidade. Foi sempre no “entre” que esses processos foram se dando. Repetindo novamente a citação de Deleuze e Guattari (2002, p.128), a “gente desliza entre as coisas”, “a

gente se conjuga com outra coisa” “a gente nunca começa nunca se recomeça tudo novamente, a gente desliza por entre, se introduz no meio, abraça-se ou se impõe ritmos”.

O processo aconteceu no entre do assessor - clínico, pois era um grupo que tinha competência técnica na área clínica, então o assessor podia interferir muitas vezes questionando: “para que o exame foi solicitado?” “por que este outro exame não foi solicitado?” “foi realizado o cuidado com os pés do diabético?”.

Foi no entre do assessor - trabalhador que vivia as dificuldades de uma unidade de saúde, porque era um grupo que viveu e que viviam ainda estas dificuldades do cotidiano das equipes de saúde da família.

Foi no entre do assessor - trabalhador que vivia o encontro com o usuário, porque eles também não saíram da assistência e, todo o tempo, eles próprios também vivenciavam as possibilidades e impossibilidades na realização dos protocolos assistenciais, dos fluxos e da necessidade de singularizar as situações. O usuário real não saía da cena, não virava um caso sem cara, nem contexto: as equipes tinham a oportunidade de trazer isso para cena o tempo todo, pois os assessores estavam lá na unidade de saúde toda semana, estavam para o encontro, para o diálogo, para a discussão do cuidado.

Assim, nesta perspectiva, o apoio foi se dando, foi sendo produzido a partir de encontros, na dinâmica das relações de poderes, na resistência, habitando espaços, movimentando, aquecendo, produzindo pequenas lutas diárias, afetações que permitiram um “se” colocar em análise todo o tempo, e de colocar em análise os modos de pensar a organização e seus instituídos. A construção de redes nesse arranjo, era expressa nas falas, nos atos e movimentos, próxima à concepção de rede de Kastrup (2000, p.17) como “uma

organização que é complexa, aberta, dispersa, sem centro unificador”, e que tem como princípio o encontro, a produção de conexões.

Feuerwerker e Merhy (2008, p181), apontam há necessária produção de linhas de cuidado que atravessem a atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e que para tanto novas modalidades de apoio e articulação entre trabalhadores e serviços precisam ser inventadas. Modalidades que possibilitem “uma análise crítica permanente sobre o processo de trabalho, bem como a constante renovação de pactos” entre trabalhadores de uma mesma equipe e entre diferentes equipamentos de saúde.

Segue uma breve apresentação da avaliação feita pelas coordenadoras das unidades de saúde da família como uma forma de demonstrar a teia de ações que foi produzida, ações vão desde o apoio matricial, passando pelo apoio institucional, ao trabalho de regulação do acesso a assistência.

Neste arranjo foi analisado, mais particularmente, o processo de trabalho dos assessores nas unidades de saúde da família, em pelo menos dois momentos: um de auto-avaliação e outro realizado pelas coordenadoras das unidades de saúde da família (LONDRINA, 2008c). A análise produzida apontou para o papel importante de apoio dos assessores, apoio às equipes na condução dos casos clínicos e, ainda, foi citado o apoio específico aos médicos e aos casos com os quais a equipe tinha dificuldade na definição da conduta terapêutica. Caracterizaram o apoio como “técnico e emocional”. Citaram a realização de visitas domiciliares pelos assessores e a redução do tempo de espera para consulta em algumas especialidades como ações inusitadas. Ainda inusitadas foram as reuniões para estudo de casos com os médicos, o que melhorou a qualidade da assistência, bem como a presença do especialista no contato com as unidades, ambos mecanismos

identificados como importantes para o aprimoramento do conhecimento médico (LONDRINA, 2008c).

Ainda nesse documento, fica evidente a ação na regulação assistencial efetivada pelos assessores. Foram citadas como ações úteis porque contribuíram na:

- a) avaliação e estabelecimento de prioridades;
- b) criação dos fluxos e protocolos;
- c) utilização dos protocolos clínicos;
- d) protocolos/Regulação/Conversa com os médicos;
- e) discussão de alguns casos clínicos com assessores;
- f) melhora na condução dos casos clínicos na unidade.;
- g) agilidade das consultas reguladas;
- h) visibilidade das filas;
- i) encaminhamento com real necessidade para especialidades já reguladas;
- j) reavaliação dos encaminhamentos;
- k) sistematização da assistência ao paciente insulino- dependente.

O apoio também foi abordado pelos seus aspectos mais ligados à gestão da organização, como exemplos: o apoio ao trabalho das coordenadoras na gestão do processo de trabalho nas unidades, apoio em situações de conflito, apoio na relação entre as unidades de saúde da família e destas com a equipe gestora de nível central. O trabalho da assessoria contribuiu para ampliar o olhar das coordenadoras locais (LONDRINA, 2008c).

De acordo com este relatório, o fácil acesso aos assessores bem como sua disponibilidade, quando solicitados, corroboraram para o aumento da segurança das equipes em seu trabalho.

Como ações que não contribuíram ou que produziram dificuldades para o trabalho nas unidades foram citadas, fortemente, o aumento do trabalho da equipe nos encaminhamentos aos especialistas, principalmente dos enfermeiros e agentes comunitários. Esse aumento do trabalho foi decorrente do aumento da necessidade de preenchimento de impressos, aumento da quantidade de visitas domiciliares para recados aos usuários, realizadas pelos agentes comunitários, chamadas por eles como trabalho de “correio”. A visita semanal dos assessores foi avaliada também como insuficiente em termos quantitativos e de tempo de permanência na unidade (em torno de duas horas).

Portanto, localizar-se no entre dos serviços, no entre atenção e gestão, no entre trabalhadores e usuários caracterizou fortemente este arranjo, no entre das linguagens. Ao mesmo tempo, foi sendo justamente uma potência de este projeto estar dentro e fora, no entre dos espaços institucionais da regulação, colocando em discussão um projeto ético- político da produção do cuidado.

#### **4 O RECONHECIMENTO DE UM COLETIVO - DISPOSITIVO TENSIONAMENTO E PRODUÇÃO**

A partir deste capítulo apresento um misto de textos; nestes não será mais apresentado um produto estruturado, mas o processo e seus paradoxos; o olhar vai se afastando do olho-retina e se aproximando do corpo vibrátil. Serão utilizados textos, denominados de **cen**as, que são os diários de campos já revisitados, compondo cenas que trazem as vozes dos sujeitos do campo da pesquisa. Certamente a voz da pesquisadora está presente, misturada com a multiplicidade de vozes que produziram essas cenas. Ao final de cada cena serão apresentados, também, textos que são as reflexões sobre o vivido em que reporto outras vozes, a dos autores que busquei para dar passagem às afetações e que produziram outras afetações. Estes textos estão com o subtítulo de **Pausa para refletir sobre o vivido – dialogando com outros autores.**

No início do processo, apesar das análises feitas e do projeto estruturado apresentado no capítulo anterior, existiam muitas dúvidas quanto ao modo de operar da assessoria. A Secretária e as diretoras mais próximas do projeto tinham como objetivo a construção da rede de cuidados, porém considerando as experiências dos trabalhadores, pensavam a integralidade da atenção a partir da transformação do processo de trabalho das unidades de saúde. Construção, mudança, transformação, participação, articulação eram termos bastante repetidos. Um dispositivo a ser criado: seria uma equipe matricial? Seriam reguladores?

Analisar criticamente, identificar problemas, produzir alteridade, e/ou estabelecer normas, padrões, critérios, e/ou agir burocraticamente e “deixar rolar” são alguns modos de operar a condução dos trabalhadores em saúde para a produção de novas práticas em saúde em disputa. Estava presente a racionalidade gerencial hegemônica, que tem a disciplina e o controle como “eixo central dos métodos de gestão” (CAMPOS, 2000, p.23). Também estava

presente o enunciado da produção de uma racionalidade que valorizasse a produção de coletivos de gestão com ampliação das possibilidades de auto-análise e auto-gestão (propostas de educação permanente em saúde, oficinas de trabalho para a construção de novas proposições e produção de novas práticas).

O coletivo, ora em formação, seria um potente dispositivo para o controle, isto é, produção de modos de coerção menos autoritários, mas que buscassem garantir que as ações dos diversos trabalhadores presentes não se desviem das normas pré-estabelecidas? Ou o coletivo seria um potente dispositivo para a produção de encontros, de alteridades, implicados pelo processo e na produção de novos coletivos para a produção da saúde? Ou todas estas coisas, além de outras?

Neste ponto, é útil para a análise uma breve inflexão para trazer alguns elementos das teorias organizacionais presentes nos projetos em disputa e que ajudarão no diálogo sobre a produção de coletivos.

Farei, em parte, um decalque do que Ceccim (2005) fez em seu texto “Onde se lê ‘Recursos Humanos em Saúde’ leia-se ‘Coletivos Organizados de Produção da Saúde’”, separando em dois polos as formulações sobre as organizações. Coloco num polo aquelas formulações que não superam o paradigma estrutural funcionalista, assentadas numa epistemologia positivista e, em outro polo, o construtivista, aquelas que buscam outras formas de ver a organização, produzindo novidades em relação aos saberes e práticas e armando novos arranjos para enfrentar os desafios ético-políticos, no qual agrupo as escolas ligadas à análise institucional. É claro, que esta separação é só para facilitar a análise neste trabalho, pois há muitas outras formulações sobre as organizações.

Historicamente, no setor saúde há uma forte influência das correntes teóricas do referencial estrutural funcionalista (Campos, 2000). A maioria dos gestores, ao optarem por

estratégias de condução de mudanças nas organizações de saúde, são diretamente ou indiretamente influenciados por esse referencial, sendo que muitos deles não têm conhecimento dos fundamentos teóricos com os quais estão operando em sua prática. Assim, o gestor não sabe como a proposta metodológica que utiliza se acerca da realidade e como sugerir que ela seja transformada ou mantida (LINS e CECILIO, 2007).

O estrutural-funcionalismo se caracteriza pela ausência formal de conflitos de interesse entre os sujeitos, uma vez que os interesses “da sociedade” são introjetados pelos indivíduos, levando-os a buscar a integração social. É um mundo onde não há conflitos ou disputas por interesses ou projetos, portanto, há a busca pelo consenso e a concepção da organização/sociedade como sistema que tende à homeostase; as divergências são caracterizadas como disfunções a serem incorporadas pelo sistema, a presença da disciplina e do controle como eixo central dos métodos de gestão, aderindo, assim, à racionalidade gerencial hegemônica (LINS e CECILIO, 2007).

Campos (2000) explicita que a racionalidade gerencial hegemônica está alicerçada na renúncia do desejo e dos interesses por parte dos trabalhadores, substituindo-os por objetivos e normas na tentativa de aprisionar a vontade e expropriar a possibilidade de governar da maioria.

A supervisão, nesse referencial, tem um caráter administrativo, trazendo um olhar de fora em uma posição de autoridade superior, com capacidade de identificar e corrigir erros: seriam aqueles que transmitem e controlam a execução das normas e protocolos cientificamente elaborados; estes deveriam ser cumpridos pelos trabalhadores. Dessa forma, os trabalhadores são tratados como recursos humanos, isto é, como uma atividade meio, para produzir atividades finalísticas que, no caso da saúde, seria a assistência à saúde (CAMPOS, 2000; CECCIM, 2005; MATUMOTO, 2005).

As normas - produzidas em parte pela equipe gestora e em parte pelo modo de trabalhar do modelo hegemônico já instituído nas organizações de saúde - desafiam os coletivos de trabalho. Assim, na singularidade das situações de trabalho e, por conta das exigências do cotidiano em relação dinâmica e de confrontação, muitas vezes os trabalhadores transgridem as prescrições contidas nas normas e produzem incessantemente micronormas, configurando a defasagem entre o trabalho prescrito e o real (FIGUEIREDO e ATHAYDE, 2004).

Ao ler sobre os aspectos do estrutural funcionalismo, os trabalhadores da saúde podem perceber o quanto estes são familiares, mesmo que antes nunca tenham lido mais que algumas linhas a respeito. No entanto, aqueles que vivem o cotidiano do trabalho em saúde percebem o quanto este referencial é insuficiente para a produção de novos modos de se produzir cuidado (CAMPOS, 1994).

No outro polo está o movimento institucionalista, surgido na década de 60 na França, que traz contribuições ao apoiar e propiciar em diferentes coletivos processos de auto-análise e autogestão. Estas duas palavras que de uma forma aparentemente simples trazem os enunciados propostos pelas diferentes escolas que compõem este movimento. Estas escolas propõem que os diferentes coletivos “sejam protagonistas de seus problemas, necessidades, desejos e demandas” e que eles mesmos possam enunciar, compreender, adquirir e criar seus dispositivos - para eles mesmos produzirem alternativas - ou pedir ajuda para conseguir os recursos necessários para manutenção e melhoramento de sua vida, no próprio seio heterogêneo e múltiplo do coletivo (BAREMBLITT, 2002, p. 17).

As hierarquias, neste caso, são mediadas pela potência e capacidade de produzir em processos singulares, não a hierarquia de poder de imposição de vontade de um sobre o outro, mas na disputa de projetos, interesses e desejos. Há produção de desafios ético-políticos,

invenção de mundos, de novidades e de realidades. Neste sentido, os trabalhadores de saúde passam a ser considerados coletivos em produção, implicados com a saúde que produzem, enquanto se produzem como coletivos, atividade finalística da produção da saúde.

Coletivo entendido como grupo de pessoas organizadas para um fim, que não configuram uma unidade, um organismo, mas um dispositivo. Ele não se propõe como em espírito de corpo, “mas em *produção de encontro*, de intercâmbio de provocações, de alteridade”, o que os organiza “não é a *identidade entre seus membros*, mas seu *objetivo de produção*”, a este coletivo Ceccim (2005, p.170) se refere como “coletivo organizado”. Coletivos que atuam como dispositivos.

No tensionamento presente, devido à disputa constante de projetos de controle ou de produção para o coletivo dispositivo, havia um fato que era transversal em todo o processo: a condução forte da Secretária abriu caminhos, apostando na produção do coletivo. O modo como foi conduzido deu potência ao processo, criando um desequilíbrio no jogo a favor da produção de coletivos de gestão. Havia uma aposta no protagonismo do trabalhador, na potência dos coletivos.

Este jeito de produzir realidade foi criado a partir da problematização que um grupo de trabalhadores fez a partir de vários lugares na organização de saúde, buscando, em todo seu arsenal de saberes, conceitos estruturados, destacando o de planejamento estratégico, EPS e SUS.

Algumas decisões foram consideradas estratégicas. Assim foi a decisão de trabalhar não só sobre o processo de trabalho médico, mas sobre o processo de produção do cuidado; a decisão de não ser uma equipe de reguladores fixa no nível central, mas, sim, que atua em diversos espaços da rede de cuidados, principalmente a partir das USF, por estarem mais

próximas do usuário. Os encontros, a rede de conversações, esses foram os modos de operar deste coletivo.

A construção do projeto foi se dando ao mesmo tempo em que foi se constituindo o coletivo com liberdade de criar, e o grupo foi se tornando sujeito. Inicialmente, existiam idéias, problemas, uma situação já reconhecida como limitante da produção do SUS, da integralidade, da equidade e resolubilidade. Foi essencial garantir para esse agrupamento de pessoas espaço de conversa em que pudessem expandir suas idéias, compreender “de onde viemos”, “onde estamos” e “onde queremos chegar”.

Esta foi uma decisão do gestor, não foi aleatória. O processo foi protegido - exemplo disso, foi minha primeira tentativa de me aproximar deste grupo; assim, me respondeu o gestor: ainda não, eles precisam se reconhecer como assessores técnicos, amadurecer neste novo papel que irão desenvolver, precisam de um tempo e um espaço para eles. Permitir ou não a entrada de novas pessoas foi uma decisão do grupo. Talvez um pouco de receio da invasão estrangeira!

“Onde queremos chegar” é possível saber? Foi possível criar fluxos, investir em uma determinada direcionalidade com algumas apostas de espaço, de tempo, de trabalho e investimento ativo da gestão no projeto. Dessa forma, concebido como expansão, apropriação de novos lugares e ampliação de limites de liberdade, foi se constituindo poder, poder ao pensar sobre as relações de forças, foram se desenvolvendo atos como incitar, alargar ou limitar, tornar mais ou menos provável. “As passagens não se encontram feitas, coincidem com o caminho [...]” (DELEUZE, 1996, p.72).

Foram se produzindo encontros onde se percebia uma dimensão desejante, intensivos e singulares, multiplicidades que vão se combinando e produzindo realidades. Mas, onde iriam chegar, não sabiam, reconheciam haver muitos projetos, desejos e interesses em

disputa e muitas possibilidades de encontro e produção. Aos poucos, a ansiedade gerada pelo “não controle” foi sendo trabalhada.

A análise da situação foi feita em conjunto, a demanda era intensa, mutante e às vezes intermitente; retomada, várias vezes ao longo do tempo, a demanda era proveniente de vários lugares e à medida que entravam em cena novos atores foram também afetando e sendo afetados. A demanda não era mais só do gestor formal, mas dos trabalhadores que faziam a gestão dos momentos de encontro com os usuários, da relação entre estes e eles, os próprios assessores.

O coletivo foi se produzindo de forma cartográfica, não havia na base nenhum modelo estrutural; ao procurar qual era a base do decalque encontrava-se a multiplicidade, a trama de fios e conexões que produziam muitas linhas de forças. Intensa era a produção de mapas e eram traçadas suas linhas em ato. Alguns se sentiam perdidos nessa intensa produção, expressando a necessidade de estabelecer um método, uma normativa, um decalque para que pudessem reproduzir de uma forma homogênea, em seus diversos encontros, desejo que se desmanchava em todos os encontros com trabalhadores nas diversas conexões produzidas. Nem todos suportaram, alguns produziram rupturas com o coletivo, linhas de fuga para seus lugares, embora o enunciado permanecesse circulando e tentando grudar nos produtores do mapa e decalcar.

A seguir apresento duas cenas: a primeira traz uma oficina de trabalho com toda a equipe na Unidade de Saúde da Família e outra que traz os conflitos nas unidades, os debates que ocorriam nos encontros de educação permanente da assessoria.

 **Cena 1** - Um encontro – Oficina dos assessores técnicos com os trabalhadores de uma Unidade de Saúde

Um momento de troca, de compartilhar saberes.

Os assessores vão às Unidades de Saúde da Família todas as semanas e conversam com as equipes, mais acentuadamente, com as coordenadoras e médicos. Inicialmente, fazem oficinas de trabalho com a participação de toda a equipe. O usuário não está presente fisicamente.

Durante a oficina, que dura em média 2h 30'; na grande roda, os assessores conversam sobre a história das filas, um discurso racionalizador, “auditoria dos recursos financeiros do SUS é feita no cotidiano”. Além do discurso da racionalização está presente também a importância da centralidade no usuário, resolubilidade e acolhimento.

Num determinado momento, forma-se 3 rodas menores, com a presença de todos os trabalhadores da unidade e inicia a discussão de casos já escolhidos e provenientes de USF. A equipe discute os casos, dúvidas e encaminhamentos que deveriam ser feitos e, a partir da apresentação pelos grupos da discussão que fizeram dos casos, o assessor médico faz uma discussão clínica do Diabetes Mellitus (DM). A exposição é toda centrada no diálogo, resgate de saberes existentes no grupo, de experiências vividas, valorização da multiprofissionalidade. Fiquei impressionada como este pode ser considerado um bom encontro, impressionei-me com a habilidade do médico na exposição dialogada, na inclusão das falas: neste caso, o médico era um especialista sem qualquer formação em Saúde Coletiva ou em Saúde da Família. Em outras oficinas, trabalharam com paródias, aproveitando a habilidade musical de um dos assessores (também médico especialista). Houve um cuidado muito grande dos assessores com a valorização do já feito pela equipe.

Muito interessante observar, naquela oficina, foi o empenho da equipe em demonstrar que cuidam, que estão atentos e que sabem muitas coisas. A participação é intensa

dos agentes comunitários de saúde, dos auxiliares de enfermagem, mas também participam os enfermeiros, médicos, odontólogos e auxiliares da odontologia.

Breve intervalo com lanche para todos. O lanche foi realizado com recurso de todos, a conhecida “vaquinha”.

Após o intervalo, segue o trabalho em pequenos grupos, agora está em análise a proposta de sistematização do cuidado aos usuários, o protocolo é factível? Têm sugestões de modificação? Volta a grande roda, discutem-se os encaminhamentos aos diversos casos e assim os assessores encerram a oficina, solicitando que comecem a desenvolver essa sistematização do cuidado na USF.

Um bom encontro!



## **Cena 2**

Mas a vida continua no cotidiano das Unidades de Saúde...

E agora! Como mudar este fluxo? Como mudar o processo de trabalho em meio a uma realidade tão em movimento e ao mesmo tempo tão cristalizada que é o cotidiano de uma USF?

Estão lá, semanalmente, os assessores técnicos.

Está em curso a reorganização das Equipes de Saúde da Família (ESF). Pela falta de médicos nas equipes há uma nova conformação das equipes formais da Saúde da Família perante o Ministério da Saúde. Essa mudança não segue somente critérios epidemiológicos, não utiliza somente o critério de risco social. Isto é, locais de maior miséria às vezes têm menos equipes que locais menos carentes. Outras forças atuam, os médicos que ficaram no

PSF criaram seus vínculos, em seus lugares, independente desses critérios e não querem mudar de Unidade. Têm força para isso, não mudam!!! Já os enfermeiros, agentes comunitários, auxiliares de enfermagem mudam de lugar, nem sempre por que desejam, muitas vezes, porque seu poder de pressão não é tão grande assim que faça valer seus desejos e interesses para não mudar, mas há resistência, desgaste das relações. As assessoras enfermeiras sentem esse peso, são questionadas quanto aos critérios. Maus encontros!!! Esta situação incomoda e é levada para a discussão na reunião semanal, escolhem-na para aprofundar o debate.

Aparece então o discurso da administração “O trabalhador tem que entender que ele tem que aceitar as determinações do nível central quando dizem onde é melhor para o serviço, onde estão precisando dele naquele momento, eu sempre aceitei, mesmo quando para mim era pior”. À vezes temos que usar a lei!” fala de um gestor.

Por outro lado, há a preocupação de pensar em estratégias para operar essas questões de forma diferente. Crises! Muitos conflitos! “Quando encontro com as equipes na USF nem sempre elas querem discutir a demanda que trago, colocam-me as suas demandas! Estas demandas geralmente são problemas nas relações, muitas vezes relacionadas às faltas (de gente, de material, de espaço físico) e, portanto, não tem como não me envolver no processo de trabalho” fala o assessor. Como fazer a gestão do cuidado ao diabético, sem mergulhar, nas dores e amores dos processos vividos em ato? Bons encontros? Nem sempre, mas a busca por eles é intensa. Por isso, o medo e a angústia estão presentes: “Precisamos acertar”!!! Eles acreditam no projeto! “Temos apenas mais um ano de gestão!”

O clima de construção solidário, analítico é forte e surgem falas “temos que nos envolver, mas não podemos ser engolidos pelos problemas administrativos do cotidiano. Temos um papel de escuta, mas não de condução! Somos apoiadores!”

Está sempre presente, nos diversos debates durante as reuniões, o questionamento sobre o papel do assessor técnico. A discussão dos diferentes papéis - da Diretoria de Assistência à Saúde, da assessoria técnica e das coordenadoras, principalmente. Nessas discussões há uma participação muito mais intensa dos enfermeiros do que dos médicos e, entre os médicos, aqueles que mais participam são os que têm formação em Saúde Coletiva.

Teias – tecelagens - Como ser artesã se a nossa tecelagem é fabril?

O tempo todo aparece nas discussões a formação das linhas de cuidado - neste momento, as ferramentas são muito mais operacionais, clínicas, de integralidade, de garantia de acesso: como dar conta das especificidades de cada caso e ao mesmo tempo garantir o acesso a todos. São tecidos fios que articulam usuários, equipes, USF, Centros de especialidades, centros de diagnose e terapia. Esta discussão é contínua, fazer e refazer os protocolos é uma constante!

Existe uma preocupação muito conflituosa que é esta de que os assessores não sejam engolidos pela lógica da Diretoria de Atenção à Saúde anterior, mas sim de aproximar o nível central e as USF. Como o assessor é a pessoa do nível central que vai às USF semanalmente, todos das diversas “caixinhas” da Secretaria Municipal querem que ele leve informações, discuta seus assuntos: aumento dos casos de dengue, de hepatite A, problemas com vacinas, etc. E a gestão do cuidado como fica? A atual Diretoria de Atenção à Saúde diz que não tem possibilidade de ir às USF. Faz reuniões mensais com as coordenadoras, totalmente

informativas. As coordenadoras comentam, todos sempre pedem parcerias, mas há poucas ofertas, muito “tititi” paralelo na reunião geral das coordenadoras.

A coordenação da Diretoria de Atenção à Saúde entende que essa reunião é assim mesmo, uma vez que depois há as reuniões com as coordenações regionais e estas estão se tornando mais problematizadoras.

Portanto, se outros não comparecem, os assessores comparecem, por isso passam a ser cobiçados por todos. E, assim, os fios da teia em determinado momento vão ficando frouxos, emaranhados, há um desconforto. Alguns assessores médicos evitam ir as USF, outros vão, mas não operam, ficam “junto” com as enfermeiras. Outros operam e mantêm um bom diálogo com a equipe, envolvem os médicos, avançam nas conversas, nos encontros.

### **Pausa para refletir sobre o vivido – dialogando com outros autores**

Os assessores são atravessados pelas lógicas presentes nas USF, são afetados e afetam o cotidiano dos trabalhadores e, nesse movimento, vão produzindo realidades. Foram sendo explicitados ao longo dos processos vários conceitos que fazem parte da caixa de ferramentas de cada um e do grupo: regulação, cuidado, gestão de caso, critérios de risco, educação permanente em saúde, processo de trabalho, rede de cuidados progressivos, medicina baseada em evidências, linhas de cuidado. Como lidar com a multiplicidade ali presente? Foram descobrindo aos poucos, nos encontros, nos acontecimentos. Espaço e tempo como lugar de encontro e de desencontro foram necessários e foram montando uma rede de conversações.

Nas reuniões de educação permanente, nas visitas às USF e no discurso organizado do gestor para apresentações do projeto em eventos científicos fica evidente que, no grupo, operam várias lógicas, concepções e saberes - da medicalização, da racionalização, da

vigilância em saúde, da solidariedade, da defesa da vida. Os assessores conhecem a rede de saúde local sob diversas perspectivas, já têm atuado como profissionais em equipes de saúde da família, em espaços da gestão, trazem consigo os saberes construídos nessa trajetória da produção do cuidado em saúde a partir dos diversos lugares onde trabalharam.

Nesse contexto de diferentes concepções sobre o trabalho em saúde e de diferentes projetos foi preciso reflexão, elaboração, conversa, não para criar um grupo homogêneo, mas para se tornar um coletivo. Para constituir-se como um dispositivo que gera acontecimentos, invadindo territórios e produzindo singularidades não previstas.

Mas o que é um dispositivo? Trata-se aqui dispositivo como um conceito-ferramenta que opera produzindo rupturas, desencadeando novas práticas de gestão, interrogando a prática cotidiana dos trabalhadores da saúde e propondo novas formas de produção do cuidado.

Foucault (2006a, p.244) diz que dispositivo é movimento, não é só discursivo, tem uma natureza estratégica e realiza certa manipulação das relações de força, está inscrito em jogos de poder, sendo que sustenta e é sustentado por determinadas configurações de saber. O dispositivo é uma rede, um emaranhado, com relações de diversas naturezas, e que se forma a partir de um conjunto heterogêneo de elementos que engloba discursos, instituições, decisões regulamentares, organizações arquitetônicas, enunciados científicos; “o dito e o não dito são elementos do dispositivo”.

O saber é tratado por Foucault (2006a) como uma positividade, não como uma exclusividade da ciência; considera o saber que está investido nas reflexões, narrativas, regulamentos institucionais, decisões políticas, encontrados em documentos científicos, literários e outros. Todo saber é político, fruto de relações de poder que se implicam

mutuamente; uma relação deste tipo constitui um campo de saber assim como este constitui novas relações de poder, é mais intrínseco ainda - o saber na sociedade é dotado de poder de forma institucionalizada (MACHADO, 2006).

Ao longo do processo, os conceitos e os saberes não contribuíram como teoria aplicada à prática, mas como prática mesmo, não na retaguarda para esclarecer, mas como conceito-ferramenta que funciona para que outras pessoas possam utilizá-lo, multiplicando e se multiplicando e, embora não ditos, não enunciados claramente dessa forma. Também, muitos saberes e conceitos foram destruídos pelo processo, como em máquina de moer, e foi necessário buscar outros conceitos-ferramentas, produzindo novos saberes.

Nas palavras de Baremblytt (1996), o dispositivo se caracteriza pelo seu funcionamento simultâneo à sua formação, a serviço da produção de vida e de morte, do desejo, gerando acontecimentos insólitos e transformadores, com duração variável. Para ele, o dispositivo vai se metamorfoseando de acordo com os fluxos e intensidades que vai produzindo e recortando, como uma máquina que inclui e exclui para concretizar suas realizações.

Foi preciso, ao longo desse tempo, espaço para auto-análise para o conhecimento de seus problemas, para a identificação de saberes, que já apareciam naquele contexto, mas não eram reconhecidos. Ao intervir em relações de poder em coletivos, foram sendo afetados pelo campo de forças, de disputas presentes nas unidades, marcados pelas frustrações. Assim, ao mesmo tempo em que estas afetações se davam, foram se configurando como um coletivo e se constituindo num dispositivo, invadindo territórios previamente estabelecidos, atravessando-os e conectando singularidades não previstas.

Um dispositivo tem dois momentos essenciais: um da predominância de um objetivo estratégico e, em seguida, o próprio dispositivo produz efeitos positivos, negativos ou indesejados e estabelece uma relação de ressonância e de contradição e exige rearticulações, reajuste de elementos que surgem de forma dispersa num processo contínuo de preenchimento estratégico (FOUCAULT, 2006a).

Para este autor, o dispositivo está inscrito em jogos de poder. Vejamos então sobre poder com este mesmo autor: Foucault, segundo Deleuze (2005), fala que poder não tem essência, ele é operatório, é uma relação, relação de poder, conjunto das relações de forças que passam tanto pelas forças dominadas como pelas forças dominantes, e que estas relações estão em todos os lugares onde existem singularidades, diferenças, ainda que minúsculas relações de força. Segundo Deleuze (2005, p.38-9), “o poder ‘produz realidade’, antes de reprimir”, a relação de poder não é uma relação da força com a força, mas que a força e a violência são apenas “a poeira levantada pelo combate”.

Mais à frente, Deleuze (2005, p.79) fala que o exercício do poder aparece como um afeto, a força aparece por seu poder de afetar e ser afetada pelas outras forças com as quais está em relação. Apresenta três teses de Foucault sobre o poder: “o poder não é essencialmente repressivo (já que “incita, suscita, produz”); ele se exerce antes de possuir [...]; passa pelos dominados tanto quanto pelos dominantes (já que passa por todas as forças em ação).”

Foucault quer demonstrar que o poder não tem somente uma concepção negativa que castiga e reprime, mas também tem uma positividade produtiva, transformadora e, nesse sentido, fortalece os indivíduos aprimorando capacidades, e, sem reprimir e recalcar pode gerir a vida dos homens (MACHADO, 2006; FOUCAULT, 2006).

Tais contribuições – dispositivo, saber e poder – da forma como foram tratados por este autor são relevantes para este estudo na medida em que no espaço-tempo compartilhado com os sujeitos no campo da pesquisa, nos ajudaram a entender a caixa de ferramentas da gestão municipal da Secretaria de Saúde. Nesse espaço-tempo as ações foram realizadas em intensas relações entre sujeitos, trabalhadores de diversas categorias profissionais, de acordo com os problemas encontrados na produção do cuidado e da gestão em Unidades de Saúde.

Muitas linhas, fluxos, intensidades, encontros e desencontros aconteceram de acordo com as habilidades, sensibilidades e afetações de cada sujeito. Foi se tecendo e contorcendo, arte e ciência, todo o tempo.

O dispositivo gera linhas, fluxos, intensidades, também chamado de agenciamento e que “não é a obra de indivíduos ou sujeitos, ele os inclui, os constitui e os ‘maquina’ para concretizar suas realizações” (BAREMBLITT, 1996, p. 67).

Atuaram como máquina, máquina desejante, no sentido proposto por Deleuze e Guattari (1996) de ordem molecular, produtora de fluxos, faz conexões, ligações que se irradiam num campo social, mas também se comporta como um corte, ruptura de fluxos e novas conectividades, atravessando várias estruturas simultaneamente. Mas, é sempre produção e produção de produção.

O desejo é uma força propulsora, produtiva e criativa que proporciona encontros, encontros de fluxos e corpos, que funcionam como unidades de produção. Para Guattari e Deleuze (1996, p.32) “o desejo envolve a vida com um poder produtor, e que a reproduz intensamente”.

Viver a experiência da resistência com os sujeitos no campo da pesquisa, foi algo intrigante num processo de produção coletiva, produção de trabalho, de singularidades,

momento de ruptura de produção de novos fluxos. Para Foucault (2006, p.106), nas relações de poder há resistências em potencial e estas nunca estão numa posição de exterioridade em relação a ele, pelo contrário, “inscreve-se nestas relações como interlocutor irreduzível”. Existem muitos pontos de resistência, que tem o papel de adversários, de alvos e é do choque entre o poder e as resistências que surgem infindáveis singularidades e configurações da rede de poder. Elas estão distribuídas no tempo e no espaço de forma irregular, com mais ou menos densidade, podendo provocar levante de grupos ou de indivíduos, inflamando alguns momentos da vida e certos tipos de comportamento, porém são mais comuns

pontos de resistências móveis e transitórios, que introduzem na sociedade clivagens que se deslocam, rompem unidades e suscitam reagrupamentos, percorrem os próprios indivíduos, recortando-os e os remodelando, traçando neles, em seus corpos e almas, regiões irreduzíveis (FOUCAULT, 2006, p.107).

A imagem do panóptico utilizada por Foucault em *Vigiar e Punir* enquanto um dispositivo traz a máquina óptica, de fazer ver, cada dispositivo aponta um feixe de luz que ilumina este ou aquele objeto, formando figuras inseparáveis do dispositivo, distribuindo o visível e o invisível. Em outras palavras, um objeto aparece ou desaparece de acordo com as curvas de visibilidade de um dispositivo. Foucault traz as dimensões da visibilidade, dos enunciados e do poder. Este último comporta as linhas de forças que “operam o vai e vem do ver ao dizer e inversamente, agindo como flechas que não param de entrecruzar as coisas e as palavras, levando adiante a batalha entre elas [...] Invisível e indizível, ela está estreitamente embaraçada às outras.” (DELEUZE, 1996, p. 85).

Mas os dispositivos são agenciamentos e também são processos de subjetivação. Deleuze (1996, p.86) apresenta esta dimensão do dispositivo de Foucault de maneira instigante ao falar sobre a ultrapassagem da linha de força como sendo

o que se produz quando ela se recurva, faz meandros, afunda, e torna-se subterrânea, ou antes quando a força, em vez de entrar numa concordância linear com outra força, volta-se sobre si própria e se exerce sobre si própria ou se afeta a si mesma. Esta dimensão do “Si próprio” (Soi) não é de maneira alguma uma determinação preexistente que se encontraria pronta. Antes de mais nada, uma linha de subjetivação é um processo, uma produção de subjetividade em um dispositivo: ela tem que se fazer, contanto que o dispositivo o permita ou possibilite. É uma linha de fuga. Ela escapa às linhas precedentes, *escapa-se-lhes*. O “Si próprio” (Soi) não é nem um saber nem um poder.

Os dispositivos, portanto, são compostos por uma multiplicidade de linhas (visibilidade, enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação, linhas de ruptura, de fissura, de fratura) e formam um emaranhado, “de modo que umas repõem as outras ou suscitam outras, através de variações ou mesmo de mutações de agenciamento” (DELEUZE, 1996, p.89).

Nesse sentido, este autor refere duas consequências da “filosofia dos dispositivos”: uma delas é que não há verdades universais, mas sim, singularidades e multiplicidades<sup>2</sup>, há sempre variação não há formação de constantes; a outra é que ela se desvia do Eterno produz o novo, a criatividade, a sua capacidade de se transformar em outro dispositivo, ou então, de se fortificar sobre linhas mais duras e mais sólidas.

Os assessores eram afetados, muitas vezes desterritorializados, e assim, no desequilíbrio que muitas vezes se produziram os encontros e a possibilidade de reterritorializar. Desta forma, produzindo um novo coletivo, num processo de complementariedade, na relação do coletivo dos assessores com outros coletivos dos trabalhadores das unidades de saúde. Em alteridade com esses trabalhadores, desterritorializavam-se de seu lugar de poder instituído e misturavam-se a este outro poder.

---

<sup>2</sup> Para Deleuze(1996, p11) a multiplicidade é o múltiplo tratado como substantivo, não tem mais nenhuma relação com o uno como sujeito ou como objeto, é rizomática; para ele, “Uma multiplicidade não tem nem sujeito nem objeto, mas somente determinações, grandezas, dimensões que não podem crescer sem que mude de natureza (as leis de combinação crescem então com a multiplicidade)”

Num processo de morte e vida é que foram se estruturando como um coletivo autopoietico e maquinaico.

Ao longo do debate nas reuniões semanais de educação permanente, demonstraram que este era um dispositivo não pontual, mas, sim, que se propunha a atuar ao longo do processo, operando com o conceito de construção de coletivos gestores descentralizados, e que buscava alterar a verticalidade na tomada de decisão. Nessas reuniões aparecia o debate da integralidade, a construção de vínculo entre equipe e usuário, a co-responsabilização, a partir da problematização do processo de trabalho clínico, sendo o trabalho médico questionado para a produção do cuidado.

Usando todos os sentidos em múltiplas situações, múltiplos elementos foram sendo captados e esse grupo foi se automodelando, tornando-se singular, buscando e construindo seus referenciais práticos e teóricos; não esperava que lhe indicassem caminhos, não criou dependência em relação ao gestor central, ao saber técnico, ao prestígio do cargo. Foi exercitando a liberdade e vivendo seus processos. E nessa andança é que foi se tornando um grupo sujeito, construindo e preservando seu caráter de autonomia.

Muitas atividades foram realizadas. Destaco, a seguir, algumas delas que dão a dimensão das possibilidades criadas de acordo com as necessidades produzidas nos encontros:

- a) oficinas de planejamento estratégico em saúde inicialmente para análise da situação de saúde do município, construção da missão e do projeto político da Secretaria de Saúde. E, ao longo desta gestão para discussão da operação do projeto e de ferramentas de análise da produção do cuidado pelos trabalhadores dos diversos setores e unidades assistenciais;

- b) oficinas de trabalho com equipe multiprofissional de curta duração: utilizada para organizar e pactuar a sistematização da assistência ao diabético em cada USF, bem como para a discussão de casos em grupos multiprofissionais;
- c) pequenas reuniões do assessor técnico médico com médicos, na unidade, para discussão de casos. Alguns encontros com horas combinadas previamente e outros sem hora previamente combinada;
- d) pequenas reuniões dos assessores com a coordenadora da USF, semanalmente;
- e) participação das reuniões de equipe;
- f) encontros semanais de educação permanente: entre assessores, DAS, secretaria executiva e outros convidados, quando necessário, para problematizar as situações vividas nas visitas às unidades – momento de EPS para os assessores;
- g) serões noturnos: encontros noturnos com exposições sobre temas levantados no cotidiano das unidades onde são convidados profissionais da cidade que tenham conhecimento dos temas escolhidos. Por exemplo, o cuidado com o pé diabético e a insulínização em pacientes com diabetes;
- h) estudo de casos: casos recorrentes ou não de dificuldades sentidas pelos clínicos são discutidos em encontros presenciais entre clínicos, especialistas (ou outro clínico geral) e assessor em horário de trabalho, para que os clínicos tenham mais segurança nos casos subsequentes;
- i) reunião com enfermeiras – para reflexão do trabalho de enfermeiro nas USF, discutindo tarefas que eu faço; o que eu faço e acho que devo fazer; o que eu não faço e devo fazer; o que eu não faço e não deveria fazer apesar da pressão.

Muitas ações foram realizadas em ato, de acordo com os problemas-dificuldades encontrados nas unidades, e não há como descrever de forma genérica todas elas. Mas, as tecnologias leves foram utilizadas intensamente, de acordo com as habilidades e sensibilidades de cada assessor.

Aos poucos foi se quebrando a distância entre o gestor “do nível central” e os trabalhadores das unidades de saúde e se aproximaram. Viver o dilema, o entendimento de que eu não resolvo isto sozinho, eu só resolvo isso no acontecimento, na produção do encontro que desconstrua o estrangeiro em ato. Merhy (2008)<sup>3</sup> diz que o movimento mais comum de um estrangeiro em relação ao outro é o movimento de um se queixar do outro. Foram criadas novas máscaras a partir dos encontros, dos acontecimentos vividos com o outro - o outro médico clínico da equipe de saúde da família, a outra enfermeira, coordenadora, enfim, o outro trabalhador da equipe de saúde. Embora eles fossem muitas vezes armados de protocolos, fluxos, linhas guias, eles se abriram, afetaram uns aos outros, olharam para suas “armas” e as resignificaram, desmancharam-se e construíram-se no conjunto dos trabalhadores e, aos poucos, o projeto tornou-se produção de outros coletivos daquela organização.

Dessa forma, desconstruíram o estrangeiro nos encontros e, ao invés de gerar posicionamentos fixos, não ficaram reproduzindo o estrangeiro que um era em relação ao outro. A educação permanente foi utilizada nos encontros, como uma ferramenta que coloca a gestão em produção pelos próprios atores, trabalhadores das unidades de saúde, assessores técnicos, especialistas e outros atores presentes nas diversas linhas de cuidado. Construiu-se como espaço de “vizinhança”, como diz Deleuze (1995, p.155), de produção de vizinhanças,

---

<sup>3</sup> MERHY, E. Palestra realizada na linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde na Pós-Graduação de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ no dia - 6 de jun de 2008.

de afetos, de ações de conceitos, que vão se tornando ferramentas, porque vão, dessa forma, construindo possibilidades.

Durante o movimento aconteciam muitas conexões, de um pedaço com outro, de diversas maneiras e não eram predeterminadas.

Movimentos de intercessão que não significam acompanhar o movimento do outro, mas fazer dele seu movimento. É intervenção de um no outro e vice versa, atravessamentos de um domínio qualquer sobre outro. Como diz Deleuze (1995, p.156) “eu preciso de meus intercessores para me exprimir, e eles jamais se exprimiram sem mim”. Não são preexistentes nem abstratos, mas compõem um campo de forças, produzidos em encontros, relacionados a situações datadas e, nesse caso, nos interessam pelo que se dá no entre, pelo que está se dando (DELEUZE, 1995; BARROS e PASSOS, 2000).

Deleuze e Guattari (1996, p.83) consideram dispositivo como

um conjunto multilinear, composto por linhas de natureza diferentes. (...) as linhas não delimitam ou envolvem sistemas homogêneos... .mas seguem direções, traçam processos que estão sempre em desequilíbrio, que ora se aproximam e ora se afastam uma das outras.

Os assessores técnicos traçaram muitas linhas, intensidades se expressaram, repulsas, atrações, e colocaram as pessoas em análise, acolheram, questionaram e problematizaram.

A produção de encontros expressou limitações, dificuldades explicitadas por eles na relação com os trabalhadores e com as equipes - como entrar nas equipes, como não ser um estrangeiro no local. As coordenadoras colocaram em uma oficina de trabalho de avaliação do projeto a desconfiança em relação aos assessores técnicos: apoio ou fiscalização? Os assessores reconhecem que resistência foi se dissipando, tanto que muitas demandas eram

apresentadas a eles. Alguns assessores ressaltavam, durante as reuniões, que ainda tinham dificuldades no momento dos encontros, nas relações.

Embora esta questão tenha sido explicitada como uma dificuldade, foi aí que obtiveram grandes avanços. No início do trabalho foi como entrar em um campo minado, cheio de desconfianças, de agressões e ameaças, de apelidos pejorativos, maus encontros.

Havia, nas equipes das unidades, uma rede de proteção, de resistência à entrada de alguém que iria mexer e fiscalizar a prática da equipe e que não estava ali no cotidiano e ainda pretendia ensinar como fazer. Mais que isso, iria questionar a conduta dos médicos dentro dos consultórios. Os assessores médicos receberam ameaças de denúncias ao Conselho Regional de Medicina (CRM), questionamentos sobre a legitimidade deles para o trabalho que realizariam. Era a expectativa do estrangeiro e do fiscal. Em seus primeiros movimentos, com seu poder de afetar, produziram vários movimentos de repulsa, de desconfiança.

Embora o projeto de Assessoria Técnica na Atenção Básica tenha sido apresentado aos trabalhadores em vários momentos, a proposta, por um tempo era para os trabalhadores das Unidades, uma produção externa, estranha, era dos assessores enquanto um coletivo em produção.

Os assessores técnicos se depararam, então, com o desafio de deixarem a máscara do estrangeiro; alguns mantiveram o distanciamento, outros criaram novas máscaras ou se desfizeram da máscara do estrangeiro; novas intensidades foram surgindo e sendo exteriorizadas e expressadas, tomando corpo – “afetos só tomam espessura do real quando se efetua” (ROLNIK, 2007, p.31).

Os assessores ao se movimentarem, afetavam e eram afetados e geravam movimentos de atração e repulsa, criavam visibilidade e enunciados. Foram produzindo

encontros em que foram produzidas falas, fatos foram vistos. Não eram, como diz Deleuze, objetos pré-existentes, “cada dispositivo tem o seu regime de luz, uma maneira como cai a luz, se esbate e se propaga distribuindo o visível e o invisível, fazendo com que nasça ou desapareça o objeto que sem ela não existe” (DELEUZE, 1996, p.84).

Primeiro, reconheceram-se como tal, como estrangeiros, como quem não estava lá no cotidiano deles. Um dos assessores comentou que ao substituir um médico da equipe de saúde da família percebeu a complexidade da clínica na atenção básica e expressou: “é preciso tempo, colocar-se no lugar do outro, enxergar a diferença”, reconheceu que embora também seja um clínico, quando está lá como assessor técnico, ele fala de outro lugar.

Então, o desafio colocado por eles era como falar desse outro lugar, estabelecer um diálogo produtivo sem ser “estrangeiro”. Compreender as dificuldades vividas pelos trabalhadores, os conceitos operantes, ser afetado pelas intensidades ali existentes na produção do cuidado e, ao mesmo tempo afetar, apontar tensões ali existentes entre o que é e, por outro lado, o que pode ser. Uma novidade? Uma prática centrada no usuário? São possibilidades, potencialidades existentes na rede de cuidados.

Deleuze (1996, p.92) diz que um dispositivo carrega, a um só tempo, um emaranhado de linhas, entre elas, linhas de fuga, de fratura, aquelas que podem fazê-lo desabar ou tornar-se gradativamente outro. “Assim, todo dispositivo se define pelo que detém em novidade e criatividade e que, ao mesmo tempo, marca a sua capacidade de se transformar, ou de desde logo se fender em proveito de um dispositivo futuro”.

Reconhecer-se falando de outro lugar, ter a capacidade de auto-análise, de olhar para si mesmo e de alteridade, de colocar-se no lugar do outro, não foi uma decisão a partir de uma definição conceitual ou simplesmente porque eles resolveram deixar de ser. Foi pela vivência

do processo em ato, pelo desejo, por acreditar na potencialidade do projeto, por estar implicado na ação.

Mas, e daí surge o impasse como ser instituinte, do quê e como? A vontade de ser instituinte persistia, havia potência! Existiam muitos questionamentos e também sentimento de impotência. Persistia a pergunta como fazer para criar o novo. Havia um sentimento que ele viria de fora, de um “expert”, ou então que era uma questão de compromisso individual, de caráter. E aí voltava a pergunta “como fazer?” A partir do território do saber? Do compromisso do indivíduo com o SUS?

“Ah, olha eu estou desanimada, a gente não consegue mudar nada!!!” este desabafo foi repetido, várias vezes, em situações diversas vividas pelos assessores.

Estava presente uma concepção de que existe um saber e uma prática que são corretos, e que todos deveriam agir então “corretamente”, e se alguém não trabalhasse de acordo com este certo, esta pessoa se tornava então “um problema”, porque era desinteressada, não tinha compromisso. Como ser instituinte então, se não tenho poder para “desalienar” o outro?

O uso do saber para tentar aprisionar o trabalho vivo do outro, em nome de desalienar o outro, em nome do cientificamente correto, pode transformar em prisões que limitam e concentram poder instituído e produzem cegueira para as variações situacionais, “dificultando a experimentação e invenção” - diz Campos (2000, p.171) em sua proposta de “Um método de análise para a co-gestão de coletivos”. Segue dizendo que a “prática é o reino da incerteza anteposto ao reino da certeza das teorias cristalizadas” - ao lidar no cotidiano das unidades havia uma fala persistente, de um não entendimento, mas uma afetação pelo vivido,

um vazio cheio de incertezas, de falta de sentido, falhas. E nessa falta de sentido, o intenso ruído da busca incessante de preenchimento, de saídas e de certezas.

Ser instituinte é uma construção em acontecimento com os outros, portanto, é a presença dos outros em você. Pode-se usar o saber como ferramenta e não como sujeito, pois se ele, o saber, é o sujeito, eu e o outro somos a sua ferramenta. A nossa sabedoria tem que ir para o lugar da ferramenta, e isto modifica o encontro (MERHY, 2008)<sup>4</sup>. Nesse caso, insere-se a lógica do saber numa caixa de ferramentas e neste movimento os assessores deixam de se tornar objetos da regulação, mas, ao contrário, a regulação torna-se uma ferramenta para a produção de sujeitos.

Dessa forma, a vontade de ser instituinte foi chave, pois aí não se conformaram, produziam linhas de fuga e de ruptura. Ser instituinte é o desafio da produção de sujeitos, não da imposição de saberes e práticas já instituídas, mas a produção de coletivos e de novidades.

A construção do sujeito é uma construção coletiva, todo sujeito só é na alteridade, ninguém é sujeito em si (MERHY, 2008)<sup>5</sup>.

Os assessores técnicos representaram novidades e limites, conformaram-se como um coletivo. Nem todos perceberam o que isto significava, ainda foi um trabalho muito intuitivo. Havia aposta e ousadia, mas também inércia, coerção e tensões. Para alguns este trabalho se configurou como ação medicalizadora e para outros a construção da integralidade com centralidade do usuário. Certamente estes eram projetos em disputa no interior do próprio grupo de assessores.

---

<sup>4</sup> MERHY, E. Palestra realizada na linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde na Pós-Graduação de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ no dia - 6 de jun de 2008.

<sup>5</sup> MERHY, E. Palestra realizada na linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde na Pós-Graduação de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ no dia - 6 de jun de 2008.

#### 4.1 A SINGULARIZAÇÃO DO ENCONTRO COMO ACONTECIMENTO

Encontros, olhar o que se passou no entre, entre as coisas, pessoas, grupos, passou e você já não é mais o mesmo, é o devir. Desdobrar encontros intensivos, que na passagem não dá para pegar, mas que, segundo Orlandi (2009), para Deleuze constituem as dobras da vida, um entretempo que pode durar eternamente, brota entre você e aquilo que está capturando sua atenção, pode atingir uma intensidade inesperada, é uma vibração, uma efervescência. Orlandi (2009), falando sobre Deleuze, diz que no encontro os argumentos do outro podem ser assimiláveis ou não, podem entrar em você e você passa ser de outro jeito, você agora é um novo modo de ver o mundo.

Devir, como Deleuze (2003) diz em seu livro “A lógica do Sentido” quando fala que Alice cresce, diz que ela se torna maior do que era

Mas por isso mesmo ela também se torna menor do que é agora. Sem dúvida, não é ao mesmo tempo que ela é maior ou menor. Mas é ao mesmo tempo que ela se *torna* um e outro. Ela é maior agora e era menor antes. Mas, é ao mesmo tempo, no mesmo lance, que nos tornamos maiores do que éramos e que nos fazemos menores do que nos tornamos. Tal é a simultaneidade de um devir cuja propriedade é furtar-se ao presente.

Foram se produzindo no processo vivido no campo da pesquisa intensidades que atravessavam como um devir, sempre coincidindo com passado e futuro, escapando no presente. A perda do eu pessoal que foi se fundindo na linguagem dos acontecimentos, quando as paradas e repousos foram se arrastando em devires (DELEUZE, 2003). Assim, produzindo singularidades e acontecimentos, pedindo ajuda novamente a Deleuze (2003, p.5), trago as palavras a seguir sobre o acontecimento:

Todos os corpos são causas uns para os outros, uns com relação aos outros, mas de que? São causas de certas coisas de uma natureza completamente diferente. Estes *efeitos* não são corpos, mas propriamente falando, “incorporais”. Não são qualidades ou propriedades físicas, mas atributos lógicos ou dialéticos. Não são coisas ou estado de coisas são acontecimentos. Não se pode dizer que existam, mas antes que subsistem ou insistem[...].



### Visita com os Assessores Técnicos às Unidades de Saúde

Era preciso ir com os Assessores às Unidades de Saúde da Família (USF), e como!! Combinar com eles a ida já foi interessante, porque houve surpresa e satisfação, sinto-os mais solidários, um certo “orgulho” de mostrar sua prática naquele lugar.

A primeira USF em que estive está localizada em um território onde as condições de vida não são muito precárias; há um grande percentual de moradores que têm planos de saúde. A unidade tem um espaço físico pequeno e, com muitas salas improvisadas, é coordenada por uma das mais antigas enfermeiras da rede e que, muitas vezes, entra para enfrentar situações de crise em outras unidades.

Na segunda USF em que estive, com a mesma dupla de assessores, a estrutura física é novíssima, muito diferente das USF que já conheço; é campo de estágio de estudantes e a coordenadora estava bastante desanimada naquele dia.

A terceira USF foi visitada com outra dupla de assessores e se localiza num bairro periférico carente, porém não miserável, onde há uma grande demanda. Aquela unidade tem pronto atendimento. A seguir, fomos para outras 2 unidades, a assessora médica e eu: são duas unidades pequenas, atendem uma população de 3000 habitantes, bem delimitada.

Em todas as visitas houve um momento de olhar os casos no papel (prontuários), um momento de discutir as dificuldades do cotidiano. Os assessores fizeram atendimentos diretos a usuários que vieram à unidade com queixas relacionadas à regulação e também fizeram trabalhos que eram dos enfermeiros e médicos. Em todas as unidades, foram muito bem

recebidos e conhecidos por toda a equipe, e ouvi exclamações do tipo: “a melhor coisa que aconteceu! Ainda bem que tem vocês...”

Na fala de dois trabalhadores de duas Unidades de Saúde da Família:

*Foi muito bem executada, [...] todos os casos duvidosos eram discutidos com os profissionais responsáveis pelo encaminhamento, esclarecendo dúvidas e complementando dados, o que melhorou bastante a espera por uma consulta especializada (trabalhador A).*

*Quando faltava médico, (o assessor) atendia na unidade ou realizava visita domiciliar, discutia os casos mais complexos com os funcionários[...] colaborava para resolução de problemas principalmente quando envolvia outros setores e mesmo o nível central.[...] na minha opinião, em cada região as assessorias trabalham diferente, na unidade percebo que as assessoras realizam atividades parecidas com as que eram realizadas pela coordenação regional, porém de forma mais ampla (caso médico), mais próximas. (conhecem a equipe, necessidades, dificuldades) e procuram trabalhar junto. Está claro nem todos os problemas são solucionados, mas tem outras pessoas trabalhando, tentando solucionar (trabalhador U).*

Eles se misturaram às equipes de acordo com a necessidade que a unidade tinha no momento da visita. Mesmo em relação ao trabalho do assessor que nas conversas de corredor relatava ter mais dificuldade de diálogo e que tinha uma postura mais autoritária, sem tanta intimidade com a prática da unidade, percebi que ele foi pautado pela necessidade do local, pela coordenadora. Conversas multiprofissionais acontecem todo o tempo. Aconteceu muito mais com uma dupla do que com outra. Porém não percebi, em nenhuma das duplas, dificuldade do médico e da enfermeira em conversar com toda a equipe presente na unidade.

Em todas as visitas a conversa foi muito informal. A conversa vai do informe à reflexão e vice-versa. Ela flui em todos os sentidos, isto é, informes combinados na reunião dos assessores, da Diretoria de Atenção à Saúde, discussão de casos e dificuldades vividas nas USF, e os assessores não questionam se é atribuição deles ou não, se solidarizam sempre. A conversa flui com quem está presente e de “porta aberta” circulam médicos, agentes

comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, todos palpitam, sugerem questões que precisam ser pensadas, é uma reunião aberta. Porém, a permanência maior, com os assessores nas USF que visitei, é com o coordenador da USF.

Em uma das unidades, a coordenadora estava muito cansada e desanimada; segundo ela mesma, não tinha tempo para fazer as visitas domiciliares que tinha planejado fazer, a carga administrativa estava muito pesada e ela achava que não estava dando conta de seu trabalho na equipe de saúde da família<sup>6</sup>. Havia acabado de chegar o malote com as correspondências das diversas diretorias da Secretaria Municipal de Saúde, com muitas tarefas a serem feitas e ela tinha outra programação, havia combinado de fazer uma visita domiciliar naquela tarde. Imediatamente e naturalmente, a assessora enfermeira assumiu o malote como mais um membro da equipe e passou a resolver todas as demandas desencadeadas pelos documentos recebidos no malote. A coordenadora foi fazer suas visitas. Naquele dia a assessora, somente foi embora no término do expediente da unidade e voltou no dia seguinte para auxiliar a coordenadora nas demandas.

Houve sentimento de cumplicidade e solidariedade em todas as visitas que fiz com os assessores, a variação que existe é somente de disponibilidade. Em nenhum momento senti uma cobrança com relação aos encaminhamentos da regulação, mas sim, uma problematização, a construção de possibilidades e um reconhecimento das singularidades de cada USF, limites e avanços diferenciados e singulares. Naquelas unidades em que eles perceberam que há muita dificuldade, não há insistência, mas, sim, problematização junto com os trabalhadores da unidade, na maioria dos casos somente com as coordenadoras, e

---

<sup>6</sup> Em Londrina todas as coordenadoras das USF são enfermeiras e existem algumas USF, como esta citada no texto, em que a coordenadora da unidade também é enfermeira da equipe de saúde da família.

essas dificuldades são levadas para a reunião de segunda-feira de manhã, quando há, novamente, problematização.

A seguir apresento uma reunião com a equipe médica.

Havia sido combinado um encontro entre os médicos, em uma unidade que visitei, para uma discussão de caso; havia dúvidas que ficaram pendentes da conversa anterior e a assessora médica pesquisou na internet, verificou com a coordenação médica da Diretoria de Atenção da Saúde, verificou com outros profissionais que estiveram envolvidos com a produção dos protocolos, enfim, informou-se e trouxe contribuições para o debate dos casos. A discussão dos casos foi em relação ao tratamento, as possibilidades dos usuários, revisão de hábitos e possíveis diagnósticos.

Foram também discutidas as dificuldades quanto a medicamentos e exames, (faltas, qualidade). Conversou-se também sobre o trabalho do Sistema de Internação Domiciliar (SID), este serviço foi solicitado e tem respondido de forma breve; houve elogio por parte da assessora no que ela viu quando acompanhou um caso junto à equipe. Falou-se que os casos de acamados, em uso de sonda nasogátrica e enteral, serão acompanhados pelo SID.

A conversa da assessora com os médicos foi muito tranquila, solidária e participativa; foi um momento de educação permanente embora uniprofissional. Foi de uma forma direta e objetiva. Foram abordadas questões relacionadas à dosagem de medicamento, tipo de medicamento, exame, diagnóstico, retirada do medicamento, diferenças culturais, hábitos; foram abordadas questões relacionadas às tecnologias leves. Os médicos e a assessora colocaram suas dúvidas e procuraram construir possibilidades. A assessora enfermeira não participou, pois não esteve naquele dia na unidade. Ela havia estado lá no dia anterior.

Reflexão em ato sobre o vivido: Fico pensando: será que não é importante este “papo” entre médicos, somente? Eles eram três médicos todos dispostos, não demonstraram insatisfação com o trabalho. Apenas o médico ginecologista da unidade não compareceu, porque tinha muitas consultas naquele dia.

A seguir apresento uma reunião com enfermeiras.

Em outra unidade, durante a visita, participei também de uma conversa entre a assessora enfermeira e a coordenadora da unidade. Foram tratadas questões administrativas referentes à necessidade de ampliar o número de auxiliares de enfermagem, em função da inserção de atividade de pronto atendimento na unidade e de médico plantonista durante todo o tempo em que está aberta. Essa atividade é só atendimento do tipo queixa-conduta que gera um grande número de prescrições de procedimentos de enfermagem - inalação, curativo, injeções, dispensação de medicamentos, solicitação de exames. Assim, aumentou muito o trabalho do auxiliar de enfermagem e, muitas vezes, a enfermeira tem que ajudar nas atividades, em prejuízo de ações de prevenção, ações programáticas, de planejamento, etc.

Foi discutida, ainda, a residência multiprofissional que não pode ser encarada como uma possibilidade de substituir a falta de outros trabalhadores. Houve uma fala da diretoria de gestão de pessoas que não haveria ampliação do número de auxiliares de enfermagem naquela USF porque lá há residentes multiprofissionais. A assessora enfermeira ficou de averiguar essa situação junto à Diretoria de Atenção à Saúde e à Secretaria Executiva.

Também foi citado que a regulação está criando um excesso de papéis que precisam ser averiguados: se o usuário já fez o exame, avisá-lo da consulta médica especializada, olhar o prontuário para entender melhor o caso, lembrá-lo da consulta médica, etc. Esse assunto foi retomado junto com o assessor e há uma concordância de todos que o fluxo precisa ser

melhorado por um lado e por outro haverá mais trabalho, mesmo com a responsabilização da USF pelo acompanhamento do caso - não se trata apenas de colocar na fila e, pronto, acabou a responsabilidade.

Naquela conversa senti um pouco de desconforto da coordenadora com a pouca escuta e a prolixidade da assessora enfermeira. Também me senti desconfortável, percebi que ela falava muito comigo, explicando as coisas; a minha presença, com certeza, alterou aquela conversa, porém participei, acabei opinando. Já tinha ouvido, nas conversas de corredor, que esta era uma pessoa que não tinha perfil para assessora. Não digo isso pelo que vi; talvez tenha características pessoais mais difíceis, uma vivência profissional maior na área hospitalar, mas minha impressão foi que ela tentou apoiar a equipe.

Reflexão em ato sobre o vivido: como lidar com isso: as conversas de corredor e com as dificuldades dos assessores. Eles já demandaram, já reconheceram que a abordagem dos trabalhadores é a dificuldade mais percebida por eles. Até agora não foi feito nada além das conversas de corredor e do reconhecimento da dificuldade.

O modo de operar tem aparecido muitas vezes, como uma “coisa boa”; “finalmente alguém se preocupa em nos ouvir em nos ajudar a resolver os problemas que enfrentamos”, e às vezes aparece de forma mais de queixa ou “ai que chato, eles vêm aqui e querem dizer para gente como devemos fazer, são autoritários”.

Como dar conta de todas as demandas que são colocadas para este coletivo? Lembrar que este não é um grupo homogêneo, e que parte da sua prática é ciência, é passível de ser aprendida, revisada e instrumentalizada. A outra parte da sua atuação é aquela da “arte” de estabelecer relações, de interagir, de criar conexões; essa parte também precisa ser

explicitada e compartilhada para que possam compor e ampliar a caixa de ferramentas com tecnologias leves.

Porém, percebo momentos em que os assessores estão desmobilizados para o trabalho com as equipes das unidades, primeiro porque às vezes eles estão se recompondo, segundo porque estão perante um desafio de ir além das normas, de reconhecer que não conseguiram muitas coisas e que talvez as ferramentas utilizadas não foram suficientes para dar conta do projeto da gestão.

Estes são momentos de lentidão.

Uma observação: nas reuniões de educação permanente às segundas-feiras: quem conduz esse processo? Às vezes as reuniões eram confusas, com lamentações, discussões clínicas, definições de fluxos ou de como será a condução destes fluxos nas unidades. O grupo gestor não consegue dar direcionalidade, só consegue estabelecer melhor a pauta e fazer ata (às vezes), mas as discussões continuam incontroláveis, muitos falam - vozes e vozes e outras vozes - uma fala puxa outra, nem sempre do mesmo assunto, as discussões nem sempre são finalizadas, levantam-se muitos problemas, há muita energia!!!

### **Pausa para refletir sobre o vivido - dialogando com outros autores**

Algumas reflexões, com base nos encontros com estes assessores em ato, permitem dizer que eles tiveram a capacidade de se solidarizar com a equipe local, de alteridade, sem querer falar pela equipe, constituíram coletivos com ela. Para isso tiveram que ser capazes de se desapegar do projeto, da gestão; embora estivessem comprometidos com o projeto foi preciso superar seus limites e reconhecer suas dificuldades em operá-lo em meio a posições diferentes dos vários atores institucionais. Esse é um processo vivido na produção de encontros, na produção de agenciamentos.

Deleuze, em *Mil Platôs* (1995, p.11) diz que “um agenciamento é precisamente este crescimento das dimensões numa multiplicidade que muda necessariamente de natureza à medida que ela aumenta suas conexões”. Muitas vezes circulava nas reuniões e conversas de corredor, a idéia de “vazou”! No início era um raciocínio linear, arborescente e organizado. Na medida em que eles foram entrando nos espaços das unidades, participando das reuniões de equipe, estabelecendo conexões, foram se desterritorializando e reterritorializando, perdendo-se e descobrindo muitos outros dentro daquele lugar tão conhecido, inicialmente, para eles.

Dessa forma dá para entender porque a decisão de não ser uma equipe de reguladores fixa no nível central, mas, sim, que atua em diversos espaços da rede de cuidados, porém a partir das USF, por estarem mais próximas do usuário, e assim, considerada estratégica.

O assessor explicita em sua narrativa que

*Ao mesmo tempo, tínhamos que estudar a “fila” da endocrinologia, levantar os prontuários, sentar com a equipe, conhecer as pessoas atrás dos prontuários, através das informações das equipes e tentar, todos juntos, encontrar um caminho que melhorasse a assistência a essas pessoas, reduzindo o tempo de espera por uma consulta com o especialista ou discutindo com a equipe a linha de cuidado (assessor A).*

Ao deslocar-se para as unidades de saúde e não somente estar lá, mas inserir-se na equipe, na clínica, viver os conflitos presentes no cotidiano, entrando na disputa de projetos e interesses em ato, exercitando o trabalho vivo, compondo com outros coletivos é que os processos de singularização foram acontecendo. Coletivos entendidos como coloca Guattari em *Caosmose* (2006, p.20), “uma multiplicidade que se desenvolve para além do indivíduo, junto ao socius, [...] derivando de uma lógica dos afetos mais que de uma lógica de conjuntos bem circunscritos”.

Processos de singularização como uma maneira de “construir modos de sensibilidade, modos de relação com o outro, modo de produção, modo de criatividade que produzam uma subjetividade singular [...] que coincida com o desejo, com um gosto de viver, com uma vontade de construir o mundo no qual nos encontramos [...]” (GUATTARI e ROLNIK, 2005, p. 22).

Os assessores destacavam não somente o confronto entre o que propunham e o que eles viviam, eles expressavam que já não se sentiam mais os mesmos. Para alguns, isto permitia possibilidades de sair de seus atos isolados, cristalizados em seu pensamento em sua forma de agir, uma nova possibilidade de expressão e, de alguma forma, singularizar-se no acontecimento. Criaram possibilidades de relações mais intercessoras, mais autênticas na discussão dos casos clínicos, no enfrentamento das dificuldades devido a insuficiências da organização (materiais, arquitetônicas, econômicas, sociais, etc), por meio da problematização do cotidiano frente à multiplicidade presente nos processos de produção da gestão e do cuidado. Dessa forma, explorando as singularidades dos acontecimentos, descobrindo potencialidades locais e reconhecendo seus limites na produção do cuidado, houve maior abertura para o exterior, para buscar ajuda em outros pontos da rede e nas relações intersetoriais.

Um dos assessores comenta que

*O grande ganho para mim com este trabalho foi o de conhecer melhor a rede e meus colegas, foi sair do isolamento e tentar tirar as pessoas do isolamento. Foi abrir espaços para discussão seja de casos, de conflitos, de problemas administrativos, não importa o quê. Não faria nada diferente, pois fiquei diferente agora, foi o processo que me modificou. Era uma quando entrei na assessoria e agora sou outra [...] (assessor A)*

Deleuze e Guattari(1995, p. 17-18), em seu livro Mil Platôs, falam do movimento da vespa e da orquídea criando uma imagem dos processos de desterritorialização e

reterritorialização que podem afetar de outra forma, dando sentido aos encontros aqui analisados.

Como é possível que os movimentos de desterritorialização e os processos de reterritorialização não fossem relativos, não estivessem em perpétua ramificação, presos uns aos outros? A orquídea se desterritorializa, formando uma imagem, um decalque de vespa; mas a vespa se reterritorializa sobre esta imagem. A vespa se desterritorializa, no entanto, tornando-se ela mesma uma peça no aparelho de reprodução da orquídea; mas ela reterritorializa a orquídea, transportando o pólen. A vespa e a orquídea fazem rizoma em sua heterogeneidade. Poder-se-ia dizer que a orquídea imita a vespa cuja imagem reproduz de maneira significativa (mimese, mimetismo, fingimento, etc). Mas isto é somente verdade no nível dos estratos — paralelismo entre dois estratos determinados cuja organização vegetal sobre um deles imita uma organização animal sobre o outro. Ao mesmo tempo trata-se de algo completamente diferente: não mais imitação, mas captura de código, mais-valia de código, aumento de valência, verdadeiro devir, devir-vespa da orquídea, devir-orquídea da vespa, cada um destes devires assegurando a desterritorialização de um dos termos e a reterritorialização do outro, os dois devires se encadeando e se revezando segundo uma circulação de intensidades que empurra a desterritorialização cada vez mais longe.

Os encontros-acontecimentos foram processos de produção de novas subjetividades, como novas referências em relação à gestão, intervenção pragmática que se aproveita de protocolos, normas e fluxos de atendimento para que eles próprios coloquem estas ferramentas em xeque, para desconstruí-las e demonstrar que elas estão aí para serem desconstruídas e contribuir na produção de singularidades. O tempo, assim, passou a ser vivido; a ida à unidade não mais mera tarefa burocrática para repasse de informações e execução de auditorias formais, em função de decisões pré-existentes, mas exercício do desejo, invenção de formas de catalisar, articular ritmos presentes nas diferentes unidades, polifonias e orquestrações inusitadas. Em algumas situações, compartilhava-se com os trabalhadores a situação dada, a lentidão em relação a mudanças, mas proximidade aos processos locais, passo a passo, compasso e descompasso.

Na narrativa de um gestor que integrava a equipe de gestão desde administrações anteriores:

*[...] foram muito marcantes também as possibilidades que se criavam a todo momento de refletir no coletivo as situações vivenciadas e também no coletivo definir as ações para enfrentamento dos problemas. A aprendizagem foi impar, a lógica da educação permanente em saúde já estava instituída (gestor A).*

Movimentos de potência, máquinas desejantes que atuavam no micro, não como uma luta entre o bem e o mal - nem os trabalhadores eram do bem nem os assessores técnicos eram do mal. Houve produção de afetações, muitas linhas foram traçadas, fluxos, subjetivações se formaram e se transformaram à medida que o agenciamento dos corpos vibráteis acontecia, o desejo em movimento produzia energia que gerava intensidades e sentidos.

Um assessor coloca que

*A modificação do processo de trabalho constitui-se, sem dúvida, no grande desafio (limitação), iniciando-se pela disposição na sua discussão, já que implica em sair de uma “zona de conforto”. Tivemos que aprender a estar a todo tempo dialogando, negociando com todos os trabalhadores, a necessidade de modificarmos o nosso trabalho, mesmo diante de tantas diferenças de seres humanos, em seus pensamentos, ideais políticos, etc. (assessor B).*

Havia, nos encontros, circulação de afetos produzidos pelo desejo, momentos de encantamento que iam se modificando ao surgimento de novos encontros. As intensidades ganhavam e perdiam sentidos, produzindo movimentos. Movimentos territorializantes, intensidades que iam se definindo e ganhando formas de expressão, processos de singularização. Produziu também movimentos desterritorializantes quando os territórios iam perdendo encantamento, partículas de afeto extraviadas, sem formas e sem rumo.

Nas narrativas comentam que:

*Essa foi uma grande oportunidade, conhecer diferentes colegas, de diferentes categorias, entender como eles trabalham, valorizar este trabalho, cada um com características próprias, sentar para discutir casos, aprender, ensinar e trocar. Problemas, conflitos, embates todos tivemos e não foram poucos (assessor Z)*

*Sentimentos vividos, algumas vezes impaciência, impotência e outras vezes realização, descoberta, satisfação (gestor A).*

Cabe aqui lembrar das contribuições de Foucault trazidas por Deleuze (2005 p.79) quando diz que “o poder ao incitar, suscitar, produzir, constitui afetos ativos e também reativos, que não são simplesmente repercussões, mas sim interlocuções, sobretudo porque também a força afetada tem capacidade de resistência”. Formando um campo de forças, relações de poder, repartidas em função dessas relações, não são mais, simplesmente, espontaneidades e receptividades, mas adquirem, agora, um novo sentido: o de afetar e ser afetado, os agenciamentos.

Para Foucault as relações de força que constituem o poder, não são emanadas de “um ponto central ou de um foco único de soberania”; para ele, “o poder está em toda parte; não porque englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares” (FOUCAULT, 2006a, p.103). As relações de força são locais, instáveis, difusas e todo o tempo vão de um ponto a outro, dentro de um campo de forças, produzindo “inflexões, retrocessos, retornos, giros, mudanças de direção e resistências” (DELEUZE, 2005, p.81). Relações que existem em ato e inseridas em um campo de possibilidades, onde diversas condutas, ações e reações podem acontecer apoiadas sobre estruturas permanentes (SILVEIRA, 2005, p.52-3).

O desabafo de um assessor em sua narrativa fala desta questão

*Como é comum em todo processo de mudança no ambiente de trabalho, a reação das pessoas é uma realidade muito presente, nós todos achamos "pra que mudar se tudo estava tão bom, vem agora esse povo do nível central inventar mais uma ....", além do que, "depois muda essa administração e tudo volta ao normal", mas que situação de normalidade é esta que todos falam? É a não mudança, fica tudo como está, "que tá bom demais" para quem?!!!!!! Para que as ferramentas propostas, sejam incorporadas e sejam apropriadas pelas pessoas no cotidiano do trabalho, precisam ser experimentadas, usadas, discutidas, de certa forma moldar-se ao jeito do dia a dia, existe necessidade de tempo de uso para que seja sedimentada, que não tenha descompasso entre o teórico e a prática (assessor C).*

O campo de forças desse processo era constantemente ameaçado de um “enfraquecimento reterritorializante”, aproveitando a expressão de Guattari (2006, p.31), sobretudo, considerando a temporalidade desta gestão, como colocamos anteriormente. Havia uma busca constante de consistência e um exercício de persistência. Disputa com outro modo de fazer em que se considerasse mais a autoridade, a hierarquia, os predefinidos dos níveis hierárquicos superiores do organograma formal da Autarquia Municipal de Saúde, das normas do Ministério da Saúde que apontam o “deve ser”, que desconsidera o desejo como potência de produção.

Outra disputa presente era uma crítica à preocupação com a gestão do caso, considerando-a paternalista, excessiva, a ideia de que cada um devia fazer a sua parte e os assessores não deviam intervir, deviam somente autorizar ou não os encaminhamentos, as solicitações da forma como estão. Existiam aqueles que consideravam a problematização das situações uma invasão do espaço de trabalho do outro e se mantinham distantes. Este discurso estava mais presente na fala dos médicos que muitas vezes tinha dificuldade de fazer a discussão de caso com o colega; existe uma barreira que alguns tinham dificuldade de romper e evitavam o encontro.

Um assessor fala em sua narrativa que

*As dificuldades estão sempre ligadas às dificuldades de mudança do processo de trabalho e as relações interpessoais das equipes multiprofissionais que, infelizmente, ainda tem a figura do profissional médico como um elemento pouco participativo e descompromissado com as propostas de avanço e evolução do modelo assistencial (assessor C)*

Por outro lado, quando o diálogo sobre o caso acontecia, havia um sentimento de parceria no trabalho, criação de espaço intercessor, compartilhamento de potências e impotências do médico perante a vida do outro. Em outros casos, havia desencontros, maus encontros, alguns assessores desistiam com um “não tem conversa”, outros criavam situações mais favoráveis ao diálogo na hora do café, no corredor, enfim, havia produção de possibilidades e impossibilidades.

Alguns se sentiram perdidos no meio desse fluxo de intensidades, nessa intensa produção e expressavam a necessidade de estabelecer um método, uma normativa, um decalque para que pudessem reproduzir, de uma forma homogênea em seus diversos encontros, desejo que se inviabilizava em todos os encontros com trabalhadores nas diversas conexões produzidas. Nem todos suportaram, alguns produziram rupturas com o coletivo, linhas de fuga para seus lugares, embora o enunciado permanecesse circulando e tentando grudar nos produtores do mapa e decalcar. Nem todos estabeleceram as mesmas conexões, havia intensidades diferentes, rupturas e precipitações.

Muitas vezes, nos encontros, falavam como se fosse um discurso solitário que se repetia e soava aos ouvidos dos trabalhadores apenas como um discurso: acabar com a fila era visto como uma “politicagem partidária”; não havia nenhuma objeção contrária claramente formulada, mas também não havia nenhuma produção. Também nestes encontros eram apresentadas queixas, outras vezes, um certo desconforto no ar como se questionando “o que estes assessores querem intervir aqui no meu trabalho”. Diversas atitudes estavam presentes nos momentos de encontro.

Nestas situações, ocorre a reação também de exclusão “ah, lá não tem jeito”, outras vezes, a reação é de respeito aos limites estabelecidos pela equipe e, ao mesmo tempo, a busca de outras formas de falar, de aumentar a escuta. Diversidade de encontros - maus encontros também fazem parte do processo.

Entre os assessores havia aquele que se misturava no encontro e junto com o outro produzia devires – processos de singularização – produção de novidades de criação; nem sempre a relação que se estabelecia era aquela proposta estabelecida inicialmente. Havia aquele que se deixava misturar com o outro, mas não muito, mantinha alguns de seus pilares, mantinha um certo distanciamento. Ainda, havia aquele que não se misturava, ia lá fazia a sua parte, estabelecia boas relações, mas não se misturava, escutava, tentava dar “direção”, preservava suas armas, utilizava-as para desencadear, ou não, as ações no outro, não estava disponível: era a técnica, o protocolo, e basta - as orientações estavam dadas. E, por último, havia aquele que não suportava o encontro, a desestruturação do processo, não produzia encontro; para ele era só enviar a normatização e criar indicadores de avaliação e de produção e, assim, caso as normas não fossem cumpridas deveriam estabelecer punições e premiações, para aqueles que as cumprissem. Alguns saíram do processo.

Esta tipologização é móvel: é pelas afetações, pelos fluxos de intensidades que se formam um feixe de forças - não é da pessoa, não é do saber, não é de fora, é do acontecimento; não é algo fixo, irreduzível aos diversos “tipos” de assessores. Cabe mais aqui a idéia de máscaras da Suely Rolnik (2007), pois nesse caso, quando falo de “assessores” não falo dos indivíduos, mas, sim, das diversas máscaras que eles construíram nos diversos encontros - o mesmo “indivíduo-assessor” se produzia de várias formas nas diversas situações.

As intensidades, em si, não têm substâncias, são virtuais; para se expressarem elas têm que se efetuar em matérias cujo resultado é uma máscara. Portanto, uma máscara é a expressão de intensidades, ao mesmo tempo, é operadora de intensidades e está sempre em composição e decomposição (ROLNIK, 2007, p.35). A máscara não deve ser vista como um artifício de falsidade, mas como a realidade, a expressão dos afetos se efetuando em ato, condutora de afetos; é assim que ela, a máscara, ganha a espessura do real, tem credibilidade, é verdadeira. Mas a máscara pode desmoronar, isto é, não ser mais condutora de afeto, na medida em que nos encontramos a circulação de afetos, as intensidades não se efetuem, a máscara pode tornar-se falsa, não ter mais credibilidade.

As máscaras conformaram a assessoria, de acordo com sua porosidade.

O conceito de porosidade vai ao encontro do conceito de Benjamin (2000, p.154) ao falar de sua viagem a Nápoles, sobre o modo como lá se vivia “as famílias se interpenetram em relações [...] os cafés são verdadeiros laboratórios desse grande processo de interpenetração”. Para ele “a porosidade é a lei inesgotável dessa vida, a ser redescoberta. Um grão de domingo se esconde em todo dia de semana, e quantos dias de semana nesse domingo!” A vida nas ruas, “cada atitude e desempenho doméstico é inundado por correntes de vida comunitária” (BENJAMIN, 2000, p.152). O conceito de porosidade está relacionado à realidades que coexistem, se afetam e se interpenetram.

O assessor ia para o encontro e produzia muita troca, espaço intercessor onde, não acompanhava o movimento, mas fazia dele seu movimento e vice versa e ia se produzindo no entre, no acontecimento. Era afetado e afetava o cotidiano dos trabalhadores. E nesse momento eram produzidas as ferramentas, ele se encontrava com as suas e com outras que estavam atuando naquele espaço, momento de produção e ampliação de caixa de ferramentas.

Desencadeava processos de auto-análise e de ruptura. Era a máscara de barro que produzia encontros singulares.

Em outras situações, quem se efetuava era a máscara de madeira. Esta também produziu encontros singulares, tinha porosidade, era acolhedora, mas colocava a situação em análise para convencer o outro da validade de suas prescrições e da sua proposta, usava a caixa de ferramentas que trazia pronta para o encontro, reconhecia a do outro, mas tentava manter a sua. Teve capacidade de auto-análise e de produzir rupturas, porém todo o tempo tentava convencer o outro sobre as propostas que trazia.

Já a máscara de vidro tinha pouca porosidade, era responsável, ia para o encontro como uma boa orientadora, era clara e objetiva, competente prescritora, “cumpria seu papel”, que entendia ser o de orientar, explicar e prescrever. Tinha uma caixa de ferramentas muito mais limitada, os problemas, quando apareciam, eram desvios de função, ela orientava o que deveria ser feito, a partir daí a responsabilidade era do outro “eu fiz a minha parte”. Ela colocava o problema no outro, “lá era muito difícil, era muito complicado” e desistia mais rapidamente.

A máscara de ferro, não tinha porosidade, era normatizadora, para ela as normas existiam e deviam ser seguidas, caso não fossem obedecidas, deveria haver punições claras. Não ia para o encontro, fazia visitas. O problema também estava no outro, quando as prescrições não eram eficazes era pela ausência de um sistema de avaliação na organização, neste caso com enfoque punitivo. A sua caixa de ferramentas era a das tecnologias leve-duras, os protocolos e as normas. Muitas vezes saiu do processo pela ausência de mecanismos de punições e premiações nas organizações.

A seguir apresentamos o desenho da tipologia móvel que vimos apresentando até aqui.

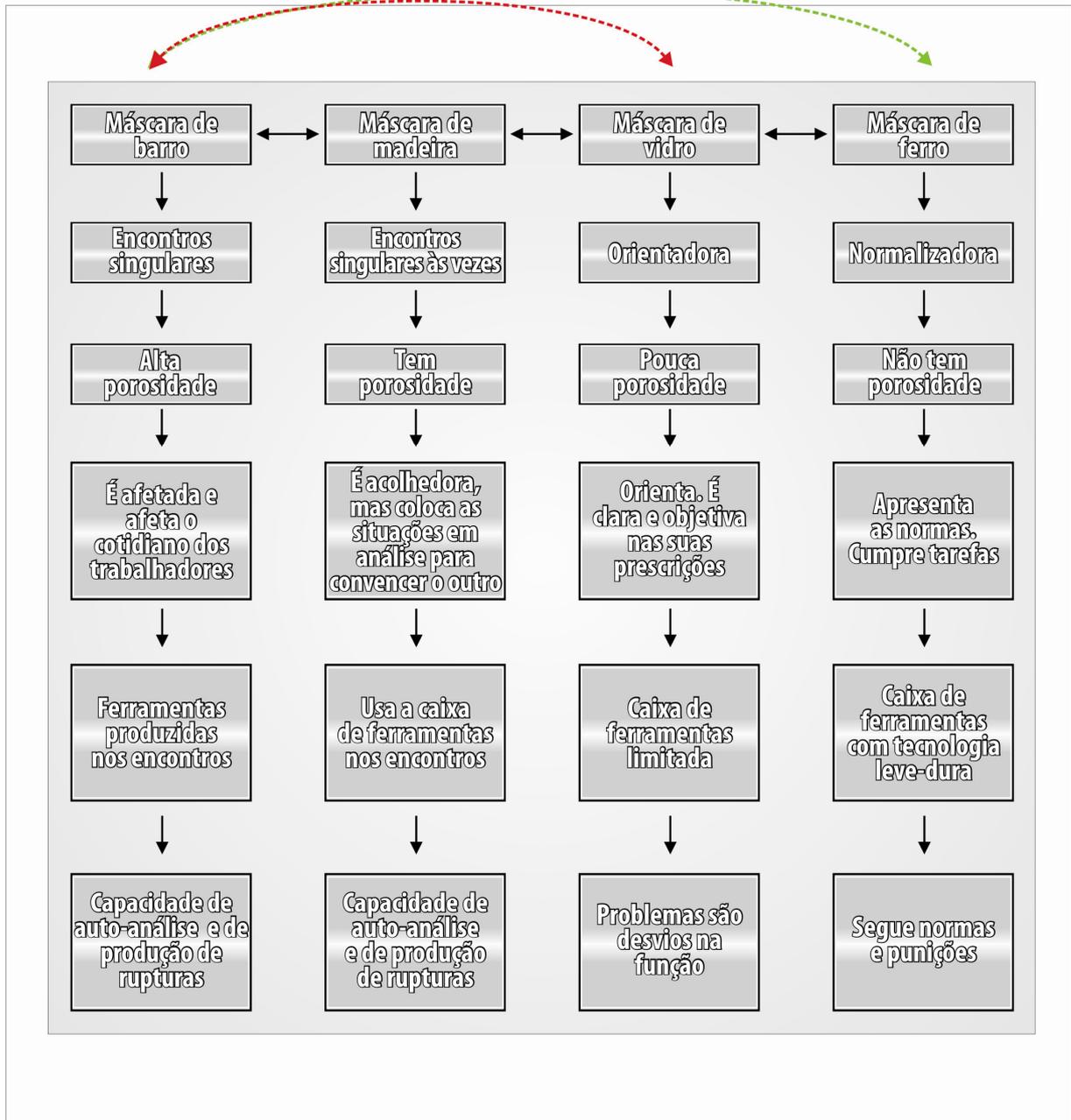


Diagrama 2 – Máscaras e suas potencialidades em movimento, produzidas a partir da experiência no campo da pesquisa, 2010.

Desta forma, ao invés de tipologia móvel, melhor seria falar em diagrama de forças.

Para Foucault, segundo Deleuze (2005, p.44), o diagrama “é o mapa, a cartografia”, é uma

multiplicidade, forças que se exercem sobre outras forças, para combinar, compor e recompor. Não existe para representar um mundo preexistente, mas para expressar devires e mutações. O diagrama é uma exposição das relações de forças próprias de uma formação que explicitam o poder de afetar e de ser afetado, cujas causas são imanentes e produzem efeitos que a atualizam, integram e diferenciam. Diz-se que atualizam porque as relações de força são virtuais, potenciais, instáveis, moleculares, definem possibilidades, probabilidades de interação (DELEUZE, 2005).

Falando de máscaras, podemos ver a intensidade no processo vivido:

*Algo que foi muito marcante foram as oficinas de discussão do cuidado, fiz aquela paródia da música do Paulo Vanzolini retratando um diabético se descompensando e sua relação com o serviço de saúde do município e o interessante é que fui diagnosticado como diabético nessa época, portanto uma experiência verdadeiramente visceral. Houve muitos outros fatos (assessor D).*

Um dispositivo que na sua operação introduzia possibilidades de fato. O destaque é a não limitação à imobilidade; pelo contrário, tornar sensível uma espécie de encaminhamento, de exploração das relações de força em seu lugar, ou sobre si mesma. Produção de um campo operacional onde há sempre uma história que se insinua ou tende a se insinuar, para animar o processo em construção (DELEUZE, 2007).

Porém há que se efetuar, produzir máscaras, senão serão apenas possibilidades, probabilidades de interação, não entram em um conjunto macroscópico, capaz de dar forma a uma função difusa. As possibilidades e probabilidades são imanentes, não são decorrentes de forças transcendentais, nem de superestruturas ideológicas, mas produzidas na correlação de forças, pressuposição recíproca entre a causa e o efeito (DELEUZE, 2005).

Havia movimentos de lentidão e velocidade, diversos, diferenciados em cada unidade, em cada equipe, nos muitos trabalhadores e assessores, em cada encontro, e a

temporalidade para desencadear novidades era produzida a partir dos encontros, nos movimentos locais, nas singularidades de cada coletivo de trabalhadores. Então a paciência, o acolhimento do outro, desejo de ser instituinte foram elementos do processo; a velocidade era variável, as formas de afetar foram diversas. As padronizações das estratégias, dos roteiros, das tarefas, as repetições foram pouco criativas. Compor novos jeitos, fazer novos arranjos, partilhar autoria, entre e com assessores técnicos, trabalhadores das equipes, com residentes e com docentes.

Alguns aprenderam a lidar com o medo do fracasso, com a frustração da demora: o inimigo, muitas vezes, está em nós mesmos, em nossos aliados. O modelo dominante medicalizador é forte, insistente; não havia somente uma relação maniqueísta entre os que queriam o novo e os que não queriam: vários fatores entravam e saíam de cena. As dificuldades vividas no cotidiano pela escassez de todos os tipos de recursos permearam o processo, fato que desencadeava, muitas vezes, descrédito. A força da subjetividade estava presente não somente nos indivíduos, mas no conjunto dos seres, máquinas e rotinas e em cada um deles - fluxos que não eram fixos eram mutantes, assim, inventar várias cartografias, encontrar brechas, foi uma vivência do coletivo, heterogêneo e propositivo.

Um trabalhador de uma unidade de saúde da família em sua narrativa diz:

*Para facilitar esse trabalho, ou seja, para que os médicos da rede se orientassem sobre como proceder ao produzir o cuidado e necessitassem de encaminhar os pacientes para especialidades, foram criados protocolos e feitas algumas oficinas [...] com a presença de todos os funcionários. Entretanto, a função assessoria não tinha apenas esse papel, mas também o de levantar demandas e dificuldades das unidades levando-as diretamente a secretária de saúde e servindo como porta-voz da secretaria no que dizia respeito às modificações que seriam introduzidas na rede. Infelizmente, esta última função ficou extremamente prejudicada para não dizer inexistente, pois mesmo diagnosticados, nenhuma solução foi dada aos problemas das unidades [...]. a primeira função, no entanto, foi muito bem executada[...]. Por todas essas razões os sentimentos foram de ansiedade por sua implantação, frustração por não conseguir tudo que esperávamos [...] (trabalhador A).*

Permearam o processo sentimentos de inclusão e exclusão, dificuldade de auto-análise, frustrações, medos é como diz Guattari e Rolnik (2005, p.59) “é preciso se afirmar na posição singular que ocupa, que a faça viver, que a articule com outras situações de singularização, e que resista [...]” que ocupa não como uma rigidez, mas suportar desterritorializações, territorializações e reterritorialização.

Entrar em vários espaços e estabelecer relações foi exposto de diversas formas por todos. Depois de superado o momento inicial, que foi o de entrar na unidade e estar com a equipe numa relação solidária, de apoio e de enfrentamento conjunto dos problemas, ficou uma fala de que só isto não basta.

Nos movimentos de agenciamento, de agenciar-se e ser agenciado, é que foram criados novos processos de subjetivação: a continuidade, o ir e vir, criar vários traçados, resistir ao medo de fracassar, criar linhas de fuga e resistir e produzir devires singulares, autênticos aonde se sentissem bem, apesar das demolições que iam ocorrendo ao longo de processo. Desafios? Constantes.

Guattari e Rolnik(2005) contribuem ao comentar que os agenciamentos que podem contribuir com processos de subjetivação provocam dois tipos de atitude:

A atitude normalizadora, que se traduz de duas maneiras diferentes, mas complementares: ignorar sistematicamente tais agenciamentos, considerando-os meros problemas secundários ou arcaísmos, ou então resgatá-los e integrá-los;

A atitude reconhecadora, que considera tais agenciamentos em seu caráter específico e em seu traço comum, de modo a possibilitar sua articulação. Só essa articulação é que vai permitir uma mudança efetiva da situação.

O olhar agora está mais voltado para as máscaras que colocaram sua dificuldade nas relações e naquelas que acharam que havia uma autonomia exagerada no serviço público.

Esses atores explicitavam que, embora eles tentassem várias formas de abordagem, não havia mudança na prática dos trabalhadores. Já outros assessores explicitavam a dificuldade, não conversavam, evitavam uma aproximação do outro e inventavam formas de estar, sem ter encontro, criavam linhas de fuga; enfim, os assessores lidaram com os encontros e não encontros de diversas formas, mas sempre aparecia essa questão nas reuniões de EPS e nas conversas de corredor.

Refletindo um pouco mais sobre esta dificuldade, fica claro que ela está colocada mais próxima à atitude que Guattari coloca como normalizadora. Como se existisse um certo e um errado, com um certo receio de produzir mais em ato, uma proteção do outro produzindo uma atitude defensiva, um não se desterritorializar.

Bons encontros e maus encontros, como diz Espinosa nas palavras de Deleuze (2002 p.60), são dois sentidos relacionados à variação da potência de agir, o que é mal se mede pela diminuição da potência de agir e o que é bom aumenta a potência de agir. Assim, Espinosa nos diz que tudo que nos causa tristeza serve para a tirania e opressão e nos separa da potência de agir.

Deleuze (2002, p.25), citando Espinosa, fala que “quando um corpo ‘encontra’ outro corpo, uma idéia, outra idéia, tanto acontece que as duas relações se compõem para formar um todo mais potente, quanto que um decompõe outro e destrói a coesão de suas partes”. Segue dizendo que nós, seres conscientes, recolhemos apenas os efeitos dessas composições e decomposições, sentimos alegria quando um corpo ou uma idéia se encontra e compõe com a nossa e, inversamente, sentimos tristeza quando ameaçam a nossa coerência.

Guattari e Rolnik (2005, p.57) dizem que a problemática do “questionamento do sistema capitalístico não está somente nas lutas políticas e sociais em grande escala”. Ela diz

respeito também ao que eles chamam de revolução molecular que envolve todos os níveis como uma nova forma de sociabilidade doméstica, amorosa, profissional. Então, os inimigos, os antagonistas não são claramente identificados, há uma relação de complementariedade, de segmentariedade, de tal forma que, às vezes, somos inimigos e aliados de alguém ao mesmo tempo. Dessa forma, há tentativas de singularização que são difíceis, problemáticas, que muitas vezes são abandonadas e aparecem as atitudes defensivas.

Fugir de maniqueísmos e de relações de oposição entre bem e mal pode ajudar a enfrentar essas dificuldades, pensando que o encontro já está em produção, ao nos colocarmos para relações menos antagônicas, defensivas, menos desejosos de reconhecimento e mais abertos às mutações possíveis. Desfazer-se de sistemas de coação que tentam criar modelos, livrando-se de tentativas de padronizações, e deixando fluir modos próprios de referências e inventando práxis que permitam a singularidade, resistindo a todos os empreendimentos de nivelção da subjetividade que surjam. Reconhecer que a demolição de jeitos instituídos de produção de cuidado, pouco cuidadores, implica em desenvolver agenciamentos e territórios em que as pessoas se sintam bem.

## **5 A CAIXA DE FERRAMENTAS: MONTA, DESMONTA, QUEBRA, DESTRÓI, CONSTRÓI – PRODUÇÃO DE INTERCESSORES EM MIM**

### **5.1 A GESTÃO-ENTRE**

Neste caso, uma gestão-entre refere-se, em parte à duração incompleta da gestão desta secretaria e equipe, que normalmente tem duração de quatro anos. A gestão-entre realizou os dois anos finais de uma gestão na saúde no segundo mandato de um prefeito e que, de acordo com as análises da mídia local, tinha pouca chance de fazer o sucessor e, da qual, não se esperava mais novidades. A outra gestão, que foi sucessora, que estava por vir, era a que representava possibilidades (segundo a imprensa local).

Outra característica desta gestão-entre foi a sua composição. A equipe era composta por trabalhadores da Secretaria de Saúde. A característica que dava a “marca” da equipe era a experiência dos sujeitos trabalhadores do SUS local, em sua maioria, em contato direto com o usuário na produção do cuidado em diversos pontos da rede, mas, mais fortemente, na atenção básica.

A gestão-entre, não se enxergava paralisada, percebia com clareza que aquela era uma oportunidade de produzir novidade, ao contrário dos que a imaginavam como uma equipe que iria conduzir o trabalho da Secretaria para a manutenção do compasso até o final daquela gestão municipal sem grandes produções. Pretendiam ser instituintes, porém num contexto político muito difícil.

Difícil porque, quando do início desse período na secretaria de saúde, houve uma centralização dos recursos financeiros e administrativos da Prefeitura. Isto é, a execução financeira dos recursos de todas as secretarias passou a ser feita pela Secretaria de Gestão.

Qualquer compra seria demandada pelos gestores do SUS local, mas teria que ser executada de forma centralizada, junto com todas as compras da Prefeitura. Não se pretende analisar este fato, só constatar que esta era uma situação nova e que trouxe muita dificuldade de operação. Dificuldade traduzida em demora nas compras, contratações e em todos os encaminhamentos que necessitassem da mobilização de recursos financeiros, inclusive os de valores baixos.

Foi a partir de abril de 2007 que assumiu, com seus paradoxos, a equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde que instituiu o trabalho dos apoiadores cuja gestão é denominada, neste trabalho, de gestão-entre.

A Secretária deste período assumiu inicialmente a função de Subsecretária, integrando a equipe gestora municipal. A nova equipe enfrentou greve de 6 meses dos servidores municipais, dialogou com o prefeito sobre a necessidade de melhorar o salário dos médicos, devido à defasagem em relação ao mercado. Como consequência, os médicos pediram demissão, levando à redução do número de equipes de saúde da família no município. Houve negociação com os médicos, analisando as possibilidades de aumento salarial e novos acordos de carga horária diária, em troca de resolubilidade, maior compromisso com o serviço municipal, participação em eventos e reuniões. A negociação não foi em termos de quantidade de consultas médicas, mas de qualidade, de maior compromisso e eficácia. Os movimentos realizados abriram caminho para que a gestão-entre fosse se legitimando neste cenário.

A gestão se deu com muitas instabilidades e incertezas presentes no contexto político da organização da Secretaria de Saúde, da Prefeitura Municipal, das disputas políticas internas no partido ao qual esta gestão tinha maior vínculo e das disputas político-partidárias locais. E, olhando para a possibilidade do contexto municipal, a equipe gestora fez sua aposta.

Naquele momento, entre os vários possíveis projetos que aquele grupo de pessoas tinha, o que mais se explicitou foi o projeto da Regulação da Atenção à Saúde que já foi apresentado no capítulo 3.

A encomenda do prefeito era acabar com as filas nas especialidades e a orientação era ter maior controle sobre a produção de consultas médicas, aumento da produtividade dos médicos - do tipo cartão ponto - para controle do trabalho dos médicos. A proposta de controle não foi acatada dessa forma. Operou-se uma negociação com representantes da categoria médica, discussão do processo de trabalho, busca de coletivos de trabalho, os coletivos ouviram, resistiram, conversaram, negociaram e criaram dispositivos.

A aposta feita foi no protagonismo do trabalhador, no trabalho com coletivos, na articulação, no trabalho em rede.

No discurso organizado (LONDRINA, 2008) da nova equipe gestora vê-se:

- trabalho de enfrentamento das filas de espera para as especialidades, a partir do Sistema Municipal de Saúde;
- necessidade de desencadear dispositivos, mobilizar o debate e a reflexão dos trabalhadores para a construção da rede de cuidados;
- resolubilidade da atenção básica a partir da discussão do processo de trabalho médico.

Movimentos que se apoiaram e potencializaram: investimento em novos desenhos organizacionais a partir da discussão da gestão da clínica e do cuidado; investimento na discussão e participação dos setores-meio de toda a Secretaria Municipal de Saúde nos novos desenhos organizacionais; investimento na relação de saúde com outros setores e serviços – contratualização de novos serviços de pronto atendimento, de serviços especializados.

Na produção em ato da gestão-entre:



## Um encontro com a Secretária de Saúde

### Oficina planeja quem executa

A Secretária Municipal de Saúde propõe a realização de oficinas de Planejamento Estratégico em Saúde justificadas por ela pela falta de ferramentas de análise da produção do cuidado dos trabalhadores dos diversos setores e unidades assistenciais da Secretaria Municipal de Saúde.

São três séries de oficinas regionais, todas conduzidas pela própria Secretária. Esta foi a oficina da regional sul.

Nas oficinas ela começa discutindo o projeto político e a missão da Secretaria e sistematiza com a produção em ato do quadro abaixo:

**Quadro 2: Assuntos discutidos durante a oficina de trabalho da regional sul, Londrina, 2008.**

SUS		
<b>GESTÃO DA CLÍNICA</b>	<b>PES</b>	<b>INFRAESTRUTURA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Assessores técnicos</li> <li>○ Protocolos</li> <li>○ Discussão do processo de trabalho</li> <li>○ Produção das linhas de cuidado</li> <li>○ Estabelecimento de fluxos</li> <li>○ Complexo regulador/avaliação de risco em saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Envolvimento de todas as diretorias e gerências</li> <li>○ USF; PAM; Maternidade.</li> <li>○ Território/Perfil Epidemiológico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reorganização da Diretoria de Avaliação Controle e Auditoria (DACA)</li> <li>○ Complexos Reguladores</li> <li>○ Novos exames (diversidade e quantidade)</li> <li>○ Fisioterapia</li> <li>○ Núcleo de Apoio a Saúde da Família</li> <li>○ Ampliação do número de vagas de internação e de consultas especializadas</li> <li>○ Contratualização com os hospitais, Pronto-atendimentos.</li> </ul>
<b>PLANEJA QUEM EXECUTA</b>		

Fragmentos de falas da gestora municipal:

- sucessivas aproximações para crescermos juntos nesta história;
- planeja quem executa (expressão repetida várias vezes;)
- a tecnologia que nós temos para enfrentar os problemas de saúde é nossa capacidade de trabalho;
- cada um de nós com nossas tarefas: secretária, assessor técnico, agentes comunitários, coordenadores;
- tarefas diferentes, mas uma mesma missão: promover saúde e qualidade de vida;
- para melhorar resolubilidade – gestão da clínica, protocolos assistenciais dinâmicos constantemente atualizados;
- os assessores técnicos são as pessoas que estão próximas de quem está nas unidades de saúde;
- contratualização, nós temos que negociar. Atenção: negociação é uma palavra chave no planejamento estratégico;
- centro de especialidades - pequena capacidade instalada e os encaminhamentos são cegos e burros;
- algumas coisas são normalizáveis, mas nem tudo.

Planejamento Estratégico em Saúde, diz a gestora, é o movimento que está acontecendo em toda Secretaria. Há necessidade de trabalharmos todos juntos, não só a Secretária e a Diretora Executiva.

Em cada unidade de saúde formou-se um grupo condutor composto por enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médico; ela enfatizou a necessidade da reunião com toda a equipe. Todas as unidades presentes falaram que conseguiram. Retomaram a discussão das equipes nas unidades, e informaram que nem todas conseguiram parar tudo, mas todos sabiam

o que estava acontecendo ali. Em algumas unidades os trabalhadores retomaram as conversações, a produção de análise de suas práticas.

A seguir a apresentação de cada USF presente na oficina.

Cada unidade apresenta a discussão preparatória, fazendo uma análise da situação atual e trazendo seus principais problemas. Muitos cartazes pregados nas paredes com dados epidemiológicos, listas de problemas de saúde, muitos problemas referentes à organização do processo de trabalho. Intensa produção a partir dos saberes locais e informações epidemiológicas disponíveis. A Gerência de Informações da Secretaria preparou material informativo com dados epidemiológicos e demográficos para todas as unidades, com dados desagregados e específicos de cada região.

As discussões contaram com participação de todos, falaram médicos, auxiliares, enfermeiros e assessores técnicos presentes. A discussão do conceito de problema no planejamento estratégico foi conduzida pela Secretária a partir das apresentações e falas dos participantes, muita intimidade dela com todos e com as falas. Coloca-se com propriedade de quem conhece o cotidiano das unidades. Linguagem extremamente acessível, familiar aos participantes (“gente nós vamos conseguir, vamos chegar lá”), conhece quase todos participantes pelo nome e quando não sabe para e pergunta. Utiliza metodologia ativa e problematizadora. Evidencia a autoria dos trabalhadores. Nessa discussão aparece, fortemente, o modelo da programação em saúde.

Pactua em conjunto os próximos passos: programação - cada unidade montará seu plano de ação e trará para o debate nas reuniões regionais.

Enquanto isso lá nas USF:

- muito lotadas, baixa oferta de consulta médica, redução das equipes de saúde da família (falta de médicos e de profissionais de enfermagem), aumento da oferta de pronto atendimento, apenas médicos plantonistas;
- sistematizações do cuidado do diabético, epidemia de dengue, aumentam casos de hepatite A, imprensa em cima o tempo todo;
- intensa discussão do processo de trabalho;
- mudança do sistema operacional da rede - saúde WEB (somem os resultados dos exames!!!, onde estão os prontuários!!!);
- reuniões de equipe... a imagem é de movimento, novas e velhas intensidades criam campos de energia;
- vários grupos debatendo dentro das USF.

Algumas USF já avançando na discussão do processo de trabalho. Por outro lado existem alguns silêncios, ou melhor, falas ocultas:

- ainda persiste a desconfiança, continuam desconfiados, duvidam.
- algumas Coordenadoras das Unidades falam pouco, não se expõem.
- muitas conversas ocultas. Resistências pessoais, partidárias, de projeto, de estilo de gestão.
- calam-se alguns, falam outros, há uma certa permissão para que o outro grupo que está com o poder formal fale, nos bastidores “rola” a crítica, uma força forte do instituído, há movimento refratário.

### **Pausa para refletir sobre o vivido – dialogando com outros autores**

Era o meio, o que há no meio, apenas o vazio, o deserto. E por que o entre ou o meio é sempre desqualificado? Pode-se dizer que o entre desqualificado é o entre de um sistema arborescente, onde se espera algo idealizado, finalizado, que paralisa movimentos de

experimentação do desejo. No entanto, ao vivenciar os processos desencadeados naquele período, havia muita movimentação, espaços de conversa em que as diferenças eram colocadas, as potencialidades e as fragilidades ficavam evidentes. O movimento produzia muitas afetações. Ao contrário da árvore, era rizomático, o rizoma segue um movimento de proliferação – “cada talo, cada haste vai criando uma superfície aberta a todas as torções que os encontros promovam” ou provocam (BARROS, 2007, p.291).

No movimento rizomático com muitas intensidades, linhas de segmentariedade, linhas de fuga, está presente sempre um certo tensionamento com modos de produção instituídos. Segundo Deleuze (2000, p.17)

Todo rizoma compreende linhas de segmentariedade segundo as quais ele é estratificado, territorializado, organizado, significado, atribuído, etc; mas compreende também linhas de desterritorialização pelas quais ele foge sem parar. Há ruptura no rizoma cada vez que linhas segmentares explodem numa linha de fuga, mas a linha de fuga faz parte do rizoma. Estas linhas não param de se remeter uma às outras. É por isto que não se pode contar com um dualismo ou uma dicotomia, nem mesmo sob a forma rudimentar do bom e do mau. Faz-se uma ruptura, traça-se uma linha de fuga, mas corre-se sempre o risco de reencontrar nela organizações que reestratificam o conjunto, [...] O bom, o mau são somente o produto de uma seleção ativa e temporária a ser recomeçada.

Assim, é preciso fugir dos dualismos e dizer que a gestão-entre produziu relações singulares, mapas, mas também produziu decalques e relações em que o desejo não era permitido, onde se produzia morte e onde se determinava um certo e um errado. Existia um medo de se perder nesse processo, ao produzir desterritorializações, buscava-se o decalque, o instituído, como no caso da “noivinha que gora e gruda” da Suely Rolnik (2007) que para evitar a terrível sensação de desorientação, ela prefere anestésiar seu corpo e sua capacidade de afetar e ser afetada. O medo da frustração, da morte e do fracasso esteve presente em todo o tempo.

Na fala de um membro da equipe gestora:

*Avalio todo o processo como tendo acontecido rapidamente, pensando nos avanços obtidos. Entretanto, se for relembrar do movimento ocorrido, ficou marcante o cansaço, muitas vezes sentido, apesar de reconhecer a proposta metodológica de discussões de problemas. Talvez pelo fato de que nem sempre os relatos e as reflexões culminaram em ação prática e isso era frustrante (gestor A).*

Em uma das reuniões de educação permanente da equipe gestora um dos assessores fala da dificuldade do médico das Unidades de Saúde da Família em se contrapor ao modelo hegemônico. Questiona sobre como trabalhar com processos de subjetivação que coloquem, no debate da mídia, um novo jeito de produção do cuidado que contraponha o atual paradigma clínico de intervenção médica, intensamente medicalizador, por outro lado, centrado no usuário, que em sua modelagem reconheça a prática clínica dos outros trabalhadores de saúde. (MERHY, 2002). A vontade era de produzir mapas e, com ele, “novos enunciados, outros desejos: o rizoma é esta produção inconsciente mesmo” (DELEUZE, 2000, p.27).

A gestão-entre operou lidando com as incertezas, apostando nas potências presentes no cotidiano, criou dispositivos, explorou as tensões, na tentativa de produzir novos modos de um cuidar mais próximo dos usuários, fortalecendo potências e saberes do trabalhador em saúde. Aqueles que estavam como gestores formais usaram sua concentração de poder, porém não trabalharam, com uma perspectiva de mudança a partir de uma alta concentração de poder para movimentar esse instituído bem estruturado (MERHY, 2002). Considerando as características já citadas da gestão-entre, o recurso de poder que tinham, mesmo enquanto gestor formal, não poderia ser reconhecido como de alta concentração.

Esses trabalhadores que compunham a equipe de gestão traziam em sua caixa de ferramentas o saber acadêmico. Aquele coletivo tinha como alguns de seus pressupostos que

era na micropolítica que havia mais possibilidades de produção de novidades, apesar dos limites da situação política. Apostou na chance de invenção, de produção de relações solidárias e achava que a gestão poderia fortalecer esses movimentos e inventavam-se a partir daí. Trabalhou com uma concepção de que o modo de produção do cuidado deveria ser a preocupação central do gestor. Em comunicações da equipe gestora(LONDRINA, 2008, p.3):

O avanço do SUS trouxe um inegável aumento de serviços à disposição da população na atenção básica à saúde. No entanto, trouxe, também, a necessidade de revisão do processo de trabalho em saúde [...] Associado a isso, os serviços de referência ambulatorial e hospitalar estavam organizados de forma restrita e pontual, muitas vezes direcionados pelos serviços já existentes e não pela necessidade dos usuários do SUS.

Segundo a fala de outra gestora (LONDINA, 2008, p. 4-5):

O projeto de reorganização da atenção à saúde que garante a assessoria de enfermagem propiciou aproximação com as coordenadoras e equipes das unidades de saúde, oportunizando discussões referentes aos processos de trabalho da unidade, bem como de situações diárias com objetivo de ampliar a resolubilidade da equipe. Aproximou também de diferentes setores da secretaria com o intuito de buscar resoluções às dificuldades técnicas e administrativas.

A prática da equipe gestora partia também das afetações que o conhecimento, que o viver cotidiano foi produzindo em seus corpos. Suas ações como “pequenas lutas”, entendidas como comenta Chauí (1995, p.12) no prefácio do livro de Eder Sader, QUANDO NOVOS PERSONAGENS ENTRARAM EM CENA, são experiências adquiridas “no campo social e político, de interesses e vontades, de direitos e práticas” que vão formando uma história e que, em seu conjunto, vão produzindo acontecimentos. E no deserto, na gestão-entre, foram emprestando um sentido novo, experimentando ações, abrindo espaços de conversação e de produção de encontros.

Narrativa de um assessor:

*Essa aventura começou para mim de forma um pouco desconfiada. Trabalho na rede desde 1995, ajudando a implantar o PSF na região rural da cidade. Não sou novata, já não vivo de ilusões. Minha primeira pergunta ao grupo foi: “tem alguma literatura sobre isso? Alguém já fez?” Resposta: “**não!** Vamos ter que escrever essa história.”*

*O primeiro desafio foi conhecer a rede, as UBS, as equipes, as pessoas, seus problemas e conflitos, suas virtudes e, imprescindível, ganhar sua confiança, ser um aliado, ouvir, ser solidário, respeitando cada um e suas limitações.[...].*

*A fila da endócrino foi trabalhada por uns seis meses e, o resultado foi: consultas marcadas com espera de 15 dias e todos os diabéticos tipo 1 encaminhados ao especialista pelo menos uma vez ao ano. Beleza!*

*Partimos pra outras filas: cardio, neuropediatria, colposcopia, mastologia, dermatologia sanitária, fonosurdez, etc.*

*Ao mesmo tempo, reforçávamos a equipe de assessores com reuniões semanais para discussão dos problemas, tomando o cuidado de traçar novas estratégias que tivessem chance de dar certo. Sem esquecer da participação da assessora, sempre tentando organizar, sistematizar, apoiar, fazer pensar, apresentando novas ferramentas, novos autores, novos pensamentos. Problemas, conflitos, embates todos tivemos e não foram poucos, mas parece que agora ficaram tão distantes...*

*Veio 2008 e com ele os NASF, seis equipes, e um monte de gente para formar, além de todo o trabalho da assessoria. Foi uma loucura, mas uma grande experiência que só agora vamos começar a ter condições de avaliar. [...] (assessor Y)*

No cotidiano, os assessores e trabalhadores das unidades aprenderam, criaram espaços e rede de conversações para que estas aprendizagens e outras ações pudessem ir produzindo acontecimentos, e assim foram se constituindo as vitórias que foram criando um novo sentido para a produção do cuidado em saúde. Foram lutas que se localizaram na discussão de um caso, onde estavam presentes e se colocavam em disputa com outros interesses e projetos, com outras práticas do tipo queixa-conduta, e, nesse processo, foram produzindo novos agenciamentos e processos de subjetivação.

Um gestor falou, em sua narrativa, que uma situação marcante foi

*a presença do especialista discutindo casos com a equipe na USF. Em especial uma situação ocorrida em que o especialista juntamente com a equipe da saúde da família fez uma visita domiciliar a um paciente que vivia isolado. Foi ótimo aproximar especialistas da equipe de atenção básica. É imprescindível a figura de um apoiador no cotidiano de uma unidade de saúde (gestor B).*

Esta gestora falou também sobre os sentimentos vividos: “vivemos um misto de angústia, euforia, impotência diante de situações que extrapolavam nossa governabilidade. Mas sempre, a sensação de que não estamos sozinhos” (gestor B).

A análise desse processo fez lembrar o desejo, no sentido ofertado por Deleuze, de produção, de força que cria; “é sempre por rizoma que o desejo se move e produz” (DELEUZE e GUATARI, 1995, p.22).

O desejo, que, como força de produção, mantinha funcionando “as utopias que fazem mergulhar nas aventuras do novo, dos sonhos que impulsionam a montagem de outras cartografias” (BARROS, 2007, p.292). Tomar pelo meio, produzindo conjunções e inclusões.

Então, ao invés da aparência reiterativa do cotidiano, viviam-se as disputas de interesses, jogos de poderes no deserto da gestão, criavam espaços, dando vazão a intensidades que advinham de formulações dos coletivos em cena, nos movimentos, traçando linhas e produzindo micro rupturas. Assim era o deserto rizomático às vezes arborescente, ações, diferenças, ruídos, conflitos não como falhas do processo, mas seus combustíveis.

Nesse sentido, Deleuze e Guattari (1995a, p. 28) podem ajudar na discussão com as contribuições que trazem acerca do deserto, como um corpo vivo povoado de multiplicidades:

Franny conta um sonho: "Há o deserto. Não teria ainda qualquer sentido dizer que eu estou no deserto. É uma visão panorâmica do deserto. Este deserto não é trágico nem desabitado, ele é deserto só por sua cor, ocre, e sua luz quente e sem sombra. Aí dentro uma multidão fervilhante, enxame de abelhas, confusão de jogadores de futebol ou grupo de tuaregues. O deserto é povoado”.

No deserto foram produzidas possibilidades, a partir de propostas e práticas de gestão que estimularam o encontro, criaram diferentes espaços de conversa para exploração das tensões presentes no cotidiano do trabalho em saúde, apareceram as dificuldades e as fragilidades. Práticas protagonizadas por sujeitos que têm sua história no cotidiano do trabalho em saúde, cujo conhecimento está em sua vivência no espaço da produção do cuidado em saúde e que não são reconhecidos em níveis acadêmicos, intelectuais ou de articulações políticas. A ação deles se concentrava em espaços de ação molecular, no micro, e em termos de abrangência espacial (política) não ultrapassava a Secretaria Municipal de Saúde, no máximo no âmbito municipal.

Assim trago um fragmento da narrativa de um assessor:

*[...] sempre pensar na inclusão deste processo – a questão é produzir “nós”, não fazer esta ruptura – nível central-local. É importante pensar em o que é ser assessor – se pensarmos em julgamento - estamos equivocados – cuidado com os fluxogramas – não podemos ficar só na tecnologia dura - temos que entrar neste meio de campo e trabalhar na compreensão da rede – temos que manejar nossa ansiedade - a rede até agora não tinha tido esta experiência. Só há 2 anos (assessor X).*

O rizoma de Deleuze pode novamente nos ajudar nesta altura da escrita. Segundo ele, o rizoma tem como tecido a conjunção e... e... e..., e que o meio não é uma média: “ao contrário, é o lugar onde as coisas adquirem velocidade. Entre as coisas não designa uma correlação localizável que vai de uma para outra”, a gestão-entre não se propôs a decalcar o que já tinha sido feito, mas propôs, sim, criar mapas, “experimentação ancorada no real” um mapa conectável, reversível, suscetível a “receber modificações constantemente” (DELEUZE e GUATTARI, 1995 p.36 e 21).

Para Nietzsche:

Não mais o prazer causado pela certeza, mas pela incerteza; não mais a “causa” e o “efeito”, mas a criação contínua; não mais a vontade de conservação, mas a vontade de potência; não mais a expressão humilde “tudo é subjetivo” — mas “é também a *nossa obra!* Sejam dela orgulhosos!” (NIETZSCHE, 19\_\_ p.315).

E a vontade de potência em Nietzsche (19\_\_), como uma vontade vigorosa, a uma vontade que produz, que inventa a própria vida, não desejo de dominação, como a vontade de obter e de exercer poder sobre os outros. Para este autor quando se diz que todo ser é vontade de potência, diz-se que ele é uma força capaz de criar a si mesmo e a sua existência. O próprio mundo é visto como uma grande vontade de potência, que está continuamente se recriando. Trata-se, portanto, de uma "vontade como poder", como efetuação profunda de si mesma, ao invés de uma vontade que deseja o poder.

## 5.2 A GESTÃO PERIPATÉTICA E SUA CAIXA DE FERRAMENTAS VIBRÁTIL

Nesta altura do texto abro espaço para uma intensificação da discussão da gestão e produção do cuidado em saúde apoiada nos escritos de Emerson Merhy, em seu livro “Saúde: cartografia do trabalho vivo” (2002, p.161). Merhy comenta que os modelos médicos e sanitários se constituem num “terreno de políticas e organizações fortemente instituído pela presença de forças políticas hegemônicas, muito bem estruturadas histórica e socialmente”, porém ressalva que se assentam em uma base tensional, advindo das especificidades do trabalho em saúde, possibilitando explorar territórios de potências singulares, no cotidiano do trabalho em saúde, considerando a micropolítica do trabalho vivo em saúde. É na gestão do cotidiano em saúde que este autor aponta possibilidades de constituir novos arranjos na produção do cuidado, configurando novos espaços de ação e novos sujeitos coletivos, mudando o sentido das ações em direção ao “campo de necessidade dos usuários finais” (MERHY, 2002, p.160).

Este autor coloca que a grande questão do trabalho em saúde refere-se ao modo como se produz o cuidado. Um conjunto de atos de saúde, produzido por vários sujeitos, é necessário para compor o cuidado. E isto dependerá de uma adequada articulação entre as tecnologias leve, leve-duras e duras. Acentua que o modo de operar o trabalho vivo em ato, com relações mais ou menos intercessoras, com o usuário final e com os intermediários da própria organização o que resultará em um cuidado mais ou menos cuidador.

Abaixo transcrição de uma parte da reunião de educação permanente, trazendo algumas falas dos debates realizados pela equipe gestora sobre as ações realizadas:

*- [...] cartazes pregados nas paredes, formas de agendar consultas, clima da USF , vamos conversando sobre o que vemos, ouvimos e sentimos com a equipe (assessor G);*

*- realizamos o gerenciamento de casos – por meio dos registros nos prontuários, nos instrumentos propostos pela regulação, a partir da análise de casos no papel identificamos a consulta médica, tipo queixa-conduta. No trabalho como assessor aprendemos a transformar papel em pessoa (assessor Z);*

*-alguns casos nós pegamos e discutimos com a equipe, ou só com a coordenadora ou só com o médico. Conseguimos chegar mais perto, nem que seja 1 em 1000, mas é importante (assessor G);*

*-a discussão de caso deve ser intencional e selecionada a partir das potências e fragilidades das USF e tentar ativar mudanças do processo de trabalho, mas a responsabilidade da mudança é da equipe não é nossa (assessor S);*

*- a mudança do processo de trabalho não vem de cima, mas é da discussão de casos do cotidiano que podem surgir as mudanças, começar é necessário, por partes (assessor X)*

Merhy (2002, p.162) traz para o debate as tensões constitutivas dos processos de produção do cuidado:

*[...] entre o cuidado centrado nos procedimentos ou nos usuários; entre um agir privado e um público, inscrito no modo de operar o trabalho vivo em ato em relações intercessoras; e entre as disputas permanentes de distintas intenções em torno do que são o objeto e o sentido das ações de saúde.*

A equipe gestora teve sua caixa de ferramentas marcada pela capacidade de atuar sobre tensões-potência, problematizando na gestão de cada caso a possibilidade de uma conformação adequada na relação entre as tecnologias (leve, leve-duras e duras). Precisou navegar entre a racionalização e eficiência no uso dos recursos disponíveis, considerando recursos no sentido amplo de conhecimentos, equipamentos, financeiros, organizacionais, de comunicação entre outros e a produção de cuidados centrada nas necessidades do cidadão, de forma equânime, oportuna e qualificada. Como já discutido no capítulo anterior, penetraram no território das práticas de saúde, e colocaram-se na arena de disputas de projetos e interesses, caracterizados por multiplicidades e intensidades, compuseram processos de singularização naqueles encontros e, também, processos de repulsa e indiferença.

Uma das aprendizagens desse processo reitera o que Merhy (2002) aborda sobre a impossibilidade de se ter políticas instituídas, envolvendo o conjunto dos interesses constitutivos do setor saúde, a não ser por pactuação social, por negociação. A outra possibilidade são as práticas mais impositivas e coercitivas.

Os gestores manejaram as ferramentas do controle, que sabiam ser relativo sobre os poderes instituídos-territorializados. Tinham concentração de poder que usaram para abrir possibilidades de novas práticas de gestão e de cuidado. Usaram, portanto, o poder na tentativa de movimentar-desmobilizar setores que poderiam desgastar-potencializar a sua aposta, para tentar deslocar, desmobilizar setores com alto poder conservador. Podem-se evidenciar estas questões durante os encontros de educação permanente da assessoria. A seguir estão apresentados alguns fragmentos:

*[...] assessor A fala que “temos que deixar mais claro o foco da nossa ação: não é acabar com a fila, deve ser centrada no usuário na educação permanente dos trabalhadores. E temos que incluir mais o maior interessado em tudo isso que é o usuário, ele está ausente neste processo”. A*

*assessora H fala que ainda sente que está "enxugando gelo". A assessora Y fala que ainda ouve que agora "eu tenho que ir atrás dos usuários na fila de espera, e tenho que perder tempo com isso, antes era só pôr na fila".*

Aparece na fala um ruído existente em relação ao projeto de duas origens no mínimo, compreensão do projeto para acabar com a fila, e desconforto dos profissionais ao reconhecerem suas falhas (baixa resolubilidade, queixa-conduta, encaminhamentos incompletos e desnecessários) e reclamam que isso da gestão do caso, de dialogar com os especialistas é muito cansativo, dá trabalho. Antes se encaminhava e o usuário ficava na fila. Anteriormente a culpa era dos especialistas e do centro de especialidades e pronto. Por outro lado aparece também a insuficiência e impotência do diálogo com os especialistas, evidenciado pelo desconhecimento do projeto e pelas condutas não modificadas, embora já combinadas com os especialistas. Outra questão que vem a tona é a descrença dos trabalhadores em relação às propostas do gestor formal, mais uma coisa que começa e vai acabar brevemente. Alguns assessores reagem a esta fala e contra-argumentavam que esta é uma política de estado e não de governo.

Ou seja, apesar de reconhecerem os benefícios desse processo para a qualificação do cuidado e de terem maior satisfação em relação a vários aspectos de seu fazer cotidiano, os trabalhadores não deixaram de se incomodar com a mudança da lógica na implementação das rotinas e procedimentos.

Estava presente o tensionamento entre os interesses privados, por um lado a facilidade para os trabalhadores das unidades, ao colocar o usuário "na fila", por outro a publicização considerando as necessidades destes. Esse aumento do trabalho foi decorrente da necessidade de preenchimento de impressos, aumento da quantidade de visitas domiciliares,

enfim da gestão do “trânsito” e do cuidado do usuário pelos vários itinerários do sistema de saúde.

A equipe gestora deixou-se afetar fortemente pelos ruídos e operou a caixa de ferramentas a partir dessas afetações, no tensionamento criado entre o exercício privado da produção do cuidado e o envolvimento dos trabalhadores em processos publicizantes. Operou na disputa, criou vários dispositivos pontuais e singulares, tais como: “mini-oficinas” (reuniões de educação permanente de 2-3h realizada com as equipes nas unidades), serões noturnos (encontros de atualização dos profissionais da atenção básica com os profissionais da atenção especializada), estudos de casos entre os médicos de uma mesma unidade ou com toda a equipe, conversas na hora do café. Com esses dispositivos, tentou fazer rupturas para a passagem de novos fluxos e construção de novos territórios. Atuou desencadeando processos instituintes, disparados todo o tempo. Entrou e saiu de cena, dando voz para os ruídos e conflitos. Novos atores/sujeitos apareceram no cenário.

O arranjo da forma como foi sendo produzido e operado interferiu sobre a clínica no cotidiano, na produção de novos atos de saúde e de novos modos de gestão da clínica e do cotidiano.

Mas esta também era uma fragilidade, pois eles mesmos se assustavam e muitas vezes nas reuniões de educação permanente de parte da equipe gestora aparecia a expressão “nossa, parece que tudo está de ponta-cabeça”, e, nesse momento surgiam os medos de não dar em nada (do fracasso), voltava o instituído em sugestões de propor a normalização e a punição aos trabalhadores e usuários que não seguissem as orientações dadas. Naqueles momentos a equipe buscava a fala da gestora municipal, da Secretária de Saúde que intervinha e problematizava a situação e colocava o foco na missão construída com em

conjunto com os trabalhadores, intervinha também com análises que reconheciam as limitações (força do instituído, tempo da gestão) e as potências da gestão-entre. A condução do projeto foi uma força que deu direcionalidade ao processo.

Esse processo caminhou potente, mas teve um fator que todo o tempo atuava na despotencialização – a questão administrativa – havia sempre uma situação de muita escassez – de gente, de papel- toalha, envelope para os prontuários, detergente comum, sabão, lençol, tubo para exames laboratoriais, entre outros. Não era grave a situação de medicamentos, de tipos de exames, mas de gente e de ferramentas básicas do dia a dia, de baixo custo; era uma questão da forma como se dava a gestão financeira–administrativa da prefeitura, não somente da secretaria; era um problema da gestão municipal – era também o deserto da gestão pública.

Em uma conversa do cotidiano:

*[...] Enfim, se fala tanto em cuidado e as condições de trabalho são tão descuidadas, onde fica a dignidade do trabalhador que não tem papel-toalha para enxugar as mãos? Enxuga numa camisola velha já molhada? Onde as coordenadoras têm que fazer um esforço enorme para conseguir dois pacotes de papel toalha para sua USF? (trabalhador K)*

Essa situação vazava em muitas situações cotidianas: como fazer os serviços de saúde mais resolutivos; trabalhar para a produção de cuidado sem criar condições concretas para que as equipes possam realizar seu trabalho no dia a dia foi um desafio que a gestão-entre viveu. Porém, a condição de escassez apresentava-se, naquele momento, pelas condições da gestão financeira da Prefeitura Municipal. Na fala de um gestor:

*a Diretoria de Atenção à Saúde tem outro desenho agora, mas ainda está frágil e está pesado, se os serviços de apoio dessem jeito, mas é o que temos, a diretoria x é muito difícil... a secretaria de gestão tem que atender todas a secretarias (gestor F)*

Contudo, o deserto também é feito de escassez, a gestão-entre apostou no encontro entre trabalhadores, gestores e usuários como espaço para a produção de vida, de invenção de si própria, apostou naquilo que fervilhava no deserto. No momento do encontro, como diz Oliveira (2009, p.529),

emergem multiplicidades de agenciamentos que podem apontar para a produção de algo que vá para além daquilo que é denominado produção de saúde. Nesse entendimento, os saberes constituídos, as técnicas, as experiências, os conceitos, as crenças, as incertezas, o não-saber, enquanto forças ferramentas, podem se misturar constituindo máquinas disparadoras de produção de subjetividades.

Em outra conversa do cotidiano:

*- Está muito difícil trabalhar na Unidade!*

*Questiono por que e ela fala que essa proposta nova está pesando, aumentou muito o trabalho na unidade, ela relata que os assessores ajudam e ela concorda com a proposta, inclusive diz ser uma das unidades que está desenvolvendo o projeto inicial de cuidado integral aos portadores de diabetes e aos insulino-dependentes, fala “estamos fazendo!” Ela comenta que as enfermeiras estão atuando mais no cuidado, esta proposta faz isso – põe as enfermeiras mais no cuidado - mas ela diz: “estou perdendo a cumplicidade que tenho com os auxiliares de enfermagem e isso está me incomodando”. Ela acha que a maior resistência é dos auxiliares de enfermagem e diz: “eles não estão enrolando, eles estão trabalhando muito mesmo, há um maior número de absenteísmo, atestados médicos, não querem aderir ao projeto atual, querem que o enfermeiro atenda o balcão junto com eles” Fala que os assessores são ótimos:” os que estão comigo têm me ajudado muito, são os melhores. São solidários, não forçam a barra, mas a sua presença na unidade faz com que as coisas aconteçam” (trabalhador H).*

Os assessores apontaram a necessidade de uma política de gestão do trabalho, pois tem ocorrido condutas inadequadas de alguns profissionais, as coordenadoras informaram ao Departamento de Pessoal e à direção da DAS, mas os problemas não foram solucionados. Por outro lado, relataram situações com desfecho positivo, em que a coordenadora fez uma

intervenção com o apoio dos assessores e conseguiu resolver uma situação de modo inclusivo, preservando a relação da equipe. Propuseram formar uma comissão para dar apoio a estas questões – procuraram aprender com encaminhamentos como este que foi resolutivo. Foram feitos contatos para encaminhamento destas situações, mas não houve tempo nem força política para enfrentá-las, tal fato desgastava o trabalho dos assessores.

Narrativa de um trabalhador da USF sobre os assessores que iam toda semana à unidade:

*[...]os sentimentos vividos durante o processo variaram de ansiedade a abandono, passando por frustração, alívio por terem com quem dividir as angústias e a apatia. Ansiedade por sua implantação, frustração por não conseguir tudo que esperávamos e apatia porque muitas vezes o trabalho foi repetitivo, sem novidade [...] não acredito que o projeto continue (na próxima gestão), mas a equipe gestora teria que ter mais autonomia, estar mais próxima da Secretária, em contato direto para que as demandas tivessem uma resposta rápida (trabalhador A).*

As estratégias de intervenção foram potentes na produção dos encontros como vimos até aqui. Porém, este é um processo sinuoso e nem sempre as condições da Prefeitura Municipal possibilitaram a viabilização das demandas e encaminhamentos necessários para enfrentar as dificuldades vividas no cotidiano pelos trabalhadores e isso, muitas vezes, fragilizou a relação que os assessores mantinham com potente horizontalização, e produção de singularidades e de apoio aos trabalhadores.

Campos e Domitti (2007), em texto sobre apoio matricial e equipes de referência, se referem, entre outros, aos obstáculos decorrentes do excesso de demanda e da carência de recursos, referindo-se a evidências de que o volume de serviços oferecidos à população brasileira ainda é insuficiente. Por mais que o projeto da gestão-entre também tenha uma ação racionalizadora, ela não se limitava a essa ação. Nesse sentido Oliveira (2009, p.526) fala que

Ouvimos muito que o SUS serve como um dos exemplos mundiais pela quantidade de ações desenvolvidas com recursos mínimos, o que, constantemente, gera o sofrimento de quem atua na área da saúde. Inevitavelmente, os trabalhadores se vêem pressionados e criam linhas de fuga para sobreviverem a tal ritmo de trabalho.

A dinâmica público-privada (MERHY, 2002) apareceu em muitos momentos durante o tempo da gestão-entre e foi problematizada, pois se apresentava como uma situação crítica que gerava angústia e frustração e era explicitada frequentemente. Merhy (2002) enfatiza que em qualquer processo organizacional em saúde, ao se operar sobre a dinâmica público e privado, deve-se reconhecer que esta é uma dinâmica orgânica ao trabalho em saúde e não é, somente, devido ao modelo hegemônico ou porque há problemas no processo de trabalho. Assim, enfatizamos que é necessário operar, como diz Merhy (2002, p.171)

operar na privatização dos processos decisórios em saúde, no sentido de publicizá-los [...] sem aprisioná-los sob o comando de ações coletivas sobre as individuais, e sem perder o sentido final do trabalho em saúde que é o de defender a vida dos usuários, individuais e, ou, coletivos através da produção do cuidado.

Fui percebendo ao vivenciar o processo da gestão-entre, sendo consumida por ela e consumindo-a, e nos momentos de alteridade proporcionado pelas apresentações realizadas na linha de pesquisa “Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde”, a caixa de ferramentas-corpo vibrátil. Descobrimo a caixa de ferramenta que monta, desmonta, quebra, destrói, constrói suas próprias ferramentas, em constante devir, produzida por e produzindo intercessores com os coletivos em cena. A fala de Merhy (2009)<sup>7</sup> foi tendo cada vez mais significado ao longo da redação deste texto: “Que caixa de ferramentas que a gente quer que o

---

<sup>7</sup> MERHY, E.E Palestra realizada na linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde na Pós-Graduação de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ no dia -04 de jun de 2009

gestor tenha? Um conjunto de coisas que sejam intercessoras nele para que ele seja um inventor de conceitos e ferramentas”.

Não é só a caixa de ferramentas do gestor formal que está em cena, é a caixa de ferramentas dos outros que estão em ação, e em disputa, assim, a caixa de ferramentas está em análise e produção constante. Ao analisar a caixa de ferramentas do outro a minha ferramenta está em cena, em análise e em produção.

Os pontos de resistência são pontos de muito trabalho e de muita potência, o corpo vibrátil é tocado por não ditos, atração e repulsa, podem se atualizar ou não, pode ou não haver interdições de lógicas de vida aí presentes, são máquinas de guerra em ação. Nestes encontros compõem-se planos de consistência, amplia-se a caixa de ferramentas, como efeito do encontro dos corpos, diferentes coletivos em cena, produzem afetos, alguns se efetuam, outros não. É a caixa de ferramentas vibrátil.

Assim, a afirmação de Jódar e Gomes (2004, p.144) que a obra de Foucault é uma "caixa de ferramentas" que possibilita interpretar e repensar o cotidiano, as diversas estruturas sociais e os objetos que o compõem, tornou-se insuficiente, pois dava um sentido de algo pronto e que, conforme a necessidade, eu vou lançando mão das ferramentas necessárias. Passou a ser mais do que isso, é a produção de ferramentas em ato e, ao mesmo tempo, descartando algumas que já trazia prontas em meu arsenal.

Fui novamente conversar com os escritos de Deleuze no diálogo com Foucault em “Os intelectuais e o poder” quando diz que uma teoria é como uma caixa de ferramentas; e na reflexão sobre a frase, a seguir, a gestão-entre e a caixa de ferramentas foram tendo novos sentidos: “[...] é preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico que deixa então de ser teórico, é que

ela não vale nada ou que o momento ainda não chegou. Não se refaz uma teoria, fazem-se outras; há outras a serem feitas” (DELEUZE, 2006, p.43).

Segundo Foucault (2006, p.109) não é dizer que o poder necessita deste ou daquele saber, mas que “exercer o poder cria objetos de saber, os faz emergir, acumula informações e as utiliza [...] O exercício do poder cria perpetuamente o saber e, inversamente, o saber acarreta efeitos de poder.”

A equipe gestora, em seus encontros com outros trabalhadores de saúde, foi também afetada pelas ferramentas com que estes lidavam no cotidiano na produção do cuidado, que não era uma teoria sobre, mas, sim, era a própria produção do cuidado. E, vale aí salientar que, ao criar espaços de conversação, criar rede de informação institucional, onde os outros possam nomear, dizer o que se faz, quem faz, porque o faz já é uma inversão de poder e, provavelmente, nesse momento, há que se destruir, na caixa de ferramentas do gestor formal, algumas ferramentas apreendidas ao longo da vida tal como a de que o “nível central determina as regras e o nível local as executa” . É um primeiro passo na produção da caixa de ferramentas vibrátil. Atuar, então, sobre as tensões constitutivas requer desejo, vontade de potência, é também se dispor a afetações, ainda, acolher e acolher-se nos movimentos de desterritorialização e territorialização. Na Narrativa de um gestor:

*Toda a proposta era muito diferente, acho que mais do que as transformações que ocorreram na organização do Serviço como, por exemplo, a rede de cuidados que se estabeleceu na endócrino, na neuro e em outras especialidades, o grande avanço foi a possibilidade de experimentar novas formas de construir a gestão do cuidado, levando em conta os vários saberes, as várias visões conflitantes ou não, as subjetividades...(gestorB)*

Produção de intensidades que se efetuam produzindo máscaras que, como diz Rolnik (2007), não tem nada a ver com falsidades e fingimentos, elas são vivas e produzidas em ato

nos espaços intercessores, na produção dos afetos; não é a interpretação da realidade, mas a experiencição dela, e, assim em acontecimentos, as máscaras ganham credibilidade, são verdadeiras. E é nos movimentos das intensidades produzidas no cotidiano do trabalho em saúde que vão se transformando, à medida que vamos sendo afetados pelas intensidades presentes. Assim, pode-se utilizar como Barros a caixa de ferramentas “não como alguma coisa que fale por” ou se proponha a apontar certos, errados, adequados em determinadas situações, mas como algo que funcione como um “processo de montagem e desmontagem de máscaras” (BARROS, 2007 p.301).

Pensar então a gestão como gestão peripatética, aproveitando o termo peripatético com o sentido que Lancetti (2006) utilizou na clínica peripatética, como “conversações e pensamentos que ocorrem durante um passeio, caminhando – peripatetismo - uma ferramenta para entender uma série de experiências clínicas realizadas fora do consultório, em movimento”. A escuta das pessoas em seus lugares próprios, sem descaracterizá-los ou diminuí-los (LANCETTI, 2006, p.19).

Utilizo gestão peripatética como um conceito-ferramenta para dar sentido a conversações e pensamentos que aconteceram nos encontros, nos corredores, nas salas de café, em diversos lugares além das salas de reuniões formais, mas nelas também, potencializando as singularidades, os processos de subjetivação nas multiplicidades das afetações e atualizações, sem imposição vertical, com outra ordenação temporal, não pontual, mas sim constante. A produção da caixa de ferramentas na gestão do e no cotidiano – o não saber – a produção na inutilidade, na compreensão dos problemas que se vive, a solidão, o prazer e a dor deste trabalho.

Para a gestão peripatética é preciso caixa de ferramentas vibrátil, então não é buscar construir doutrinas para colocar dentro de uma caixa – mas é buscar gestores que possam manejar a invenção do pensamento (MERHY, 2008), o pensamento como efeito dos encontros, como acontecimentos, isto traz para a cena um debate que vai além de teorias, planejamento, administração e gestão até então utilizados.

Pensar a caixa de ferramentas vibrátil subvertendo-a, transformada como um brinquedo que uma criança desmonta, quebra e destrói. Como um intercessor em mim para que eu invente as minhas máquinas, não como um depósito de doutrina, mas como um manejo, uma invenção, o pensamento como efeito. Na caixa de ferramentas você tem experimentações, acontecimentos, mas, também, representações conceituais, pessoais, significantes e significados (Cerqueira, 2009)<sup>8</sup>. É na experimentação, produzindo movimentos, linhas, contornos e torções desenhados nos vários encontros no trabalho em saúde, em constantes tensões e disputas é que vão se produzindo novas práticas de gestão e de cuidado. Intensidades que se atualizam em enunciados em atos visíveis concretos.

---

<sup>8</sup> CERQUEIRA, P. Palestra realizada na linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde na Pós-Graduação de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ no dia -04 de jun de 2009

## 6. CONVIVER COM A GESTÃO-ENTRE - AS MARCAS NO CORPO

Aprendizagens,  
devires,  
muitas possibilidades de diálogo,  
a necessidade de apoio.

Assim, a vida foi pulsando naqueles encontros em que circulavam intensidades, cada vez tornando-se mais dor e menos delícia; como sair, e terminar este processo tão produtor de devires? A pesquisadora estava se desvanecendo, porém, às vezes, queria mais, sempre mais e a outra, “a assessora”, devinha. Não era eu, muitas intensidades circulavam e não conseguíamos finalizar este processo; e assim fomos: não era eu que estava vivendo este momento, a gestão-entre chegava a seu fim e sabíamos que este grupo não comporia a gestão que iria assumir, esta certeza não era de que esta ou aquela pessoa sairia, mas de que a demanda seria outra, a produção seria interrompida, haveria corte e ruptura.

“Eu por mim queria isso e aquilo  
Um quilo mais daquilo, um grilo menos disso  
É disso que eu preciso ou não é nada disso...”

Sérgio Sampaio

“É disso que eu preciso ou não é nada disso”, esta música de Sérgio Sampaio me veio à lembrança com a percepção de que não se quer tanto a expressão, a fala, mas que alguém tome a decisão e se responsabilize. Resolva os problemas. Como interromper o processo que acontecia nos corpos?



## Mais uma reunião de educação permanente

O assessor X fala da riqueza do processo, de como foi feito; foi muito interessante, aumentou a resolubilidade, houve avanços, mas não consolidamos o processo, várias idas e vindas - problemas graves com informática, falta de computador, processo de compra que iniciou há meses e até agora os produtos não estão comprados - isto tem gerado apreensão, angústia mesmo [...] e assim caminhamos mesmo é com os encontros e desencontros [...] temos que caminhar como podemos com o que temos [...] Essa próxima oficina irá explicitar as fragilidades e temos que ter clareza da dificuldade que iremos enfrentar de que este é um projeto complexo.

O assessor Y fala da importância de fazer estas conversas com as coordenadoras[...] Assessor P fala da importância de manter o ritmo, dores, perdas[...] Assessor X fala de quanto hoje depois ter vivido esta experiência, fica difícil pensar como antes[...]momento de instabilidade[...] fala da consolidação deste processo (da regulação) em nível nacional[...]fala do Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde que também é uma força que segura as pontas na região:“melhorou a situação dos municípios” não trabalhamos mais por cota, mas, por risco[...]o que pode acontecer é um processo normativo em vez de discutir a Atenção Básica e qualificar a discussão de casos. Todas as avaliações foram muito positivas. Assessor g fala “mudou e não volta, foram 2 anos, adoro fazer a assessoria não quero deixar, aprendi muita coisa da USF. A estrutura antiga da Diretoria de Atenção à Saúde morreu, não tem jeito, precisamos da regionalização, temos que evoluir, [...].” Gestor F – fala da abertura que tiveram aqui dentro, da honestidade do grupo, espaço de escuta, de EPS nossa, discutindo valores, mudança, para receber os coordenadores precisamos estar fortalecidos, não temer as fragilidades [...] não tem como saber antes o caminho, sem

trilhar o caminho [...] não dá para imaginar o que vai acontecer [...] muitas coisas podem acontecer [...] muitos fatores [...] a equipe reconhece que estamos fazendo e fazendo bem [...] e este sentimento temos que partilhar com o grupo na oficina[...]

### **Pausa para refletir sobre o vivido – dialogando com outros autores**

Acrescento mais esta última cena, com as afetações explicitadas pelos assessores em suas falas. Dessa forma, querendo fazer avançar mais, buscando soluções mais criativas, fomos caminhando até que o grupo foi forçadamente se espalhando e começa, então, outro ciclo de gestão municipal, um outro capítulo, quem sabe os novos pesquisadores percebiam novas máscaras se formando - com certeza, muito movimento sempre haverá.

Aí, quais são as marcas no corpo? Tão difícil quanto sair do processo está sendo escrever este último capítulo, deixar fluir intensidades outras que produzirão outras máscaras. Seriam as considerações finais? Não seria bem isso, seria isso e aquilo como diz o poema do Sergio Sampaio ou não seria nada disso. Mas..., vamos às marcas no corpo.

Iniciei este trabalho falando do meu desejo de olhar para o campo da gestão de uma organização de saúde, considerando esse campo como um processo com movimento e dinâmica próprios, onde estão presentes muitos, atores e projetos, focando o espaço da micropolítica, espaço de disputas e de tensão. Desejo que veio com as marcas deixadas pelas cicatrizes dos processos vividos pelo pesquisador, como enfermeiro, como gestor do SUS e como docente na formação de profissionais de saúde tendo o SUS como escola. Para isso, no contexto de uma política pública – o SUS –, foram consideradas as características do trabalho em saúde, processos de singularização, dispositivos e arranjos, encontros e intercessores, conceitos-ferramenta que foram construídos ao longo das vivências, incluindo esta, da pesquisadora, na sua participação na construção de um SUS. Não foi de forma solitária, foi

partilhando, pedindo ajuda para diversos autores, a maioria aqui citada, porém nem todos. Assim, foram feitas opções, inclusive metodológicas que ajudassem a ver, olhar, sentir e afetar por intensidades ainda não vividas.

Considerando, então, o vivido e a forma como foi desenvolvida esta pesquisa, produziu-se algumas atualizações.

Assim, destaco inicialmente a singularização dos processos. Por mais que a equipe gestora fosse alimentada por movimentos desencadeados pelas diversas instâncias de gestão do SUS, como o MS, CONASEMS, CONASS, Bipartites, Secretaria Estadual de Saúde, entre outras, produziu-se em encontros intercessores um arranjo singular. A equipe gestora evitou a invasão de estrangeiros, houve invasão sim, mas de projetos e disputas instituintes e instituídas; tanto no espaço da hierarquia formal como nas marcas que os trabalhadores e usuários tinham em seu corpo, todos tinham suas histórias datadas e em determinados contextos. Aliás, essa invasão é que foi produtora dos processos de singularização. O exercício de combinar, no local, saberes e práticas advindas de diversos pontos e em diversos lugares, produziu novos territórios para a gestão, produziu a gestão-entre e a gestão peripatética.

Este arranjo, chamado neste município de assessoria técnica, foi se dando a partir da regulação do acesso à assistência para a produção da rede de cuidados, tecendo e misturando apoio institucional, apoio matricial, educação permanente em saúde, colocando o trabalho vivo e os encontros como o lugar da potência. Na agenda dos trabalhadores foi marcada a discussão do cuidado integral singular como referência principal, produzindo encontros cuidadores, nos quais estava também em análise o trabalho dos próprios assessores.

Esta foi a gestão-entre, porque foi no entre que ela foi se constituindo - desde o entre dos territórios instituídos, isto é, entre o final de uma gestão pública municipal, quando parecia não ter mais nada a fazer, a não ser manter o já existente e administrar os problemas e conflitos do SUS local, sem que houvesse muitas perdas dos avanços já alcançados. Este era o entre do instituído, mas, também o entre do território do vibrátil do desejo enquanto força de produção. Pelo entre do gestor - trabalhador de saúde, pelo entre do gestor e do clínico, pelo entre do gestor e do usuário. Enfim pelo entre dos diversos espaços da gestão. Foi no entre que a produção daquela gestão tomou consistência. A ação foi se dando sobre a ação, em movimento, criando novos rumos, produzindo linhas de fuga e rupturas. Movimentos intercessores, processos de subjetivação na medida em que há intervenção na ação sobre a ação, atravessamentos de um domínio sobre outro. Com o foco nos trabalhadores e nos usuários.

Tomar pelo meio, produzindo conjunções e disjunções não no sentido temporal no tempo político da gestão, mas retomar pelo entre daquilo que já estava em produção e de outras formas de produção, não trabalhando falhas no processo, mas seus combustíveis.

Portanto, a matéria prima do processo de trabalho era o encontro. Nos encontros havia a espessura do real, o pensamento em ação, o conflito, o confronto, a produção do comum.

Os coletivos, como dispositivos, não requerem homogeneidade, mas a capacidade de trabalhar com as diferenças, deixando as prescrições de lado; não há possibilidade de se produzir consenso sempre. Muitas vezes se trabalha é no limite, na passagem, na fronteira do conviver e produzir nas diferenças, na polissemia, na possibilidade de se produzir, romper ou fortalecer a racionalidade hegemônica de produção de procedimentos e da banalização de

tudo aquilo que representa a vida pulsante de trabalhadores - usuários e usuários - trabalhadores, todos sempre gestores. Claro, com diferenciais de poder: depende para quem, pois se pensarmos na satisfação do usuário, no impacto dos serviços de saúde na qualidade de vida, os usuários terão grande poder ao nos revelarem, nem que seja por meio de estatísticas, o quanto o que fazemos é insignificante perante a produção capitalística que se faz da vida. Considerando, também, que o usuário é co-produtor do trabalho em saúde, todos somos gestores, usuários e trabalhadores na saúde.

Coletivo, como dispositivo, cria fluxos, tramas, conexões; produz muitas linhas, de força, de fuga, rede de conversação, gerando acontecimentos, invadindo territórios com processos de subjetivação que produzem novos territórios e singularidades. Mas, ao mesmo tempo, o coletivo-dispositivo corta e, como uma máquina, inclui e exclui para concretizar suas realizações. Ou, às vezes, ao invés de uma linha de força entrar em concordância com outra força, ela se recurva sobre si mesma e, num processo de morte e vida é possível ir se transformando o próprio dispositivo em outro dispositivo-coletivo. Dessa forma, não produzindo verdades e modos de produção de cuidado exemplares, mas sim, produção de encontros e desafios ético-políticos no encontro e, em ato, inventando realidades.

Então a singularização do encontro, como acontecimento, se atualiza e produz uma tipologização móvel, uma produção de máscaras, que não são fixas; é uma produção no acontecimento, em ato, nas afetações, intensidades que fluem e que vão se atualizando e efetuando nas máscaras produzidas em encontros, conexões e rupturas. E ela mesma, a própria máscara, opera intensidades e está sempre em composição e em decomposição.

Apoiamos-nos para poder ver e sentir as máscaras e não as pessoas, nos conhecimentos dos parceiros que trouxeram os referenciais teóricos e fomos sendo instigados

a dar passagem aos encontros em sua diversidade. A máscara não pertence a uma pessoa, é o produto das afecções, modo de se produzir nas relações, são as efetuações de processos de subjetivação. Assim, produziram-se muitas máscaras não como falsidades, mas como intensidades que se efetuam nos encontros.

Assim a gestão-entre foi se produzindo, peripatéticamente, com suas máscaras, em diversos lugares e situações. Produtora de novidades, provocadora e disruptora. Aparece, então, a caixa de ferramentas vibrátil. Uma mistura de conceitos-ferramenta advindos de diversos lugares, de diversas histórias vividas na construção do SUS local. Há a produção de ferramentas em ato na relação e na produção de coletivos, em intervenção, considerando a clínica, o cotidiano e o cuidado. É a produção da e a caixa de ferramentas em movimento e dando movimento, de proliferação, de muitas conversas, desterritorializações e reterritorializações, nomadismo sem sair do lugar, mas produzindo novos territórios. Nas pequenas lutas no cotidiano, nas tensões constitutivas do trabalho em saúde, foi na tensão e na potência que o coletivo operou, no tensionamento entre o exercício privado e o envolvimento em processos mais publicizantes de produção do cuidado.

E ao vivenciar esse processo da gestão-entre e nos momentos de alteridade proporcionados também pelas discussões deste trabalho e de outros na linha de pesquisa da micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde, fui percebendo, a gestão peripatética e a caixa de ferramentas vibrátil. Esta foi produzida a partir das afetações que o cotidiano foi produzindo, não só no coletivo mais envolvido com a gestão-entre, mas também, foi uma produção na caixa de ferramentas dos trabalhadores não diretamente vinculados àquela gestão. É, também, subverter a ordem formal de que a equipe do nível central é quem determina as regras a serem executadas pelo nível local, criar novos fluxos efetivados por redes de conversação, de informação onde outros possam nomear, dizer o que faz, como faz,

porque faz, e, nesse momento, destruir antigas ferramentas vinculadas à teoria geral da administração. É a caixa de ferramentas que monta, desmonta, quebra, destrói e constrói suas próprias ferramentas.

Caixa de ferramentas como um processo de montagem e desmontagem de máscaras; capacidade de inventar e pensar o cotidiano nas diversas unidades de saúde da rede de cuidados, ter a capacidade de se afetar nos encontros e nas pequenas lutas diárias, ser intercessor em você, produzir ferramentas em espaço de intercessão. A produção de ferramentas do e no cotidiano. E não só de ferramentas para os coletivos de gestão, mas para os trabalhadores que estão misturados em você e com você em situações de trabalho cotidianas, é a própria produção do cuidado. Ao me deparar com a caixa de ferramentas do outro, a minha ferramenta entra em análise e produção. A resistência efetua momentos de muito trabalho e muita potência, mais fortemente, quando não se interditam as lógicas de vida aí presentes. Esta é a ideia da gestão peripatética e sua caixa de ferramentas vibrátil.

A análise dos resultados deste estudo possibilita evidenciar potência na conquista da integralidade de arranjos que articulem a regulação com a efetiva produção da rede de cuidados. Isto é, há uma necessária articulação e coordenação da rede que está em constante movimento e transformação. A rede de cuidados ela não existe pelos seus aspectos estruturais, mas é produzida em seus movimentos que produzem encontros, entre trabalhadores, usuários e gestores. Este movimento é desencadeado a partir das demandas trazidas tanto pelos usuários, como pelos trabalhadores presentes nos diversos serviços que compõem esta rede e a gestão deste processo não pode estar centralizada nem geograficamente, nem nos saberes e práticas que operam esta trama. Destaca-se neste processo a direcionalidade dada pela pactuação e construção coletiva do projeto político desta organização que foi sendo pactuado e re-pactuado todo o tempo.

Ao atuar, então, sobre as tensões presentes no cotidiano do trabalho em saúde, evidencia-se que as tecnologias que temos disponíveis ainda são insuficientes para articular a gestão do sistema em direção à produção do cuidado centrado na necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada. Desse modo, a produção da integralidade, princípio do SUS, exige que a gestão tome a produção do cuidado e o trabalho em saúde como seu objeto de ação, como política de governo. Não basta montar sistemas de informação, fluxogramas e protocolos é necessário efetuar-los no cotidiano na interação entre os diversos serviços, com aqueles que ali estão presentes, gestores, trabalhadores e usuários. Nos encontros e nas redes de conversações é que acontece a produção do trabalho em saúde, vivo, em ato, aquele que acontece no momento do encontro entre trabalhador e usuário, e nas relações entre os profissionais de saúde. Em movimento de produção constante é que se efetua os princípios estabelecidos pela constituição brasileira, de valorização da vida, centrais para efetuação complexa dos arranjos necessários para a integralidade.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLE, G. G. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. São Paulo: HUCITEC, 2006.
- AGUIAR, K. F.; ROCHA, M. L. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 648-663, 2007.
- ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.
- ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: HUCITEC, 2004.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2003/fev. 2004.
- AZEVEDO, B. M. S.; CARVALHO, S. R. O diário de campo como ferramenta e dispositivo para o ensino, a gestão e a pesquisa. In: CARVALHO, S. R.; BARROS, M. E.; FERIGATO, S. **Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade**. São Paulo: HUCITEC, 2009, p. 204-209.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional**. Belo Horizonte: Rosa dos Tempos, 1996.
- BARROS, R. B. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina Ed., 2007.
- BARROS, R. B.; PASSOS, E. A Construção do Plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, jan./abr. 2000.
- BENJAMIN, W. **Rua de mão única: obras escolhidas**, Trad. Rubens Rodrigues Torres Filho e José Carlos Martins Barbosa. São Paulo: Brasiliense, 2000. v. 2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/volume1.pdf>>. Acesso em: 22 fev 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de ago. 2008. Seção 1, n. 148, p. 48.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS -SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jan. 2001. Seção 1, v. 89, n. 20, p. 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS -SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 fev. 2002. Seção 1, n. 40, p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, G. W. **Um método para a análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia nas instituições: o método da roda. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 29-87.

CAMPOS, G. W.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CECCIM, R. B. Onde se lê “recursos humanos em saúde” leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. p. 161-180.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

CHAUI, M. Prefácio. IN: SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena**: experiências e lutas dos trabalhadores da grande. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

DELEUZE, G. **Francis Bacon**: a lógica da sensação. Traduzido por Silvio Ferraz e Annita Costa Malufê. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

DELEUZE, G. **A Lógica do sentido**. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

DELEUZE, G. **Empirismo e subjetividade**: ensaio sobre a natureza humana. São Paulo: Ed. 34, 2001.

DELEUZE, G. **Espinoza**: filosofia prática. São Paulo. Ed. Escuta, 2002.

DELEUZE, G. **Foucault**. Tradução Claudia Sant'Anna Martins; revisão da tradução Renato Ribeiro. São Paulo, Ed. Brasiliense, 2005.

DELEUZE, G. **O mistério de Ariana**. Lisboa: Veja, 1996.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro : Ed. 34, 1995. v. 1.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Tradução de Ana Lucia de Oliveira e Lucia Claudia Leão. Rio de Janeiro : Ed. 34, 1995a. v. 2.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Tradução de Peter Pal Pelbart e Janice Caiafa. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1997. v. 5.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O anti-édipo: capitalismo e esquizofrenia**. Lisboa: Assírio & Alvim Ed., 1996.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DONNANGELO, M. C. **Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1998.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica: o caso de Londrina e Marília**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

FEUERWERKER, L.; MERHY, E. E. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009.

\_\_\_\_\_. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

FIGUEIREDO, M. et al. (Org.). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade: a vontade de saber**. 17. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução Roberto Machado. 22 ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2006a.

FOUCAULT, M.; DELEUZE, G. Os intelectuais e o poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1995. p. 69-78.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2003.

FRANCO, T. B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do Sistema Cartão Nacional de Saúde**. 240 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas Municipais de Saúde e a diretriz da Integralidade: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr. 2002.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, maio 2006.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira e Lucia Claudia Leitão. São Paulo: Ed. 34, 2006.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

HESS, R. Momento do diário e diário dos momentos. In: \_\_\_\_\_. **Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si**. Tradução de E. C. S. Abrahão e M. H. M. B. Souza. Porto Alegre: PUCRS, 2006. p. 89-103.

ILICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2009**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/default.shtm>. Acesso em: 16 ago. 2009.

JÓDAR, F.; GOMES, L. Experimentar o presente: sobre a formação de novas identidades. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 139-153. 2004.

KASTRUP, V. A psicologia na rede e novos intercessores. In: FONSECA, T. M. G.; FRANCISCO, D. J. (Org.). **Formas de ser e habitar a contemporaneidade**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2000. p.13-26.

LANCETTI, A. **Clinica peripatética**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

LINS, A. M.; CECÍLIO, L. C. O. Campos de intervenção organizacional: a contribuição das ciências humanas para uma leitura crítica das propostas de gestão das organizações de saúde.

**Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 503-514, set./dez. 2007.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. **Plano de Governo 2001-2004**. Londrina, [2000?].

LONDRINA. Prefeitura Municipal. **Plano municipal de saúde para o biênio 2004-2005**. Londrina : Autarquia Municipal de Saúde, 2004.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Decreto n.º 275, de 30 de abril de 2007. Aprova o Regimento Interno da Autarquia Municipal de Saúde. **Jornal Oficial**, Londrina, n. 849, maio de 2007.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Autarquia Municipal de Saúde. **Boletim Informativo da Saúde**, Londrina, v. 11, n. 40, p. 3-4, set. 2007.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Autarquia Municipal de Saúde. **Boletim Informativo da Saúde**, Londrina, v. 12, n. 43, p. 3-4, nov. 2008.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Autarquia Municipal de Saúde. **Boletim Informativo da Saúde**, Londrina, v. 12, n. 44, p. 2, nov. 2008a.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Autarquia Municipal de Saúde. **Relatório sobre o processo de reorganização do atendimento na área de média complexidade ambulatorial (consulta médica de especialidade) no município de Londrina**. Londrina: Autarquia Municipal de Saúde, 2008b. Relatório.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Autarquia Municipal de Saúde. **Relatório de de Oficina de avaliação da assessoria técnica na atenção básica - de junho de 2007 a dezembro de 2008**. Londrina: Autarquia Municipal de Saúde, 2008c. Relatório.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Autarquia Municipal de Saúde. **6ª Mostra de experiências da Autarquia Municipal de Saúde**. Londrina: Autarquia Municipal de Saúde, 2008d. Organização de Mara Lucia Rocha Ramos.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Autarquia Municipal de Saúde. **Relatório de trabalho da assessoria técnica na atenção básica - de junho de 2007 a dezembro de 2008**. Londrina: Autarquia Municipal de Saúde, 2009. Relatório.

LOURAU, R. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: NAPE/UERJ, 1993.

LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 9-20.

MACHADO, R. Introdução: por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 22. ed. Organização e tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, p. 7-23.

MAIRESSE, D.; FONSECA, T. M. G. Dizer, escutar, escrever: redes de tradução impressas na arte de cartografar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 111-116, jul./dez. 2002.

- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que devem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001. p. 39-64.
- MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.
- MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n.16, p. 9-24, set. 2004/fev. 2005.
- MENEGON, V. R. M. Por que jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Ed. Cortez, 1999.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.
- MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Práxis en salud: um desafio para lo público**. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1997.
- MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 110-122, maio/ago. 2003.
- MERHY, E. E. **O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador**. [1998]. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-22.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2009.
- MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 15-36.
- MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A., (Org.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004, v. 1, p. 21-45.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. M.; CERQUEIRA, M. P. **Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado**. 2010. No prelo.
- MORSCHER, A.; VASCONCELOS, M. F. F. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 13, p. 729-738, 2009. Suplemento1.
- NEGRI, A.; HARDT, M. **Multidão**. São Paulo: Record, 2005.
- NERY, S.R. et al. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, p. 1411-1419, set./out. 2009. Suplemento 1.

NIETZSCHE, F. **A vontade de potência**. São Paulo: Ed. Escala, n/d.

NOLTE, E.; MACKEE, M. Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. **World Health Organization 2008 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies**. New York: Open University Press: McGraw Hill Education, 2008.

OLIVEIRA, G. N. et al. Novos possíveis para a militância no campo da saúde: a afirmação de desvios nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, p. 523-529, set./out. 2009. Suplemento 1.

OLIVEIRA, G. N. O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. 2007. 202 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

ORLANDI, L. **Ética em Deleuze**. Disponível em: <<http://www.cpflcultura.com.br/posts/videos?page=1>>. Acesso em: 15 out 2009.

PIMENTA, A. L. Atenção básica como eixo estruturante do sistema local de saúde de Amparo-SP. **Divulg. saúde debate**;(32):36-45, maio 2005

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p. 7-34.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003.

QUINO. **Potentes, prepotentes e impotentes**. Trad. Mônica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

RODRIGUES, H. C. Psicanálise e análise institucional. In: RODRIGUES, H.; ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina, 2007.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa et al. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.** 2009, vol.12, n.2, pp. 158-171

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A Regulação pública na saúde no Estado Brasileiro: uma revisão. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, jan./jun. 2006.

SANTOS, N. R. Ética social e os rumos do SUS. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 239-245, jul./set. 2004.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B. et al (Org.). **Saúde do adulto**: programa e ações na unidade básica. São Paulo: HUCITEC, 1996. p. 29-47.

SILVEIRA, R. A. **Michel Foucault**: poder e análise das organizações. Rio de Janeiro. Ed. FGV, 2005.

SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-76, fev. 2010.

TANAKA, O.Y.; OLIVEIRA, V. E. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n. 1, p. 7-17, jan./abr. 2007.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 885-895, 2004.

## **ANEXOS**

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)