



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E  
INSTITUCIONAL**

**Fernanda Steffen Culau**

**Dissertação de Mestrado**

**DA ARTE DO APOIO AO (RE)EXISTIR ESTÉTICO:  
SOBRE INTERVIR E REINVENTAR NO SUS**

**Porto Alegre, RS  
2013**

**Fernanda Steffen Culau**

**DA ARTE DO APOIO AO (RE)EXISTIR ESTÉTICO:  
SOBRE INTERVIR E REINVENTAR NO SUS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Mainieri Paulon

**Porto Alegre, RS  
2013**

**Fernanda Steffen Culau**

**DA ARTE DO APOIO AO (RE)EXISTIR ESTÉTICO:  
SOBRE INTERVIR E REINVENTAR NO SUS**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e Institucional, apresentada na data de 22 de abril de 2013.**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dra. Tânia Mara Galli Fonseca (UFRGS)**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dra. Liane Beatriz Righi (UFSM)**

---

**Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim (UFRGS)**

Dedicado a todos aqueles que destinaram  
seu trabalho para lutar pela vida do SUS.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao Thomas, amor da minha vida, em quem encontrei apoio imensurável na concretização desse trabalho. Obrigada por escutar-me e incentivar-me, acreditar nos meus sonhos e sonhar junto comigo.

À minha família, pai, mãe e mana, que sempre torcem e vibram comigo, por permanecerem ao meu lado, me auxiliando incondicionalmente em todos os momentos. Também a minha querida avó Alany por todo o incentivo e carinho, e aos meus tios Ricardo e Cristina pelo imenso apoio, do ingresso ao mestrado, à chegada à Porto Alegre até os dias de hoje.

À Laura, irmã de convicções, por sua presença constante em todas as horas e em todas as etapas da formação psi, por acreditar em mim, muitas vezes mais do que eu mesma. Por ser elo de ligação às minhas origens ‘de interiores’ e por ser minha inspiração nesta longa e infinita estrada da vida adulta.

Ao grupo de pesquisa Intervires, aos estudos, aos sorrisos, às reuniões, confraternizações, viagens pelas estradas afora e pelos caminhos do pensamento. Cada um, do seu jeito, contribuiu para que este trabalho fosse concretizado. Em especial à Liana, amiga incentivadora, que destinou diversas vezes, momentos de inigualável incentivo neste trabalho, me auxiliando constantemente na superação dos percalços, da escrita à vida; André pela torcida e acolhida desde os tempos vegetarianos; Loiva pela sua força e animação pulsante; Francis que confiou na aposta teórica do devir, auxiliando diversas vezes as construções textuais desde a criação deste projeto e Renatinha, nossa queridona, animadora e parceira.

Ao grupo de apoiadores que compôs a “Comissão de Apoio Matricial e Nasf”, por propiciar um espaço precioso de convívio e de trocas. Obrigada pelo acolhimento da proposta de pesquisa e por todas as contribuições ao longo do processo. Agradeço as apoiadoras Adriane, Ana Paula e Marisa pelos momentos de interação e trocas e por possibilitarem eu ser “corujinha”, homenagem que marcou o reconhecimento de minha participação no grupo.

À todos os outros trabalhadores do SUS que pude conviver durante essa pesquisa, e ao longo da vida.

À turma do mestrado, por todas as emoções vividas. Os momentos que compartilhamos ficarão marcados para sempre.

Às amigas-irmãs Dani, Paola, Ane, Mari e em especial à Nathi pela agilidade preciosa e atenção na tradução do resumo.

Aos professores da banca examinadora que proporcionaram um espaço muito rico de trocas, aprendizagem e afeto. Ao professor Ricardo Burg Ceccim pelo apoio prestado, por abraçar esta pesquisa desde o início, por estimular o processo do grupo e propiciar outros espaços para que sigamos discutindo juntos alguns temas aqui abordados; à Tania Galli Fonseca por suas inspirações poéticas e pela oportunidade de aprender com elas; e à Liane Beatriz Righi por suas delicadas contribuições e por podermos dividir as inquietações advindas do trabalho no SUS.

Á minha orientadora e amiga Simone Mainieri Paulon, que mostrou-me a importância de apostarmos nas potências dos encontros. Obrigada por cada palavra, por compartilhar ideias e por acompanhar esta produção com cuidado e carinho, fundamentais para a conclusão deste longo percurso.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS e a Capes, pela bolsa de estudos que permitiu a imersão necessária para a vivência de pesquisa da qual emerge esta dissertação.

(...) Ler é alimento de quem escreve. Se não gostar de ler, como vai gostar de escrever? Ou escreva então para destruir o texto, mas alimente-se. Fartamente. Depois vomite. Para mim, e isto pode ser muito pessoal, escrever é enfiar o dedo na garganta. Depois, claro, você peneira essa gosma, amolda-a, transforma. Pode até sair uma flor. Mas o momento decisivo é o dedo na garganta.

Caio Fernando de Abreu

## **Lista de Siglas**

APS – Atenção Primária em Saúde  
ABS – Atenção Básica em Saúde  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
EPS – Educação Permanente em Saúde  
ER – Equipe de Referência  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família  
PMPA – Prefeitura Municipal de Porto Alegre  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PNH – Política Nacional de Humanização  
PoA – Porto Alegre  
PSF – Programa de Saúde da Família  
RS – Rio Grande do Sul  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UFSM – Universidade Federal de Santa Maria  
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## RESUMO

Esta pesquisa de mestrado explorou o tema da função apoio na atenção básica em saúde, acompanhando um processo de formação-intervenção realizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul a partir do assessoramento para pensar o apoio feito a um grupo de trabalhadores da saúde vinculados à rede de Porto Alegre. Sustentado metodologicamente nos pressupostos da pesquisa-intervenção, o estudo traçou uma cartografia junto aos apoiadores, acompanhando-os no exercício do apoio, tanto em seus cotidianos de trabalho, quanto em momentos de troca e problematização ao longo do processo de formação. Com a finalidade de colocar em análise as práticas operadas por apoiadores para poder extrair o que das instituições persiste e resiste enquanto construção da democracia, produção do comum e do que é da ordem do público, três eixos teórico-conceituais aprofundaram o tema: saúde, a produção de subjetividades e políticas públicas. Entre as ferramentas de pesquisa utilizadas, destaca-se o diário de campo da pesquisadora que, na experimentação do apoio realizado ao grupo em formação, permitiu que o exercício de análise de implicação ampliasse a compreensão do tema e produzisse novos sentidos aos processos tanto de formação em curso quanto da cartografia que junto a ele se delineava. Neste ponto situamos a emergência de um devir apoio, capaz de desnaturalizar as práticas cotidianas, inscrevendo no sistema de saúde modos de trabalhar que permitem revisitar os princípios da Reforma Sanitária e apontam para um reencantamento do SUS. Ao final, as análises teórico-críticas viabilizadas pelos processos acompanhados, permitiram ver o apoio como uma torção que se faz na diferença, existindo enquanto um híbrido entre aquilo que se tem instituído/definido como apoio (matricial, institucional, à gestão) e certo modo inventivo que começa a se insinuar entre as práticas em saúde. Propõe-se que o resultado deste “não-lugar”, criativo e participativo, seja o devir apoio. Um apoio que ultrapassa a condição de mera “função”, pois existe a favor das transformações, da construção de um conceito de saúde, de produção do novo: Apoio para produzir estéticas - do trabalho, da clínica, da vida - uma arte que produz subjetividades ao invés de encarcerá-las.

## ABSTRACT

This master's research explored the theme of support function in basic health attention, following a formation-intervention process produced by the Federal University of Rio Grande do Sul after the support request made by a group of health workers of the Porto Alegre network. Methodologically sustained by the assumptions of the intervention research, the study drew a cartography along with the supporters, accompanying them in the exercise of support in their daily work as well as in moments of exchange and problematization throughout the formation process. With the intent of analyzing the tactics operated by supporters in order to extract what remains of the institutions and resists of the construction of democracy, production of the ordinary and what is public order, three conceptual-theoretical nexus were extracted of the deepening of the subject: health, subjectivity production and public policies. Among the research tools utilized, we highlight the researcher's field diary that, in the experimentation of the support made to the group in formation, allowed for the analysis of implication exercises amplified the comprehension of the theme and produced new meanings to the processes of formation in course as well as the cartography that underlined along with it. At this point, we state the emergency of a support to come, capable of denaturalizing the everyday practices, subscribing working practices that allow us to revisit the Sanitary Reform in the health system and point to a revitalization of SUS. In the end the critical-theoretical analysis made viable by the accompanied processes allowed us to see the support as a twist made in the difference, existing while a hybrid of that that has been defined as support (matrix, institutional, to management) and a certain inventive way that begins to appear in health practices. We propose that the result of this unique, creative and participative support should come. A support that goes beyond the condition of mere "function", for it exists in favor of transformation, the construction of a health concept, of production of the new: support as esthetics – of work, of clinic, of life – an art that produces subjectivities instead of incarcerating them.

## SUMÁRIO

<b>1 O INÍCIO, O FIM E O MEIO</b>	<b>11</b>
<b>2 DAS VÁRIAS FALAS, DAS VÁRIAS PAIXÕES E DAS VÁRIAS VOZES</b>	<b>17</b>
<b>3 O VENTO, O CAMPO E O CULTIVO</b>	<b>21</b>
<b>4 A ARTE QUE SE FAZ NO CAMINHO: CARTOGRAFIA, DESEJO E INTERVENÇÃO</b>	<b>27</b>
<b>5 PORTO ALEGRE EM CENA: PERSPECTIVAS DE UM SISTEMA COGESTIONÁRIO</b>	<b>36</b>
<b>6 REFORMA SANITÁRIA, ATENÇÃO BÁSICA E FUNÇÃO APOIO: ONDE ESTAMOS E PARA ONDE VAMOS?</b>	<b>43</b>
<b>6.1 Política Nacional de Humanização: problematizando a gestão e o cuidado</b>	<b>50</b>
<b>6.2 História do apoio na saúde pública brasileira</b>	<b>52</b>
<b>6.3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): interrogações</b>	<b>64</b>
<b>6.4 Apoio matricial e apoio institucional: intercessões possíveis</b>	<b>70</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES (A)FINAIS: O QUE PODE ENFIM O APOIO?</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO I</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO II</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO III</b>	<b>109</b>
<b>ANEXO VI</b>	<b>113</b>

## 1 O INÍCIO, O FIM E O MEIO

*A gente está acostumado a trabalhar com sucata, nós, trabalhadores do SUS, somos especialistas em sucata. O que nos move ao trabalho diário nessas condições são as pequenas oportunidades de mudanças possíveis, como o fato de vir à comissão e discutir as questões que surgem no campo e que necessitam ser compartilhadas no coletivo.*

(Depoimento apoiador/comissão)

O relógio marca 07h25 da manhã. No ônibus, rumo a um bairro de Porto Alegre, desenho outro caminho da pesquisa, bem distante dos muros da universidade; inicio o tão esperado campo ‘afora’, movida pela ideia de que a cartografia do apoio, tamanha sua excentricidade, deveria se dar junto aos trabalhadores em seu exercício cotidiano e diário. As expectativas que me faziam companhia *on the road* diziam respeito tanto ao desconhecimento de um lugar geográfico, situado na fronteira entre os municípios de Porto Alegre e Viamão, quanto de um lugar institucional, exercício concreto de experimentação da estratégia de apoio, tema-foco da pesquisa que aqui se abre. Recepcionada pela psicóloga<sup>1</sup>, combinamos de percorrer juntas um dia inteiro no cenário da saúde: visita a dois serviços, uma Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>2</sup> pela manhã e uma Unidade Básica de Saúde (UBS)<sup>3</sup> à tarde. Nestas, a agenda do dia era reservada para a prática do apoio matricial<sup>4</sup>, exercício que incluía

---

<sup>1</sup> Trabalhadora vinculada à Prefeitura Municipal de Porto Alegre e integrante da “Comissão de Implantação da Diretriz de Apoio Matricial na Atenção Primária”, constituída pela Portaria 536 de 07/06/2011. Esta comissão teve o auxílio da UFRGS através da assessoria no processo de formação-intervenção que deu origem ao acompanhamento dos apoiadores e viabilizou a realização da presente dissertação. O processo e seus desdobramentos estão detalhados no capítulo 3, que traz especificações referentes ao campo da pesquisa.

<sup>2</sup> A Estratégia de Saúde da Família visa, segundo diretrizes do Ministério da Saúde (2009b), a reorganização da Atenção Básica no país com o objetivo de atuar no território, com acompanhamento dos sujeitos e famílias ao longo do tempo através do trabalho em equipe multiprofissional que deve contar necessariamente com, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário em Saúde.

<sup>3</sup> As Unidades Básicas de Saúde são o local de trabalho de referência das Equipes de Atenção Básica, bem como das equipes de Saúde da Família. Estão localizadas em território determinado e podem acomodar mais de uma equipe. Informação acessada no Departamento da Atenção Básica, [http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_como\\_funciona.php?conteudo=ubs](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=ubs)

<sup>4</sup> A respeito desse termo, trataremos detalhadamente adiante. Agora, abrimos a discussão com a ilustração a respeito da palavra matricial, como aquilo que indica a possibilidade de “sugerir que profissionais de referência e

principalmente o auxílio nos casos clínicos que eram apontados como embaraçosos pelas equipes, a discussão de situações adversas no cotidiano do trabalho e a composição junto aos outros saberes para a criação de estratégias para a rede assistencial e relações interpessoais. A guisa de curiosidade, nenhuma das equipes possuía um profissional da ‘saúde mental’ para tais casos e por isso a prática de composição com outros olhares era tão bem-vinda pelas equipes. A calorosa acolhida à profissional era repleta de expectativas e confiança. Só vi sorrisos e esperança nos olhos daqueles que a encontravam pelos corredores e apelos por *correr-dores*.

Era um dia de matriciamento, prática já de fato exercida no cotidiano daquela profissional e das equipes, mas percebi que havia algo além do cumprimento de mais uma das tarefas para aquele grupo. Foi o que me fez pensar a fala da psicóloga: *“Quando cheguei para trabalhar aqui, há mais de vinte anos comecei a propor coisas diferentes... sempre achei que o atendimento individual não dava conta e não poderia ser a única alternativa, então comecei a trabalhar com terapia de grupos e logo também pude sair de dentro do meu serviço para conversar com a realidade de outros serviços e assim dei início ao que se chama matriciamento... nem sabia o que era isso a princípio... as equipes me chamavam para apoiar e eu apoiava...”* (Depoimento apoiador/comissão). Certamente, na época em que aconteceu o exemplo relatado, o SUS ainda estava no início de sua edificação, não existia um ‘modelo’ pré-definido de intervenção, nem uma “função apoio” assim designada. Já havia, entretanto, quem se inquietasse com este lugar comum e com a necessidade de “despossuir-se” de uma dada disciplina diplomada, de travestir o pertencimento a uma caixinha no organograma das especialidades. Este “transpor as barreiras disciplinares” e o atuar para além das paredes de um único serviço é não se conformar com uma lógica imposta pelo trabalho fragmentado, é sair do modo convencional, encarcerado, e criar outros mundos possíveis. Como um artista que cruza uma realidade sobre a outra, transpondo dois mundos, com afeto e algumas cores.

Ao assistir alguns atendimentos dos casos agendados para o matriciamento, surpreendi-me com a imensa – no sentido tanto da complexidade quanto de volume – demanda que realmente bate à porta dos serviços, exigindo dos profissionais um recheado arcabouço de dispositivos para a garantia de acesso ao tratamento dos usuários. Os sofrimentos que invadiam aquelas salas denunciavam uma carência de recursos de todas as ordens (material, técnica, emocional,...) por parte de quem relatava, mas também da insuficiência de

---

especialistas mantenham uma relação horizontal e não vertical, como recomenda a tradição dos sistemas de saúde” (CAMPOS e DOMITTI, 2007, p.402).

ferramentas para dar conta da complexidade por parte de quem escutava aqueles sujeitos. Inúmeras tentativas de suicídio, negligência infanto-juvenil, dependência de crack, abandono de vulneráveis, quadros orgânicos crônicos aliados a demandas de saúde mental, psicoses, depressões, surto, intoxicação, crise. Se quisesse sublinhar diagnósticos prescritivos não faltariam “transtornos” nem manuais internacionais de diagnósticos para me auxiliar a enumerá-los. Tudo isso junto e, ao mesmo tempo, tudo amparado pela presença inestimável de uma apoiadora, que não somente auxiliava as equipes, assim como pontuava alguns direcionamentos para cada caso. A demanda de cuidados transbordava as possibilidades humanas de atendimento, perpassando limites extremos que iam do céu – atingindo um plano do intangível – à terra – em sua mais argilosa realidade.

O que é isso, que aí se anuncia, senão a demanda pela escuta qualificada dos diferentes atores envolvidos, necessidade de compartilhamento conjunto de experiências, urgência de uma gestão compartilhada do cuidado? O que isso é senão aquilo do que não se sabe, e de que não se têm? O apoio emana do que não está descrito, donde não há endereço, apenas endereçamento.

Dessas inquietações e fundamentalmente das experimentações de apoio viabilizadas pelo acompanhamento de um processo de formação de apoiadores da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA), foi possível realizar o desenvolvimento desse estudo. Uma pesquisa-intervenção *acerca do* apoio e, ao mesmo tempo, uma *oferta de* apoio. O trabalho aqui presente não se propôs a analisar uma amostragem de dados, muito menos a dissociar os pesquisadores do conjunto de atores que compuseram este campo de estudo. Rechaçamos a noção cientificista de encarar a pesquisa separada da vida, com a mesma voracidade com que Artaud (1985, p.18) situa a indignação frente à díade vida e cultura: “protesto contra a ideia separada que se faz da cultura, como se de um lado estivesse a cultura e, do outro, a vida; e como se a verdadeira cultura não fosse um meio apurado de compreender e de exercer a vida”. Situamo-nos em oposição à ideia de cultura padronizadora e majoritária, como Pelbart<sup>5</sup> refere, “contra o homem-branco-macho-racional-europeu (...) a fazer valer um espaço liso para um pensamento nômade”.

A ciência aqui presente diz adeus à posição cartesiana para jogar-se a um abraço deleuziano, pois não somente estamos muito próximos do processo, como fazemos parte dele. E se existem certas coisas na vida que não podemos negar, algumas delas nos remetem aos

---

<sup>5</sup> Peter PalPelbart discute esse tema no prefácio do livro DELEUZE, G. e GUATARRI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e esquizofrenia**, vol. 4. São Paulo: Ed. 34, 2008.

caros senhores Newton e Lourau: dois lados avessos de uma ciência que já não contempla apenas fontes de conhecimentos tradicionais e que agora se abre para uma revolução da verdade. Sendo fato que dois corpos não ocupam ao mesmo tempo o mesmo lugar no espaço, como enunciou o primeiro, não é menos verdade a afirmação do segundo – precursor dos movimentos que colocaram a instituição em análise –, de que cada corpo é habitado ao mesmo tempo por diversas instituições.

É desses espaços – a rua, a unidade de saúde, o serviço privado, a universidade– e dessas instituições – academia, serviços, Estado – que trataremos aqui. O percurso da pesquisa inicia no momento em que se firma um contrato de participação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) junto a um grupo de trabalhadores da prefeitura municipal de Porto Alegre para condução de um projeto de formação-intervenção demandado pelos trabalhadores e ofertado pela universidade. Junto a este episódio, temos minha primeira participação no grupo de pesquisa em que me inseri no mestrado, que coincide com a primeira reunião que ratificou o acordo entre as entidades públicas que viriam a desenvolver o projeto.

O interesse em acompanhar este círculo que se formava enquanto campo de minha pesquisa foi-me despertado desde então e passei a caminhar em companhia desse grupo, que com o tempo veio autodenominar-se de Comissão de Implantação de Apoio Matricial e NASF<sup>6</sup>, também apresentado pelo codinome *comissão* – será dessa maneira que muitas vezes este grupo será referido durante o trabalho, também optamos por, chamá-los de *grupo de apoiadores*, este, porém, batizado por nós, dado o reconhecimento dos méritos alcançados pelo grupo, antes e depois do encontro com a UFRGS. Importante destacar que parte deste grupo já havia construído reflexões acerca do seu trabalho, tendo um acúmulo de dois anos de mobilização de um coletivo que vinha discutindo as práticas de apoio matricial existentes na rede de saúde da cidade, denominado GT (grupo de trabalho) de matriciamento.

O processo que denominamos de formação-intervenção foi disparado pelos professores Simone Mainieri Paulon (PPGPSI) e Ricardo Burg Ceccim (PPGEDU) ambos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, teve o caráter de extensão e foi intitulado de “Apoio institucional e matriciamento na perspectiva da Política Nacional de Humanização”, ocorrendo durante o ano de 2011.

---

<sup>6</sup>Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pela Portaria GM 154/2008 (BRASIL, 2008) para aprimorar e qualificar as ações das Equipes de Saúde da Família (ESF). Sua composição em equipes com profissionais de diferentes áreas de conhecimento e o desenho do trabalho formulado em parceria com os profissionais das ESF, segundo o Ministério da Saúde (2010) favorece o compartilhamento de práticas em saúde nos territórios e permite ampliar a abrangência e resolubilidade das ações da Atenção Básica. O aprofundamento deste tema será abordado nos capítulos seguintes.

A inserção, neste que poderia se chamar “campo de pesquisa” foi motivada pela aposta no intercâmbio entre as diferentes instituições e no reconhecimento de um esforço que emerge do miolo do furacão, donde os sujeitos da saúde pública têm de sobreviver todos os dias. Foi no acompanhamento contínuo e ininterrupto de todo o processo (reuniões, palestras, seminários, curso de capacitação, aulas, atendimentos, matriciamento, congressos, etc.) de existência da comissão e na disposição em encarar os enfrentamentos que necessários fossem para firmar esse empreendimento, que esse processo pode ser referido como um ativador da concretização do Sistema Único de Saúde na cidade de Porto Alegre.

A pesquisa serviu como uma das formas de dar visibilidade aos meandros dessa luta e dessa trajetória que compõe a história de construção do SUS na cidade. Através do coletivo em questão, foi possível acompanhar a produção do conhecimento, arquitetado por todos os participantes da pesquisa. Continuadamente, podemos destacar que, nesse cenário, o intervir do cartógrafo aproxima-se do intervir do apoiador na medida em que estes, no trabalho em questão, foram indissociáveis. O conhecimento da pesquisa foi produzido através de uma intervenção que nos foi concedida pelo exercício do apoio. Acessamos o comum pelas diferenças que precisamos encarar e nos diferenciamos para andarmos juntos. Caminhamos juntos: nós pesquisadores, nós psicólogos, nós trabalhadores da saúde, gestores do trabalho, usuários do SUS, nós sujeitos. É na diferença que produzimos o comum, e fazer uma pesquisa-intervenção é produzir uma política do comum. Nesse sentido aliamos-nos à cartografia e aos preceitos da formação-intervenção, tais como propostos pela Política Nacional de Humanização (PNH) ao concordar que:

A prática da cartografia fez da formação um modo de intervenção na qual é o cuidado a experiência que sustenta o conhecimento, na concepção de que é intervindo (cuidando, produzindo desvio diante do que represa o fluxo da vida) que se produz o conhecimento necessário para a transformação das práticas no SUS na direção de uma incorporação de seu sentido público, comum, e de uma política de humanização que se faz e se sustenta em sua potência de experimentação e de obra aberta. (BRASIL, 2010, p. 59).

Essa nova disposição do fazer pesquisa incorporada ao fazer saúde traz a provocação de nos destituirmos de nossas certezas academicistas e permite-nos perceber o que a intervenção desperta em nós e nos diferentes sujeitos do processo. Nesse sentido, como observam Paulon e Romagnoli (2009), precisamos abordar não somente as demandas existentes no local, mas também o que nossas especialidades estão produzindo no encontro com essa solicitação. No que tange à formação, também atua o predicado de despirmo-nos de nossos conhecimentos, dos pressupostos teóricos e das verdades apriorísticas, pois formação significa, sobretudo, produção de realidade e criação de modos de existência.

E é no cultivo desses diversos modos de existência que o apoio ganha contornos. Diante da formação-intervenção desse grupo, que inicialmente origina-se para responder a uma proposta de apoio matricial, vemos o nascer da estratégia do apoio institucional. E ao mesmo tempo em que o desenrolar do compasso fazia emergir o apoio, também percebíamos que nos transformávamos em apoiadores. Como uma espécie de “doulas”, ofertávamos e recebíamos o apoio e formação para que, nesta relação de cuidado mútuo, pudéssemos presenciar e ajudar a parir este que é também um ato de nascimento. A analogia proposta por Eduardo Passos (2012) entre a função apoio e os cuidados com a parturiente ajudou-nos ressignificar o que tínhamos até então como sentidos para a tarefa de apoiar, percebemos que este modo de estar junto é ao mesmo tempo gerir e gestar, acompanhar as contrações, as dores do parto, do conduzir e do dar a vida ao novo, à transformação. O autor nos impele à observação de que este não somente é um fortalecimento, mas também uma concessão ao nascimento de um sujeito de direito, protagonista e responsável pela produção de saúde. Esta “experiência da hospitalidade” destaca o autor, diz de um devir feminino, de estar perto e sentir essa germinação.

Dando sequência aos giros do pensamento disparados por essas questões, enfocamos o interesse da pesquisa na cartografia dos desenhos possíveis para o exercício do apoio, tal como ele veio se configurando para um grupo de trabalhadores de saúde de Porto Alegre *entre* os espaços pré-delimitados e, principalmente, para além de adjetivações já institucionalizadas (matricial, institucional, integrado, da gestão, etc.) que o rotulem como prática com finalidades já dadas. Se o processo nos surpreendeu com as metonímias do viver é com os detalhes que o faremos acontecer. Esse é o nosso objetivo.

## 2 DAS VÁRIAS FALAS, DAS VÁRIAS PAIXÕES E DAS VÁRIAS VOZES

Há muitas falas em uma fala, muitas paixões em uma paixão, muitas vozes em uma voz.

Gilles Deleuze

Meu interesse pelo protagonismo de trabalhadores da saúde pública e suas lutas frente aos desafios do sistema de saúde foi despertado a partir da experiência intensa do trabalho num serviço de saúde mental, durante a graduação em Psicologia na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), minha terra natal. O estágio, realizado num Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), permitiu a emergência de múltiplas experimentações clínicas – em práticas individuais, coletivas, institucionais. Costumo dizer que ali me formei. Ao propelir-me ao interesse ao tema do apoio na dissertação, lembrei-me de um episódio, numa ida frustrada à Secretaria de Saúde da cidade, a fim de exigir providências para o aumento da equipe do CAPSi, dado o volume intenso de trabalho, entre outras graves questões que justificavam tal reivindicação, uma das profissionais desabafa: “se a gente não consegue apoio o que resta é nos unir!”. Aqui, pergunto-me: unir não é apoiar? O apoio necessariamente deve vir de fora? E que ‘fora’ seria esse que não nos é permitido acessar?

Já em Porto Alegre, relembro esses fatos também me recorro de um desabafo vindo do grupo de apoiadores que acompanhei na pesquisa, durante um momento célebre de conversa sobre a realidade dos serviços de saúde, um deles suspira e fala: “a gente sofre porque não tem apoio”. A construção desse trabalho, somado às vivências anteriores, podemos deduzir que o apoio é, antes de tudo, o *reconhecimento*, do olhar do outro sobre mim mas antes de tudo do reconhecimento que eu tenho sobre o meu trabalho, da possibilidade concreta de apoiar; e a *aposta* – afirmada aqui em seu sentido etimológico de pôr-se junto, avizinhar-se, pôr-se com, ou seja, a posição de transversalidade dessa disposição com o outro. Quem faz apoio precisa saber disso.

Lembrar-se dos malabarismos que precisavam ser feitos pela equipe do CAPSi para garantir o atendimento, atender os casos de saúde mental, viabilizar processos de formação aos trabalhadores, e ainda permitir a acolhida aos estágios universitários, instigavam-me a

vontade de dar continuidade ao trabalho na área. A soma das circunstâncias da vida, questionamentos, os encontros que ali se deram (com os colegas, os profissionais, os pacientes) e os exemplos de transformação seguem como marcas em meu corpo e multiplicam forças a fim de dar sequência ao percurso através do mestrado. As vivências na Saúde Mental agora se complementam com o novo universo que se abre, a Saúde Coletiva.

O dia que marca minha inserção na UFRGS coincide com o dia do primeiro contato entre um trio de trabalhadoras que representavam o que seria a comissão e grupo de apoiadores no futuro. Minha primeira atividade de mestranda, portanto, foi acompanhar uma encomenda de apoio para a construção e condução de um processo de formação em apoio matricial para profissionais da rede de saúde de Porto Alegre, dirigido a minha orientadora. A experiência de outras formações e vivências marcantes na área compunham as trajetórias das trabalhadoras ali presentes, o que facilitou o alinhamento teórico e ético com o grupo de pesquisa-intervenção que procuraram na UFRGS, permitindo que a pactuação ocorresse sem dificuldades, desde o primeiro momento, uma proposta de intervenção. A curiosidade sobre aquela encomenda e o testemunho diante daqueles minutos definiriam os rumos de minha pesquisa e mudariam alguns acordes de minha formação dali em diante.

A realidade é o tecido dos fios que sustentam as ideias no ar. As marcas que a trajetória percorrida ao longo da formação de psicóloga foram delineando permitiram a escolha de seguir a cartografar movimentos que favoreçam a emergência de potências de vida e concorram enquanto forças para produção das mudanças necessárias no SUS. Enlaço essa trajetória às oportunidades, que se atualizam na indagação: quais estratégias do trabalho em saúde permitem a emergência de um devir apoio?

O conceito de apoio que aqui entendemos, diz respeito às forças que reafirmam e atualizam as diretrizes do SUS. Forças essas que não vêm de outro lugar se não dos movimentos coletivos daqueles que estão diretamente participando e sustentando a sobrevivência dessa política pública. Forças que aludem muito mais a processos de subjetivação, modos de estar no mundo e entrar em relação do que a mera execução de determinadas tarefas, cumprimento de um perfil profissiográfico definido *a priori*. Por isso, optamos por chamar aqui o foco de nossas investigações de *devir apoio*, ao invés do que muitos autores referem como função apoio. O substantivo ‘função’ remete a certo exercício de atribuições, a um cumprimento de tais funcionalidades já definidas, podendo ser transformado em um cargo ou trabalho específico - o que muitas vezes vemos acontecer em alguns setores públicos do país. A função apoio supõe que o apoio surja a partir da designação de critérios, o que não contempla o entendimento do apoio enquanto algo que só se produz na

experimentação. O apoio, assim, deixa a condição de substantivo e se transforma em verbo. Fazer apoio é viver o apoio, é experimentar-se apoiador, é ser apoiado. Apostamos no *dever* apoio porque ao olhar os arranjos manifestados pela formação do coletivo desse *grupo de apoiadores* percebemos que há junto à vida pulsante, um mundo de potências que se disseminam em frações impalpáveis. Acreditamos que, “é nesse sentido que (...) fazer do mundo um dever, é fazer mundo, é fazer um mundo, mundos, isto é, encontrar suas vizinhanças e suas zonas de indiscernibilidade”, como já nos diriam Deleuze e Guattari (1997, p.73).

O apoio emana das potências que se dão no encontro, no encontro com o que o trabalho em saúde desperta, com o que ele nos afeta e desacomoda. O apoio não se resume a uma função porque ele não tem em sua origem a prescrição, mas sim na expressividade da experiência oriunda das intensas tentativas de fazer apoio. O dever também não é *do* apoiador, pois, personalizado, demandaria atributos para tal, sob o risco de padronizar-se, identificar-se. O dever, por compor o plano das forças e ser constituído de fluxos, não pertence a alguém. O dever é do apoio, do imprevisível, do movimento, “o dever está sempre no meio, só pode pegá-lo no meio (...) e o meio não é uma média, é um acelerado (...)” (DELEUZE E GUATTARI, 1997 p.91). Por este motivo, essa pesquisa, ao invés de ocupar-se das “características” de apoiadores, ao invés de rastrear práticas de apoio boas ou más, certas ou erradas, interessa-se pelos modos de propagação e expansão, de “contágio” e de povoamento do apoio. Tentativas de apoio que pela própria intenção concedem o apoiar. Modos de constituição que são, sempre, também, modos de subjetivação. Sendo assim, o conceito de apoio nunca se esgota e sempre exige que possamos ficar atentos aos movimentos, seja das estratégias políticas, seja da administração (do profissional, do usuário, da equipe, da gestão de coordenação) do cuidado terapêutico, e de tudo que opera nas manifestações de subjetividade em que o (bio) poder está incrustado.

De fato, para fazer apoio, tem que viver o apoio. Da mesma forma, também entendemos que para se escrever sobre o apoio é necessário ter tido essa experimentação, pois a escrita é afirmação da vida. Por isto, ao longo desse trabalho nos dispusemos não só a escrever e falar acerca do apoio, mas a nos apresentarmos enquanto apoiadoras desse processo de construção de um sistema de saúde que respeita as peculiaridades dos sujeitos e seus territórios e que é criado e conduzido pelos mesmos, por nós mesmos. Considerando que junto às relações de poder há a disseminação de discursos, há a produção de sujeitos afinal, o poder existe sob a forma de relações perpassadas pelos discursos dos sujeitos (DREYFUS; RABINOW, 1995); os sujeitos da pesquisa aqui incluem todos os atores componentes da

atenção em saúde, agora acrescidos da presença do apoiador em formação e do apoiador-pesquisador. Assim como Foucault (1995, p.223), afirmamos que “não é o poder, mas o sujeito que constitui o tema geral de minhas investigações”, da mesma forma que não é o que antecede (enquanto função), mas o que atravessa (como um devir) o apoio, que constituirá o tema dessa pesquisa.

Dessa forma, escrever é atualizar-se, é transcrever a experiência viva adquirida no campo da pesquisa, que se desdobra como um testemunho daquilo que urge, que precisa ser expressado e compartilhado para lados outros além das esquinas de nós mesmos. Escrever sobre aquilo que se vive torna-se um imenso desafio na medida em que insinua um delicado exercício de cuidado, tanto com a experiência estudada quanto com a própria experiência a ser narrada. Escrever sobre um percurso de pesquisa nunca é um mero relato de fatos, pois nos inscreve no plano das afetações, daquilo que nos move e comove. Diante dessa diversa vitrine, a principal ferramenta da qual dispomos é a interrogação. Interrogação do tema que nos escolhe e ao qual adotamos: que estratégias do trabalho em saúde permitem a emergência do apoio? O apoio pode ser ensinado, identificado, personificado? Trata-se de uma técnica? Requer um perfil? Comporta uma disciplina? Afinal, o que é apoio?

Tais indagações foram estruturando um projeto de dissertação e ganharam maior consistência em duas situações vivenciadas no percurso de pesquisa. Uma primeira, na banca de qualificação do projeto de pesquisa, quando a professora Liane Beatriz Righi lançou-nos a uma indagação que sintetizaria minhas inquietações: “a vogal incluída na sigla NASF estaria ali apenas para tornar a sigla pronunciável ou indicaria efetivamente uma proposta de apoio?” E a segunda situação, vivenciada pouco tempo depois, deu-se em um debate junto a um grupo de trabalhadores da ESF que, também brincando com a sigla, contaram da tradução feita pelos usuários sobre o NASF: “**N**unca **A**tenderemos **S**ua **F**amília”.

Descobrir “o que pode o apoio”, na perspectiva de intervir na implementação “do que pede o SUS”, é o propósito da pesquisa aqui desenvolvida e sintetizada na questão acerca do que é o “A” do NASF.

### 3 O VENTO, O CAMPO E O CULTIVO

*(...) Admiro a coragem da comissão... isso é o marco da proposição de que alguma coisa é possível... de alguma maneira, isso vai ser multiplicado por nós!*

(Depoimento trabalhador/ rede de saúde Porto Alegre)

O tema do apoio vem sendo proposto há algum tempo e por diversos autores (CAMPOS, 1999, 2000, 2003, 2007; VASCONCELOS, 2009; ROSA, et al., 2011; OLIVEIRA, 2011; BARROS, GUEDES, ROSA, 2011; FERNANDES, 2012), embora ainda não exista uma vasta literatura sobre o tema específico – “função apoio” –, percebe-se que há uma demanda crescente por parte de profissionais e pesquisadores da saúde coletiva, bem como um recente interesse do Ministério da Saúde em difundir o assunto (BRASIL, 2012a, 2011b) com o intuito de que a discussão possa atingir os serviços em saúde, principalmente a Atenção Básica.

O que nos desperta a curiosidade no apoio é a maneira como ele permeia os espaços de trabalho em saúde e dispara mudanças. O apoio abre a discussão sobre o modelo de saúde através de movimentos dos próprios agentes dessa saúde e não apenas daqueles que elaboram e aplicam suas leis e diretrizes. E porque isso é importante? E por que é necessário colocarmos em pauta o processo de trabalho em saúde e a participação de todos os atores na construção de políticas?

No grupo de apoiadores componentes da comissão de implantação dos NASF que acompanhamos vimos que o processo de formação-intervenção deu existência à potência de devir desse grupo e possibilitou um lugar para a emergência de questões a respeito do modelo de gestão, de atenção e de participação social. Essas questões promoveram movimentos e os trabalhadores transformaram-se em um coletivo de produção que compartilhou com outros pontos da rede os modos de implementação de uma política pública. Dentre esses pontos da rede está o componente da participação popular ou controle social, o que ocorreu pela representação do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Distritais de saúde na formação-intervenção. O protagonismo do coletivo<sup>7</sup> é por nós demarcado como uma marca crucial para o aprimoramento das ações em saúde.

---

<sup>7</sup>Coletivo aqui é referido como um “plano de co-engendramento e de criação” (ESCÓSSIA, KASTRUP, 2005, p. 296) um plano de produção de subjetividades, que é sempre coletiva. Este conceito indica a superação da

Em consideração aos movimentos coletivos, Gastão Campos (2000) cria um método que denominou Paidéia, para desvendar alguns caminhos para a democratização das instituições. Em seu emblemático livro, “O método da roda: um método para análise e co-gestão de coletivos”, Campos (2000) desenvolve a noção de apoio definindo-a inicialmente como uma função onde o apoiador incide sob a tentativa de ampliar a capacidade das pessoas em articular com o poder nas organizações com a circulação de afetos e saberes enquanto estão trabalhando e cumprindo tarefas. Campos e Domitti (2007) também afirmam que o termo “apoio” é retirado do “método Paidéia” apontando que os diversos processos do trabalho podem ocorrer de maneira transversal, perpassados pela comunicação.

Campos (2007a) chama ainda atenção para a criação de meios de co-gestão, referindo que estes se constituem enquanto movimentos políticos de distribuição do poder, do qual somente será disputado no momento em que houver a potência dos trabalhadores para disputá-lo. Este é um método que critica o modelo gerencial tradicional e propõe a transformação dos modos de gestão, incluindo os diferentes sujeitos nos processos de análise e capacidade de intervenção (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Mas afinal que potência seria essa que serviria como uma prerrogativa à luta pela democratização institucional? O que podemos observar de potente nas ações desses trabalhadores insatisfeitos com a hierarquização e a verticalidade da gestão? De que maneira podemos reconhecê-los enquanto desestabilizadores de uma tradicional ‘arte de governar’? E será que, para além de criar meios de co-gestão, não podemos exercer meios de autogestão? Movimentos autogestionários não incidiram como indícios dessa disputa entre o que é designado como prerrogativa ao trabalho e o que é de decisão do próprio trabalhador, da autonomia deste sobre seu corpo no trabalho?

Esta indagação advém da afirmação de Campos (1998) de que o objetivo da autogestão não seria possível, mas também indesejável em nossa organização social, pois resultaria em uma espécie de “autogoverno, com características exclusivistas e excludentes” (p. 867), em que caberia a existência de poder e dominação absolutos. Em substituição a essa ideia, utiliza o conceito de co-gestão para fixar a proposta de governo onde todos teriam graus de autonomia, sem haver decisões isoladas ou não compartilhadas. Em contrapartida, Ricardo Ceccim (2005) refere a importância de criar espaços de autogestão e de autoanálise para a promoção de mudanças das ações e dos serviços de saúde. Aposta como estratégia para isso a introdução da Educação Permanente em Saúde, demarcando que esta seria imprescindível à

---

dicotomia indivíduo-sociedade, uma vez que o coletivo não se reduz ao social totalizado nem pode ter seu funcionamento concebido através das dinâmicas das relações interindividuais ou grupais.

“recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde” (p. 164).

Os analisadores que se apresentaram na investigação foram extraídos por meio de conversas no cotidiano com os envolvidos no processo, anotações e afetações nos cenários, os fatos e cenas registrados no diário de campo; a observação implicada da pesquisa, dos pesquisados e da pesquisadora, através da ferramenta análise de implicação; a inserção nas reuniões do grupo de apoiadores, que incluíram tanto a participação na formação-intervenção quanto nos seminários mobilizados na rede de saúde para a discussão e elaboração do plano de NASF, assim como nos encontros das turmas do curso de capacitação realizado no ano seguinte à formação da comissão, por iniciativa da mesma.

O alvo dessa pesquisa foi a comissão, contudo dando sequência ao acompanhamento desta, houve também a inserção em outro processo de formação, elaborado pela comissão para a rede de Porto Alegre, denominado ‘Curso de Capacitação em Apoio Matricial na Atenção Primária em Saúde’. Este curso ocorreu no ano de 2012, após a finalização da formação-intervenção construída entre comissão-UFRGS, sendo uma proposta da própria comissão que ficou responsável pela coordenação do curso e elaboração pedagógica. Foram quatro turmas compostas por profissionais de nível superior da atenção básica e de serviços especializados, capacitando um total de 141 trabalhadores. A comissão seguiu tendo o apoio da universidade nesse processo, contando com o acompanhamento e participação dos professores supracitados e a presença contínua da pesquisadora. Estes dois grupos - da comissão e do curso de capacitação - configuraram-se em dois processos de formação, onde o primeiro foi interventor do segundo.

A fim de contemplar como a proposta de sistema de saúde foi sendo montada em Porto Alegre, também levantamos outros analisadores extraídos de três produtos chave do grupo: 1º) a portaria 536 de 07/06/2011 que constituiu a comissão enquanto referência para a construção e ampliação do apoio matricial (ANEXO I); 2º) o produto final da formação-intervenção realizada junto à comissão: uma matriz analítica do território de saúde POA, construída com toda a rede do município, (ANEXO II); 3º) a Instrução Normativa (ANEXO III) elaborada pela comissão e entregue aos gestores como uma proposta para a implementação dos NASF; e por último, 4º) o dossiê (ANEXO IV), também confeccionado pelo grupo e entregue à Secretaria Municipal de Saúde como um registro de grande parte do trabalho acumulado, como documentos, textos, roteiros e detalhes do percurso organizado de apoiadores. Buscaremos contemplar a edificação dessa obra ao longo do texto na tentativa de que o diálogo com os autores possam acolher os fatos cotidianos vivenciados.

Ao relatar trechos deste percurso, ilustraremos passagens do texto com algumas passagens que estarão destacadas em itálico. Serão os “depoimentos” e relatos de observações do trabalho dos três segmentos de sujeitos da pesquisa: trabalhadores da rede básica de saúde de Porto Alegre (participantes do curso de capacitação e dos outros encontros da comissão com a rede, como os seminários, por exemplo); membros vinculados ao grupo da comissão; e pesquisadora. Para facilitar o entendimento das fontes de proveniência dos relatos criamos legendas de forma que os trabalhadores da rede de saúde terão seus depoimentos referidos como “Depoimento trabalhador/rede de saúde Porto Alegre”; trabalhadores que fazem parte da comissão como “Depoimento apoiador/comissão”; e a pesquisadora terá seus depoimentos referidos como “Diário de campo/data”.

O trabalho da comissão buscou apoiar a ampliação da Atenção Básica e expandir sua abrangência a partir de uma ação dialógica e pactuada entre as esferas da atenção, gestão e controle social. A construção do plano de intervenção na cidade deu-se através da identificação da necessidade da inclusão do dispositivo dos Núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF) para a rede de saúde. Os NASF deveriam ser articulados ao novo modelo de atenção para que assim pudesse ter sucesso em sua implementação. A importância de se construir os dispositivos que ordenariam o trabalho junto com os próprios trabalhadores se opunha à lógica costumeiramente praticada de implantação de serviços pela gestão municipal, que segundo os próprios atores da rede, era feita a partir da imposição das diretrizes, constituindo-se de forma vertical. Percebeu-se a urgência de colocar em questão o modelo de atenção vigente, fragmentado e enfraquecido pela carência de investimentos e inovações principalmente no que diz respeito à Atenção Básica, reconhecendo a necessidade de colocá-la no núcleo de comunicação da rede, modificando desde a raiz o processo de organização do trabalho. A fragmentação da rede de saúde do município disparou um cuidado na implementação dos NASF para que esta não fosse mais uma proposta veiculada e implantada sem apoio, sem diálogo e sem a participação efetiva de todos os setores da saúde do município. Tais movimentos se arranjaram enquanto um processo instituinte, dos quais fizeram parte trabalhadores da saúde identificados com a Reforma Sanitária em curso no país.

Destacamos que este processo partiu da articulação dos próprios profissionais da saúde onde foi o coletivo que teve vontade de ser assessor do processo. Historicamente, alguns dos profissionais que passariam a compor a comissão já vinham exercendo ações de matriciamento em seu trabalho cotidiano. Devido as diferentes experiências diárias e longa trajetória de SUS, percebiam a demanda da cidade pela ampliação desse trabalho e dos próprios trabalhadores pela qualificação de suas práticas. Este pequeno grupo que constituiu

um Grupo de Trabalho sobre Matriciamento veio reunindo-se sistematicamente, desde o ano de 2008 e ao final de 2010, a discussão empreendida culminou no Seminário de Apoio Matricial e Atenção Primária, momento a partir do qual se iniciou a constituição de uma Comissão de Implantação do Apoio Matricial e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, formada por profissionais tanto da Atenção Básica à Saúde, como da Atenção Secundária com representantes das Equipes de Saúde Mental, do Controle Social e da Coordenação Geral da Rede de Atenção Primária em Saúde (CGRAPS). O grupo então foi composto por 24 profissionais, advindos de diferentes serviços de saúde, com três representantes de cada uma das oito Gerências Distritais do município.

Na primeira etapa, além das aulas ministradas, leituras de textos de referência e discussão das problemáticas que percorrem o SUS, houve mobilizações em todo o território da cidade, assim como reuniões compartilhadas junto aos outros profissionais da rede, gestores e controle social. Dentre essas atividades, destacou-se a organização de diversos seminários temáticos abertos aos profissionais da rede ampliada, percorrido por todas as gerências, a fim de promover a articulação de movimentos a favor das ações em saúde e em prol do reordenamento do modelo de atenção e da discussão a respeito do exercício do apoio matricial para toda a capital, além do levantamento de um diagnóstico da rede em cada região da cidade. Além disso, foram realizadas rodas de conversa ampliadas que permitiram a troca de experiências com convidados como o professor Emerson Merhy da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e do médico de Saúde da Família e Comunidade Jorge Zepeda da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, SC.

O movimento que possibilitou inaugurar a participação dos sujeitos dos territórios e a identificação junto a estes das demandas da rede de saúde é um dos primeiros indicativos de apoio. Os seminários, rodas de conversa e a elaboração do curso de capacitação somam alguns dos exemplos do esforço empenhado para a mobilização de mudanças. Nas vezes em que os acompanhei, seja nas reuniões ou no cotidiano dos serviços, pude perceber que o desassossego frente ao abandono dos serviços pela gestão (seja ela municipal, estadual ou federal), seja pela ausência de recursos humanos, seja pela inexistência de espaço físico, entre outros, é o que mobiliza um fazer que transcenda apenas o encargo diário das atribuições profissionais.

O processo de formação-intervenção mostrou-se como um novo e criativo espaço coletivo, possibilitando ao grupo colocar em análise o papel de apoiador matricial junto à rede de atenção à saúde. É na discussão a respeito da importância da implementação do apoio matricial que a comissão inicia o caminho para a função de apoiadores institucionais. O ponto

nodal desse processo foi o fato de a formação-intervenção disparar um conjunto de ações desses apoiadores que aos poucos se ampliou de forma a que a encomenda de apoio matricial desse espaço resultou numa demanda maior, agora por apoio institucional. Compreendendo as ações desse processo, entende-se o apoio matricial como temático, como forma de expandir certas especialidades; enquanto o apoio institucional, mais ousado, atuando na gestão. Ao longo do tempo, a comissão passa a se reconhecer e se assumir enquanto apoiadores institucionais, ampliando o escopo do apoio, fato que veremos em capítulos posteriores.

Este coletivo de trabalhadores exerceu uma longa trajetória de luta de reivindicações por um espaço de participação dos trabalhadores na secretaria da saúde e pela autonomia dos mesmos frente ao seu próprio trabalho, uma solicitação legítima e autoral. Uma luta que não deixa de carregar certa ironia, se pensarmos que ainda é necessário batalhar por um lugar que teoricamente já foi conquistado no instante da criação do SUS. Mas nem somente “de papel” e promessas se fazem estes espaços... Talvez tenhamos que entender que o SUS está em constante construção, aproximando-nos daquilo que Franco Basaglia (1985) pontuava a respeito da criação de dispositivos (no caso referia-se mais especificamente às comunidades terapêuticas) que ajudassem a consolidar o processo da Reforma Psiquiátrica, pois ele somente persistirá enquanto puder ser constantemente pensado e reformulado. E é se tratando de “poder ser” que traçaremos os caminhos inaugurados pelo grupo em questão. Coletivizar a experiência é experienciar o coletivo.

## 4 A ARTE QUE SE FAZ NO CAMINHO: CARTOGRAFIA, DESEJO E INTERVENÇÃO

*(...) Comecei desde então a experimentar as dores e delícias que vive um apoiador, percebi quantas intensidades os apoiadores que eu ali conhecia teriam que enfrentar em seus próprios exercícios de apoio... depois de um tempo percebo que o deserto era o tínhamos em comum... um infinito de iguais sem destino. Um destino que só o coletivo poderia dar conta. Um deserto preenchido.*

*(Diário de Campo/Julho de 2012)*

Para a construção da dissertação, adotamos a cartografia para contribuição direta na produção de conhecimento e de sentido ao trabalho de pesquisa e intervenção construído junto ao grupo de apoiadores. Na tentativa de situarmos o método desta pesquisa, deparamo-nos entre os diversos atravessamentos que emergem da discussão da formação conceitual e metodológica da cartografia, na perspectiva de Gilles Deleuze e Félix Guattari e da pesquisa-intervenção proposta por René Lourau, das quais aqui faremos uma breve retomada. Adiantamos um importante esclarecimento que se refere ao fato de que ambas as propostas metodológicas descendem do chamado Movimento Institucionalista francês, a saber, da Análise Institucional ou Socioanálise (pesquisa-intervenção) e da Esquizoanálise (cartografia). Paulon e Romagnoli (2010, p.97) trazem contribuições acerca das diferenças e aproximações entre as duas abordagens, situando que “vários são os pontos comuns” entre as duas, o que não quer dizer que possam ser consideradas sinônimos.

A cartografia, para seus fundadores Deleuze e Guattari (1995), consiste em mapear, detectar direções e movimentos que se dão no campo das forças e escapam ao plano das formas. Isso quer dizer que cartografar ou fazer o mapa, como algumas vezes preferem indicar, é um princípio de funcionamento do rizoma, ou seja, não se desenvolve na reprodução, imitação, e sim na criação e construção, diferente de voltar-se sempre ao mesmo, como num decalque. Atribuindo-se a esse caráter múltiplo, dizem:

*(...) o mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma função social (DELEUZE e GUATTARI, 1995, p. 22).*

Para Rolnik (2006) a prática do cartógrafo se dá como uma formação de paisagens que ele acompanha sem racismo de frequência, linguagem e estilo, apenas absorvendo tudo aquilo que lhe expressa e cria sentido; não quer explicar nem mesmo revelar, o que ele realmente quer é mergulhar nos afetos e inventar pontes para sua travessia. Atribuímos a esta prática que extrair o conhecimento pela borda, pelos meios de se fazer saúde junto ao dia-a-dia vivenciado pela rede – proposta da qual nos lançamos na pesquisa de mestrado – é estar atento às formações de desejo no campo social, função que é designada ao cartógrafo. A cartografia não se faz com verdades, não tem medidas certas, nem mesmo pode ser passível de análise de dados. Ela se passa nos encontros e no que deles produzem em nós. O pensamento cartesiano *‘Ego cogito ergo sum’*, sob a base da possibilidade do acesso ao conhecimento verdadeiro, dualístico (corpo e mente; sujeito e objeto), erguido em meados do século XVII, está totalmente ultrapassado por esse fazer metodológico.

É na intensificação dessa ruptura com os modos considerados tradicionais de pesquisa que a pesquisa-intervenção “amplia as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas, surgindo como proposta de atuação transformadora nas políticas” (DIAS, 2011, p.278). A pesquisa-intervenção é herdada do legado de René Lourau no método da Análise Institucional, denominado de Socioanálise, e que concentra como foco, segundo Romagnoli (2012), a modificação do objeto de pesquisa ao longo do processo, a intervenção nos estabelecimentos/instituições e a realização da pesquisa junto aos sujeitos pesquisados, contribuindo para além dos espaços acadêmicos, atingindo também as esferas das demandas sociais. É na sequência da conversa sobre a interseção da Análise Institucional e as práticas de pesquisa, que necessitamos considerar o que Lourau (1993) vai citar como a existência de “certos dispositivos que provocam a revelação do que estava escondido” (p. 70), considerando importante atenção a estes dispositivos para quando a proposta de intervenção é ofertada. Sobre a relevância desses dispositivos, justificamos a utilização da análise de implicação como uma importante ferramenta ao trabalho de pesquisa-intervenção.

A análise de implicação é entendida por Paulon (2005) como uma ferramenta que permite o estatuto de cientificidade da pesquisa-intervenção, pois envolve o pesquisador enquanto agente do processo de pesquisa, convocando-o a considerar seu papel nesse processo. Aquilo que no campo de inserção da pesquisa, nos atravessa, a partir da disposição do pesquisador em se deixar ser tomado pelos afetos, pode ser revelado através da ferramenta da análise de implicação. Com esta análise podemos nos interrogar sobre as ‘flechas’ que os corpos (institucionais, organizacionais, pessoais) nos direcionam e como o nosso corpo

responde, enquanto ponta de lança, àquilo que é inquietante e ao mesmo tempo constante, recorrente.

Proporemos aqui uma associação da análise de implicação, como uma forma de produção do conhecimento que a partir do trabalho de pesquisa é acessado pelo cuidado, como o ‘cuidado de si’. Este conceito foucaultiano que propõe considerar o conhecimento de si enquanto uma atitude frente à relação com o outro que parte, anteriormente, de uma prática como Sócrates salientava aos jovens nas ruas: “é preciso que cuideis de vós mesmos”. Nesse sentido, como diz Foucault (2006, p.640), “o sujeito coloca-se em jogo consigo mesmo, é mais um sujeito de ação reta do que um sujeito de conhecimentos verdadeiros”. Olhar-se para si, ante ao mundo, é disso que em suma trata a análise de implicação.

Conectando, ainda, a análise de implicação com a ‘atenção do trabalho do cartógrafo’, desenvolvida em um artigo de Kastrup, pretendemos oferecer mais um elo entre as duas abordagens, pesquisa-intervenção e cartografia, evidenciadas acima, assim como ampliar o entendimento do conceito de análise de implicação. Sobre essa atenção, Kastrup (2007, p.21) afirma que “o cultivo da atenção pelo aprendiz de cartógrafo é a busca reiterada de um tónus atencional, que evita dois extremos: o relaxamento passivo e a rigidez controlada”. Ainda sob a expressão desses “tónus”, Kastrup e Escóssia (2009, p.201) sublinham que:

Ora, a atenção é como um músculo que, pelo exercício, produz regimes atencionais distintos e variados. Muitas vezes impera nas subjetividades a atenção recognitiva, mobilizada por interesses prévios e expectativas do pesquisador. O desafio é suspender sua hegemonia, em favor da atenção ao presente vivo das forças do território da pesquisa. Às vezes difícil no início, a atenção cartográfica vem a se tornar mais facilmente atualizada com a prática continuada, constituindo uma atitude cognitiva que cria condições atencionais mais propícias à prática da cartografia.

A análise de implicação permite o que Paulon (2005, p. 24) denomina de “análise micropolítica das produções coletivas”, afirmando que esta ferramenta “vem-se mostrando uma rica e desafiadora abordagem da realidade social”. Ainda nos revela que o princípio que concerne a ferramenta é a aproximação com o campo que vai incluir necessariamente a análise do choque que as cenas vivenciadas no campo têm sobre a história do pesquisador e “sobre o sistema de poder que legitima o instituído, incluindo aí o próprio lugar de saber e estatuto de poder do perito-pesquisador” (p, 23). Contribuindo ao entendimento desse conceito através da definição da ‘implicação’, Lourau (2006, p.14) refere que “a implicação é o objeto de análise das relações que nós mantemos com as instituições”, afirmando que ela aparece em primeiro lugar com aquela que pertencemos em maior proximidade, instituição de

pertencimento mais próxima, aquela instituição que “torna possível nossa inserção nas situações sociais de intervenção, de formação, de pesquisa”.

Poderíamos dizer que atenção do pesquisador, ao disparar os enunciados das “forças do território da pesquisa”, estaria compreendendo, a partir disso, “a ação da pesquisa como uma intervenção nos rastros dos acontecimentos”, produzindo com essa atenção, a reflexão possível para uma análise de implicação? Considerando a existência de possibilidade – arriscando-nos ao atrevimento da tentativa de tal comparativo –, essa atenção do cartógrafo, prestada ao reconhecimento dos atravessamentos, comporia a intervenção do pesquisador implicado e revelaria as nuances do processo, anunciando, desse modo, os sinalizadores disparados no coletivo e para o coletivo.

Outra ferramenta imprescindível a este modo de pesquisar “de corpo inteiro”, como referido por Rolnik (1997), foi o diário de campo, que serviu como um companheiro afável, desnudando algumas percepções que permitiriam as discussões e reflexões surgidas entre a teoria e o campo. Interessante este conectivo “entre”, pois intuo que o diário de campo é como a ponte num rio de passagem, essa janela que permite a comunicação do dentro e do fora; a nuvem *entre* o céu e a terra, a sombra *entre* o sol e o chão. Serve de registro e ao mesmo tempo nos permite ser registrado. Nos últimos tempos, ando dizendo por aí que poderia perder qualquer livro, caderno, documento e qualquer outro pertence, mas não suportaria se perdesse meu diário de campo. Esta presença constante e fiel, feito de pólvoras e mel.

De ferramenta, o diário de campo passou a ser companhia, tornando-se mais que um simples rascunho, mas um lugar seguro onde podia compartilhar minhas angústias e incertezas. Num dos primeiros encontros que tivemos desabafei: “*Como fazer dissertação essa, que não se constituirá por instrumentos nem testes, donde os materiais não terão um delineamento no estudo e das análises não levantarão dados, onde a planilha não servirá para a descrição do método de cada experimento? Estaremos exercendo os procedimentos corretos? Pois é, doutores, há tempos que abandonamos a tríade edípica e a díade científica. Papel e caneta na mão, órgãos vitais como alcorão e assim abriremos a mão*” (Diário de Campo/Maio de 2011).

Hess e Weigand (2000), ao escreverem sobre esta escrita, referem que a construção de um diário além de ser uma prática antiga é uma forma de coleta de dados que utilizamos para registrar reflexões sobre experiências vividas, sobre as ideias, os encontros, e observações daquilo que é percebido no dia-a-dia da pesquisa. Definição de certa forma simplória, pois consideramos que o diário ultrapassa um mero bloco ou caderno em função de descrição, ele é

o suporte para os afetos que atravessam nossas instituições. Na mesma linha, mostra-se muito contundente a afirmação de Penido (2012, p.46), quando revela:

Se o uso do diário pode parecer um arroubo narcísico, cumpre lembrar que sua função é deslocar o pesquisador do centro e precipitá-lo no campo de interferências caro à Análise Institucional, o que dá visibilidade à escrita como atravessada pela complexidade institucional.

Ao vislumbrar nossas ferramentas de ação, asseveramos que a pesquisa-intervenção tem como mote a indissociabilidade entre produção de conhecimento e intervenção. E a cartografia, tomando o conhecimento como algo produzido na potência dos encontros extraídos no campo de pesquisa, sustenta-se numa concepção de subjetividade que ultrapassa a polarização objeto-sujeito, afirmando-se, sempre, em sua dimensão coletiva. Na afirmação dessa costura possível, Paulon e Romagnoli (2010, p. 98) apontam que o indispensável de ambas as propostas é “o compromisso ético-estético com a vida – paradigma da esquizoanálise e o exercício de análise de implicação do pesquisador – ferramenta da análise institucional”. Seguindo esse sentido, o trabalho vai tratar da indissociabilidade entre pesquisa-ensino-extensão, pesquisa e intervenção (PASSOS, KASTRUP, ESCÓSSIA, 2009) e pesquisa e pesquisador, como uma tentativa de escapar da lógica produtivista dos meios científicos hegemônicos da academia e produzir novas estratégias de conhecimento na academia (MARASCHIN, 2004). Este “escapar da lógica” é uma evocação sem maiores ingenuidades, pois sabemos o quanto, todos nós somos passíveis de capturas pela engrenagem do sistema, do controle dos corpos e dos enunciados de verdades.

Quando já nos está clara a perspectiva que nos impulsiona para a construção de conhecimento em saúde, considerando toda a complexidade social envolvida, podemos perceber que a ampliação do foco de atuação no campo de pesquisa deve se dar de forma sensível aos sinais que se apresentam como analisadores. Propomos uma pesquisa que permite dar visibilidade às pistas disparadas pelo coletivo, através dos vestígios que se revelam nas pegadas da amplitude do encontro dos diferentes atores.

Não se faz pesquisa-intervenção sem considerar o coletivo como agente intrinsecamente associado ao processo, à transformação (PAULON E ROMAGNOLI, 2010), e não se faz cartografia sem a articulação conjunta de saberes para além do que é considerado científico (ROMAGNOLI, 2009). Permitam-nos falar aqui do que denominaremos de uma *pesquisa em ato*, algo que tentamos definir como uma proposta de fazer pesquisa associada ao fazer em saúde, e da qual emprestamos parte da expressão de “produção em ato do cuidado em saúde”, que Emerson Merhy (2007b, p.120) demarca como um momento onde não opera nenhum saber exclusivo, onde um acontecimento atua com fluxos contínuos e intensos de

subjetivações. É disso que se trata essa aposta: dispor-se àquilo que não se tem controle, impassível de padronização, ao imensurável, irrepresentável e surpreendente.

Considerando este aspecto, podemos agora afirmar que a metodologia na qual esta pesquisa se estruturou é a pesquisa-intervenção. É a partir da pesquisa-intervenção que o contorno das análises do campo se dará entorno do processo de formação-intervenção. Nesse sentido optamos por focar nossas elaborações teóricas e críticas no apoio, escolha que se deu em detrimento do tema da educação permanente em saúde. Tema, por sua vez, relevante e emergente, que pretendemos abordar com contundência em produções futuras para fins de ampliação e aprimoramento deste estudo.

A cartografia funcionou como modo de operar ao longo da pesquisa não se definindo como “o método”, mas tampouco se reduzindo a mera ferramenta da pesquisa-intervenção. Fugimos, portanto, da intenção de formatá-la ao *modus operandi* acadêmico ou científico. O uso da cartografia serviu para afetar-nos pelas esquinas das verdades, incertezas, potências, permitindo surpreender-nos com os encontros, tropeços, aproximações e transformações desfrutadas no processo. A cartografia foi imprescindível para enxergarmos o estrangeiro que existe em nós mesmos, nas instituições, nas políticas e em todas as instâncias que perpassam a atenção à saúde. Este estrangeiro é o que permite o estranhamento capaz de apurar para a desnaturalização das práticas cotidianas, produzir novas conexões capazes de abrir novas portas, permitir o imprevisível.

Comecei a perceber cartograficamente o meu campo de pesquisa quando era impelida a apresentá-la, seja em trabalhos nas disciplinas do mestrado, seja em congressos, mesas coordenadas ou apenas explicar sobre, com os colegas e amigos. Sabia que acompanharia um grupo em instigante processo de mobilização, inédito na rede de saúde de Porto Alegre. Quando tinha que definir meu tema, entretanto, falar de um recorte metodológico ou de meu objeto de pesquisa sentia-me tão desapropriada da história do grupo, quanto dos estudos acadêmicos e muitas vezes nem conseguia responder a diferentes indagações: – “tá, mas e... tu estudas apoio matricial ou apoio institucional?”; – “Ah, é claro, matriciamento, né?”; – “Sobre o que é mesmo tua pesquisa? (...)”. Entendi, depois de algum tempo de angústia, que eu não poderia saber essas respostas *a priori*, que eu estava imersa numa diversidade idiossincrática tão grande de afetos, que ter clareza dessas demandas era tão prematuro e ao mesmo tempo tão desonesto com minha intenção de pesquisa: a cartografia se dava debaixo dos meus olhos e eu nem percebia, apenas a vivia. Sem corresponder às expectativas do que tinha até então como “enquadre científico”, com o auxílio do tempo e do próprio exercício de experimentação do apoio, pude ir pinçando no acompanhamento da Comissão de Implantação

do Apoio, o despertar de um *grupo de apoiadores* antes identificados apenas como grupo de trabalhadores. Com eles comecei a compreender que o termo apoio não precisa cair em uma lógica restritiva definindo-se por ser OU matricial OU institucional. O que este processo de grupo demonstrou foi que é possível a construção de um modo de apoio que, independente de sua definição, pode romper com a cristalização do sistema (do modelo, do trabalho, dos serviços, da gestão, etc.). Ao adotar a cartografia, o que nos interessa, de fato, é a “variação contínua das variáveis, em vez de extrair delas constantes” (DELEUZE e GUATTARI, 1997, p. 40) e mais do que isso, o que nos interessa é “transformar para conhecer”, como dita a máxima institucionalista retirada das pichações do maio francês (PAULON, 2005). Tal posição extrapola, é claro, em muito o mero ato de pesquisar, pois afirma o compromisso com a indissociação entre a clínica e política, o sujeito e objeto, saúde e subjetividade, trabalho e pesquisa.

O diário de campo – construído em rodas, conversas informais, observações do cotidiano, na realização de acompanhamento das intervenções – e as análises de implicação foram auxiliares imprescindíveis ao longo do processo, enquanto ferramentas da pesquisa, cujo período de imersão no campo ocorreu de janeiro de 2011 a dezembro de 2012. Quando surgiu a solicitação da Comissão de Implantação de apoio matricial e NASF para o apoio da instituição UFRGS, com seus dois representantes docentes previamente escolhidos pela equipe coordenadora, não se havia planejado a participação de mais “um adendo” desta instituição – no caso, a minha inserção. No momento em que minha orientadora, na primeira reunião com o coletivo de trabalhadores envolvidos apresenta-me ao grupo como sua bolsista integrante da equipe coordenadora no processo, logo explicita que não somente eu iria acompanhar o curso como também propunha fazer dele meu campo de pesquisa.

Era uma grande roda com cerca de trinta trabalhadores que, multiplicada pelo dobro, resulta no número de olhos curiosos intrusivamente apontados em minha direção, dando uma pequena dimensão do que representaram essas duas afirmações naquela tarde. Eu, estrangeira, recém-chegada da universidade e do interior do estado para fazer mestrado, que não havia sido requisitada para o trabalho pelo grupo, – nem ao menos sabiam minha procedência a não ser pela filiação professoral – me despi de qualquer certeza e calei. Nesse instante pude entender o porquê, tanto nas aulas da pós-graduação, nas supervisões acadêmicas e discussões no grupo de pesquisa, batia-se tanto na tecla da tal análise das implicações do pesquisador e seu diário de campo. Ora, já era hora de falar com meu único companheiro naquela atual conjuntura: *“e eu aqui, sem saber o que fazer, sem ter meu lugar, persisto e enfrento essas reuniões todas as semanas, ininterruptamente. E o único feedback que recebo é a sensação*

*que ao invés de meu corpo, me apresento como uma câmera do bestial Big Brother, como se fosse apenas uma luneta que observa atentamente, de perto e de longe, tudo o que acontece. E ameaça...*”(Diário de Campo/ Junho de 2011.)

Como consequência e interesse de expansão de novas descobertas do trabalho iniciado com a comissão, a dissertação propôs-se a narrar de que forma a função apoio apresenta-se diante da inauguração de um novo dispositivo da Política Nacional de Atenção Básica, no caso, a implementação dos NASF. Como a função apoio serve-se ao processo de co-gestão, tanto na reivindicação da inclusão dos diferentes atores neste processo ímpar, quanto na participação dos mesmos no reordenamento do modelo de atenção hegemônico no município? Como fazer operar hoje, uma política pública do comum? Ou melhor, como revitalizar o SUS, acordar seus princípios fundadores, a fim de construirmos uma política efetivamente do comum? De que maneira é possível a política pública agir em prol da construção do comum? Seria o apoio o elixir para esse desafio? Podemos crer num “apoio ao comum”?

Indagações como estas, nos convocam a pensar e repensar o trabalho em saúde e observar mais atentamente os limiares do processo do qual pesquisamos estes dois últimos anos. Pesquisa, produção, coletivo. Palavras que nos cercam quando recorremos à intervenção. Barros de Barros (2012), em uma de suas passagens pelo PPGPSI, alegou que “fazer pesquisa-intervenção é produzir uma política do comum” e completou dizendo que acessar o plano do comum é uma estratégia metodológica. Fica-nos o compromisso e o desafio: conseguimos acender esse fogo? Conseguimos ascender a este plano?

Não é fácil assumir para nós mesmos que, mesmo tendo acompanhado por um longo período um tema, ele ainda nos inquieta, rói, desassossega. Mais que levar em conta a própria ferida narcísica que aí se mobiliza, isso significa que não podemos deixar de considerar a provocação a que ele, no meu caso o tema do apoio, nos expõe a todo o momento. Esta característica dos temas complexos parece servir muito bem ao foco que este estudo explora, visto o modo pelo qual nos desacomoda ser, ao mesmo tempo, revelador de sua finalidade. Para apoiar é preciso olhar para o abismo, perceber o quanto ele nos cala e admitir o que o silêncio da percepção do buraco, do não-saber, produz em nós; sem certezas e sem respostas, é aí que será possível intervir. É preciso um olhar desfocado, pluridimensional: de um lado operar com a curiosidade e de outro com a discricção. Se muito focamos ao centro e nos inclinamos, corremos o risco de cair; se olharmos demais para os lados podemos ser engolidos pela distração; e ninguém nos salvaria das armadilhas. Já diria Nietzsche (2006, p.75) que “quem enfrenta monstros deve ficar atento para não se tornar também um monstro.

Se olhares demasiado tempo dentro de um abismo, o abismo também olhará para dentro de ti”.

## 5 PORTO ALEGRE EM CENA: PERSPECTIVAS DE UM SISTEMA COGESTIONÁRIO

Porto Alegre vive um paradoxo. Pertence a um País no qual figura entre as capitais com um dos mais altos índices de qualidade de vida (IDH), sendo destacada em anos recentes pela ONU<sup>8</sup> como a “Metrópole nº1 em qualidade de vida do Brasil” por três vezes. Ao lado desses altos índices, até o início do ano de 2012 não possuía nenhum NASF, ou seja, até então nenhuma equipe da atenção básica havia sido contemplada com este dispositivo. Enquanto isso, as outras capitais da região sul, Curitiba, PR, e Florianópolis, SC, disparavam com a adesão de 16 e 12 NASF, respectivamente.

A demanda pulsante, pela instauração desse serviço, foi decodificada pela comissão que, a partir de um diagnóstico situacional da rede de saúde do município, pôde elaborar diretrizes para a implementação dos NASF que refletissem a realidade dos territórios, correspondendo às suas necessidades por ordem de prioridades. Uma das conclusões do processo de formação-intervenção foi que atualmente a saúde da cidade não se caracteriza como um sistema integrado em uma rede articulada e orientada por uma atenção integral ou resolutive, o que sublinhou a atenção dos envolvidos nesse processo para que a implantação de mais um novo dispositivo de saúde também não incidisse sobre esses fragmentos da rede, podendo haver uma proposta efetiva de mudança do modelo de atenção, através do matriciamento em saúde.

Segundo o Plano Municipal de Saúde (2010-2013)<sup>9</sup> de Porto Alegre, estaria prevista a adoção de um novo modelo de saúde para o município, modelo este que passaria a ser pautado através das Equipes de Saúde da Família (ESF), que hoje têm abrangência populacional de apenas 27%, sendo que o restante corresponde às Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nesta nova política de atenção (Resolução 37 - CMS), haveria a utilização da “metodologia do matriciamento, como instrumento de reforço às estruturas locais e regionais” (p.361) através de serviços como os NASF, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), os Centros de Especialidades (CE), os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Núcleos de Atenção à Saúde do Escolar (NASCA).

---

<sup>8</sup> Informação correspondente ao site internacional da ONU: [www.un.org](http://www.un.org)

<sup>9</sup> Materiais documentais referentes às ações da Secretaria Municipal de Saúde podem ser encontrados no site da Prefeitura Municipal de Porto Alegre: [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/pms.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms.pdf)

Em relação a este modelo de atenção, a gestão previu neste Plano Municipal de Saúde o investimento na formação (especializações, residências, convênios junto às universidades e outras ferramentas de capacitação) de seus servidores e a composição junto a esses de recursos humanos necessários para estas novas equipes, assim como para os NASF e outros serviços do município. A previsão era de uma implantação progressiva dos NASF, visando com que sua composição obedecesse aos critérios e às necessidades de saúde de cada região.

Com a indução da gestão ao instituir o NASF, abriu-se um momento chave para o grupo de apoiadores bancar a proposta de oferta de apoio à gestão a fim da efetivação desses serviços, considerando que ainda não existia uma proposta clara nem de modelo nem de matriciamento na rede. Nesse desdobramento, fica estabelecido um contrato entre a gestão e a comissão em que a tarefa da comissão deveria ser a de pensar diretrizes para o apoio matricial e os NASF para a cidade. Tarefa para a qual havia o tempo de dois anos para finalização, compreendendo os anos de 2011 e 2012, respectivamente. Para, além disso, a comissão, ao construir o caráter da formação-intervenção com a universidade, entende como seu objetivo a elaboração de um processo participativo, no estabelecimento de uma comunicação com todos os atores sociais que tinham direta participação no cenário de saúde da cidade, a fim de haver uma contribuição efetiva e interativa dos usuários, gestores e trabalhadores neste processo de criação e democratização.

A atitude de chamar diversos atores para compor a roda diz de uma compreensão comum entre os envolvidos na construção desse processo – universidade e comissão –, uma compreensão de apoio situada no reconhecimento de que os trabalhadores de saúde precisam ser amparados no dia-a-dia dos serviços, levando em conta que a satisfação dos usuários está associada à qualidade do trabalho, que permitirá uma disponibilidade de escuta dos sujeitos, a integralidade<sup>10</sup> e uma intervenção ampliada<sup>11</sup> em saúde. O apoio experimentado pela comissão se fez para o comum. A primeira demonstração dessa força deu-se quando as pessoas que faziam parte da produção de saúde na cidade foram chamadas para definir o caminho da política de saúde (de que jeito eu quero o NASF para eu trabalhar? Como o NASF

---

<sup>10</sup> Integralidade aqui referida como “princípio fundamental do SUS” (BRASIL, 2009b, p.192), que pressupõe a inserção social a partir da atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade e não uma atenção resumida apenas à doença e enfermidades. A integralidade também prevê a garantia de acesso dos sujeitos a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

<sup>11</sup> Gustavo Tenório Cunha atenta para a perspectiva da Clínica Ampliada, referindo que não podemos reduzir o sujeito ao seu sintoma, na ampliação da clínica é “necessário que o equilíbrio global dos custos e benefícios sejam avaliados em conjunto com o usuário” (2005, p.174). Nesse sentido, amplia-se o conceito saúde-doença, acolhendo o sentido que esse significado tem para o usuário.

pode corresponder à necessidade do meu território?). E, além disso, os diferentes sujeitos, através de movimentos oriundos, foram convocados a escrever com – e não sobre – a política pública de saúde.

Esta convocação partiu da elaboração de uma análise do cenário dos territórios de saúde, mapeando o sistema de saúde da cidade com foco em quatro eixos: modelo de gestão, educação permanente, redes/intersetorialidade e controle social. Desse processo foi construído o que se denominou ‘matriz’. Esta matriz compreende um dos três produtos – além da Portaria 536, da Instrução Normativa para os NASF e do dossiê – da comissão, dos quais nos propusemos a observar na descrição da metodologia desta pesquisa. E porque escolhemos esses produtos para fins de apreciação? Justamente porque todos foram construídos com o auxílio da rede democrática, onde o contexto da saúde, em suas diversas instâncias, conquistou sua vez, sua voz.

A matriz teve dois momentos de levantamentos situacionais, um referente ao coletivo da comissão junto à Universidade Federal do Rio Grande do Sul; e outro ampliado, que contou com a participação de todo o sistema de saúde, através de seminários distritais em todas as regiões de saúde da cidade, fazendo um levantamento da realidade viva, indicando possibilidades de um lugar de protagonistas aos usuários e trabalhadores. Estes seminários foram realizados durante três meses, de agosto a outubro de 2011, e teve o envolvimento de mais de novecentas pessoas, todos trabalhadores diretamente envolvidos com a rede de saúde do município. Ao final, foi possível consolidar a matriz em um único produto do coletivo.

No primeiro momento houve uma análise de contexto localregional de saúde, com o foco nas gerências distritais – lembrando que em sua constituição inicial, a comissão contava com três representantes de cada uma das oito gerências distritais do município –, desenvolvida a partir dos apoiadores e gestores locais e posteriormente expandida a partir do compartilhamento das diferentes realidades distritais e na construção coletiva de uma matriz de análise de cenário de saúde da cidade. Os trios de apoiadores questionavam e construíam junto aos seus distritos sobre como deveria ser o NASF para aquela região. O segundo momento permitiu, portanto, levar a matriz situacional aos outros atores envolvidos que estavam envolvidos mais indiretamente, ou seja, a proposta foi ampliá-la para toda rede, a fim de que pudessem contribuir para o aprimoramento das questões inicialmente destacadas.

Tive a oportunidade de acompanhar não somente a elaboração da primeira matriz, como também alguns dos encontros dos seminários distritais promovidos pela comissão para esta construção em rede. Pude perceber que existe uma carência exposta da rede de saúde, principalmente no que tange à promoção de espaços para a discussão e reflexão do próprio

trabalho. Muitos profissionais demonstravam-se cansados com o modelo imposto e outros irritados com ordens verticalizadas que não condiziam com o andamento dos serviços ou com o desejo dos trabalhadores: *“o problema da rede está no fluxo, nós não temos para onde enviar os encaminhamentos, isso nos deixa de mãos amarradas, nos faz sentir impotentes”*, *“a sensação é que estamos num jogo de bate e volta, as prioridades estão claras, mas ficam no vazio, sem retorno... Não temos alternativas para que as coisas aconteçam de outra forma”* (Depoimentos trabalhador/rede de saúde Porto Alegre). Por outro lado, a mobilização e a oportunidade de comunicação promovida pela comissão resgatou o espírito de luta, de responsabilidade sanitária similar aos movimentos de inquietação que marcaram a história de consolidação do SUS. Ver aqueles trabalhadores sedentos ampliou o sentido, não somente da participação deles enquanto sujeitos do SUS, mas também da minha participação no cenário da pesquisa que se inscrevia em nuances de intensidades cada vez mais fortes.

Percebo que nestes espaços a figura do apoiador ia, aos poucos, tomando seus contornos. Os trabalhadores da rede começam a se perceber apoiados pelos apoiadores da comissão, da mesma forma que os apoiadores da comissão percebiam-se apoiados pela UFRGS, por eles mesmos e pela rede de saúde. Uma “rede de apoio” começa a configurar-se timidamente e percebo que a universidade, me incluindo na condição que aspirante à pesquisadora e recente moradora da cidade, faz parte desta rede. A proposta de conversar sobre ‘qual sistema de saúde queremos?’ foi acolhida e mostrou que as perguntas, as dúvidas e as reivindicações que antes habitavam espaços recortados, agora ocupam um lugar compartilhado e não mais fragmentado.

A análise dessa matriz, que podemos chamar de ‘matriz analítica’ ou ‘ampliada’, pois resultou de um denominador comum dos dois momentos citados, permitiu vislumbrar a organização e gestão da rede municipal de saúde, mostrando de maneira ordenada os entraves, lacunas e potências da rede de saúde do município de Porto Alegre. Explicitou-se que muitos problemas enfrentados pela rede, e que repercutem em baixa resolutividade, não estão necessariamente amarrados em uma suposta escassez de saberes técnicos dos profissionais ou de ferramentas tecnológicas, mas em um conjunto de características da organização do trabalho e dos modos de gestão impostos. Num dos seminários, quando alguns apontamentos traziam à tona a dificuldade da realização do trabalho interdisciplinar devido aos “especialismos” recorrentes nos serviços ouvimos a afirmação de que *“temos a formação, a técnica; isso nos faz querer a solução dos casos, mas esquecemos de enxergar outros aspectos de uma grande complexidade”* (Depoimento trabalhador/rede de saúde Porto Alegre). Outro trabalhador observa que a abrangência da complexidade do sistema não diria

respeito apenas a um aspecto, no caso de “*não enxergarmos isso ou aquilo*”, antes, deveríamos dar relevância aos “*modos como se apresentam a organização do nosso trabalho*” (Depoimento apoiador/comissão). Considerando, diante disso, que o diálogo que existe entre a gestão e os trabalhadores é insuficiente, assim como o apoio concedido é quase nulo, estas passagens ilustram um dos pontos mais relevantes que a rede de saúde levantou na matriz: a insuficiência de comunicação. Sequencialmente, despontaram também a burocratização, a centralização das informações, decisões e planejamento das ações, sem a inserção da atenção nos espaços deliberativos; o pouco enfrentamento dos conflitos internos pelas próprias equipes; o foco no modelo biomédico, a dificuldade de discutir os modelos de atenção, etc.

O objetivo inicial do grupo de apoiadores, se é que podemos sintetizá-lo, foi construir uma comissão que pudesse discutir diretrizes para difundir o apoio matricial a partir de estratégias de ativação da rede, com a rede! Este coletivo produziu, para além de uma proposta inicial ou de uma tarefa estabelecida com a secretaria de saúde, inaugurando no município o que podemos nomear de um processo *cogestionário* de análise do trabalho, um processo fértil que propiciou a elaboração do conceito de saúde e um planejamento de ações emergenciais para a cidade, a partir de uma cuidadosa tessitura de uma proposta construída entre diferentes saberes, diferentes sujeitos, diferentes territórios porto alegreses.

Esta *experiência cogestionária* se revela pela ativação contínua da rede de saúde, desde os movimentos de parte do grupo como participantes do GT de Matriciamento, antes mesmo da configuração da comissão, até o acompanhamento da intensificação das ações de matriciamento para a conformação dos NASF.

Tal cenário resultou numa experimentação coletiva de apoio institucional, disparado pelo dispositivo coletivamente construído da formação-intervenção para implementação de uma política pública voltada para o fortalecimento do SUS como política maior em defesa de uma saúde efetivamente pública, universal, humanizada e de qualidade para todo cidadão brasileiro.

O processo de formação-intervenção que elegemos discutir nessa pesquisa revelou apoiadores trabalhando como ativadores de mudanças numa ação viva de compartilhamento e elaboração coletiva dos modos de implementação de uma política, onde “o passado se redobra em potência de devir”, em analogia ao que revelam os autores: “o corpo que trabalha se revela no coletivo, habitado pelas multidões de variações técnicas e subjetivas, corpo histórico, corpo memória, no qual o passado se redobra em potências de devir” (FONSECA et al., 2008, p. 5).

Os textos reunidos no dossiê elaborado pela comissão como um produto desse processo, escritos ou indicados pela equipe UFRGS e comissão, destacam que este espaço dedicado pela universidade promoveu análises referentes ao papel do apoio, aos processos de trabalho, identificou possibilidades de intervenção na gestão, nas demandas e encomendas da rede, etc. Em conformidade com o protagonismo desses apoiadores, podemos afirmar que o apoio institucional foi, sem dúvida, despontado pela *cogestão*. E a *cogestão* é um processo de inclusão. Segundo Culau et al. (2011), em trabalho elaborado e publicizado durante o processo de formação aqui discutido, “incluir trabalhadores nos processos de decisão para acessar e produzir um plano comum é, sem dúvida, desafiante, na medida em que convoca o outro para que ele interfira sobre processos de gestão, até então restrito a alguns, a poucos”.

A formação-intervenção serviu como um disparador para a luta de democracia que já estava se organizando nas entranhas da rede de saúde da cidade. Trouxe para junto de si as reivindicações populares criando um espaço para reativar o SUS como um direito de todos. O apoio institucional, o matriciamento e a educação permanente em saúde são hoje entendidos como prioridades de gestão pelos trabalhadores.

O tema da democracia é crucial para pensarmos a realização do apoio. Um dos impasses do apoio é tornar-se democrático. Efetivamente democrático. Descobrimos durante a pesquisa que existem diferentes posturas frente ao apoio, uma mistificação que impede ou atrapalha a ação. Encontramos trabalhadores que não fazem apoio, porque não sabem que ele existe, sendo que muitos nunca tiveram acesso a algum documento que remetesse à função. Existem, em contrapartida, os que não fazem apoio, porque, mesmo sabendo que existe não se dispõem a operá-lo. Há, também, trabalhadores que fazem apoio e não sabem que o fazem, pois não se reconhecem enquanto apoiadores, acreditando não ter o domínio teórico necessário ou a validação da gestão; e há também aqueles que fazem apoio, mas não têm conhecimento das funções que adotam (matricial ou institucional). E existem, ainda, aqueles que conhecem a função, mas não se autorizam a exercê-la. Percebemos, assim, que a articulação do apoio deve se considerada neste emaranhado de relações e dispositivos de poder.

Sabemos que cada luta se desenvolve em torno de um foco particular de poder, e o que nos ensina Foucault (1979) é que denunciar esses focos publicamente também é uma luta, pois se instaura numa “primeira inversão de poder, é um primeiro passo para outras lutas contra o poder”. Essa discussão do poder pode ser observada nesse grupo de apoiadores ao considerarmos o fato de que existe de forma sutil em nossa sociedade e particularmente na instância da política de Estado que é o SUS, “um sistema de poder que barra, proíbe e invalida

esse discurso esse saber” (FOUCAULT, 1979, p.71). E os ditos intelectuais, diz o autor, não estão fora disso, pois tradicionalmente se colocam enquanto agentes da “consciência” e do “discurso”, porta-vozes de outrem. Pontua que não é mais esse seu papel “de dizer a muda verdade de todos”, agora a função é antes de tudo atrelada ao compromisso de lutar ao lado de todos aqueles que também lutam contra as formas de poder vigentes e hegemônicas.

A formação-intervenção situa-se nesse ponto nodal no qual não presta serviço “em nome de”, mas “em parceria com”, e onde se considera que os processos de trabalho são campos de produção de saber, coletivos e inovadores, perspectiva situada no entendimento de que o “formar implica dialogar com redes de saberes e experiências (...), não busca observar uma trajetória, mas nela interferir produzindo desvios, desnaturalizando o que parece confortável” (HECKERT e NEVES, 2010, p.20).

## **6 REFORMA SANITÁRIA, ATENÇÃO BÁSICA E FUNÇÃO APOIO: ONDE ESTAMOS E PARA ONDE VAMOS?**

Refletir sobre o apoio é também expor rachaduras e, a partir dessas, inaugurar perguntas outras capazes de permitir uma constante revisão do SUS. Este capítulo tratará de retomar brevemente alguns marcos históricos da constituição da Política Nacional de Atenção Básica brasileira que levaram, em sua última edição (BRASIL, 2011), a inserir oficialmente os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como atualização importante, fruto da crescente qualificação do sistema de saúde, só possível no cenário de democratização das políticas públicas do país.

O Sistema Único de Saúde surge constitucionalmente no final da década de 80 e em alguns anos anteriores já havia indícios de mobilizações que serviriam de alicerce para sua concretização. Em meados dos anos 70, a crise econômica que marcava os países latino-americanos, empurrara-os para a reflexão a respeito das questões relativas à saúde. No Brasil, vigoravam os temas que envolviam a medicina preventiva, medicina social e saúde pública, assim como o estabelecimento de espaços de resistência e análise crítica das políticas sanitárias. Influenciou-nos fortemente para o avanço desses temas a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata no Cazaquistão, momento onde a saúde é pela primeira vez reconhecida como um direito, sendo também uma das primeiras tentativas de aliar a promoção da saúde articulada à autonomia dos sujeitos, enfatizando mundialmente a importância da Atenção Primária à Saúde no documento que ficou conhecido como Declaração de Alma-Ata (1978).

Nos anos 70, posições político-ideológicas organizaram-se em torno da disputa por um novo modelo de política social de saúde: a conservadora e a reformadora. A primeira defendia uma assistência médica baseada no produtor privado, atuando na lógica de mercado para a organização dos serviços, e a segunda reivindicava a instauração de serviços públicos apontando para a necessidade de uma descentralização, universalização e unificação do sistema de saúde (MERHY, 1993). Já na década de 80, as agitações da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica circulavam em prol de uma política de saúde efetivamente democrática e de ruptura com um paradigma médico-centrado, pois o acesso ao cuidado médico-sanitário no Brasil se dava por meio de atendimentos distantes de uma socialização da atenção, numa

lógica privatista, curativista e de seguridade estatal, através da Previdência Social (AMARANTE, 1995; YASUÍ, 2006, CAMPOS, 2011).

O desenvolvimento da Reforma Sanitária, em particular, significou segundo Merhy (1993, p.192) uma “derrota definitiva da proposta conservadora baseada no predomínio da medicina privada”. O combate ao autoritarismo ditatorial e a defesa da democracia da saúde dão visibilidade ao cenário que consolidou o movimento e das propostas que viabilizaram um sistema de saúde público para o Brasil, movimentos que podemos referir como instituintes (FLEURY, 2009), com imperativos oriundos não do Estado, mas da população e da luta dos trabalhadores, reunindo forças para uma revolução da saúde e dos serviços públicos no Brasil. Segundo Arouca (1998) o movimento da Reforma Sanitária brasileira consolidou-se na 8ª Conferência Nacional da Saúde, agregando pela primeira vez mais de cinco mil representantes da sociedade civil que juntos reivindicavam a construção de um novo modelo de saúde. Estes esforços resultaram na criação da Constituição Federal de 1988 que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), e que “representou uma ruptura com o modelo tanto de Estado quanto de cidadania anteriores, em resposta à mobilização social que a antecedeu” (FLEURY, 2009, p. 743).

O modelo de Atenção à Saúde no Brasil hoje é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem a função de reorientar o modelo assistencial de forma que haja uma abordagem integral do cuidado, operacionalizando a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde<sup>12</sup> e de forma a substituir o antigo modelo médico-hegemônico, centrado no eixo diagnóstico-tratamento-cura, ou a noção de eixo piramidal<sup>13</sup>, para outro que propõe uma relação circular onde o projeto de saúde deve ser construído entre todos os envolvidos.

---

<sup>12</sup> Indicações do Departamento de Atenção Básica elaboradas pelo governo federal, disponível em <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>.

<sup>13</sup> Luiz Cecílio (1997) propõe a ideia de inversão que denomina ‘da pirâmide ao círculo’. Antes, o modelo piramidal, defendido pelos ideários da Reforma Sanitária, era considerado uma maneira garantida de lidar com as necessidades e o acesso dos usuários e aos serviços, pois distinguia os três níveis de complexidade (primário, secundário e terciário) com a perspectiva de ordenar o fluxo dos atendimentos. Com a constatação da impossibilidade dessa organização na prática, o autor descreve que quem necessita utilizar os serviços não consegue acessar este planejamento, pois ele não permite um acompanhamento dos casos, tornando-se “paliativo e insuficiente” (p.6). Cecílio, então, ergue a proposta de pensar o sistema de saúde como um círculo com uma multiplicidade de alternativas para a entrada e saída no sistema, de maneira a diminuir a hierarquização dos ‘níveis de complexidade’ com o entendimento de que “qualquer serviço de saúde é espaço de alta densidade tecnológica” (p.9).

A respeito da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Franco e Merhy (2006) direcionam uma crítica à implantação desse modelo, alegando que essa proposta de mudança na forma ou estrutura do serviço é insuficiente para produzir novos processos de trabalho, pois via de regra há um caráter prescritivo no programa, na tentativa de transpor o modelo médico-centrado para um modelo centrado no trabalho em equipe, o que tenderia ao engessamento das ações e ao impedimento da formulação de movimentos criativos e autônomos. Como alternativa para a existência da ativação de novos processos de trabalho, os autores sublinham a potência do ‘trabalho vivo em ato’, que estaria sob o exercício do “acolhimento ao usuário, através da escuta qualificada, o compromisso de resolver seu problema de saúde, a criatividade posta a serviço do outro e, ainda, a capacidade de estabelecer vínculo”, formando o alicerce da micropolítica do processo de trabalho em saúde (FRANCO; MERHY, 2006, p. 121).

No que tange à constituição dos “modelos” em saúde, também temos uma ressalva: muito se defende que um dos impasses está na superação do modelo tradicional, considerado fechado e hospitalocêntrico, em substituição por um modelo centrado na família e na equipe de saúde, que compreendesse os aspectos biopsicossociais dos sujeitos e não apenas a doença. Mas se pensarmos na própria etimologia da palavra (FERREIRA, 1999), modelo significa algo que merece ser repetido, moldado, “aquilo que serve de objeto de imitação; próprio para ser imitado” –, não caberia defendermos a mudança de tal modelo para este ou vice-versa, se considerarmos as inúmeras maneiras que encontramos campo afora de fazer o atendimento em saúde, seja em matagais abandonados pela “arquitetura civilizatória” e ocupados por moradores de rua, seja no meio do rio com serviços fluviais, seja em cima do morro no mesmo pátio de um posto policial, etc. Ou seja, não fazemos saúde com um modelo, mas com diversas e criativas maneiras de compreender e fazer saúde. Num território tão rico culturalmente como o é o Brasil, ter estabelecido um único “modelo” nos exigiria concordar, de maneira unânime, com todas as normas que dele adviriam. Esse “concordar” pode ser entendido como uma forma de assujeitamento às normas e não como um movimento de produção das mesmas, como observam Neves e Massaro (2009). Alinhados às contribuições de Canguilhem, restituem que o fazer em saúde deve estar em coincidência com a vida, ao preservar a criação de si e de modos de viver, afirmando a vida em sua “potência de criar normas”. Acrescentamos a isso a importância de criar normas outras, pensadas por sujeitos outros e de lugares outros, antes impensados.

Essa observação diz da discordância entre uma forma de governar e aplicar as políticas de saúde verticalmente, desconsiderando as peculiaridades de cada região (regiões

diferentes dentro do país, dos estados e até de um mesmo município). É urgente que para concretizarmos uma política pública também possamos analisar questões referentes a uma “mudança radical no modelo burocrático e verticalizado que caracteriza, muitas vezes, a prática no campo da saúde” (BARROS, GUEDES e ROZA, 2011, p.2). Como contribuir para a extinção de um modelo “frabril”? Nossa crítica não se refere ao “modelo de Saúde da Família”, mas a um único modelo a ser concebido por toda a imensidão territorial e cultural do Brasil. Grifamos a importância de valorizar os desejos de mudanças que surgem nos campos das práticas em saúde; devemos ficar atentos aos anúncios, às inquietações, ao terceiro mundo que se abre entre o que é possível fazer e o que é imprescindível. Corresponder à demanda da gestão (local, municipal, estadual, federal) é diferente de ter condições de fazê-la e às vezes muito distante da demanda que realmente existe naquele serviço. Não admitir a instalação de um modelo fixo é não suportar as condições verticalizadas para o exercício de políticas, programas, diretrizes, etc. impostos pelos governos.

O testemunho das vozes que reverberam do cimento cru, fazendo existir a opinião pública de quem usufrui dos serviços e de quem dá vida aos seus muros pálidos pode indicar o início de uma verdadeira participação social. Durante uma discussão efervescente sobre o descompasso existente entre gestão municipal e *grupo de apoiadores*, provém uma fala que expressa a evidência da lateralidade de interesses: “(...) *somos alguma coisa incômoda... eles não sabem o que fazer com a gente e agente não sabe o que fazer com eles...*”(Depoimento apoiador/comissão).

Sobre a análise do papel da comissão, a preocupação com a continuidade do trabalho desencadeado com o processo de formação do GT de apoio matricial e formação-intervenção é ressaltada: “*precisamos fazer algo para que esse processo não sucumba!*”. Esta distância entre a política e a prática poderia diminuir se considerássemos uma noção de modelo como uma mediação entre ambas, algo de um jeito de fazer que nunca será o mesmo em todos lugares. Mediação entre a assistência e a gestão, mas também uma mediação entre profissionais e usuários. Apontamentos feitos por Marina Peduzzi (1998) nos levam a considerar também este ponto, onde se deve haver uma “adesão crítica ao projeto institucional”, cabendo aos gerentes e os profissionais envolvidos diretamente com a atenção, reproduzirem a política por meio da interação entre si e com os usuários, priorizando que esta “re-produção” de políticas e modelos seja feita em harmonia com as necessidades de saúde do território e não simplesmente pautadas na “mera reprodução, automatizada e alienada de uma proposta tomada como receita” (PEDUZZI, 1998, p. 13). Em que medida os grupos de

trabalhadores e usuários se percebem enquanto um coletivo político? Sem essa constatação, o público se individualiza, deixa de ser sujeito e torna-se privado.

O breve relato da memória histórica da política de saúde em nosso país permite-nos dar visibilidade a um percurso revolucionário, de protestos em prol de mudanças e transformações, oriundos da insatisfação e reivindicações bancadas pelos próprios trabalhadores e sociedade em geral. Hoje as bandeiras desses movimentos são erguidas em escalas moleculares<sup>14</sup>, nos meandros dos serviços, enunciando potencialidades múltiplas e inventivas ali onde se exerce o trabalho em saúde. Podemos dizer que só temos um sistema de saúde que utilizamos hoje em nosso país porque os trabalhadores do setor sempre se ocuparam dessas questões, indo para as ruas e reivindicando “saúde”, como pudemos acompanhar no evento que se organizou em torno do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, no final da década de 80, e 1987, na cidade de Bauru (SP), onde manifestantes, usuários e trabalhadores de saúde mental foram para as ruas, de faixas em punho e gritos de ordem, exigindo uma sociedade sem manicômios (YASUÍ, 2006).

Esta memória nos leva a crer que apesar da identificação de alguns marcos da Reforma Sanitária, assim como de diversos estudos na área, dar seguimento à análise do significado desse projeto, assim como sua viabilidade, “exige a realização de mais investigações sobre seu *processo*, no sentido de analisar suas perspectivas e identificar atores sociais relevantes” (PAIM, 2008, p.627); investigações essas que permitiriam instigar reflexões e inaugurar proposições políticas a respeito do tema aqui enfocado.

No estudo em questão, o que está em pauta é estimular a abertura de um olhar mais apurado aos movimentos que decorrem de grupos menores, que ainda não são legitimados, nem naturalizados. Naturalização enrijece, cai para a história. E o devir, que desejamos cartografar, não é história congelada, pois, lembra Deleuze, que a história capta somente um conjunto das condições que se desviam da criação de algo novo. E devir é isso: “a única oportunidade dos homens está no devir revolucionário, o único que pode conjurar a vergonha ou responder ao intolerável” (DELEUZE, 1992, p.211).

Há uma diferença entre o futuro das revoluções na história e o devir revolucionário das pessoas; a primeira, a história, não é a experimentação, a experimentação escapa à história. Na forma da experimentação, o acontecimento é remontado, reconfigurado em todos seus componentes e singularidades, em seus devires. A experimentação nesse sentido faz parte de

---

<sup>14</sup> Molecular aqui faz referência ao que retoma das máquinas técnicas pelas máquinas desejantes, forças sociais e materiais que criam os desejos Guattari (1981, p. 172) define como sendo as transformações radicais das relações sociais em todos os níveis, um movimento global de mutação.

uma “densa nuvem não histórica”, “o Intempestivo”, expressões nietzschianas recolhidas por Deleuze (1992, p.210). E esta breve menção história-devir faz sentido aos relatos que resgatamos aqui, dada tentativa de apresentação de alguns pontos da revolução que originou o sistema de saúde no Brasil, porque ao aproximarmos-nos do processo de formação-intervenção do grupo de apoiadores percebemos já de saída, na forma como o curso de extensão foi-se estruturando espontaneamente por desejo de um grupo de trabalhadores, anúncios de um devir revolucionário, anárquico, cogestionário democrático nas propostas desses atores. Se unirmos a Reforma Sanitária à revolução por direitos e luta pelo poder interferir nos destinos políticos da saúde do país, não poderemos deixar de analisar a democracia institucional requerida, neste caso, por um segmento de trabalhadores do SUS.

Reconhecemos esse protagonismo, pois podemos observar de perto esses movimentos na pesquisa, mas outra pergunta também nos inquieta: por que não vemos mais aquela ‘revolução em massa’, de sair às ruas em favor de direitos à saúde, como antigamente eram batalhadas as conquistas? Estaríamos todos esmagados e conformados por uma lógica que não contempla mais o universal? Se sabemos que só existe o SUS, porque ele foi feito pró democracia, para todos e sem distinção, como podemos reacender a chama?

Gastão Campos (2007b) contribui para essas indagações quando relata a respeito do que chamou de “desencantamento pelo SUS”, destacando que surge na forma de descrédito quanto à capacidade do movimento sanitário. Prossegue o autor afirmando que os principais desafios hoje se atribuem ao fato de o SUS ainda não ter se transformado em prioridade do Estado brasileiro e devido a isso transformações políticas, organizacionais e do modelo de atenção não foram plenamente enfrentadas, o que impede a consolidação do sistema (CAMPOS, 2008). Outro aspecto relevante está na “crise de legitimidade das organizações estatais e públicas pela baixa eficácia e eficiência” (p.1), causada pela utilização dos orçamentos em setores privados, sejam de empresários, corporações, profissionais, burocracia ou políticos. Isso diz diretamente que a construção de um sistema público, só pode ser alcançada com a intensificação de processos de cogestão. Da possibilidade de uma gestão “para todos” renasce a possibilidade de um SUS “para todos”. Da perspectiva de pensar o “como fazer” modificamos a fórmula do “como deve ser”, fórmula que segundo Pasche e Passos (2010) marcam a tradicional elaboração das políticas públicas de saúde. Esses elementos compõem a lógica de como o apoio deve ser traduzido e compartilhado nos diferentes espaços, tarefa da qual objetivamos deflagrar ao longo do texto.

Mas afinal, como seria possível reativar a democracia para a consolidação das diretrizes de um sistema que só se originou em decorrência da participação popular? Nossos

questionamentos referem-se à democracia dita institucional, que se espera não ter sido capturada totalmente pela instituição SUS, fazendo-se valer enquanto uma governabilidade possível de todos aqueles envolvidos nas relações de poder das organizações. E essa governabilidade não diz respeito apenas à administração do trabalho, mas é assinalada pelo Ministério da Saúde (2010b, p.14) como “gestão coletiva” fundamental para a promoção da saúde e a prevenção de adoecimento, corresponde ao aprimoramento das formas de compreender e analisar o trabalho através do “fazer circular a palavra” com criação de espaços coletivos para debates e também avaliação de regras de funcionamento instituídas nas organizações.

A este novo jeito de produzir saúde, com a convocação do coletivo, é que a Política Nacional de Humanização (PNH) surge, objetivando “valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção à saúde”<sup>15</sup>, e marcando que a reforma na saúde encontra-se ainda incompleta e o seu desafio está em qualificar a cogestão através do incentivo da inclusão dos trabalhadores, usuários, gestores, familiares, em todo processo de produção de saúde. O HumanizaSUS, como também é chamada essa política, está inserida transversalmente nesta pesquisa, pois além de atualizar alguns princípios fundamentais na nossa discussão, como a cogestão, o fomento de redes de apoio e a valorização do trabalho/trabalhador da saúde, também compartilhamos da aposta ético-estético-política<sup>16</sup> conferida em seu compromisso.

Compartilhar dessa condição epistemológica adotada por essa política não significa que não tomaremos para a análise algumas afirmações advindas das atribuições ministeriais. Percebemos que a ‘cogestão’ e a ‘gestão coletiva’ aparecem em alguns documentos como forma de glorificar a participação de todo e qualquer sujeito na elaboração e execução das políticas de saúde, uma forma de chamamento e convocação que também se desdobram em uma tentativa de autorização dos diferentes atores para fazerem parte da fatia deliberativa. Mas ao mesmo tempo, vemos que, ao sair do plano teórico das discussões federais (como aquelas feitas pelo Ministério da Saúde) e ao nos aproximarmos de outros espaços, distantes do “Planalto Central”, localizados nas instâncias estaduais e municipais, nos meandros dos setores de coordenação das regiões, dos bairros, e distritos (como é o caso de Porto Alegre),

---

<sup>15</sup> Este enunciado encontra-se no prefácio da cartilha (BRASIL, 2010c) que divulga esta política aos gestores e trabalhadores do SUS. Adiante, trabalharemos um capítulo específico a respeito do tema da Humanização.

<sup>16</sup> Ética, diz do comprometimento dos diferentes atores comprometidos com a responsabilidade na saúde; estética do processo criativo decorrente da produção de saúde aliado à produção de subjetividade e política porque diz de certa “organização social e institucional das práticas de atenção e gestão” do SUS (BRASIL, 2010c, p.62).

esse entendimento de coletividade não está em questão. Pelo contrário, aparecem como justificativa de reivindicação do próprio coletivo que quer se coletivizar. É um paradoxo. No plano de fundo dessa discussão, reverbera a indignação de muitos trabalhadores como expresso em uma roda de conversa sobre a transversalidade do SUS na realidade diária nos serviços de saúde: “(...) o gestor não tem a visão da rede de saúde para fazer as mudanças, ele nunca veio aqui para saber!” (Depoimento trabalhador/rede saúde de Porto Alegre).

Promover um espaço de mudanças através do exercício da democracia nos leva a tentar associá-la à produção de subjetividade e sua possibilidade de proliferação. Guattari e Rolnik (2007) ao referirem as lóstimas constituintes das políticas, trazem a problemática da democracia situando que talvez o cerne da sua expressividade origine-se nas grandes organizações políticas e sociais, mas situam que a sua consolidação e consistência, de fato, ao “nível da subjetividade dos indivíduos e dos grupos (...) novas atitudes, novas sensibilidades, novas práxis, que impeçam a volta de velhas estruturas (p.157)”. O estar alerta aos processos de transformação no campo subjetivo é regra da micropolítica<sup>17</sup>, ou seja, “como reproduzimos (ou não) os modos de subjetivação dominantes?”. Considerar essa questão é crucial para a análise desses processos e continuidade de nossas indagações.

### **6.1 Política Nacional de Humanização: problematizando a gestão e o cuidado**

Porque abordaremos a Política Nacional de Humanização como basal para pensarmos o apoio? Para sustentar a construção coletiva do SUS, a inclusão de todos os sujeitos envolvidos nesse cenário deve ser radical, “a Política Nacional de Humanização (PNH), em relação às políticas anteriores, traz com extrema preocupação a qualidade da clínica atrelada à preocupação com a gestão” (CUNHA, p. 31, in BRASIL 2010a). Esta política é situada dentro de um conjunto de diversas ações e programas do SUS, e ganha destaque ao apostar nas estratégias de qualificação da saúde que tenham em loco intervenções construídas pelos gestores, demais trabalhadores e usuários. A política incentiva a “troca solidária” entre as três esferas, o que justifica de fato permear constantemente os movimentos produzidos pela comissão. Dentre os empreendimentos desta, estava o empenho em perguntar para a cidade

---

<sup>17</sup> A discussão referente à micropolítica é situada pela primeira vez neste trabalho, esta, por sua vez, será mais bem detalhada no capítulo 6. Adiantamos que a micropolítica diz respeito à análise das formações do desejo no campo social, considerando a multiplicidade de subjetivações dado um processo. Félix Guattari vai falar que “toda problemática micropolítica consistiria, exatamente, em tentar agenciar os processos de singularização no próprio nível de onde eles emergem” (GUATTARI e ROLNIK, 2007, p.152).

qual o NASF que a interessava, levando em conta às idiossincrasias de cada região (gerência distrital), os interesses dos gestores e coordenadores, as condições levantadas pelos dos trabalhadores e as exigências da população. Esta costura delicada foi tecida pelos subgrupos que representavam cada região, num trabalho argiloso que iam desde os encontros semanais para discussão teórica, com o grupo ampliado, na UFRGS, perpassando a construção conjunta do que era levantado no território com o subgrupo até a apresentação e indução das questões com os representantes da sua região.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) inclui a humanização como uma de suas orientações; assim como a estratégia do NASF adotou a humanização como diretriz e princípio, e diversos de seus dispositivos, como Projeto Terapêutico Singular, Apoio Matricial, Acolhimento com Classificação de Risco e Vulnerabilidade, entre outros, foram também abrangidos como ferramentas de ação. E, especialmente, “a inclusão do conceito-ferramenta apoio institucional, principal tecnologia de ação da humanização, é uma contribuição indelével da PNH para a atenção básica” (BRASIL, 2010a, p.7).

A PNH, portanto, entra em cena trazendo a discussão do apoio institucional e apontando como, ao mesmo tempo, sendo uma diretriz e um dispositivo que serve para ampliar a capacidade de reflexão, entendimento e análise de coletivos, trata-se de “convocá-los no seu potencial de criação, para configurar novos modos de gerir o trabalho, frequentemente marcado pela fragmentação e fragilização dos trabalhadores (...) transformar o trabalho afirmando sua força de produzir o viver.” (BARROS, GUEDES e ROZA, 2011, p.3).

Por este motivo, pode-se dizer que a função apoio trabalha pela indissociabilidade entre os domínios da clínica e da política, entre cuidado e gestão, ou seja, nesta região limítrofe onde se dá o trabalho no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações (BRASIL, 2010b). Segundo Barros, Guedes e Roza (2011) o apoiador é um fomentador da coletividade nos grupos que apoia, pois ele trabalha com sujeitos coletivos e irá fomentar a gestão compartilhada – que seria uma forma de co-gestão. Explicitam a função apoio como:

A estratégia de apoio institucional praticado pela PNH, tomada como método de intervenção, se expressa por uma função de apoio que dá passagem, persegue a criação de grupalidade, de forma a fortalecer e montar redes de coletivos. Lugar-função que instiga, lugar de passagem que viabiliza processos de desestabilização do que está instituído, fazendo emergir modos outros de trabalhar e produzir saúde; que faz surgirem outros planos de afetos, de encontros, de constituição de redes de conversa, redes afetivas. (BARROS, GUEDES e ROZA, 2011, p.4).

Em congruência com a afirmação acima, devemos reconhecer que, de fato, no grupo de apoiadores que acompanhamos operou uma transformação de trabalhadores submersos nas regras verticalizadas de modos de fazer burocráticos a trabalhadores capazes de refletir sobre como fazer, para que estes modos de fazer possam corresponder às expectativas daqueles que estão na luta diária de exercício do SUS tanto na atenção direta quanto na gestão. De certa forma, o que vimos nestes dois anos de acompanhamento do processo foi a nítida tentativa de diluição destes dois polos atenção-gestão, o que muitos chamariam de legítimo exercício de cogestão.

## **6.2 História do apoio na saúde pública brasileira**

Em termos de aparato terminológico, o apoio vem sendo agregado ao cenário da saúde nacional, principalmente em deliberações do Ministério da Saúde (2004b) frente a elaborações políticas, como a criação da Política Nacional de Humanização (2003) e de programáticas com a inauguração de portarias que ordenariam serviços estratégicos como os Centros de Atenção Psicossociais/CAPS (2002) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família/NASF (2008). Nesse panorama, dois do que podemos chamar de ‘tipos’ de apoio vêm sendo utilizados com maior frequência no que tange à reorganização dos serviços, tanto na Saúde Mental como na Saúde da Família. São o apoio matricial e o apoio institucional, ambos que congregam em suas ações especificidades importantes, como pistas de que existem outros meios, outros procedimentos para atuarmos na saúde, diferentes daqueles já pensados. O que nos interessa é a potência do apoio neste aspecto. Aproximarmo-nos um pouco da história deste dispositivo pode auxiliar-nos a vislumbrar os acúmulos importantes em relação às suas diferentes experimentações, tanto no que contribui para superação dos modelos de atenção e gestão instaurados quanto para conjecturar avanços na Saúde Coletiva.

O apoio matricial é concebido como instrumento indispensável para organização das ações de saúde mental na Atenção Básica, bem como tem sido adotado como importante tecnologia no trabalho da humanização da atenção e gestão em saúde pela PNH - Política que convoca com finalidades de intervenção, além do apoio matricial, também o método do apoio institucional com a finalidade de provocar e acompanhar mudanças junto ao trabalho de coletivos, ofertando suporte para a produção de saúde (BRASIL, 2010c).

Remontando às origens desta tecnologia de trabalho em saúde, temos uma análise empreendida por Campos (1998) acerca da organização do trabalho em saúde, em que ele identifica modos de trabalhar muito semelhantes aos de chão de fábrica. No célebre texto

intitulado “O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso”, considerado O embrião do apoio, o autor referia as mudanças necessárias para que se assumisse o desafio de construir um modelo de gestão que superasse o método taylorista. Isso significaria superar a alienação dos trabalhadores e a lógica de trabalho fragmentada entre onde as pessoas são distribuídas em departamentos conforme as disciplinas ou funções (como exemplo, a dura realidade no chão das fábricas).

O autor propôs o que chamou de “utopia grega da democracia”, ao entender a necessidade de que para haver a real democracia dever-se-ia “estimular os trabalhadores a ampliar sua capacidade de reflexão, de cogestão e, em decorrência, de realização profissional e pessoal” (p. 865). Sem ainda nomear este método que posteriormente chamaria de apoio matricial, apresentou indícios de seu surgimento no que chamou de “Supervisão Matricial”. Esta seria uma proposta de intervenção exercida por um supervisor, um “agente externo que se reúne com a equipe para instituir processos de reflexão crítica e de educação permanente” (p.866), e auxiliaria a equipe a agenciar mudanças e enfrentar os problemas. Elucidava esta tarefa a um “trabalho de apoio” do qual poderia ser de cunho técnico (orientação dos profissionais das equipes) ou instrumentalizador (agenciador de processos de mudança). Poderíamos já inferir aqui que este apoio técnico delinearía as complementações para o apoio matricial, e que do apoio instrumentalizador surgiriam as especificações para a concepção do apoio institucional.

O conceito de apoio matricial elaborado por Gastão Campos passa a ser considerado como um suporte assistencial especializado em conjunto com as equipes de referência dos serviços (CAMPOS, 1999), em que estas seriam concebidas enquanto estruturas permanentes e centrais dos serviços de saúde, tendo sempre em vista a responsabilização e a condução dos casos do seu território e trabalhando em conjunto com as equipes matriciais. Passa a constituir-se enquanto um “arranjo organizacional” quando o suporte técnico é dado às equipes de referência da qual elege os casos eleitos como prioridade ao assumir a necessidade de compartilhar a corresponsabilização dos casos, as discussões e as “intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos” (BRASIL, 2004, p. 80). O apoio matricial só faz sentido, assim, se houver relação com as equipes de referência; um não existe sem o outro.

Este arranjo é considerado atuante tanto na gestão do trabalho em saúde como na gestão do cuidado, pois surge para dar resolutividade aos casos sobre os quais as equipes de um determinado serviço apontam necessidade de suporte. Como menciona Bertussi (2010, p. 112), o apoio matricial seria um arranjo para atenuar a fragmentação do processo de trabalho

causado pelo avanço da especialização encontrada em quase todas as disciplinas, e teria o intuito de aumentar “a resolubilidade das ações em saúde, definindo responsabilidades de coordenação e instituindo espaços de diálogo, aprendizagem e cooperação entre profissionais de diferentes serviços”.

Como sublinham Campos e Domiti (2007), a palavra matricial tem em sua origem latina a acepção de “lugar onde se criam coisas”, vinda para indicar algo que supere aquilo que há de tradicional nas práticas do SUS:

(...) carrega vários sentidos; por um lado, em sua origem latina, significa o lugar onde se geram e se criam coisas; por outro, foi utilizado para indicar um conjunto de números que guardam relação entre si quer os analisemos na vertical, na horizontal ou em linhas transversais. Pois bem, o emprego desse nome -matricial- indica essa possibilidade, a de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal e não vertical, como recomenda a tradição dos sistemas de saúde. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 402).

Este dispositivo de “retaguarda especializada” referida pelos autores dispõe o profissional em um modo de operar e num modelo inovador, instrumentalizando-o para o exercício do trabalho guiado por uma perspectiva dialógica de comunicação e ampliada de atenção aos sujeitos (de si mesmos, dos colegas, usuários, coordenadores etc.). A fala de um profissional encantado com a experimentação do apoio matricial traduz um pouco dessa experiência: “(...) *trabalhar junto com outros olhares nos faz pensar coisas que nunca teríamos pensado antes... conversando com um colega de outro serviço pude abrir um leque de possibilidades. Isso é um crescimento e a gente leva a experiência para compartilhar com toda a equipe!*” (Depoimento trabalhador/rede de saúde Porto Alegre).

O apoiador colocaria a instituição em análise, questionando-se sobre os modos tradicionais de trabalhar e inserindo-se em novos modos de operar, funcionar e agir, possibilitando a emersão de conceitos e oferta de tecnologias para a análise da instituição (CAMPOS, 2000). Acreditamos que o “colocar a instituição em análise”, ultrapassa a referência que Campos (2000) faz à instituição estabelecimento-unidade de serviço, pois em nosso entendimento há várias instituições em questão, como a instituição saúde, instituição trabalho, instituição equipe. Esta análise pode emergir de inquietações do dia a dia que estimulem o diálogo de diferentes saberes sobre a clínica e a gestão, pois o falar das intervenções e direcionamentos dos casos também revela a organização das equipes em seus espaços de trabalho. Estas análises dizem também do exercício da “análise de estratégias para lidar com demanda reprimida, análise de encaminhamentos”, assim como outras atribuições que contemplam o todo complexo da função, como os atendimentos conjuntos entre

profissionais de diferentes equipes, discussões sobre projetos terapêuticos ou temas emergentes naquele serviço e “até a simples disponibilidade para contato telefônico para discutir urgências ou seguimentos” (CUNHA e CAMPOS, 2011, p. 964).

Ainda com indicações dos autores acima, Cunha e Campos (2011) situam que a metodologia do apoio matricial teve sua experiência inaugurada no Brasil nas cidades de Campinas, SP, e Belo Horizonte, MG, sendo utilizado em serviços de saúde mental, de atenção básica e da área hospitalar do Sistema Único de Saúde; e na Argentina o uso dessa metodologia surge na cidade de Rosário. A cidade de Campinas ganha notoriedade pelo fato de incorporar em sua rede o apoio matricial nas ações em saúde mental, mas não somente isso: Campinas foi uma das pioneiras na implementação do SUS, com ações que vinham se desenvolvendo desde a década de 60 (DOMITTI, 2006). Considerando que suas experimentações contribuíram para a edificação do sistema de saúde em nosso país, descreveremos alguns marcos importantes do apoio matricial dessa cidade, a fim de destacar como a construção de uma cultura organizacional democrática tem sido desenvolvida através desse dispositivo. Duas questões referentes à peculiaridade deste cenário nos interessam: o que podemos considerar excelência nessa experiência? Como o apoio foi incorporado pelos gestores públicos do município em questão?

A experimentação do apoio matricial, segundo Figueiredo e Onocko Campos (2009), foi inaugurada oficialmente no município a partir de 2001, com o Programa Paidéia Saúde da Família<sup>18</sup>, um desdobramento do Programa de Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde, que também ganhou destaque nacionalmente com avanços na área da saúde mental a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica. Em recente estudo elaborado por Domitti (2006), o apoio matricial é enunciado como uma prática realizada na saúde mental e por isso chamado “apoio especializado matricial”, sendo direcionado para a articulação com a atenção básica. Nesse sentido, o apoio matricial fundou-se enquanto uma das diretrizes da gestão dos anos de 2001 a 2004, em Campinas, SP, constituindo-se como um dos pilares da política de saúde mental do município. Importante frisarmos que antes mesmo dessa data, já em 1989, Campinas iniciava a prática do apoio matricial com os dois serviços de saúde mental que foram conduzidos a fim de superar a lógica ambulatorial, tradicional no município, passando então à descentralização e expansão da rede da seguinte forma: os dois serviços de saúde

---

<sup>18</sup> O Projeto Paidéia reavivou a discussão do modelo de atenção na atenção primária iniciando uma reformulação mediante a implantação de equipes de saúde da família, incorporando na rede básica novos profissionais, com objetivo da substituição do modelo antigo e da cultura de atendimentos direcionados a especialistas. Mais especificações, consulte Domitti (2006).

mental funcionariam com oito equipes multiprofissionais (psicólogos, psiquiatra, terapeuta ocupacional, etc.), onde cada uma dessas equipes realizaria apoio matricial a oito equipes da atenção básica (CUNHA e CAMPOS, 2011).

Uma característica marcante do SUS em Campinas é a tradição de participação popular no sistema da cidade, com o envolvimento de profissionais de saúde, alunos e professores das universidades desde a década de 70 (com destaque a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde [CEBES]); movimentos de saúde em vários bairros e sindicatos; a existência regular de fóruns para a gestão colegiada e participativa do sistema; além do Conselho Municipal e dos Conselhos Locais de Saúde sendo progressivamente inaugurados com o auxílio de usuários, profissionais e gestores, em quase todos os serviços do SUS. Também na organização da saúde mental foi criado, além de um coordenador do programa, um Colegiado com representantes da secretaria, apoiadores dos vários distritos e representantes de serviços da rede (DOMITTI, 2006).

A autora ainda destaca que desde o ano de 1989, havia dentro da rede municipal um estímulo para operar a discussão sobre modos para alterar-se o paradigma clínico e sanitário na prática. Visando sempre a ampliação dos coeficientes de autonomia, a participação dos profissionais e usuários na gestão era enfatizada como de suma importância e, em especial, havia uma preocupação direcionada ao controle social exercido tanto pela clínica quanto pela saúde pública sobre a comunidade, as famílias e os pacientes, para que medidas de retenção dessa participação não fossem aplicadas. Sobre o desmantelamento de certo modo de trabalhar na saúde, Domitti (2006) adiciona que “a inserção da saúde mental na atenção básica vem se consolidando, a partir do Programa de Saúde da Família – Paidéia, especialmente através do apoio matricial em saúde mental”, programa sobre o qual noticiamos acima. Percebe-se, assim, a partir do conhecimento de determinadas ações na cidade de Campinas, que houve um incentivo pontual para a superação de um modelo de saúde fragmentado e hierarquizado.

Ao analisar a ampliação da rede básica de Campinas e as ações de apoio matricial em saúde mental, Onocko Campos e Figueiredo (2009) apontam que devemos admitir que a mudança da lógica de trabalho proposta pela adoção do apoio matricial não é simples de ser assumida pelas equipes e que a potência do apoio matricial enquanto arranjo transformador das práticas hegemônicas na saúde corre o risco de não ser realmente vivenciada se não houver alguns focos de atenção bem precisos nesse trabalho. Um deles insere-se no fato de que a proposta de apoio matricial “deve ser especificamente trabalhada junto às equipes, instalando-se espaços destinados à reflexão e à análise crítica sobre o próprio trabalho”

(p.137). Outro ponto é que, embora os gestores avaliem que existiu grande investimento nas negociações com os profissionais durante a implementação das diretrizes, “não houve discussões específicas para pensar o projeto instituinte do Apoio Matricial, a fim de que a mudança pudesse de fato fazer sentido aos profissionais” (p.137). O fato de admitir que as transformações no trabalho disparadas pelo apoio matricial não são automáticas e que precisam ser constantemente repensadas e processadas em espaços de discussão e formação, são apontados por Onocko Campos e Figueiredo (2009) como fundamentais para que o surgimento de impasses possa ser acolhido, e não transformado em verdadeiro entrave para a efetuação desse arranjo.

Selecionamos citações pontuais que referem este dispositivo como potente nas ações de mudanças, considerando sua incorporação de grande importância enquanto ferramenta tecnológica e de gestão, tanto em nível local como nacional, e mostrando que os apoiadores mantêm em relação ao apoio um prazer decorrente das possibilidades de cogestão. No que tange as possibilidades de “sucesso” do apoio matricial, Oliveira (2011, p. 42), posteriormente a um estudo feito em Vitória, ES, enumera algumas condições que se tornam imprescindíveis para tal alcance, como: elaboração de táticas que incidam sobre a desprecarização das relações de trabalho; o contrato de profissionais por concurso; a promoção de espaços de educação permanente em saúde para qualificar os trabalhadores e gestores; a organização dos serviços levando em consideração a constituição de equipes de referência com atenção às responsabilidades do território; a criação e incentivo de espaços de cogestão, como a priorização de espaços permanentes de encontro entre as equipes (e porque não de profissionais da mesma equipe?) e com os colegiados de cogestão nos serviços e nas áreas técnicas de coordenação da gestão municipal. Indagamos estes apontamentos como um caminho ao “sucesso” da implantação do apoio matricial, pois bem observamos que suas possibilidades de efetivação dependem menos de um resultado concreto do que de um sensível acompanhamento do processo e da delicada função de articular as instâncias gestoras, sejam do trabalho, das equipes, do próprio corpo. Parece-nos que o envolvimento desses atores e o grau de participação/consciência sobre seus modos de subjetivação é que apontarão o caminho não para o “sucesso”, mas para a composição de um plano de forças<sup>19</sup> na área da saúde.

---

<sup>19</sup> Um plano de composição de “desenquadramento segundo linhas de fuga”, um plano que nada mais é do que “forças cósmicas capazes de se fundir, se transformar, se enfrentar, alterar” (p. 240). Para maiores aprofundamentos teóricos verificar: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **O que é a filosofia?** Tradução Bento Prado Jr. E Alberto Alonso Muñoz. São Paulo: Editora 34, 1992.

Sobre o que concerne diretamente à gestão, Merhy (2006) alerta-nos para os desafios que esses trabalhadores têm no emprego de suas ações para com os trabalhadores da atenção e os usuários, como o fato de conseguirem impactar os modos como são construídos os contratos e as combinações entre eles no dia a dia dos serviços, e de orientar a capacidade tecnológica de ação dos mesmos para a defesa da vida individual e coletiva. Um desafio realmente, pois majoritariamente o que vemos são gestões autoritárias atuando em ações verticais sem priorizar a abertura de espaços coletivos, como foi o desdobramento da gestão de Porto Alegre para com seus trabalhadores, que veremos mais adiante. Adiantamos que no exemplo da cidade citada acima, em Vitória, encontramos similaridades em relação aos procedimentos de reivindicação da autonomia de gestão no município do qual estudamos nesta pesquisa, como o fato de “não se constituir em um grupo gestor de projetos, mas em um grupo que pretende acionar processos de transformação em todo o modelo de gestão/atenção da Secretaria Municipal de Saúde”. Oliveira (2011, p. 55) aponta essa experiência como um exemplo para a lógica de inscrição de apoio em espaços não institucionalizados, o que caracteriza um caráter de ineditismo em ambos os processos.

Em Porto Alegre, antes da formação do grupo de apoiadores, não havia uma diretriz na Secretaria Municipal de Saúde nem em relação ao apoio matricial nem ao apoio institucional. O processo de articulação desse coletivo é disparado no final de 2010 em razão da insatisfação pela rede de saúde fragmentada e compartimentalizada que a cidade apresentava. O modelo de Atenção Primária em Saúde era atravessado por confusões conceituais entre atenção e gestão e muitas das práticas ainda eram ligadas ao modelo tradicional. Nesse sentido, considerando a fragilidade da rede, os trabalhadores constituíram-se enquanto um coletivo capaz de assessorar a implementação dos NASF para que esse projeto não se configurasse como mais uma ação sem apoio. Para isso, insistiram na importância de haver primeiramente a implementação do apoio matricial como uma política de saúde junto à rede, para que a proposta do NASF viesse enquanto um desdobramento dessa difusão do conceito e da prática. Mais um mérito da comissão, que insistiu para que a gestão alertasse para a importância do cuidado na implementação. Para tanto, o grupo mapeou o sistema de saúde da cidade a fim de analisar o cenário de cada território. Estratégia fundamental para a existência da congruência entre a realidade da atenção e a vontade da gestão.

Este movimento, e os outros citados acima, apontam para uma quebra da rigidez das organizações de saúde e denunciam que, para alterar os ordenamentos que regem os processos de trabalho, como a relação das equipes com a coordenação e chefia ou a relação dos gestores com as políticas públicas, a comunicação entre os usuários e a secretaria de saúde, por

exemplo, é preciso habitar o cotidiano dos serviços de saúde, para que as necessidades dos diferentes campos e dos diferentes lugares possam se dar de maneira transparente e autêntica.

Para que desacomodações como essas sejam possíveis, outra ferramenta importante que vem unir-se ao apoio matricial ampliando suas finalidades é o apoio institucional. Considerado tanto tecnologia em saúde quanto metodologia de trabalho, o apoio institucional também parte do entendimento de que para inverter a lógica do jogo é necessário incidir na análise dos processos de trabalho das organizações, estando o sentido de sua prática focado “no acompanhamento e na construção dos processos/percursos dessa transformação, colocando-se o apoiador “ao lado” dos sujeitos que vão experimentar/produzir as mudanças” (BARROS; GUEDES; ROZA, 2011, p.3). Nessa linha de raciocínio, compreendemos o apoio institucional como uma provocação do exercício coletivo de análise e da regulação do próprio trabalho, que possibilita “ajustar o previsto (normas, regras, metas etc.) às necessidades e jeitos dos sujeitos, com interesses, demandas, a partir de uma potência de invenção própria do viver (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009, p. 610).

Vasconcelos (2009) correlaciona o apoio institucional à produção de redes, podendo ser entendido como “um dispositivo de funcionamento em rede” (p.734), e salienta ainda que esta função apoio deve atuar em prol da produção “entre” linguagens, onde as práticas e saberes oriundos dos profissionais da assistência em saúde possam estar abertos à invenção, à construção de espaços de análise e interferência no dia-a-dia do trabalho, trazendo à tona a potência advinda das análises coletivas de valores, saberes e fazeres para que assim seja possível a implementação e a mudança das práticas. Atrelar o apoio institucional à produção de redes é não só extraordinário como fundamental, pois pensar no trabalho e no coletivo sem compreender a noção de rede para o SUS é destituir dos serviços sua capacidade de comunicação. Ricardo Teixeira (2005) refere-se a esta comunicação a partir da sistematização tecnológica que chamou de “conversacional”, indicando que as redes dos serviços de saúde, além de possuírem essa natureza, se convergem no que intitulou como “redes de conversações”. As redes de atenção tratadas enquanto redes de conversações consideram que o cerne do trabalho em saúde é a conversa, e acontece em melindres relacionais, compartilhado por todos os atores presentes. Pontua na sequência da apreciação que essas “redes de trabalho em saúde– essas extensíssimas redes de conversações– podem, assim, também ser pensadas como redes de trabalho afetivo, no sentido de que o essencial nelas é, de fato, a criação e a manipulação dos afetos” (TEIXEIRA, 2005, p. 593). O Ministério da Saúde revela que experiências no SUS onde os esforços individuais são substituídos pelo compartilhar e pensar conjuntamente geram um ambiente mais saudável, e que atitudes

voltadas a este tipo de comunicação reafirmam que o produzir saúde não pode estar afastado do cuidado com as relações, atenção esta que promove a formação de “uma rede viva que sustenta as ações coletivas” (BRASIL, 2010c, p.11).

O conceito do apoio que segue hoje na pauta das formulações recentes do Estado brasileiro vai permeando formulações acerca da emergência da difusão da comunicação nas organizações de saúde, como bem pudemos constatar na descrição deste capítulo. Além do apoio matricial e institucional, têm-se incluído nos dispositivos de ação em saúde o apoio à gestão e o apoio integrado, protagonizados pelo Ministério da Saúde em 2011 e 2012 respectivamente. Em todos esses contextos, o apoio é apontado como um potencial ampliador das ações, capaz de reformular e aprimorar a gestão e a assistência, acionando o coletivo e atuando em prol do protagonismo e autonomia dos diferentes sujeitos com o objetivo de aumentar a comunicação entre as instâncias e diminuir as hierarquias e decisões verticalizadas.

O apoio integrado é um dispositivo criado na última gestão federal da saúde para operar determinadas formas de descentralização das diretrizes da gestão com o intuito de promover a capacidade de governo sobre o sistema de saúde nos âmbitos estadual e municipal, tendo o propósito de intermediar e gerar a cooperação técnica entre os sistemas estaduais de saúde, a partir do envolvimento participativo e integrado de todas as áreas ministeriais. O apoio atuará, dessa forma, como produtor de reordenamento e qualificação na gestão do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), aludindo a um modo de participar da relação com os outros entes federados, “para além das normas e da indução financeira, aprendendo com os efeitos, aprimorando a prática gestora, a partir da análise de resultados em grupos plurais e implicados positivamente com mudanças para melhoria do SUS” (BRASIL, 2012e).

Como desafios atribuídos à consolidação do SUS, ganham destaque no Ministério da Saúde (2012) a implementação de práticas de atenção e gestão em saúde que possam garantir o acesso com qualidade e o cuidado integral, em uma rede adequada às necessidades da população, a partir do fortalecimento do governo regional e do controle social.

Com este objetivo ousado, o de garantir a qualidade da atenção no SUS e contínua melhoria no setor da atenção básica em saúde, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) que quer a ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde, a partir da contemplação dos diferentes pontos de vista que venham a emergir dos encontros com os usuários, trabalhadores e gestores. O PMAQ visa induzir o aumento da capacidade das gestões municipais, estaduais e federal, em conjunto com as equipes de saúde, de ofertar serviços que assegurem o aumento

do acesso e da qualidade de atendimento aos sujeitos. Segundo o Departamento de Atenção Básica, em 2013 acontece o segundo ciclo do PMAQ com a inclusão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no programa (BRASIL, 2013).

A ferramenta utilizada para efetivar os objetivos do programa é a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), adjetivada pelo ministério como o “potencial pedagógico de caráter reflexivo e problematizador que abre possibilidades de construção de soluções fundamentadas na identificação de problemas” (BRASIL, 2012d, p.15). Observamos que esta proposta surge num momento em que se analisa a necessidade da transmissão clara e efetiva das ações governamentais na Atenção Básica em Saúde no estado brasileiro. Situamos os leitores que trouxemos essa breve apresentação dos novos programas do governo, pois entendemos que fazem parte de elaborações acerca do apoio, seus conceito e aplicações práticas. No questionário avaliativo do PMAQ, por exemplo, há um módulo dedicado ao apoio institucional<sup>20</sup>.

Percebemos pelos fatos que encontramos em diversos estudos citados neste capítulo que, nos últimos anos, têm-se cultuado o que chamaremos de “moda da inclusão”. Vimos diversas portarias, programas, deliberações, dispositivos, etc., sendo criados a fim de proporcionar uma maior participação, daqueles que a política do SUS, mesmo com dispendiosos esforços pela democratização, pouco veio a contemplar: os usuários e trabalhadores. Parece-nos que já está admitido que estas duas peças (usaremos esta denominação, pois, como vimos, não estamos longe da lógica do chão de fábrica) ainda não puderam encaixar-se na engrenagem, e para isso a máquina – que não pode funcionar sem elas – esforça-se para esta adequação, adiciona a graxa para que não emperre, que limpa, conserta, inova as tecnologias. O que discutimos nesse trabalho quando propomos um devir *apoio* foi pensar para além da engrenagem, ou seja, o que está além das atribuições ministeriais quando este nome, *apoio*, coloca-se em jogo. O que os trabalhadores fazem com o apoio? O que eles fazem daquilo que é feito deles?

O intuito de perpassar os diversos espaços em que o apoio emerge, sem *a priori* saber o que se quer encontrar, nasce de uma aposta de que a função apoio está para além das especificações (matricial, institucional, à gestão, integrado) do termo e, assim, a atenção passa a envolver-se para o quê de potência emerge no coletivo e contribui para a edificação de um

---

<sup>20</sup>Para conferir o documento para avaliação, acesse:

[http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento\\_Sintese\\_Avaliacao\\_Externa\\_2012\\_04\\_25.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento_Sintese_Avaliacao_Externa_2012_04_25.pdf)

“SUS que dá certo”, como ditado pelo lema do HumanizaSUS. Na tentativa de dar prosseguimento à história do SUS em nosso País, nos abriremos para uma experiência que nos permitirá olhar com mais perspicácia as tensões que a luta democrática da saúde pública provoca, e com isso conferir o que opera ali no cotidiano do trabalho em saúde, os modos de subjetivação, a produção de saúde e os processos inventivos dos próprios donos dessa insígnia, ou seja, dos trabalhadores.

Acompanhar os movimentos desse grupo de apoiadores no cotidiano de seu trabalho nos permitiu formular algumas pistas sobre o que de fato é o apoio, ou, ao menos, como ele está se configurando nesta realidade específica do município de Porto Alegre. A experiência do apoio transcende as quatro paredes, seja de qualquer reunião, supervisão, atendimento ou consultoria. Percebemos que o exercício de acompanhar o dia-a-dia dos profissionais de saúde, nos territórios da saúde, exige perceber que discutir as ações de saúde não pode estar descolado dos lugares onde ela se produz, longe do lugar em que emerge a necessidade pelo cuidado inscrito no cotidiano, onde é a vida que indica o lugar a se produzir saúde e não o contrário. E a porta na qual a vida ávida bate diariamente são os serviços de saúde.

Escrever em companhia de situações do cotidiano é uma experiência não somente interessante como também encantadora, pois possibilita abrir nossos horizontes. Numa das idas a campo com apoiadores da comissão, acompanhei uma dupla de trabalhadores durante um dia de serviço – atividade que não estava definida *a priori* e que foi se delineando conforme o encaixe das demandas do dia. Estávamos nesse momento construindo um documento que seria usado pela comissão, um pouco antes do início do segundo turno do dia, quando de repente um telefonema muda o cenário daquela tarde. Do outro lado da linha, o relato do caso de um usuário em tentativa de suicídio, advindo de um trabalhador do serviço de referência a fim de solicitar apoio para sua intervenção. O que poderia ser mais uma indicativa de encaminhamento com direcionamentos administrativos, resultou num envolvimento de compromisso com o trabalhador em apuros e o sujeito em situação de crise. Situação complexa e agora sob a responsabilidade do profissional que estava do outro lado da linha.

Em outra chamada, outra usuária era acolhida pela profissional: uma adolescente sob forte risco de reincidência na tentativa de suicídio, anunciada por sucessivas autoagressões, trancada em casa, encontrava-se em descontrole. Segundo a profissional que fazia a comunicação com o serviço no qual eu estava, a menina gritava que não sairia dali para lugar nenhum. Emocionada com o desdobramento do caso, compartilhei com meu diário de campo esta esquete: “*O quadro parecia desolador. Assustada a mãe pede ajuda à enfermeira do*

*serviço mais próximo, mas esta se encontra impedida de fazer uma visita domiciliar porque estava sozinha no posto. Neste ínterim é que a apoiadora ao meu lado surge em cena convocada pela ligação da enfermeira que, preocupada, agencia a rede de cuidado do outro lado da linha e não somente articula com a enfermeira como também com a mãe da menina pelo telefone. Ora fala com a enfermeira, e ora fala com a mãe da adolescente. Tenta por telefone, acessar a adolescente por intermédio da mãe, que vai mediando a comunicação de ambas, até o ponto em que, a apoiadora num ato de sucesso convence a adolescente a apanhar o telefone e inicia um vínculo que terá em sua continuidade uma combinação surpreendente. A menina aceita ir até o posto conversar com a enfermeira, convencida pela apoiadora de que naquele serviço existe alguém que espera por ela. A sequência da rede de saúde que se faz através dessa linha de cuidado inusitada, encerra com o encontro da profissional do serviço, a enfermeira, e a adolescente, num contorno da situação, e sem a iminência, pelo menos por aquele momento, de um novo risco. O telefone, o cuidado, o investimento, o apoio. Uma situação dessas, poderia terminar na porta de uma emergência ou nem chegar a tempo, não fosse o apoio entre as colegas e as usuárias, que desmistificaram o atendimento ao invés de burocratizar a vida. Antes pudéssemos sempre contar por trás dos telefones com pessoas de corpos inteiros, em pele e osso. Peles para sensibilizar e ossos para aguentar os trancos e barrancos” (Diário de campo/abril de 2012).*

Exemplos como este, que retratam um pouco das vivências nos serviços de saúde, foram escolhidos pelo que retratam das memórias de uma apoiadora nesse percurso de pesquisa-formação-inter(in)venção do apoio em Porto Alegre. Quando entendo que o campo da pesquisa não poderia estar limitado aos muros de concreto destes ou daqueles lugares, pois já bastavam os muros institucionais que se havia de carregar, cartograficamente exponho ao grupo de apoiadores que estaria à disposição para acompanhá-los nos lugares onde entendessem exercitarem o apoio. Daí surgiram alguns convites para a ida às ESF, UBS, Centros de Saúde, em reuniões de equipe, discussões de caso, matriciamento, atendimentos clínicos, além de outros desdobramentos, como os diversos seminários e encontros com as turmas do curso de capacitação, todos promovidos pelo coletivo construído pela comissão. Concomitante a isso, seguia acompanhando também os encontros do grupo de apoiadores – comissão - que eram realizados na UFRGS, semanalmente. Como minha interrogação girava em torno do apoio, percebi que talvez abrindo as possibilidades, uma hora ou outra nos conheceríamos. Eu e o apoio.

Há uma urgência da qual precisamos dar conta e que não pode ser feita por vias de prescrição, no sentido de determinar o dever ou não ser feito, o que é certo ou errado, ou um

modo de aprender como; mas precisa ser feita no pensar com, refletir com. Entendendo que é no coletivo, tanto de trabalhadores, como da comunidade, universidade, universalidade, que poderemos criar espaços para atender as nossas próprias urgências e as daqueles que nos procuram. É isso que chamamos de apoio; o devir apoio, em nosso entendimento, emana do deslocamento de lugares fixos, de ações tradicionalmente elaboradas e de pensamentos oriundos da repetição. O apoio deve necessariamente se haver com todos os fatores que se apresentam quando o novo “modelo” de SUS bate à porta, porque já sabemos que não somente de paredes, janelas, telhados é feita uma casa, ela precisa de chão e de alma, e esta base é o apoio.

### **6.3 Núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF): interrogações**

O apoio matricial “ganhou visibilidade a partir da instituição dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF, instituídos pelo Ministério da Saúde (MS) em 2008, através da Portaria GM nº 154” (OLIVEIRA, 2011, p.47). Esta portaria foi revogada no ano de 2012, dando lugar a outra, a Portaria GM nº 3. 124 de 28 de dezembro de 2012, que vem, além de outras providências, redefinir os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) das modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, criando a modalidade de NASF 3<sup>21</sup>. Sem fins de descrição das especificidades dessas modalidades, destacamos que o intuito da criação dessa terceira modalidade foi possibilitar a universalização das equipes do NASF para todos os municípios do Brasil que possuem Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2012c). O objetivo de universalização desses serviços foi apontado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) como justificativa da aprovação da nova portaria, tendo sido marcada pela fala do secretário de Atenção à Saúde, Helvécio Miranda, em novembro de 2012, quando afirmou que “uma Atenção Básica potente precisa de apoio matricial multiprofissional em todo o Brasil”<sup>22</sup>.

Debruçarmo-nos sobre o assunto com a seleção de um capítulo sobre o tema não é mera coincidência ou acaso sequencial da história do SUS. É importante sublinharmos que tanto esta pesquisa, quanto a formação da comissão surgem em torno da necessidade

---

<sup>21</sup> Para especificações dessas modalidades consultar o art. 3º dessa portaria (BRASIL, 2012c).

<sup>22</sup> BRASIL. Portal da Saúde. Saúde da Família. Brasília, 2012. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=41664](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=41664)

percebida por um grupo de trabalhadores (sanitaristas alinhados aos princípios do SUS tanto na rede municipal quanto na academia) de implantação dos NASF no município de Porto Alegre. Segundo dados do governo federal, publicados<sup>23</sup> no mês de fevereiro deste ano, Porto Alegre tem atualmente 4 NASF em funcionamento no município, todos implementados no ano de 2012. As capitais brasileiras com maior número de NASF são Belo Horizonte (MG), com 56, e Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP), ambas com 47 NASF. Porto Velho (RO), Manaus (AM), São Luís (MA), Cuiabá (MT), Boa Vista (RR), Palmas (TO), Maceió (AL), Aracajú (SE) e Vitória (ES) seguem sem nenhum registro de implantação de NASF.

A união do grupo de apoiadores se concretizou para que houvesse coerência entre a inauguração desses serviços com o modelo de saúde adotado pela cidade, que, no caso, não era pautado pelo matriciamento. Até o momento não tivemos notícia se houve a consideração da gestão municipal ao trabalho elaborado por essa comissão, ou seja, se de fato as produções levantadas pela comissão sobre as necessidades e especificações para a implementação dos NASF foram levadas em conta. A Instrução Normativa foi entregue à gestão municipal, onde discutiram alguns pontos junto à comissão mas oficialmente nada foi divulgado, não houve manifestação a respeito.

A questão que, então, se fez relevante para o grupo preocupado em implementar esta política de saúde na cidade circulava em torno da pergunta: como uma estratégia de ação em saúde, como é o NASF, configurado pelo exercício do apoio matricial, entrará num sistema de saúde no qual não existe essa cultura de organização?

Tendo em vista a relevância que o exercício do apoio matricial apresenta na configuração dos NASF, acordamos com Penido (2012) que ao incluir o apoio matricial nas atividades, espera-se que as equipes de Saúde da Família não encaminhem o usuário a outros serviços, lembrando que ela é responsável pelos casos, a alternativa é que peça “apoio”. E este apoio pode vir em auxílio técnico para a resolução dos casos de demandas específicas, de questões relativas ao funcionamento da equipe ou de processos de trabalho.

Preocupados em ativar a composição do apoio matricial nas ações nos territórios e compor com os trabalhadores quais as possíveis diretrizes deveriam guiar a implementação dessa estratégia, o grupo de apoiadores disparou diversas atividades no município a fim de que equipes se mobilizassem para funcionar em direção a este propósito e também como ativadoras da rede. Em uma dessas atividades, em um momento de reflexão junto aos outros trabalhadores da rede, eis que surge uma concepção acerca dessa sigla onipresente: “*não*

---

<sup>23</sup>Dados disponíveis em: <http://189.28.128.178/sage/>

*entendo o NASF como um núcleo, como diz a sigla... acredito que esse 'n' tem que ser de nave, tem que ter movimento, ser capaz de sobrevoar vários lugares e nunca ficar parado"* (Depoimento trabalhador/rede de saúde Porto Alegre). O que este sujeito expõe é de grande relevância se considerarmos quais mudanças são essas que desejamos para nosso cotidiano de trabalho. Quem sabe, se este "n" funcionar como "nave", o "a" venha a se transformar em "apoio"?

No que compete a esta pesquisa, as interrogações formam-se com a finalidade de entender como reverberações como estas, disparadas pelo NASF, pelo exercício do apoio lançam os sujeitos para outro lugar, para além de sua especialidade.

Em relação às perguntas, talvez não consigamos respondê-las, e sim multiplicá-las. Por essas e outras seguimos: Há um NASF possível? É possível fazer apoio no NASF? Com o advento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no cenário macropolítico brasileiro, o discurso oficial ocupa-se em valorizar o apoio como dispositivo para enfrentar a fragmentação do processo de trabalho, decorrente da especialização das áreas de conhecimento, utilizando saberes de campo e núcleos<sup>24</sup> específicos.

Indagando a história de institucionalidade do SUS, que desde o início da Reforma Sanitária brasileira vem com esforços dar primazia a inovadores sistemas organizacionais a fim de ampliar o escopo dos serviços, nos perguntamos se os NASF não seriam uma afirmação do Estado de que "a estratégia de saúde da família é uma falsa prioridade" (CAMPOS, 2008, p.1)? Pois se nos deparamos com mais uma portaria que vem a deliberar a inauguração de um "apoio" às equipes da rede básica de atenção esse não seria o indício de um sistema que ainda tenta resgatar a luta para sua consolidação? Criar estratégias para a estratégia é um pouco redundante se formos analisar a diversidade cultural que encontramos Brasil afora.

Publicações recentes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) no final de 2012 apontam algumas perspectivas do NASF para 2013 e também seus problemas atuais. Aqui destacamos alguns dos problemas destacados, extremamente condizentes com nossas inquietações, como seguem os exemplos: no cotidiano

---

<sup>24</sup>A discussão referente ao campo e núcleo de saberes e de práticas na saúde coletiva é feita por Campos (2000b), remontando a análise desses conceitos. O campo referido como um espaço onde as diferentes profissões poderiam apoiar-se para cumprir suas atribuições; e o núcleo seria esse contorno mais preciso, das disciplinas, marcado pela identidade das áreas de saber. "Metaforicamente, os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto." (p. 221), com a afirmação o autor observa a característica de complementação e indiscernibilidade que ambos assumiriam no âmbito da saúde coletiva.

dos serviços observou-se a dificuldade de implantação do apoio matricial; dificuldade que também é apontada quanto ao estabelecimento de um “padrão mínimo” para a atuação dos NASF – o estabelecimento de diretrizes para a atuação dos NASF foi o pano de fundo da preocupação da comissão durante a construção do trabalho; também foi encontrando uma dicotomização entre os verbos apoiar e atender<sup>25</sup>; etc.

Os NASF foram fundados na noção de apoio, principalmente pela tentativa de retomar a costura dos serviços com os princípios fundadores do sistema de saúde. O conjunto de ações do NASF deve reforçar nove diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização. São criados como uma estratégia no ano de 2008 a fim de ampliar o acesso da população brasileira na Atenção Básica (BRASIL, 2008) e permitir uma maior resolutividade dos casos a partir da articulação conjunta com as ESF. A emergência dessa articulação se faz fato nas expressões dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família, quando uma enfermeira do serviço, durante uma roda de conversa, refere que “(...) a atenção não é só garantir uma consulta, é garantir principalmente o acompanhamento do processo a longo prazo”(Depoimento trabalhador/rede de saúde Porto Alegre). Importante resgatarmos que a criação desses núcleos de apoio à rede básica foi pensada porque os serviços disponíveis não estavam dando conta da complexidade do trabalho na rede pública de saúde e precisavam de um auxílio, de um apoio para ampliar o alcance e a efetividade das ações no território.

Os NASF seriam integrantes da organização dos serviços em saúde, mantendo ações conjuntas com as equipes de Saúde da Família, mas sem se constituírem como porta de entrada do sistema (BRASIL, 2008), atuando, portanto como auxiliares e ativadores da rede. O fato de ainda haver dificuldade de a Atenção Básica consolidar o que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2012, p.9) afirma, que “deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede”, é algo que ganha destaque na história com a verificação de inúmeras tentativas de efetivação desta exigência, que inferimos como a criação do Programa de Agentes Comunitários em 1991, do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, e em 2006 a transformação deste programa na estratégia denominada Equipes de Saúde da Família (ESF). Esta ineficiência da rede de saúde é evidenciada nas falas dos trabalhadores: “somos a porta de entrada de tudo e ninguém

---

<sup>25</sup>[http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/atencao\\_basica/nasf/Apres/04/Manha/Marcelo/Marcelo%20\(NASF\)-%20Encontro%20Estadual%20NASF.pdf](http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/atencao_basica/nasf/Apres/04/Manha/Marcelo/Marcelo%20(NASF)-%20Encontro%20Estadual%20NASF.pdf)

*cuida da gente; estamos achatados pela demanda, pela gestão, pelo trabalho”* (Depoimentos trabalhadores/rede de saúde Porto Alegre).

Estes desabafos da realidade crua do cotidiano dos serviços correspondem às críticas que Franco e Merhy (2006) já traziam, antes mesmo da criação dos NASF, para a discussão das mudanças nas formas e estruturas dos serviços. Apontam a insuficiência trabalho vivo em ato (MERHY, 2007a) como o trabalho criador, que emerge no processo das relações de produção de vínculo, ultrapassando o plano do uso de sabedorias, técnicas e ferramentas.

Pelo fato de a criação e a implementação dos NASF ainda ser um processo recente em nosso país, sua construção aponta para alguns desafios, referidos por Nascimento e Oliveira (2010), como as condições que tem de efetivar a mudança da cultura organizacional no SUS, que tradicionalmente prioriza a quantidade ao invés da qualidade dos atendimentos e se utiliza do referenciamento, que direciona os casos aos encaminhamentos sem atentar para a resolutividade na Atenção Básica. Solucionar os casos de forma resolutiva é um dos principais focos do trabalho das equipes dos NASF. A mudança na cultura organizacional do sistema de saúde lembram as autoras, torna-se um desafio principalmente porque implica uma quebra de paradigmas já rígidos, tanto no funcionamento dos serviços quanto nas instituições de ensino e nas relações interpessoais. Esta necessidade de mudança na cultura organizacional foi verificada pelo grupo de apoiadores na cidade de Porto Alegre, e seus esforços foram despendidos principalmente para o reordenamento do modelo vigente.

Num dos seminários distritais realizados pelo grupo para a elaboração das diretrizes de NASF e apoio matricial, nos marcou a fala de uma profissional de Saúde da Família. Recém-formada e furiosa, ela não permitiu a continuidade da palavra de quem explanava a favor do apoio matricial, e disse em alto e bom tom: *“você estão querendo dizer que temos que abrir a agenda para atender em conjunto e para discutir os casos? Vocês não têm noção disso que estão falando! Minha agenda está lotada para os próximos dois meses, a gente não aprendeu isso na faculdade, eu não sou psicóloga para ter essa escuta que vocês propõem! Eu nunca vou aprender isso, nem que eu queira!”* (Depoimento trabalhador/rede de saúde Porto Alegre).

Considerando este fato, talvez devêssemos compartilhar as reflexões acerca da produção de saúde junto à sociedade, pois se os atendimentos feitos de maneira isolada, sem o compartilhamento das ações, não são totalmente eficazes, quem sabe as discussões acerca das transformações no entendimento do cuidado em saúde precisem acontecer paralelamente aos outros setores sociais?

Uma das afirmativas resultantes dessa pesquisa é que a comissão faz apoio desde o momento que lança a proposta de um projeto de NASF espelhado nas necessidades do município e preconiza a gestão participativa para o processo. Entendemos que este movimento retrata o envolvimento dos gestores de coordenação, trabalhadores da atenção e usuários num mesmo projeto de corresponsabilidade, o que refere as atribuições sublinhadas na PNH a respeito da construção de uma gestão participativa em saúde:

Uma gestão mais compartilhada, portanto mais democrática, nos serviços de saúde, no cotidiano das práticas de saúde, que envolvem as relações, os encontros entre usuários, sua família e rede social com trabalhadores e equipes de saúde, necessita alterações nos modos de organização do trabalho em saúde, ou seja, que se alterem os processos de definição das tarefas, responsabilidades e encargos assumidos pelos trabalhadores. (BRASIL, 2009a, P.9)

Sobre os espaços possíveis de cogestão, existem os já cunhados e reconhecidos pelo SUS, como por exemplo, os Conselhos de Saúde e os Colegiados de Gestão e aqueles que podem surgir de forma alternativa – como foi o que aconteceu com o processo de formação-intervenção da comissão – para além de uma deliberação organizacional:

Podem ainda ser construídos espaços coletivos de caráter eventual, dependentes do contexto e da necessidade – dispositivos eventuais como oficinas, assembleias, seminários, etc. Encontros cotidianos entre distintos sujeitos podem ser tomados como espaços coletivos de cogestão desde que ocorram análise sobre um tema e tomada de decisões. (CUNHA e CAMPOS, 2011, p. 966).

Cogestão, democracia institucional, gestão participativa é isso. Este grupo de apoiadores buscou a participação na implementação dos NASF, mas independente do foco que trariam à superfície das camadas institucionais o que marca esse movimento é o método do apoio, ou seja, a maneira pela qual buscaram visibilidade dentro de um sistema de saúde público que pouco tem espaço para seu público-alvo.

A função apoio ao permitir disparar processos de mudança provoca movimentos de análise crítica dos governos (de si, dos outros) mobilizando processos democráticos nas organizações de saúde. A proposta metodológica do apoio é a construção conjunta da roda, forma geométrica da lateralidade por excelência, facilitadora da conversa, do espaço comum, Paidéia, como Campos já referia. Um saber-fazer que se produz no coletivo.

#### **6.4 Apoio matricial e apoio institucional: intercessões possíveis**

Com o trânsito na Saúde Coletiva, pudemos apontar alguns questionamentos a respeito da busca por modelos de saúde, como se possível fosse enformarmos todos os serviços numa única perspectiva clínica e gerencial. Engajados nessas considerações, não poderíamos deixar de perguntar se também, tomados por certo “modismo”, não estaríamos impondo modelos de apoio, onde, dependendo das atribuições funcionais e de determinadas peculiaridades técnicas, as funções dos trabalhadores poderiam ser identificadas como matriciais ou institucionais (não tomaremos de análise as outras funções do apoio citadas anteriormente, pois entendemos que estas duas balizam a constituição das demais e são amplamente difundidas no campo de saúde proposto).

Ao acordarmos que tanto o apoio institucional como o apoio matricial interfere nos modelos de atenção e gestão e que neste ponto situa-se a fundamentação de seus objetivos – a análise crítica dos processos de trabalho – arriscamos em afirmar que a proximidade de ambos está mais evidente do que se imagina. No caso de apoio matricial, quando entendemos que para a sua edificação é necessário a interlocução contínua entre equipes de referência e apoiadores matriciais, vimos que não é somente na gestão ao cuidado que este suporte é prestado, pois, além do status clínico, esse dispositivo provoca ao apontamento de fatores que por ora podem estar influenciando a organização do trabalho – como decisões hierarquizadas, reconfiguração de profissionais da equipe, instabilidades relacionais, etc. Quando um serviço requisita a presença do apoiador matricial, seja para uma interconsulta ou para uma discussão de caso, estará não somente expondo dificuldades da clínica, mas também revelando o modo de funcionamento da equipe e sua relação com a gestão coordenadora de seu trabalho. Mesmo que as questões organizacionais não sejam explícitas diretamente, estas estarão implícitas no ato do encontro do “matriciador” com o “matriciado”, de forma que não podemos separar o cuidado em saúde da gestão em saúde, pois ambos coexistem em uma série de fatores tecnoassistenciais, como a instrumentalização das equipes, as estratégias de trabalho, a escolha dos dispositivos, ou seja, a produção do cuidado é o resultado da postura política adotada pelos atores do processo, sejam eles os que exercem o planejamento, os atendimentos, os agendamentos, as supervisões. Em se tratando de saúde, o debate a respeito da ampliação da clínica é, segundo Onocko Campos (2005, p. 579), “uma questão de eficácia do sistema e, sendo preciso diferenciar, é sempre necessário não separar, nem dissociar a questão clínica das formas de organização do trabalho e sua coordenação (gestão). E a gestão estará sempre entrelaçada às questões subjetivas”.

Entretanto, para a produção de saúde há, mesmo que de forma não legitimada, a participação de todos aqueles envolvidos com o SUS, inclusive os usuários. Mesmo não sendo recorrente essa pauta nem nas práticas, nem nos desenvolvimentos teóricos, devemos analisar que quando se admite o exercício do apoio matricial numa equipe, os usuários podem ou não topar essa intervenção diferenciada, podem ou não reivindicar por uma intervenção diferenciada, etc. Será que é possível o usuário exercitando a cogestão através do apoio estendê-la a seus atendimentos? Neste ponto a diretriz da cogestão promulgada pela PNH se encontraria com a diretriz da Clínica Ampliada, fazendo da participação do usuário no próprio tratamento, processo de produção de saúde E gestão do sistema um mesmo e convergente fim, enlaçado ao princípio de controle social do SUS. E se ele não desejar a exposição de seu caso, o compartilhamento de suas questões com a equipe, ou com outro profissional, isso é perguntado a ele? O usuário tem espaço para colocar em cheque a democracia institucional?

As relações entre grupos, corporações, gestores e usuários dentro da organização tem sempre uma dimensão irredutivelmente política, o que significa dizer que o tema da **democracia organizacional** e da **cogestão** são fundamentais para a proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial (CUNHA e CAMPOS, 2011, p. 966).

Ao longo desse trabalho constatamos que o apoio é o lugar da diferença. E considerar a diferença das proposições que vem da equipe e de um modelo das expectativas dos usuários também é de suma relevância. Não entraremos nestes pormenores aqui porque o foco situa-se com mais proximidade ao que compete à autonomia dos trabalhadores, mas queremos destacar que não ignoramos a urgência em dar continuidade nesses outros processos de cogestão em outras produções. Pois se entre as interrogações a que esta cartografia nos encaminhou nesta dissertação está a de como a “atenção interroga a gestão”, não podemos deixar de supor como seria se o slogan fosse: a “população interroga a gestão e a atenção”.

Quando propomos o título do subcapítulo, intuímos expor que o movimento da comissão – um movimento de trabalhadores da saúde –possibilitou questionarmos o que de fato é o apoio, para este grupo. Pois o que constatamos nesses dois anos de experiência conjunta foi o exercício de uma ética, iniciada pela reivindicação de um modelo de rede de saúde que fosse pautado no apoio matricial para assim receber a proposta de NASF.

O grupo, primeiramente apoiadores matriciais, transformou-se também em um grupo de apoiadores institucionais. Duas vezes apoiadores, com o mesmo rigor e disposição à cogestão em ambos. O próprio fato de esse grupo ter disparado processos de mudança para o modelo de saúde na cidade, apoiando as equipes às quais pertenciam, já circunscrevia o que futuramente seria reconhecido como uma ação de apoio institucional.

A organização de coletivos para transformar a saúde é outro indício fundamental, somando isso também o fato de pensar sobre si e sobre o seu trabalho, o que indica uma perspectiva de autonomia instaurada subjetivamente, antes de imposta externamente.

Neste coletivo onde a implicação é marcada pela desconstrução de paradigmas há muito instituídos, percebemos a função apoio sendo difundida para além das especificações institucionais que adjetivam o apoio (matricial ou institucional), visto que este se dá por todos aqueles que dispuseram parte de seu tempo-trabalhado em saúde para produzir, primeiro, um novo lugar (constituindo um grupo paralelo); e, segundo, um novo modo de se colocar frente às suas próprias ações em saúde. São dois movimentos que se disseminam em vários outros, os quais a função apoio requer, pois é somente através do eco, das inúmeras experimentações que será possível dar seguimento à perspectiva do apoio. Não há uma fórmula deste fazer, nem uma solução definitiva para a fragmentação das redes, mas há sim uma aurora incipiente que soa para novos acordos. E do novo, sim, é de onde poderemos vislumbrar mudanças.

Sobre a potência de disparar mudanças, durante uma tarde com a comissão, saio da reunião em interrogação: *“Percebo que é injusto atribuir a um ou outro o cargo legitimado institucionalmente de apoiador. A capacidade de reflexão deste grupo, na maioria das vezes disparada por situações de intenso sofrimento, não é algo que se aprende em conceitos ou que se forma em aulas ou cursos, pelo contrário, ser apoiador é algo que não está no plano do ensinamento, mas sim da experimentação, da transmissão, do contágio.”* (Diário de Campo/Dezembro de 2011).

A emergência de um devir apoio não se dá por prescrição; de um cargo, de um curso, então, muito menos. O devir apoio necessita de uma edificação das práticas, as quais merecem ser livres dos “dez mandamentos”, livres de qualquer tentativa de doutrinação dos seus corpos, pois este é um movimento que se dá por deslocamentos e não por ensinamentos. Práticas que se insurgem como novas inscrições no mundo habitual, diário. Fazendo uma analogia à técnica de Guimarães Rosa utilizada em suas obras, o exercício do apoiador se dá pela criação de neologismos, ferramentas que irão permitir o trabalho inventivo que se produz nas metamorfoses cotidianas.

Autores que discutem o tema tentam uma definição para o apoio, muitas vezes atribuindo à noção a conotação de “função”. Oliveira (2011, p.46), por exemplo, acredita que esta “refere-se ao papel institucional exercido por um agente que assume o posicionamento estético, ético e político de acordo com uma metodologia de apoio”. Mas se bem observarmos, veremos que ambos, o apoio institucional e o apoio matricial são, teoricamente, considerados uma metodologia e uma tecnologia para a intervenção em saúde. No caso do

apoio institucional, há ênfase na superação da clássica dissociação atenção-gestão, típica dos processos de trabalho tayloristas, incluindo a participação da sociedade.

Levando-se em conta o que aparece enquanto princípio, tanto no apoio matricial quanto no institucional – ou seja, a potência de transformação dos coletivos –, não há como presumirmos um lócus institucional a priori para esta função ser exercida. Disparar mudanças, aí sim por dentro de instituições, não depende de um lugar ou “papel institucional”; ao contrário, tem seu grau de possibilidade exatamente nas rachaduras desses muros, nas aberturas instituintes, e não na criação de cargos para essa ou aquela função.

Com a convocação disparada na cidade para a discussão sobre o apoio, em seminários, reuniões e diversos encontros no curso de capacitação, a comissão fez com que acanhados movimentos instituintes pudessem proliferar-se, formando redes, permitindo que um crescente e firme movimento de resistência contra certa letargia que se instituiu na saúde da cidade ganhasse força.

Gostamos da definição – mas nem por isso intuímos fechar o apoio em uma descrição – de que a função apoio habita uma “zona imprecisa, dando passagem a novas formas de expressão, novas linguagens. Função apoio que se abre para as forças criativas” (BARROS, GUEDES, ROSA, 2011, p.8), pois ao falar em linguagens e criação nos traz à memória algumas palavras de Deleuze (1992, p. 167), ao dizer que “se um criador não é agarrado pelo pescoço por um conjunto de impossibilidades, não é um criador. Um criador é alguém que cria suas próprias impossibilidades, e ao mesmo tempo cria um possível”; e acreditamos que foram a partir destes “possíveis” e dos “impossíveis” que a conversa do apoio se iniciou.

O “a” do apoio talvez se refira às alternativas possíveis para a sobrevivência do SUS. E o que implica essa sobrevivência? Implica, como diria Feuerwerker (2005, p. 503) referindo-se à reorganização da atenção, a “ampliação da descentralização, o respeito à autonomia das diferentes esferas de gestão, (...) liberdade para a construção de novos arranjos tecnoassistenciais (...) na construção de estratégias políticas inovadoras para ampliar o contato entre os usuários e os trabalhadores de saúde na reorganização do processo de trabalho e na instituição da gestão democrática”.

Embaralhada com os apontamentos de uma suposta indiscernibilidade entre as diversas definições de apoio, novamente recorro ao diário como refúgio para meus pensamentos inquietantes: “(...) *sempre haverá potência enquanto não conseguirmos separar o apoio matricial do apoio institucional. Esta vertigem de fronteiras se deve à resistência ao processo de institucionalização de ambos. Desconfio que isso se deva a alguns códigos puerperais, a uma espécie de DNA do apoio que codificou a capacidade de mutação, a baixa*

*imunidade aos contágios. Isso se exemplifica nas grandes tentativas de enquadres funcionais que não dão conta de abranger tamanha maleabilidade. O apoio alcança muitos aléns daquilo que se possa prever, mas para isso é necessário reconhecê-lo, permitir-se enxergar também para além das técnicas que fomos educados. All in all it was all just bricks in the wall... All in all you were all just bricks in the wall. Derrubar o muro! Pra que não sejamos mais 'justbricks in the wall'” (Diário de Campo/Dezembro 2012).*

## 7 CONSIDERAÇÕES (A)FINAIS: O QUE PODE ENFIM O APOIO?

Abriu os dedos. Absolutamente calmo, absolutamente claro, absolutamente só enquanto considerava atento, observando os canteiros de cimento: será possível plantar morangos aqui? Ou se não aqui, procurar algum lugar em outro lugar? Frescos morangos vivos vermelhos. Achava que sim, que sim. Sim.

Caio Fernando De Abreu

Com a pesquisa percebemos que majoritariamente o apoio é utilizado enquanto uma ferramenta e uma tecnologia de saúde e que, quando exercido pelos profissionais da rede em um movimento coletivo, tem força para ultrapassar as diretrizes do apoio “matricial” ou “de gestão”, constituindo-se como um processo de mudança contínua das práticas em saúde. Movimento de mudança **institucional**. Constatamos que antes mesmo da implantação de dispositivos como o matriciamento é preciso existir “Apoio”. Passamos, então a referi-lo com A maiúsculo, a fim de expressar o quanto o percurso de pesquisa que aqui se encerra permite resgatar a problematização levantada por Liane Righi no início deste texto afirmando, agora, que, sim, é possível que o A do NASF represente algo mais do que a vogal necessária para tornar a sigla pronunciável. Achamos que sim, que sim.

Mas também observando os “canteiros cotidianos” do trabalho da saúde nas ruas de Porto Alegre, aparentemente “acimentados” por práticas instituídas e condições de vida e trabalho precarizados, surgia sempre a pergunta que nos acompanhava: seria possível “plantar morangos” ali? E no percurso, o que os trabalhadores da saúde “em formação de apoio” foram nos in-formando constituiu outro dado fundamental: é que o apoio surge justamente no limite de esgotamento das possibilidades e condições de trabalho. A organização do coletivo que compôs a comissão de apoiadores estudada corrobora esta afirmação quando, por estes motivos, unem-se a fim de não deixar que mais uma vez um serviço de saúde – no caso em questão os NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) – fosse implementado na cidade sem o consentimento daqueles que o colocariam em prática, em funcionamento. Mas essa organização não se faz apenas de desejo, é necessário o conhecimento sobre o que se almeja para alcançar a transformação, pois como na análise de Barros (2004), que para subverter o funcionamento de qualquer sistema é necessário que haja o conhecimento dos procedimentos

e o uso da inteligência prática, reconhecemos que as transformações conquistadas resultaram também e fundamentalmente dos saberes acumulados em anos de experiência na saúde pública, de muitos dos integrantes da comissão.

Para uma breve retomada do que se desenvolveu até aqui, cabe a seguinte questão: o que, afinal, favorece e o que obstaculiza o exercício do apoio? A partir dessa pesquisa entendemos que o processo de formação ofertado e vivenciado junto a este grupo de trabalhadores indicou, claramente entre os fatores que favoreceram seu processo coletivo a experimentação da cogestão, a corresponsabilização entre seus componentes, mobilização dos grupos, o questionamento e desestabilização das práticas instituídas, auto-análise e autocrítica, inconformismo, respeito e valorização da diferença, políticas da amizade. Entre os fatores que obstaculizaram o processo do grupo identificamos: excessiva valorização do saber técnico-especializado - os super saberes -, organização taylorista do trabalho, conformismo e apatia dos trabalhadores frente a ela, deslegitimação das diferentes técnicas, o não reconhecimento de si próprio enquanto apoiador, sucateamento dos equipamentos, precarização dos vínculos de trabalho, monólogo político, relações verticalizadas de poder, etc.

Considerando, diante disso, que o diálogo que existe entre a gestão e os trabalhadores é insuficiente, assim como o apoio concedido pela primeira em relação aos segundos é quase nulo, assinalamos que o trabalho de apoio difundido pela comissão foi marcado pela indiferença da gestão. Um dos desejos desse grupo de trabalhadores foi de que obtivessem subterfúgios para dar continuidade a este espaço, obtendo a legitimidade de se constituírem enquanto uma comissão permanente de apoio institucional e matricial na atenção primária para a rede de Porto Alegre, proposição que não obteve retorno algum. Ressaltamos que, até o estabelecimento da comissão, em 2011 (conforme Portaria 536 de 07/06/2011, anexo I) não havia apoiadores institucionais no município. O processo de formação-intervenção permitiu a emergência de um espaço que promoveu atribuições para este fazer entre os apoiadores. Ao final de 2011, entretanto, motivada pela recente implantação Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) a gestão municipal criou o cargo de apoiador institucional e convidou os integrantes da comissão a ocuparem esta função. Entendendo, no entanto, que se tratavam de contratualizações verticalizadas e que havia radicais divergências do entendimento do apoio, a comissão contrapropõe a continuidade do trabalho desencadeado junto aos apoiadores na forma de uma comissão permanente não só para implantar o NASF, mas também para manter o espaço de “apoio aos apoiadores” e com isso, põe em discussão o “aproveitamento” dos apoiadores formados na perspectiva da

humanização, como indicado no curso de extensão da UFRGS para representarem a gestão no PMAQ, como sugerido pelo gestor municipal.

A discordância básica entre as duas propostas – comissão de apoiadores e gestão municipal – deu-se no ponto do entendimento conceitual *do que é o apoio*. A comissão entendia que o apoio deveria se dar fora do lugar institucional da gestão municipal, e apresentou a proposta de que os apoiadores institucionais fossem trabalhadores ligados à atenção, entendendo que estes não poderiam estar vinculados aos cargos diretamente ligados à gestão municipal, nem de coordenadores ou supervisores. Propôs então que os apoiadores institucionais continuassem nos serviços de saúde, tendo uma carga horária específica para o apoio institucional. A partir disso, foram indicados para compor o apoio institucional membros da comissão, com representações das regiões distritais da cidade. Já a proposta da gestão municipal era de que os trabalhadores da comissão deixassem suas funções anteriores e ocupassem uma carga horária integral, um lugar instituído na gestão municipal da Secretaria Municipal de Saúde.

Vimos que quando a comunicação entre atenção e gestão é insuficiente (dado apontado pela matriz em retrato à rede) o apoio pode pouco na gestão do governo. Durante o processo, os diversos entraves provocados por essa zona de comunicação obstruída, fizeram com que houvesse desistências de alguns membros, achatamento das propostas e dos ideais e uma sensação de descrédito na potência de mudanças.

Diante disso, ainda nos interrogamos: de que forma o apoio incide na gestão municipal? O que temos hoje é a espera da comissão pelo retorno da gestão sobre a entrega de um dos seus maiores produtos: a proposta de Instrução Normativa para os NASF - como já referimos anteriormente - resultado de um longo trabalho com rede de saúde e com a aprovação em plenária pelo Conselho Municipal de Saúde. Quando à constituição da comissão enquanto grupo, desde o encerramento da vigência Portaria em dezembro de 2012, oficialmente ela não existe mais. A posição da gestão municipal foi a de que, havendo a necessidade, o grupo seria acionado. Isso até então não aconteceu. Dessa forma, vemos que o processo de devir do apoio se dá ao mesmo tempo à deriva do apoio.

O movimento descrito nesse trabalho revela um tensionamento frente à imposição de modelos majoritários e tradicionais de encarar o cuidado em saúde, pautado no modelo disciplinar de atendimento em blocos de especialidades sem a circulação do saber. O que o grupo de apoiadores previa, durante a constituição da comissão, foi remodelar, ou melhor, “desmodelar” o modelo de atenção e gestão em saúde no município de Porto Alegre. Isso não é menos que permitir diferentes encontros, novas relações entre sujeitos que propiciaram

espaços para produção de subjetividades. A concepção de cuidado proposta e defendida pelo grupo permitiu, através da experimentação da cogestão em rede, a subjetivação dos atores deste campo de uma proposta de modelo de saúde para o SUS que estava até então muito além dos ideais previstos em suas leis e diretrizes. Isto é processo de criação, exercício legítimo da humana capacidade de ser normativo. O conceito de normatividade apresentado por George Canguilhem faz termos compreensão de um sujeito que é produtor de novas e diferentes normas e não reproduzidor de normas já estabelecidas. O juízo do termo normativo que escolhemos diz respeito à possibilidade de produzir variações múltiplas conforme a regra única da diferença, num uso crítico da noção de norma. Na compreensão de Canguilhem (2006) todo o ser vivo é normativo, ou seja, é capaz de produzir normas para si, de inventar o futuro. Em nossa compreensão aí está a chave para o entendimento de produção de saúde que defendemos neste trabalho. A saúde deve estar inscrita sob a responsabilidade do sujeito, por seus atos e a criação de relações sobre as suas diversas ações.

Importante ressaltarmos que esses processos de subjetivação são sempre coletivos, não tendo espaço para uma difusão isolada:

Cabe ressaltar que este plano coletivo e relacional é também o plano de produção de subjetividades. Subjetividade aqui não é sinônimo de indivíduo, sujeito ou pessoa, pois inclui sistemas pré-individuais/pré-pessoais (perceptivos, de sensibilidade, etc.) e extrapessoais ou sociais (maquímicos, econômicos, tecnológicos, ecológicos, etc.). Assim, os processos de subjetivação são sempre coletivos, na medida em que agenciam estratos heterogêneos do ser (ESCÓSSIA e KASTRUP, 2009, p. 303).

A emergência de situações favoráveis, advindas da construção de espaços coletivos a fim de vislumbrar mudanças dos modos de se prestar a atenção, a coordenação e organização dos serviços, manifestam-se nos questionamentos, nas resistências e nas insistências dos atores do processo em questão. Entendemos que a luta ilustrada na pesquisa e anunciada pelo grupo em questão, foi para, antes de tudo, reivindicar a valorização dos trabalhadores e a garantia da autonomia e participação no gerenciamento de suas ações e, principalmente, lutar pela possibilidade de inversão do modelo vigente rumo a práticas em saúde realmente comprometidas com o desejo daqueles que operam a favor das diferentes formas de vida.

Os trabalhadores da saúde, ao discordarem do que estava prescrito ao seu trabalho, produzem a todo o momento subjetividades, e podemos pensar que essa é uma estratégia de sobrevivência no cotidiano do trabalho em saúde, onde “ser um trabalhador da saúde, do SUS, e acreditar no valor positivo do próprio trabalho constituem funções estruturantes da subjetividade e ajudam a suportar o mal-estar advindo das tarefas coletivas” (ONOCKO CAMPOS, 2005, p. 577). Uma estratégia para a desacomodação das posições impostas, uma

inconformidade ao que está dado. No caso da comissão, esta problematização gerou uma espécie de transgressão em relação à gestão verticalizada de trabalho. Uma produção crítica de si no mundo.

Nas experiências que tive, pude perceber que os sujeitos só terão acesso aos serviços de saúde, com profissionais qualificados e dispostos a atendê-los e com um funcionamento de rede que privilegie o fluxo e a lógica das redes contra a fragmentação ou os encaminhamentos *ad eternum* se estes profissionais, responsáveis e cobrados pelo “bom acolhimento”, possam falar também do seu sofrimento, possam refletir e escolher a condução de seu trabalho. Entendemos que construir uma rede de cuidados para os usuários, com clareza de funcionamento, implica também construir uma rede de apoio para o profissional de saúde; como fazer se “*sou obrigado a cuidar do outro, mas quem cuida de mim?*”, como nos diz a trabalhadora. Diante desse sufoco me pergunto: “*o que eu sou capaz de fazer a partir do que eu escuto, diante desse meu lugar, um não-lugar, que não é nem da atenção, nem da gestão, nem mesmo do controle social? Sou cúmplice de uma perversidade nas relações de trabalho e não posso condescender a essa lógica...*” (Diário de Campo/ outubro de 2012).

Nestas inquietações, analiso este ‘não-lugar’ não como uma característica que pode restringir a ação; ao contrário, avalio que se abre aí uma brecha para o encontro, um colocar-se ao lado e um disponibilizar-se a *acompanhar às avessas*, como um estrangeiro e ao mesmo tempo um vizinho próximo, constante, indelével. Um acompanhar cartográfico que desmantela os lugares fixos, por apostar nos devires. Numa alusão ao acompanhamento terapêutico, ou AT, compreendo o desprendimento deste meu acompanhar a esta ferramenta “que produz interferências junto aos territórios já demarcados e constituídos”, um acompanhar cartográfico que remete à clínica, onde “acompanhante e acompanhado irrompem nos lugares postos, provocando desvios às paisagens que ali se encontravam sobrepostas” (LONDERO e PAULON, 2012, p.2). Mesmo não sabendo *onde*, sabia que estava ali junto ao grupo de apoiadores, durante as reuniões, os seminários, nos serviços, nos atendimentos, na universidade, na secretaria, no cotidiano, na rua. Sem saber também *por onde*, me lançava como um dispositivo, aproximando-me de um espaço similar da característica do AT, “uma característica bastante peculiar ao acompanhamento terapêutico, ao AT, é o fato de que o seu exercício se dá “entre” lugares, o que pode significar “entre um dentro e um fora”, “entre a casa e a rua”” (PALOMBINI, 2009. p.300). Ou se não aqui, procurar algum lugar em outro lugar...?

Em conversa com o acompanhamento terapêutico, intuímos demonstrar a maneira como o apoio atinge novos lugares de habitar a alteridade no coletivo, incidindo como

nuances que provocam a diferença e o comum. O comum não é um lugar de iguais, é um lugar de integralidade de acolhimento dos diferentes sujeitos, de todos no todo. O apoio vai mostrar-se como um dispositivo clínico, se considerarmos a potência dos pressupostos do acompanhamento terapêutico; e político, se levarmos em conta que, para a existência de qualquer forma de governo, é necessário operarmos o “cuidado de si” para cuidar outros. O governo de si como condição elementar da governamentalidade, tal como nos ensinou Foucault (FOUCAULT, 1985).

Toda sua obra, de algum modo, buscou, no cerne da filosofia antiga, auxílio para que as dimensões do saber, do poder e do sujeito pudessem ser desenvolvidas. Ao atribuir a cura de Sócrates à filosofia, ou seja, curado da doença das opiniões comuns e dominantes, dos falsos discursos da epidemia dos preconceitos, Foucault (2011) dirigiu-se à filosofia como aquela capaz de enunciar uma “verdadeira vida”, como uma crítica permanente do mundo. Revisitar a contribuição teórica desses autores nos permite também revisitar-nos a nós mesmos, as nossas estradas e percursos diários.

Quando trabalhamos com dispositivos criados com a finalidade de atualizarem os princípios desta grande revolução do comum, que a criação do SUS representa, é importante que possamos, ao invés de tomá-los como amuletos intransferíveis de poderes certos, interrogarmos a forma como os estamos utilizando, seus “valores de uso”, terminologia usada por Campos (2007) e bastante difundida em seus trabalhos. O comum não implica afirmar uma forma de vida em particular, como contribui Oliveira et al. (2009), mas as suas múltiplas formas e possibilidades; uma vontade de “forma-ação” entendendo que a importância da vida está no *como se vive* (grifo nosso).

Seria preciso agora pensar a questão do comum, tão importante quando se considera um grupo, uma sociedade, um conjunto humano (...) A saber, a de que vivemos hoje uma crise do “comum”. As formas que antes pareciam garantir aos homens um contorno comum, e asseguravam alguma consistência ao laço social, perderam sua pregnância e entraram definitivamente em colapso, desde a esfera dita pública, até os modos de associação consagrados, comunitários, nacionais, ideológicos, partidários, sindicais. Perambulamos em meio a espectros do comum: a mídia, a encenação política, os consensos econômicos consagrados, mas igualmente as recaídas étnicas ou religiosas, a invocação civilizatória calcada no pânico, a militarização da existência para defender a “vida” supostamente “comum”, ou, mais precisamente, para defender uma forma de vida dita “comum”. No entanto, sabemos bem que essa “vida” ou “forma de vida” não é realmente “comum”, que quando compartilhamos esses consensos, essas guerras, esses pânicos, esses circos políticos, esses modos caducos de agremiação, ou mesmo esta linguagem que fala em nosso nome, somos vítimas ou cúmplices de um sequestro (PÉLBART, 2008, p. 3).

A construção do conceito de apoio, e o exercício do mesmo, precisa ser tomado como um fazer ligado a uma prática, antes de tudo, reflexiva (CAMPOS, 2000; BRASIL, 2010) mas também indissociável – como deve ser a atenção e a gestão – da “crítica permanente do mundo”, no uso das contribuições foucaultianas. Pois, para estarmos pondo sempre em análise as ações em saúde, a revisão de nossos fazeres se torna crucial para a atualização e a não petrificação dos saberes. E para dar sequência à compreensão da tríplice dimensão constitutiva utilizada no estudo da obra do autor (poder, saber e sujeito), diria ainda que somos educados para recebermos ofertas instituídas dos serviços de saúde e, a partir do momento em que ofertarmos outras formas de intervenção, teremos outras demandas por atenção, diferentes das que tínhamos antes. Nesse sentido, o alerta é para “nunca identificar os modos de subjetivação sem compreender os prolongamentos políticos e as relações com a verdade que eles sustentam” (FOUCAULT, 2011, p. 306).

A comissão exerceu movimentos instituintes, proliferou redes e desta proliferação é que surge a resistência contra o Estado. Guattari e Rolnik (2007) denominam de “revolução molecular” os movimentos e grupos que tencionam, não apenas as formas impostas de vida pelo capitalismo, mas que também elevam seus questionamentos ao sistema “em sua dimensão da produção de subjetividade” (p.162). Assemelhamos os movimentos incitados pela comissão como uma revolução, que nesses dois últimos anos de trabalho (com a elaboração de cursos de capacitação, seminários de discussão, espaços de reflexão, palestras, encontros e supervisão), reverberou para além de uma reivindicação de modos de fazer saúde, incidindo sob a forma de mobilização nos diversos atores do processo, ultrapassando o grupo em si e atingindo toda a rede de Porto Alegre.

O apoio que foi exercido junto à rede de saúde, aos usuários, aos trabalhadores, ao grupo de apoiadores, à universidade – olhando para esse processo como uma roda d’água, em que o movimento da roda faz girar a água e ambos são interdependentes – ajuda-nos a entender como o apoio que se dá no “entre”, onde todos apoiam e são apoiados. Assim visto, o fazer do apoio contribui para a construção do Sistema Único de Saúde, revelando que a política pública só se faz quando é possível constituir-se enquanto uma política do comum. Comum aqui é entendido como inclusão de todos aqueles que fazem parte da produção de saúde. Produzir uma política do comum é escrever “a” e “com a” política pública, “produzir uma política do comum também é fazer uma pesquisa-intervenção” (BARROS DE BARROS, 2012). Nesse ínterim, consideramos que o intervir do apoio é ao mesmo tempo o intervir do cartógrafo, a cartografia empresta, no ato da intervenção, a expansão das fronteiras para emergir o apoio do comum.

A experiência de cartografar o apoio permitiu a intervenção do apoio e o formar (-se) apoiadores (/a). Mas afinal, o que pode o apoio da pesquisadora? Como este processo de cartografia-apoio-intervenção surge num espaço em que o devir é efeito da produção do comum? A partir da diferença – estar em um grupo como uma pesquisadora que ocupa o “fora do contexto” onde se formaram todos os outros integrantes –, pude constituir-me junto ao coletivo, construindo ao longo do tempo uma relação de pertencimento ao grupo e de reconhecimento do grupo. Um trecho do diário de campo auxilia a expressar alguns desses afetos: “(...) *faço parte do ‘entretodas estas instituições, por vezes, tenho tentado com esforço me referir a elas num olhar que compõe a roda sem determinismos de especialismos, pois sou pesquisadora e ao mesmo tempo psicóloga, estudante e ao mesmo tempo profissional da saúde (mesmo que no momento a prática ‘stritosensu’ esteja em ‘stand by’), ocupo um saber acadêmico na conversa constante com a teoria, mas não ocupo o saber do trabalhador que pratica a conversa com a prática diariamente. Por um lado, tenho e não tenho a legitimidade desse saber e, enquanto parte da Roda não estou dentro nem fora. Faço borda, junto dos questionamentos que me contornam. Assim como as instituições que percorro para exercitar minha pesquisa influenciam ininterruptamente a direção dos meus pensamentos*” (Diário de Campo/Novembro de 2011).

Carrego um corpo que não me pertence, pertence a tantos outros, institucionais, a tantas outras identificações, um corpo que está aberto às conexões. E algumas dessas conexões coexistiram no coletivo. Sobre estes corpos institucionais, pude entender o peso de sua companhia durante o desdobramento do convite para participar de uma reunião de matriciamento, na qual os residentes que iniciaram esta experimentação traziam para a roda suas experiências. A reunião acontecia num serviço de saúde, onde eu acompanhava um dos representantes da comissão, que além, do apoio institucional, também realizava ações de matriciamento. Logo após minha apresentação, incomodada da estranheza do lugar que vinha a ocupar – ou a me situar –, psicóloga, pesquisadora, acadêmica, etc., me pergunto então: “*quem sou eu no meio desse monte de atribuições? Não quero mais isso, eu não sou isso. Vou arranjar outro jeito de me apresentar, mudar o ‘figurino’ porque este já cheira a mofo. Não estaria aí o cerne da questão? Perceber o quanto estas instituições se enrijecem, calcificadas em nosso esqueleto, não seria permitir-se sentir o cheiro do mofo? ‘ - Bom dia, eu sou a Fernanda e vim aqui hoje porque estou curiosa para escutar vocês!’(…), que verossímil, que ingênuo! Que receptivo! Ao mesmo tempo que eu digo - ‘quem sou eu’ daquela maneira e escondo a curiosidade que me move a fazer a cartografia do trabalho vivo, percebo que também furto a curiosidade dos grupos sob pena da alta carga de muros pelos quais me*

*submeto ao tentar designar esta tal 'função pesquisadora'. A pesquisadora some quando tem uma função, o apoio some quando tem uma função. Por este motivo usaremos o conceito de devir para que a função não esbarre nas potências infinitas do apoio e permita que o leque de definições para o termo transforme-se em algo a nascer, a saber, a viver. Do apoio nada pode se esperar 'a priori', só se faz, fazendo. E dessa forma, também espero que meu fazer me destitua desta 'piscina cheia de ratos', para que 'minhas ideias possam corresponder aos fatos'" (Diário de campo/março 2012).*

A instituição academia foi a instituição que exigiu de mim, Fernanda, uma constante atenção durante todo o trabalho de mestrado. Percebi, no decorrer desse trabalho, que a proposta de um arranjo de pesquisa peculiar, que preza o questionamento das pesquisas tradicionais positivistas, exigia também um questionamento sobre o peso dessa herança científica sobre a Fernanda pesquisadora. Nos momentos em que mais havia de agir sob o efeito dos encontros, eis que me deparava com afetos que por vezes impediam a intervenção própria da qual a pesquisa se propunha. E o processo da intervenção levou um tempo de consumação que dizia de um tempo necessário para a pesquisadora despir-se de sua pele acadêmica e poder percorrer outros lugares e outros afetos.

Um dos pontos que se revelam nítidos à percepção dessa transformação diz respeito ao acompanhamento constante que destinei ao grupo de apoiadores durante dois anos, um período que compreendeu o processo de formação-intervenção e de elaboração e execução de um curso de capacitação estendido para toda a rede básica; mas um período que também compreendeu momentos de sofrimento que se repetiam inúmeras vezes e diziam de uma batalha por concretizar o plano de gestão do próprio trabalho dentro da Secretaria de Saúde, do enfrentamento de uma greve dos servidores, de mobilização e pressão pelo cumprimento das exigências mínimas dos trabalhadores da saúde de Porto Alegre (dentre elas estavam em jogo a jornada semanal de 30 horas, Plano de Carreira, Mesa de Negociação Permanente e uma política salarial), do "prazo de validade" da comissão que tinha prazo para seu fim sem perspectivas de manutenção nem reconhecimento formal, etc.

Ponto esses diferentes tempos, pois acreditamos que ao compartilhar dessa travessia com o grupo, a pesquisadora pôde ser outra coisa para além daquele reflexo acadêmico. A continência oferecida no vivenciar com o grupo esses acontecimentos, compartilhar dos seus afetos, possibilitou uma inversão, uma subversão inesperada. Pesquisando, cartografando, intervindo, formando (-se). A 'Fernanda da UFRGS', inicialmente mencionada, agora era a 'Fernanda apoiadora', como passou a ser posteriormente referida pelo próprio grupo de apoiadores. O problema de pesquisa que antes se encontrava fora da pesquisadora, agora está

pronto para ser situado na experiência. Só fez sentido dentro da experiência. Antes, o campo em que emergiu a pesquisa dizia de uma atuação profissional distante do lugar da pesquisadora. É possível fazer questão de um lugar ao qual não se pertence? O que pode a pesquisadora fazer com o que pode o apoio? O que permite o devir apoio da pesquisadora? O que pôde a Fernanda apoiadora-interventora-em-formação? O que permite o devir apoio transgredir os modelos de saúde e os modelos de pesquisa? Bingo! O devir apoio não se situa num lugar – no trabalho em saúde –, mas em diversos espaços que escapam a um só lugar. Eis sua dimensão **institucional**, que não cabe aos estritos muros de qualquer organização. Eis a dimensão de **forças** do devir que não pode mesmo ser expressa em uma mera descrição funcional!

Desde o início do texto pontuávamos a encruzilhada teórico-ética-metodológica que justificava essa afirmação; agora pensamento e corpo que pareciam desagregados, finalmente parecem andar juntos: pesquisa-implicada; formação-intervenção: E não é que a questão da pesquisadora era a questão da apoiadora? Produzir saúde é produzir sujeitos e sujeitos que podem debater, refletir, criticar o que fazem e sofrem são, também, produtores de conhecimento! Insistimos no devir devido à aposta que fizemos em sua potência de mutação, pois não sabíamos (nem queríamos saber àquela altura) onde chegar, onde podíamos chegar, nem em relação ao grupo, nem em relação a nós mesmos, pesquisadores e formadores.

O que a experiência do apoio mostrou na formação-intervenção? Que o devir apoio pode advir sem endereçamento. O grupo de trabalhadores transformou-se em apoiadores ao mesmo tempo em que a pesquisadora transformou-se em apoiadora. Ambos cartografaram o estrangeiro e puderam habitar novas zonas de experimentação. Deslocamentos, desacomodações, desterritorializações. Nesse sentido, percebemos que, para existir apoio, é necessária a insistência em processos cogestionários, no exercício permanente de cogestão, que não deve ser ‘o lugar’, mas sim uma experimentação contínua e constante de lugares, processos, devires outros. E reafirmamos que o apoio é um dispositivo de cogestão, pois interroga a todo o momento a gestão entendida em toda a amplitude antes discutida que cabe ao conceito de gestão: gestão das organizações/estruturas, do próprio trabalho, de si mesmo como trabalhador. Como enfatiza o autor:

Como ser gestor ou apoiador sem problematizar posturas profissionais mecânicas, que mal avaliam riscos ou vulnerabilidade dos usuários e, em consequência, não acionam arranjos apropriados como são os programas de saúde ou os projetos terapêuticos singulares para proteger aos mais expostos? Tendo em vista a complexidade do processo saúde e doença, como conciliar com o hábito corporativo das especialidades e profissões de

isolar-se e de fragmentar cada vez mais a atenção? (CAMPOS, 2007, p. 353).

Metamorfoses são disparadas pelo apoio, e têm o efeito de reencantamento do concreto, uma espécie de abertura a outros horizontes jamais pensados. O apoio inaugura o “*SUS-realismo*”, que em analogia à arte do surrealismo substitui o que está desbotado, fragmentado e saturado, por cores vivas – ações que invocam a criação e a superação. Nessa grande obra que é a vida, o desenho do trabalho em saúde ganha os tons dos sonhos, do inconsciente, semelhante aos quadros dos artistas modernos. Emerson Merhy traz a imagem de um “SUS-utopia” ao destacar algumas das tensões que atravessam o SUS, como a temática saúde e direito, sublinhando que ao falar dessas tensões damos visibilidade a práticas de disputas que operam para a conformação do sistema:

Considerando que sobre o perspectivismo do “SUS-utopia” só um estado tenso e em disputa o tempo todo, operado ativamente no mundo da sua própria gestão, é que funcionaria a favor da grande política, aquela que permite a disputa e a construção de cada vez modos estéticos de viver mais ricos e diferenciados, no interior dos vários coletivos em ação (MERHY, 2012, p.277).

Não apenas concordamos com Merhy, como propomos que as perspectivas SUS-realismo e SUS-utopia possam ser potentes dispositivos para arejarmos a cultura tradicional do SUS, permitindo o esteticismo dos sujeitos. Paul Veyne, em seu estudo e trabalho com Michel Foucault vai trazer, a partir de análises da obra desse autor, que a noção de “estilo” é “o trabalho de si sobre si”, o estilo deve ser “tomado no sentido dos gregos, para quem o artista era primeiramente um artesão” (VEYNE, 2011, p.183). O sujeito, dirá o autor, ao ser tomado como uma obra a ser trabalhada, daria a si mesmo uma moral que não caberia mais ser sustentada nem por Deus nem pela razão. O autor observa, no conjunto da obra foucaultiana, a ideia da subjetivação e da estetização, afirmando que Foucault ao falar da estetização tinha o intuito de sublinhar a espontaneidade dessa iniciativa, que viria atuar no sentido oposto da subjetivação, ou seja, a estetização como “uma iniciativa de liberdade” (p.181), invenções para além dos modos de ser impostos pelos dispositivos.

Apostamos no apoio como uma estética da existência: “Há um ponto nodal na perspectiva nietzscheana de *estética da existência*. Não se trata de uma visão de belo, mas de um trabalho sobre si que seria inspirado nos procedimentos dos artistas, de se tornar um mestre de si mesmo” (TVARDOVSKAS, 2010, p. 87).

O delineamento da pesquisa proporcionou caminhos para refletirmos sobre as produções de saúde intimamente ligadas à produção de subjetividade, descobrindo que o

apoio aparece nas minúcias das ações em saúde enquanto um resultado de pequenas mudanças de olhares, pequenos feixes de luz que se abrem para o novo e o belo, enquanto criação. Os desdobramentos de um cenário estudado, do qual se edificou o exercício do apoio, permitem, a todos nós (pesquisadores, alunos, trabalhadores, usuários, professores, etc.), afetarmos com esse processo singular e também alçar voo ao que não tem nome, ao que não está institucionalizado, nem concreto, encontrar os meios desta viagem que permitem o devir apoio enquanto um devir minoritário, já que “todo devir é um devir minoritário” (DELEUZE, 1997, p. 87). O devir minoritário, nessas modulações, seria pensar a possibilidade de cada apoio-intervenção que venha a ser feito na saúde, na atenção básica, no trabalho, como algo que guarda um caráter de ineditismo de maneira singular, ou seja, construir-se, efetivamente enquanto um antídoto à estagnação. Um apoio, que na sua singularidade, potencialize a vida, o desejo, sustentado pelo meio, no que é incomum, um não-lugar, um devir.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. (Organizador). **Loucos pela Vida – a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Coleção Panorama/SDE/ENSP, 1995.

AROUCA, S. Reforma Sanitária, 1998. *In: Biblioteca virtual Sergio Arouca*. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 01 set. de 2012.

ARTAUD, A. **O teatro e o seu duplo**. São Paulo: Max Limonad, 1985.

BARROS, M.E.B. Modos de gestão e produção de subjetividade. *In: ABDALLA, M; BARROS, M.E.B (Orgs.)*. **Mundo e sujeito: aspectos subjetivos da globalização**. São Paulo: Paulus, 2004.

BARROS, M. E. B.; GUEDES, C. R.; ROZA, M. M. R. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300029&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300029&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 dez. 2011.

BARROS, M.E.B. Políticas de Estado, políticas de governo, políticas públicas e a construção do comum. *In: Tópico Especial Saúde e Políticas do Comum*. Departamento de Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

BASAGLIA, F. (org). **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Presidência da República. Legislação. Constituições. Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%20E7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%20E7ao.htm)>.

BRASIL. **Portaria nº. 336/GM , de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, fev. 2002. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. *In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.77-84.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ações e Programas. **Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Republicada em 04 de março de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Trabalho e redes de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2488/GM, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ações e Programas. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF**, s/d (a). Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/nasf.php>>. Acesso em: 26 set. 2011b.

BRASIL. **Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, considerando a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília, DF, 24 out. 2011c.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Apoio Integrado à Gestão Descentralizada do SUS**, 2012b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=2860](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=2860)>. Acesso em 23 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3 e dá outras providências, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do apoio integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS**, 2012e. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes\\_100712.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes_100712.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAC)**, 2013. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php)

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, out./dez. 1998, vol.14, n<sup>o</sup>.4, p.863-870.

\_\_\_\_\_. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n<sup>o</sup>. 2, 1999. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381231999000200013ng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381231999000200013ng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 26 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda**. São Paulo: Hucitec, 2000a. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000b. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232000000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232000000200002&lng=en&nrm=iso)>. accesson 02 Apr. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. **Desafios políticos e organizacionais do SUS: vinte anos de política pública**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008.

\_\_\_\_\_. Comentários sobre analogias e diferenças entre os métodos Paidéia e o "interrogativo". **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 22, ago. 2007a. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832007000200013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832007000200013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 dez. 2011.

\_\_\_\_\_. **Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?** Ciência e Saúde Coletiva, 2007b.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 26 jul. 2011.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: Desafio ambicioso e necessário. **Interface(Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n<sup>o</sup>.16, fevereiro de 2005. Disponível

em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832005000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2013.

CECILIO, L. C. de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 13, n<sup>o</sup>. 3, setembro de 1997. Disponível em:<[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2013.

CULAU, F. S. et al. Educação permanente em saúde na formação para o apoio matricial: exercitando o apoio para implementação dos NASF em Porto Alegre. *In: Encontro Nacional da ABRAPSO*, 16, 2011, Recife. Textos completos do XVI Encontro Nacional de Psicologia Social da ABRAPSO, 2011.

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

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n<sup>o</sup>. 4, Dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902011000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902011000400013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2013.

DELEUZE, G. Signos e acontecimentos: entrevista a Reymond Bellour e François Ewald. (A. Sacchetti, Trad.) *In: C. H. Escobar (Org). Dossiê Deleuze*. Rio de Janeiro: Hólon Editorial, 1991, p. 9-30.

\_\_\_\_\_. **Conversações**. Trad. Peter PálPelbart. Rio de Janeiro: Ed.34, 1992.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Devir-intenso, devir-animal, devir-imperceptível. *In: \_\_\_\_\_*. (Orgs.). **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Editora 34, 1997. p.11-114.

\_\_\_\_\_. **Mil Platôs: Capitalismo e esquizofrenia**, vol. 4. São Paulo: Ed. 34, 2008.

DIAS, R. O. Pesquisa-intervenção, cartografia e estágio supervisionado na formação de professores. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 23, n<sup>o</sup>. 2, ago. 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198402922011000200004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198402922011000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em : 06 out. 2012.

DOMITTI, A. C. P. **Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde**. Campinas: UNICAMP, 2006. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2006.

DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault – uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1995.

ESCOSSIA, L.; KASTRUP, V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 10, n<sup>o</sup>. 2, Ago. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141373722005000200017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722005000200017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 fev. 2013.

FERREIRA, A. B. H. **Aurélio século XXI: o dicionário da Língua Portuguesa**. 3<sup>a</sup>.ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA NETO, J. L. et al . Usos da noção de subjetividade no campo da Saúde Coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n<sup>o</sup>. 5, Mai. 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000500002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 Mar. 2012.

FERNANDES, F.D. **(In)ventando multiplicidades: a função apoio enquanto dispositivo de produção de saúde no SUS**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Aprimoramento Multiprofissional e Especialização em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n<sup>o</sup>. 3, jun. 2009 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232009000300010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000300010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 nov. 2012.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade III: O cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

\_\_\_\_\_. O sujeito e o poder. *In*: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault – uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1995, p.231-249.

\_\_\_\_\_. **A Hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

\_\_\_\_\_. **A coragem da verdade: o governo de si e dos outros II**. Curso no Collège de France (1983-1984). Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecno-assistencial. *In*: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 55-124.

KASTRUP, V.; BARROS, R. B. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. *In*: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 76-91.

LIMA, A. P. O apoio matricial na ampliação da resolutividade em rede no sistema municipal de saúde: constituindo a noção de rede, de sistema e de resolutividade da atenção para organizar o apoio matricial. *In*: **Congresso Internacional da Rede Unida**, 10, 2012, Rio de Janeiro. **Anais...** 10<sup>o</sup> Congresso Internacional da Rede Unida, 2012.

LONDERO, M. F. P.; PAULON, S. M.. Intermitências no cotidiano: criação e resistência na clínica **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** São Paulo, v 15, n<sup>o</sup>.4, dezembro de 2012. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142012000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142012000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 de março de 2013.

LOURAU, R. **Análise institucional e práticas de pesquisa.** Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 1993.

MARASCHIN, C. Pesquisar e intervir. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 16, n<sup>o</sup>. 1, 2004. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822004000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822004000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 nov. 2012.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. *In*: MERHY, E.E.; MAGALHÃES JR, H.M.; RÍMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 3ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

\_\_\_\_\_. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. *In*: Merhy, E. E.; Onocko, R. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público.** 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec, 2007a, p. 113-150.

\_\_\_\_\_. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde.** Desafios para os modos de produzir o cuidado centrados nas atuais profissões. 59<sup>o</sup> Encontro da Associação Brasileira de Enfermagem, 2007b.

\_\_\_\_\_. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato.** 3<sup>a</sup>. Edição. HUCITEC, São Paulo, 2007c.

\_\_\_\_\_. **Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades.** *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 21, n. 2, p.267-279, 2012.

MERHY, E. E.; CECCIM, R.B. **A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: provocações desde o Sistema Único de Saúde e sua Política Nacional de Humanização.** Mimeo, 2008.

NEVES, C. A. B.; MASSARO, A. Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2009 .Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832009000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832009000500003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 fev. 2012.

ONOCKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n<sup>o</sup>. 3, Sept. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232005000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 Mar. 2013.

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 (Botucatu)** [online], 2009, vol.13,p. 523-529.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP [s.n.], 2011.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n.º. 4, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312008000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312008000400003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 Mar. 2013.

PALOMBINI, A. L. Utópicas cidades de nossas andanças: flânerie e amizade no acompanhamento terapêutico. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n.º. 2, Ago. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922009000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922009000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 Mar. 2013.

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

PASSOS, E., KASTRUP, V., ESCÓSSIA, L, da. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, E. Roda de Conversa: Nós na Rede e o exercício do apoio. *In: II Encontro de Humanização: a função-apoio e as redes de atenção à saúde do RS*. Porto Alegre, 17 ago de 2012.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Campinas, 1998. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

PELBART, P.P. Elementos para uma cartografia da grupalidade. *In: SAADI, F.; GARCIA, S. (Org.). Próximo ato: questões da teatralidade contemporânea*. São Paulo: Itaú Cultural, 2008. Disponível em: <<http://www.itaucultural.org.br/proximoato/pdf/textos/textopeterpelbart.pdf>>. Acesso em 24 maio 2010.

PIRES, M. R. G. M.; DEMO, P. Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 15, n.º. 2, ago. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902006000200007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902006000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17 jun. 2012.

RECKERT, A. L. C.; NEVES, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação de faz potência de produção de coletivo. *In: BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e Intervenção*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

ROLNIK, S. Psicologia: subjetividade, ética e cultura. In: BARROS, R. B. et al. **Saúde loucura**: subjetividade. Questões contemporâneas. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 13-21.

\_\_\_\_\_. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2006.

ROMAGNOLI, R. C. **O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista**. Revista Psicologia e Sociedade. São Paulo: 2012 (no prelo).

\_\_\_\_\_. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 21, n.º. 2, ago. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010271822009000200003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822009000200003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 06 out. 2012.

ROSA, F. M.; WEILLER, T. H.; FRANÇOIS, A. P. W.; BRITES, L. S.; SILVEIRA, D.; RIGHI, L. B. O olhar das equipes de referência sobre o trabalho realizado pelo apoio matricial. In: **Revista de Enfermagem da UFSM**. Set/Dez, 2011, p. 377- 385.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.º. 3, setembro de 2005. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232005000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 de março de 2013.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

TVARDOVSKAS, L. S. Modos de viver artista: Ana Miguel, Rosana Paulino e Cristina Salgado. **Revista Aulas**. Dossiê Estéticas da Existência Org. Margareth Rago. UNICAMP, 2010. Disponível em: <[http://www.unicamp.br/~aulas/Revista\\_Aulas\\_Dossie\\_06\\_Foucault\\_e\\_as\\_esteticas\\_da\\_existencia.pdf](http://www.unicamp.br/~aulas/Revista_Aulas_Dossie_06_Foucault_e_as_esteticas_da_existencia.pdf)>

VASCONCELOS, M. F. F.; MORSCHEL, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. **Interface (Botucatu Impresso)**, v. 13, p. 729-738, 2009.

**ANEXO I**

PORTARIA 536 DE 07/06/2011

CONSTITUI A COMISSÃO DE IMPLANTAÇÃO DA DIRETRIZ DE APOIO  
MATRICIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Órgão de divulgação do Município - Ano XVI - Edição 4032 - Sexta-feira, 10 de junho de 2011

**DESIGNA** VERA DOMINGAS BAPTISTELLA COMERLATO, 284054/4, assistente administrativo, AA10406, para responder, em regime de tempo integral, pela função gratificada de auxiliar técnico, da Coordenação das Manifestações Populares, da Secretaria Municipal da Cultura, 21130002, 10603005, substituindo ELISABETE MARISA ANGELI DA SILVA, 299800/1, auxiliar serviços gerais, AC10902, por motivo de licença prêmio, de 11 a 25/05/2011, através da Portaria 104 de 19/05/2011.

**DESIGNA** ELISABETE MARISA ANGELI DA SILVA, 299800/1, auxiliar serviços gerais, AC10902, para responder, em regime de tempo integral, pela função gratificada de assistente, da Assessoria de Comunicação, da Secretaria Municipal da Cultura, 21150005, 10004002, substituindo FÁBIO JOSÉ DUARTE VERÇOZA, 114768/2, assistente administrativo, AA10406, por motivo de responder por outro cargo em comissão, de 25/04 a 02/05/2011, através da Portaria 107 de 19/05/2011.

**DESIGNA** MARIA ANTONIA MARQUES BRASIL, 260542/1, telefonista, CO10504, para responder, em regime de tempo integral, pela função gratificada de assistente, da Assessoria de Comunicação, da Secretaria Municipal da Cultura, 21150005, 10004002, substituindo FÁBIO JOSÉ DUARTE VERÇOZA, 114768/2, assistente administrativo, AA10406, por motivo de responder por outro cargo em comissão, de 03 a 09/05/2011, através da Portaria 108 de 19/05/2011.

**DESIGNA** VERA DOMINGAS BAPTISTELLA COMERLATO, 284054/4, assistente administrativo, AA10406, para responder, em regime de tempo integral, pela função gratificada de auxiliar técnico, da Coordenação das Manifestações Populares, da Secretaria Municipal da Cultura, 21130002, 10603005, substituindo ELISABETE MARISA ANGELI DA SILVA, 299800/1, auxiliar serviços gerais, AC10902, por motivo de responder por outra função gratificada, de 25/04 a 02/05/2011, através da Portaria 109 de 19/05/2011.

**DESIGNA** VASCO PAIM CARVALHO JUNIOR, 272829/5, adido, para responder, em regime de tempo integral, pela função gratificada de auxiliar técnico, da Coordenação da Memória Cultural, da Secretaria Municipal da Cultura, 21130002, 10700005, substituindo SONIA MARIA NECTOUX MACHADO, 110738/1, assistente administrativo, AA10406, por motivo de férias, de 16/02 a 04/03/2011, através da Portaria 111 de 20/05/2011.

**DESIGNA** ADEMIR GOMES LEIRIA, 219487/2, recepcionista, AA10904, para responder, em regime de tempo integral, pela função gratificada de encarregado, da Equipe de Administração de Prédios Culturais, da Coordenação de Apoio Técnico-Administrativo, da Secretaria Municipal da Cultura, 11120005, 105011002, substituindo REGINA OLIVEIRA NUNES DE FREITAS, 260130/1, apontador, AC10304, por motivo de licença prêmio, de 11/04 a 10/05/2011, através da Portaria 113 de 20/05/2011.

**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais,**

**DESIGNA** MARCO ANTONIO KNOB CALDERARO, 555118/2, médico, ES124NS, para responder pela função gratificada de Responsável por Atividades I NS, 11330030, do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul, do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes, da Gerência Distrital Glória / Cruzeiro / Cristal da Coordenação-Geral da Rede de Atenção Básica de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, 18622003, substituindo SERGIO NOLL LOUZADA, 279149/02, médico, ES124NS, por motivo de licença prêmio de 01/04/2011 a 15/04/2011, através da Portaria 348, de 06/04/2011.

**DESIGNA** os servidores a seguir relacionados a fim de constituírem Grupo Especial de Trabalho – denominado Comissão de Implantação da Diretriz de Apoio Matricial na Atenção Primária. O grupo será composto por três representantes de cada Gerência Distrital (GD), um representante da CGRAPS, um representante da ASSEPLA, e um representante do Conselho Municipal de Saúde indicado pelo mesmo. Esse grupo tem como objetivos no biênio 2011/2012:

1) Planejar, acompanhar e avaliar a construção de diretrizes para a implantação e ampliação da modalidade de Apoio Matricial (AM) na atenção primária no âmbito desta Secretaria, em consonância com o estabelecido pelo Ministério da Saúde referente às normas e diretrizes do NASF; 2) Executar o plano de implantação do AM em cada Gerência Distrital; 3) Planejar e coordenar projetos de capacitação relacionados ao apoio matricial; 4) Elaborar, acompanhar e avaliar a execução das diretrizes propostas e aprovadas pelo grupo; 5) Promover a articulação entre programas de ensino e assistência no âmbito do Apoio Matricial. Para o cumprimento das atribuições designadas por esta Portaria, os servidores deverão utilizar 08 horas da sua carga horária semanal de trabalho, compondo inicialmente participação em curso de formação para tal finalidade e realizando função de multiplicador e facilitador das ações em cada Gerência distrital; através da Portaria 536 de 07/06/2011.

Anexo à Portaria 536:

SERVIDOR	MATRICULA	ÓRGÃO
CHRISTIANE NUNES DE FREITAS*	42163501	CGRAPS
LOIVA DOS SANTOS LEITE	252715/01	ASSEPLA
OSCAR RISSIERI PANZ		CVMS
KATIA SALETE BARFNECHT	352918	GD Centro
MARIA MACHADO BUENO	528842	GD Centro
ROSANGELA VERRY BARRETO	10182	GD Centro
ANGELICA NICKEL ADAMOLI	21183	GD Glória Cruzeiro Cristal
LILIANE MARIA DOS SANTOS	385078	GD Glória Cruzeiro Cristal
FRAGO DE ANDRADE SENIOM	1025858	GD Glória Cruzeiro Cristal
ANA PAULA DE LIMA*	355231	GD Leste Nordeste
MARISA MARTINS ALFAMIRANO*	86645	GD Leste Nordeste
SANDRO NOVELLI	484836	GD Leste Nordeste
CATIA CILENE ZAMBIRANO LARA	10214	GD Noroeste Humaitá Ilhas
ELZARICE SAMPAIO ROBERTO	802280	GD Noroeste Humaitá Ilhas
JANE LUCIA DA SILVA	79264	GD Noroeste Humaitá Ilhas
FATIMA OSORIO MURAD	352758	GD Norte Exco Ballazar
RICARDO DE CASTILHOS	10280	GD Norte Exco Ballazar
MARTA MARCANTONIO	865481	GD Norte Exco Ballazar
ADRIANE DA SILVA*	539639	GD Partenon Lomba Pinheiro
KARINA ARRIGUI ZILIO	10482	GD Partenon Lomba Pinheiro
LUCIA MARIA RIBEIRO	315233	GD Partenon Lomba Pinheiro
ADEMIR JOSE BECKER	288218	GD Restinga Extremo Sul
LISIANE FALLEIRO VARGAS	289338	GD Restinga Extremo Sul
SILVANE GOTARDO	10499	GD Restinga Extremo Sul
CRISTIANE MARINHEIRO P. SIMÕES	787283	GD Sul Centro Sul
FRISANE ZIMMERMANN	80116/01	GD Sul Centro Sul
RAFAEL GARCIA EYMAEL	10980	GD Sul Centro Sul

\*Componentes da Coordenação colegiada da comissão.

**DETERMINA** a instauração de sindicância administrativa, a fim de apurar os fatos constantes no processo 001.039552.10.1 e DESIGNA REJANE MARIA MACHADO PINTO, assessora jurídica, 421963, ROBERTO MOREIRA NUNES, assessor jurídico, 884458, GILMAR TADEU NASCIMENTO FONSECA, 12109240 e DENISE DUTRA MENNA RODRIGUES, assistente administrativo, 7031.5, para sob a presidência da primeira, constituírem a Comissão de Sindicância, com base no artigo 222, da Lei Complementar 133 de 31/12/1985, através da Portaria 475 de 27/05/2011.

**Depósitos**

**CHEFE DA UNIDADE DA DESPESA DA CGF DA SMF informa que se encontram depositados no BANRISUL, à disposição dos respectivos responsáveis:**

**DEPÓSITO EM 30/05/2011**

NE: 2011/7997 SMS OF: 02/11  
 NOME: PAULA SCHNEIDER R\$ 1.300,00  
 NE: 2011/8005 PGM OF: 104/11  
 NOME: ANDRE SARMENTO R\$ 1.200,00

<http://www.portoalegre.rs.gov.br>

## ANEXO II

### MATRIZ II

#### CONSOLIDAÇÃO DA MATRIZ NOS SEMINÁRIOS DISTRITAIS

Eixo	Entraves (Nós)	Lacunas (Vazios)	Potências	- Recomendações
<b>Modelo de Gestão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planejamento e tomada de decisões verticalizadas e centralizadas (Planejamento x Programação)</li> <li>- Pouco diálogo entre a gestão central da SMS e os trabalhadores.</li> <li>- Reuniões informativas e com formato burocratizado.</li> <li>- Centralização das informações e dificuldade no repasse e discussão das informações para as equipes.</li> <li>- Equipes não enfrentam os conflitos internos.</li> <li>- As equipes não trabalham com os indicadores de saúde.</li> <li>- Dificuldade de discutir modelagens de atenção.</li> <li>- Dificuldade de planejamento, avaliação e monitoramento das ações.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de espaços de discussão coletiva dos processos de trabalho. (Análise reflexiva do trabalho).</li> <li>- Falta de reuniões de equipe em vários serviços e desvalorização deste espaço pelos coordenadores dos serviços.</li> <li>- Falta de sistematização padronizada, análise e retorno de dados para as equipes.</li> <li>- Falta de clareza do modelo de gestão vigente na SMS.</li> <li>- Falta de critérios para construção de um perfil gerencial.</li> <li>- Falta de ingerência sobre todos os serviços de saúde do território.</li> <li>- Falta de análise entre a oferta de cuidados (tipos de intervenção) e as necessidades sociais em</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maioria das Gerências Distritais promove reuniões de colegiado com representações de serviços ligados ao território.</li> <li>- Reuniões de equipe sistemáticas em todas as Equipes de Saúde da Família, com participação de toda equipe.</li> <li>- Levantamento de micro áreas e fatores de risco no território.</li> <li>- Experiências baseadas na clínica ampliada e no apoio matricial.</li> <li>- Aposta do gestor na discussão da APS como central na rede de cuidados.</li> <li>- Construção do plano municipal de saúde com participação dos diferentes segmentos – gestor, trabalhador e controle social.</li> <li>- Criação da Comissão de Implantação de Apoio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir modelo único de atenção na SMS.</li> <li>- Promover descentralização político financeira, fortalecendo o processo de territorialização (na linha do Orçamento Participativo).</li> <li>- Construção de planos de saúde <i>com</i> o território vivo.</li> <li>- Gerar coletivos de produção da saúde.</li> <li>- Garantir reuniões de equipe sistemáticas e participativas, com discussão de planejamento e política de saúde dos territórios, como espaços de Educação Permanente em Saúde.</li> <li>- Criação de um sistema de informações municipal padronizado e unificado.</li> <li>- Criação de caderno básico periódico de indicadores de saúde e metas por</li> </ul>

## Modelo de Gestão

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ações programáticas com foco excessivo no modelo biomédico.</li> <li>- Utilização dos sistemas de informação focados em metas (modelo epidemiológico X saúde coletiva).</li> <li>- Divergência entre dados informados pela APS e da gestão central.</li> <li>- Dificuldade de gerenciar as equipes em função da multiplicidade de vínculos e diferentes cargas horárias.</li> <li>- Criação de acordos e gratificações que rompem a isonomia.</li> <li>- Gestão parcial na administração de pessoal terceirizado.</li> <li>- Acúmulo de função para o profissional que assume a coordenação das equipes na APS.</li> <li>- Tarefas de gestão subdimensionadas em relação às necessidades</li> </ul>	<p>saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de remuneração para coordenadores das equipes da ESF e outras funções.</li> <li>- Falta de reconhecimento e valorização do trabalho.</li> <li>- Ausência de clareza e efetividade da política de saúde para os trabalhadores da SMS.</li> <li>- Ausência de apoio administrativo nas ESF's.</li> <li>- Ausência de recursos financeiros para projetos locais.</li> <li>- Ausência de espaço das áreas técnicas com os trabalhadores para definição de protocolos.</li> <li>- Ausência de prontuário informatizado.</li> <li>- Falta fluxogramas da secretaria, setores e competências.</li> </ul>	<p>Matricial na APS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussão e utilização dos dados epidemiológicos em algumas Gerências com retorno às equipes.</li> <li>- Envolvimento e comprometimento dos trabalhadores na APS.</li> </ul>	<p>Distrito e serviços.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantir acesso às tecnologias de informação em toda a rede.</li> <li>- Socialização das atas de reunião por meio eletrônico para todos os trabalhadores.</li> <li>- Construção de política de saúde de Estado e não de Governo.</li> <li>- Criação de critérios técnicos e coletivos para escolha de gestores locais.</li> <li>- Garantir que os Gestores se envolvam com as coordenações das Linhas de Cuidado.</li> <li>- Construir o conceito e a prática do Apoio Institucional como ferramenta para o desenvolvimento da Gestão.</li> <li>- Implementar diretrizes da Política de Humanização como parte do modelo de gestão.</li> <li>- Planejamento e</li> </ul>
--	--	--	---

	<p>reais. (Baixa escuta dos usuários e trabalhadores).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inadequação do perfil dos trabalhadores em relação à saúde coletiva.</li> <li>- Descrédito dos trabalhadores na gestão em função da baixa resolutividade de problemas estruturais na SMS.</li> <li>- Sobrecarga de trabalho na APS e equipes incompletas.</li> <li>- Desatenção à saúde do trabalhador.</li> <li>- Utilização de estagiários como suprimento de RH.</li> <li>- Instabilidade e rotatividade excessiva nas Equipes de Saúde da Família.</li> <li>- Perda do referencial do Programa de Saúde da família na SMS.</li> <li>- Insuficiência de recursos financeiros para manutenção adequada dos</li> </ul>		<p>socialização das diretrizes da gestão, dialogado com todas as equipes, a exemplo da discussão do Apoio Matricial.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantia de suporte e retaguarda para a APS junto às outras redes, na lógica das linhas de cuidado (especializada e urgências).</li> <li>- Discussão de perfil e incentivo financeiro para APS.</li> <li>- Garantir o provimento de trabalhadores a partir dos parâmetros existentes e pactuados.</li> <li>- Readequação de pessoal e estrutura física correspondente à cobertura da APS.</li> <li>- Previsão de substituição de pessoal nos afastamentos previstos em lei.</li> <li>- Garantia de suporte administrativo e apoio institucional em todas as equipes.</li> </ul>
--	---	--	---

	<p>serviços.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inadequação da estrutura física e ambiência na APS.</li> <li>- Descentralização das ações em saúde para a APS sem readequação das equipes e da estrutura física.</li> <li>- Insuficiência de apoio administrativo na APS.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construção de plano de carreiras que contemple toda a Saúde.</li> <li>- Ampliação e efetivação da saúde do trabalhador da SMS e melhoria das condições de trabalho (carga horária excessiva, ambiência inadequada, atividades de integração)</li> <li>- Contemplar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Programa de metas da Atenção Básica.</li> <li>- Descentralização das Equipes de Saúde da Família, com redimensionamento da territorialização.</li> <li>- Desconcentração das equipes de APS nos centros de saúde</li> <li>- Revisão dos critérios de regularização de compra dos terrenos para construção dos serviços.</li> </ul>
--	--	--	--	--

Eixo	Entraves (Nós)	Lacunas (Vazios)	Potências	- Recomendações
<b>Controle Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pouca participação de usuários, gestores e trabalhadores.</li> <li>- Longo período de desestímulo institucional à constituição de mecanismos de controle social.</li> <li>- Escuta desqualificada do gestor às necessidades sociais em saúde.</li> <li>- Desconhecimento da sociedade dos mecanismos de participação e controle social.</li> <li>- Inexperiência em processos de construção coletiva.</li> <li>- Participação Popular não é vista como parte do processo de trabalho das equipes.</li> <li>- Desconhecimento dos limites dos trabalhadores e serviços.</li> <li>- Despreparo de alguns</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de estímulo à participação dos usuários e trabalhadores.</li> <li>- Falta de Conselhos Locais em vários serviços.</li> <li>- Falta de mecanismos de comunicação dos serviços com as comunidades.</li> <li>- Falta de regimento interno padronizado para os Conselhos Distritais e Locais de Saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorização do Controle Social através da indicação de metas no Plano Anual de Saúde para a ampliação dos Conselhos Locais.</li> <li>- Priorização da constituição dos espaços de controle social.</li> <li>- Existência dos Fóruns do Orçamento Participativo (OP).</li> <li>- Existência de Conselhos Distritais e Locais atuantes.</li> <li>- Estratégias de comunicação dos trabalhadores promovidas com os usuários.</li> <li>- Experiências de informação sobre o funcionamento dos serviços com a população.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender o Controle Social como parte estratégica da gestão e do trabalho nos territórios.</li> <li>- Reforçar o controle social como espaço de garantia de direitos.</li> <li>- Ativação de processos sociais em saúde com diferentes segmentos da sociedade civil organizada.</li> <li>- Criação de Conselhos Distritais para cada Distrito Sanitário do Município.</li> <li>- Criação de Conselhos Locais e Gestores de Saúde em TODOS os Serviços.</li> <li>- Padronização dos Regimentos Internos dos Conselhos Distritais, Locais e Gestores, como processo político junto com o NEP/CMS.</li> <li>- Formação dos candidatos</li> </ul>

	<p>conselheiros e falta de representatividade.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevalência de interesses individuais nos espaços de participação popular.</li> <li>- Pouca efetividade das definições dos conselhos locais.</li> </ul>		<p>e conselheiros pelo CMS, de forma ampliada e descentralizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incluir o Controle Social como tema de reflexão pelos trabalhadores.</li> <li>- Ampliação da divulgação dos espaços de controle social, utilizando diferentes estratégias.</li> <li>- Fortalecer os mecanismos de divulgação através da Assessoria de comunicação da SMS.</li> <li>- Esclarecimento junto à sociedade sobre</li> <li>- funcionamento do SUS e redes de atenção.</li> <li>- Rever o papel da ouvidoria como espaço de controle social.</li> </ul>
--	---	--	--

Eixo	Entraves (Nós)	Lacunas (Vazios)	Potências	Recomendações
<b>Educação Permanente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confusão conceitual sobre Educação Permanente em Saúde (EPS).</li> <li>- Foco nas capacitações, por categorias, pontuais e verticalizadas, não incluindo todos os trabalhadores.</li> <li>- Capacitações repetitivas e com pouca aplicabilidade.</li> <li>- Sobreposição de atividades de formação na SMS.</li> <li>- Sobreposição dos interesses de algumas instituições formadoras sobre as necessidades de formação do sistema.</li> <li>- Formação acadêmica baseada em especialidades.</li> <li>- Uso dos estudantes (estagiários) como força de trabalho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de espaço institucional e diretrizes de EPS e gestão do trabalho na Secretaria.</li> <li>- Falta de discussão dos processos de trabalho.</li> <li>- Falta de financiamento para EPS na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.</li> <li>- Falta de informações e apropriação sobre os convênios com instituições formadoras pelas Gerências Distritais.</li> <li>- Falta de convergência das diretrizes entre instituições de ensino e a SMS/PMPA.</li> <li>- Falta de inclusão de algumas categorias (como dos Técnicos em Enfermagem) nas ações de formação da SMS.</li> <li>- Falta de unidade nas ações de formação na APS, diferenciação entre ESF e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diversidade de modalidades de serviços na rede - potência da conversa com os diferentes acúmulos e possibilidades de mudanças coordenadas.</li> <li>- Existência dos Programas PET, Pró-Saúde e residências.</li> <li>- Existência de espaços de formação nos serviços da Atenção Primária, como dispositivos de problematização.</li> <li>- Existência de Núcleo de Educação Permanente (NEP) no Conselho Municipal de Saúde.</li> <li>- Indicação de ações de EPS no Plano Municipal de Saúde.</li> <li>- Reuniões de equipe das equipes da Estratégia Saúde da Família como espaços de EPS.</li> <li>- Experiências de apoio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Socializar a discussão do Grupo de Trabalho Interinstitucional de Integração Ensino-Serviço da SMS/PMPA.</li> <li>- Construção coletiva de parâmetros na definição de todas as GD's como distritos docente - assistenciais</li> <li>- Discutir a criação de Escola de Saúde Municipal e residência pela SMS.</li> <li>- Criação de Núcleo de Educação Permanente (NEP) na SMS com descentralização em todas as GD's, garantindo o investimento em todas as equipes.</li> <li>- Criação e priorização de investimentos através de rubrica própria para EPS na SMS, vinculada ao NEP.</li> <li>- Garantir a participação da SMS no pólo regional de</li> </ul>

## Educação Permanente

		UBS.	<p>matricial na rede.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Estratégia de formação e intervenção na Comissão de Implantação de Apoio Matricial na APS.</li><li>- Acolhimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul à proposta de formação-intervenção.</li></ul>	<p>EPS e Comissão Interinstitucional de Ensino e Serviço.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Constituir os Serviços como espaços-escola, pactuando com os mesmos a partir de critérios mínimos estruturais nas diferentes realidades.</li><li>- Garantir espaços de inserção (curso) para todos os trabalhadores da SMS.</li><li>- Articular parcerias com outras instituições relacionadas com a temática de saúde.</li><li>- Considerar o tempo em formação como jornada de trabalho.</li><li>- Priorizar que as contrapartidas das instituições de ensino sejam priorizadas nos respectivos distritos docente-assistenciais.</li><li>- Criação de incentivo financeiro para os trabalhadores envolvidos</li></ul>
--	--	------	---	---

<b>Eixo</b>	<b>Entraves (Nós)</b>	<b>Lacunas (Vazios)</b>	<b>Potências</b>	<b>Recomendações</b>
<b>Rede Intersetorialidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O Centro Administrativo Regional (CAR) não cumpre o papel mobilizador e articulador das redes locais.</li> <li>- Fragilidade de redes intersetoriais, desarticulação e sobreposição de ações.</li> <li>- Trabalho feito de forma isolada e na maior parte das vezes desarticulada.</li> <li>- Dificuldade de trabalhar a partir do princípio da integralidade e do cuidado, gerando fragmentação dos cuidados em saúde.</li> <li>- Dificuldade na realização de trabalho interdisciplinar devido à formação especializada (especialismos).</li> <li>- Pouca interlocução entre os níveis de atenção à saúde (primária,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de conhecimento sobre os serviços existentes e integração entre os serviços e as políticas públicas.</li> <li>- Pouca oferta, conhecimento e integração dos recursos sociais existentes.</li> <li>- Falta articulação entre os fóruns existentes.</li> <li>- Ausência de estratégias na temática Saúde-Cidadania.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciativas pontuais; “microrredes”.</li> <li>- Existência de redes temáticas.</li> <li>- Articulações feitas nos territórios, partindo da necessidade destes e dos Serviços.</li> <li>- Vínculo e integração ensino/serviço (PET / PRO / estágios / residências / extensão).</li> <li>- Reuniões de micro-rede intersetoriais. Existência de Fóruns de Serviço e de reuniões do OP.</li> </ul>	<p>na ações de ensino/formação.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Criar dispositivos que estimulem a interlocução entre setores (saúde, educação, assistência social, lazer). Ex: Grupos de trabalho com temas específicos unindo trabalhadores e representantes de diferentes segmentos.</li> <li>- Produção e fortalecimento de espaços coletivos de gestão e análise a respeito do cotidiano dos serviços de saúde e seu território</li> <li>- Pactuação de interesses e objetivos entre diferentes instâncias.</li> <li>- Melhorar a articulação entre os diferentes níveis de atenção.</li> <li>- Articulação das redes existentes.</li> <li>- Maior articulação das políticas públicas, na linha dos Direitos Humanos.</li> </ul>

<p style="text-align: center;"><b>Rede Intersetoria- lidade</b></p>	<p>secundária, terciária).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Excessivo número de fóruns por temática, dificultando a participação dos trabalhadores e da comunidade.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampliar a parceria do trabalho conjunto com as instituições conveniadas com a SMS/PMIPA.</li> <li>- Construir práticas efetivamente comprometidas com o conceito ampliado de saúde.</li> <li>- Socializar e qualificar as informações entre os diferentes níveis de atenção.</li> <li>- O CAR deve articular as Secretarias e as redes locais.</li> </ul>
---	--	--	--

**ANEXO III**

**INSTRUÇÃO NORMATIVA  
NASF PORTO ALEGRE  
ELABORADA PELA  
COMISSÃO DE IMPLANTAÇÃO DE APOIO MATRICIAL**

**ABRIL DE 2012**

## INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 000/2012

O Secretário Municipal de Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o art. xx, inciso x, da Lei Orgânica do Município, e

Considerando a Portaria Federal GM/648/2006, de 28/03/2006, do Ministério da Saúde, que define a Política Nacional de Atenção Básica;

Considerando os atributos essenciais da Atenção Primária em Saúde: o acesso, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro do sistema;

Considerando a Portaria MS/154/2008, de 24/01/08, do Ministério da Saúde, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF;

Considerando a Portaria Federal GM/2488/2011, de 23/10/2011, do Ministério da Saúde, que estabelece novos parâmetros de funcionamento dos NASF;

Considerando o disposto no Plano Municipal de Saúde 2010/2013;

Considerando o resultado do trabalho elaborado pela Comissão de Implantação da Diretriz de Apoio Matricial na Atenção Primária e NASF, instituída pela Portaria 536/11, referendado e aprovado através de resolução pelo Conselho Municipal de Saúde em 09 de Fevereiro de 2012;

Considerando o estabelecido na Portaria XX/12, que cria a Comissão Permanente de Apoio Institucional e Matricial no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde;

## RESOLVE:

Art. 1º. Definir normas e diretrizes para a gestão e atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF em Porto Alegre, de acordo com os termos definidos nesta Instrução Normativa.

Art. 2º. As normas e diretrizes serão subdivididas em capítulos, abordando: a) a territorialização das equipes; b) a lotação e gestão dos profissionais dos NASF; c) o processo de trabalho dos NASF;

## CAPÍTULO I - DA COMPOSIÇÃO E TERRITORIALIZAÇÃO DAS EQUIPES DE NASF

Art. 3º. Cada NASF será referência para no mínimo oito e no máximo doze Equipes de Saúde da Família - ESF de uma mesma Gerência Distrital, não excedendo dez Unidades de Saúde, devendo se corresponsabilizar, com as Equipes de Saúde da Família, pela população adstrita de seu território, dando suporte direto às ESF e realizando atendimentos específicos em suas áreas de atuação.

Art. 4º. As áreas temáticas prioritárias definidas para os NASF em Porto Alegre se constituem em saúde mental, assistência social, atividade física e práticas corporais, alimentação e nutrição, e reabilitação, constituindo um Núcleo Comum a ser seguido por todos os NASF implantados na cidade.

§ Único. Cada Gerência Distrital poderá, ainda, indicar duas novas áreas temáticas, além das definidas acima como Núcleo Comum, de acordo com as necessidades sociais de saúde do seu território e atendendo ao disposto na Portaria MS/2488/2011, do Ministério da Saúde.

Art. 5º. Cada NASF em Porto Alegre deverá ser composto exclusivamente por servidores públicos estatutários, com, no mínimo, 1 (um) Assistente Social, 1 (um) Educador Físico, 1 (um) Fisioterapeuta, 1 (um) Médico Psiquiatra, 1 (um) Nutricionista, 1 (um) Psicólogo e 1 (um) Terapeuta Ocupacional.

§ 1. Outros profissionais poderão vir a ser integrados ao NASF, atendendo ao disposto no parágrafo único do Artigo 4º, de acordo com as necessidades de saúde do território.

§ 2. Excepcionalmente, visando a agilização do início do funcionamento, poderá ser solicitado o credenciamento do NASF ao Ministério da Saúde e respectivo início de funcionamento, com no mínimo cinco dos profissionais citados no *caput*.

Art. 6º. Cada categoria profissional do núcleo comum deverá compor 40 horas semanais, preferencialmente por um único profissional.

§ Único. No caso de composição de mais de um profissional por área temática, cada um exercerá, no mínimo, vinte horas semanais nas atividades do NASF e demais horas semanais em outras atividades a serem definidas pela Gerência Distrital.

## CAPÍTULO II - DA LOTAÇÃO E DA GESTÃO DOS PROFISSIONAIS DOS NASF

Art. 7º. Os profissionais dos NASF deverão ter sua lotação administrativa em Unidade Básica no território de abrangência do NASF e exercício efetivo em todas as unidades de saúde em que desenvolverem suas atividades.

§ Único – Para fins de percepção de Gratificação por exercício de atividades insalubres deverá ser considerada sua lotação administrativa bem como as atividades que exercerem nas demais unidades.

Art. 8º. A coordenação das atividades dos profissionais dos NASF será de responsabilidade da Gerência Distrital, em conjunto com os apoiadores institucionais.

Art. 9º. Os profissionais dos NASF deverão ter sua matrícula cadastrada no sistema eletrônico de controle da efetividade em todas as Unidades de Saúde onde desenvolverem atividades.

Art. 10. A Gerência Distrital deverá providenciar salas coletivas multiuso para a equipe realizar atividades de planejamento, registro, reuniões semanais dos profissionais do NASF e atividades de educação permanente, material de expediente e transporte para deslocamento e atendimento entre as diferentes unidades de saúde do território.

## CAPÍTULO III - DO PROCESSO DE TRABALHO DOS NASF

Art. 11. Os profissionais dos NASF trabalharão de acordo com o modelo de apoio matricial, em que cada profissional oferece apoio em seu núcleo especializado de saber a um conjunto de Equipes de Saúde da Família, compartilhando saberes e práticas voltados para a resolução de problemas de saúde, identificados por estas equipes e ampliando a sua capacidade de atuação.

Art. 12. Os NASF não se constituem em portas de entrada do sistema, sendo núcleos voltados para o apoio e fortalecimento das Equipes de Saúde da Família.

Art. 13. Os profissionais dos NASF devem atuar em conjunto com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade.

Art. 14. O acesso aos profissionais dos NASF dar-se-á através da Atenção Primária à Saúde, mediante a pactuação com as Equipes de Saúde da Família.

§ 1º. Não deve haver acesso direto ao NASF a partir de encaminhamentos de outros profissionais da rede de saúde, devendo ser construídas outras formas de acolhimento desta demanda nos serviços especializados ou haver redirecionamento para as ESF para acompanhamento conjunto com o respectivo NASF.

§ 2º. Constituem exceção os casos de alta dos CAPS e egressos de internação em Saúde Mental, que devem ser discutidos em espaços de apoio matricial com os profissionais do NASF antes de serem encaminhados para a Atenção Primária.

Art. 15. As ações definidas pelas gerências, áreas temáticas ou programas estratégicos da Secretaria Municipal de Saúde serão trabalhadas pelos profissionais dos NASF em conjunto com as ESF como ações transversais, a exemplo da saúde mental, saúde nas escolas, violências, promoção da saúde, devendo-se evitar o planejamento de ações separadamente por cada categoria profissional.

Art. 16. As ações de saúde dos profissionais dos NASF deverão ser desenvolvidas preferencialmente nas próprias unidades de saúde e nos territórios de atuação das ESF, de maneira integrada com os profissionais da Atenção Primária à Saúde, compreendendo-se como ações de saúde todos os atendimentos individuais ou coletivos, atividades preventivas ou de educação em saúde, discussões de casos, reuniões de planejamento e avaliação das ações, produção de material informativo, articulações intersetoriais e outras definidas conjuntamente com as ESF.

Art. 17. Para a organização do processo de trabalho dos NASF, devem ser priorizadas as seguintes intervenções:

I - atendimentos compartilhados, individuais e coletivos, que se traduzem em espaços de troca de saberes, construção de corresponsabilização e educação permanente, como discussões de casos, atendimentos conjuntos, grupos compartilhados, visitas domiciliares, discussão de planos terapêuticos, apoio por telefone ou correio eletrônico;

II - ações no território, como projetos de saúde, intervenções comunitárias, práticas educativas, ações de mobilização e articulação de redes intersetoriais.

III - intervenções específicas dos profissionais dos NASF, com usuários, famílias e coletivos, com discussão e negociação constante dos casos com a ESF, de forma a garantir a longitudinalidade e coordenação do cuidado na Atenção Primária;

§ Único – As ações descritas nas alíneas I e II acima deverão compor a maior parte da carga horária dos profissionais dos NASF.

Art. 18. Quando houver a necessidade de atendimento específico por profissionais dos NASF, a ESF manterá o vínculo com o usuário ou família em atendimento, devendo o projeto terapêutico ser reavaliado periodicamente e conjuntamente pelos dois segmentos (ESF e NASF).

Art. 19. Os profissionais dos NASF deverão construir, em conjunto com as ESF, espaços e mecanismos para a gestão compartilhada do cuidado de sua população adstrita, como as reuniões de matriciamento, os atendimentos conjuntos e os projetos terapêuticos singulares. Estes espaços deverão estar garantidos na organização do processo de trabalho das equipes.

§ Único – Deve-se buscar o fortalecimento das ESF para a condução da maioria dos problemas de saúde de seus territórios, ao mesmo tempo em que se garanta o suporte de atendimento pelos profissionais dos NASF e retaguarda de assistência especializada nas situações que exijam esta intervenção.

Art. 20. O planejamento das atividades de cada profissional do NASF deverá ser discutido com o Apoiador Institucional, a Gerência Distrital e as Equipes de Saúde da Família.

Parágrafo único. O cronograma de atividades de cada profissional do NASF deverá ser disponibilizado para a Gerência Distrital mensalmente.

Art. 21. A Comissão Permanente de Apoio Institucional e Matricial, através do Apoiador Institucional, terá a função de apoiar a operacionalização das políticas definidas para os NASF junto às unidades de saúde e equipes.

Art. 22. O Apoiador Institucional participará, juntamente com as Gerências Distritais e ESF, do planejamento, monitoramento e avaliação das atividades dos NASF, dando apoio em todos os níveis de gestão e promovendo canais de diálogo multilaterais.

Art. 23. Cada NASF se reunirá semanalmente, e no mínimo uma vez por mês com a respectiva Gerência Distrital e com o Apoiador Institucional, e semestralmente com a Comissão Permanente de Apoio Institucional e Matricial para a avaliação das atividades desenvolvidas, educação permanente e planejamento de estratégias para facilitar o trabalho junto às ESF.

§ 1º. As reuniões devem ser viabilizadas pela Gerência Distrital, através de convocação e garantia de fechamento das agendas dos profissionais, além da disponibilização de espaço físico e recursos materiais.

Art. 24. Os casos omissos serão dirimidos pela Comissão Permanente de Apoio Institucional e Matricial.

Art. 25. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

Porto Alegre, 12 de abril de 2012.

Comissão de Implantação da Diretriz de Apoio Matricial na Atenção Primária e NASF

## ANEXO IV

### DOSSIÊ



