

ANA C. VIEIRA SEGATTO LUBIANA

**FORMAÇÃO DE APOIADORES: HISTÓRIAS E CAMINHOS POSSÍVEIS NUM
PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE CARIACICA**

VITÓRIA

2015

ANA C. VIEIRA SEGATTO LUBIANA

**FORMAÇÃO DE APOIADORES: HISTÓRIAS E CAMINHOS POSSÍVEIS NUM
PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE CARIACICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Institucional, na área Subjetividade e Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Rafael da Silveira Gomes.

VITÓRIA

2015

*A todos aqueles que acreditam na vida em toda sua potência, em toda sua criação,
com seus movimentos incessantes que fazem esse mundo girar.*

A Roberto, Arthur e Ana Clara.

AGRADECIMENTOS

Gratidão. Essa foi uma palavra que esteve presente durante todo esse processo, durante o tempo que estive em Cariacica, na UFES e nas madrugadas sem fim até colocar a última letra nesse trabalho.

Gratidão pela oportunidade de realizar um desejo, que muitas vezes se tornou um fardo pesado, não apenas para mim, mas para aqueles que caminham a meu lado nessa vida. E por ter certeza que me ajudariam nessa caminhada, hoje agradeço a cada um com todo o afeto que tenho no meu corpo e no meu coração.

Obrigada à minha turma do PPGPSI, que me acolheu e que me encheu de coragem para estar de novo numa sala de aula. Em especial, minha gratidão à Bia, de quem tenho orgulho e admiração pela sua capacidade de se reinventar a cada dia.

A todos os professores que estiveram presentes, dentro e fora de sala de aula, com seus conceitos, que muitas vezes mais confundiam que explicavam, mas que impulsionavam a buscar caminhos possíveis de serem trilhados.

Soninha, pela disponibilidade a qualquer hora, pelo cuidado e pelo carinho, sempre com um sorriso no rosto, um abraço apertado e um café. Pela amizade, que está além dos muros da Universidade.

Silvia, pelo cuidado, pela paciência e por sempre ajudar quando foi preciso. Um pouco mais séria, mas nem por isso menos carinhosa.

Rafael Gomes, meu orientador. Aquele que tem fama de bravo, mas que mesmo quando fica bravo de verdade, o que vi raríssimas vezes, é de uma lucidez e de um cuidado com as palavras que desarma qualquer um. Sou imensamente grata pela sua acolhida, pela sua paciência, por nossas conversas aleatórias que me faziam pensar na vida e, principalmente, por acreditar e por me fazer acreditar em mim mesma. Obrigada pelo cuidado, pela preocupação e pelo carinho. E de bravo, você só tem a fama!

Beth Barros, aquela que um dia, alguns anos atrás, me fez acreditar num mundo diferente, num mundo de possibilidades, de possíveis provisórios. Que sempre deixou uma porta aberta, caso resolvesse um dia voltar. E quando resolvi lá estava

ela, de braços abertos para me receber. Obrigada pela oportunidade de mais uma vez compartilhar experiências da vida, pelo reconhecimento e pela confiança.

Gustavo Nunes, a quem eu tive o prazer de conhecer nessa caminhada e que aceitou o desafio de tecer junto com todos nós redes, de saúde, de cuidado, de afetos. Obrigada pela disponibilidade e pela confiança.

Ana Paula Louzada, que prontamente aceitou compartilhar comigo desse momento tão esperado que é a defesa da dissertação. Que com sua praticidade sempre nos manteve com os pés no chão, sem a dureza que muitas vezes isso pode trazer.

Meus companheiros de estágio e extensão, pelas conversas, pelas trocas, pelas brigas e desentendimentos, bons encontros e também desencontros e por compartilharmos experiências tão renovadoras. Em especial às minhas parceiras de aventuras cariaticuenses Thereza, Carla, Anna Carolina e Dayana e depois meus companheiros Lucas e Rafael Valêncio. Nossas viagens de ônibus sempre muito animadas e cheias de fatos engraçados e algumas vezes até inusitados, além das cantorias sem fim. Nas andanças dessa vida ter vocês ao meu lado foi fundamental.

Todos os trabalhadores da saúde de Cariacica, pela oportunidade de estarmos juntos e tentarmos tecer outras redes, outras formas de trabalho enfrentando toda desconfiança e descrença. Em especial a Dupeke, Geraldo e Luciane por acreditarem até o fim que era possível mudar a cara e a forma de gestão e cuidado.

Meu grande amigo Uebinho, cachorro doido, que sempre cuidou de mim e que acolheu minha família como se fosse sua. Nossas conversas sempre renderam boas risadas e me mostravam outros caminhos possíveis.

Minhas amigas Poderosas PPGPSI, as Rafaeletes: Janice, Renata, Luisa, Olga e Alice. Sem vocês nada disso teria graça ou faria sentido. Vocês foram a força e o que de melhor poderia ter acontecido nessa caminhada. Compartilhamos alegrias, angústias, textos, fofocas, aprendemos outro idioma e melhoramos o nosso. Além da minha gratidão, meu amor fraterno.

Minha grande amiga Carla, que a vida me deu de presente e que teve a paciência de ler todos os textos que escrevi, sempre tecendo comentários que não me deixavam desistir. E que ainda trouxe na bagagem Anna Carolina e Dayana. Muito

mais que parceiras de aventuras cariaticuenses, companheiras para a vida. Divas, musas inspiradoras, mulheres guerreiras, as três, sempre iluminando minha vida.

Minha mãe e meu pai pela possibilidade de estar nesse mundo e por me ensinarem a acreditar na vida e que o amor nos renova sempre. Aos meus irmãos e sobrinhos, em especial a Fátima, Mariana, Tatiana, Renata e Rafael, por tornarem meu mundo possível e por estarmos juntos a qualquer hora, a qualquer tempo ou qualquer distância.

Roberto, meu grande amor, meu parceiro, companheiro dessa vida e que aceitou dividir comigo a responsabilidade de estarmos juntos nessa existência. Obrigada por embarcar comigo nessa aventura, pela paciência nos momentos mais intensos e complicados. E por compartilhar as alegrias e conquistas nessa longa jornada. Por me fazer, de um jeito bem peculiar, acreditar em mim mesma.

Meus filhos Arthur e Ana Clara, meus amores e sentido da minha vida. Obrigada por serem meus companheiros, por me ensinarem tanto, por crescermos juntos e por nunca desistirem de mim. Além da minha gratidão, meu amor incondicional, infinito, para sempre e para a vida toda.

RESUMO

Esta dissertação trata de um certo modo de formação de Apoiadores Institucionais experimentado num processo de territorialização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Município de Cariacica – ES. Fala de um processo longo, não apenas pelo tempo que durou, mas também pelos vários elementos que o compunham, descritos por linhas traçadas no incessante movimento dos encontros, memórias e relatos do cotidiano de trabalho. Apresenta, a partir da territorialização, entendida como processo e não como meta ou objetivo final e utilizado como importante instrumento de organização dos processos de trabalho e práticas de saúde, como se deu a formação de Apoiadores Institucionais. Sendo assim, a formação é entendida também como processo, de invenção de si e do mundo, produzindo realidade e outros modos de existência. Formação que acontece no encontro, nas experiências concretas do coletivo de trabalho. E o que essa dissertação traz são histórias, memórias, acontecimentos dos vários encontros que este trabalho proporcionou, compartilhando as experiências vividas nos diferentes territórios habitados.

Palavras - Chave: Processo de Territorialização. Apoio Institucional. Formação.

ABSTRACT

This dissertation talks about of a kind of formation of Institutional Supporters in the experience of a process of territorialization of Primary Health Care (PHC) in the city of Cariacica - ES. Speaks of a long process, not only for the long that it lasted, but also for the various elements that composed it, described by lines drawn in the incessant movement of encounters, memories and stories of the work ambient. Presents, from the territorialization, understood as a process, not as a goal or ultimate goal, using an important tool for the organization for the work processes and health practices, like it was the formation of Institutional Supporters. Therefore, the formation is also understood as a process of invention of the self and of the world, producing reality and other kinds of existence. Formation that happens at the meeting and in the concrete experiences of the work. And what brings this dissertation are stories, memories, events of the many meetings that this work proposed, sharing the experiences in the different inhabited territories.

Key-words: Territorialization Process; Institutional Support; Formation.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Organização Cartográfica – POT – Área Urbana..... | 46 |
| Figura 2 – Organização Cartográfica – POT – Área Rural..... | 47 |
| Figura 3 – Organização Cartográfica – Regiões Administrativas..... | 48 |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| Introdução..... | 12 |
| Parte 1..... | 16 |
| Capítulo I – Descobrindo Territórios..... | 16 |
| Capítulo II – Habitando Territórios..... | 25 |
| Capítulo III – Entendendo Territórios..... | 31 |
| Parte 2..... | 51 |
| Capítulo I – Descobrindo o Apoio Institucional..... | 51 |
| Capítulo II – Fazendo Apoio Institucional..... | 60 |
| Capítulo III – Processo de Formação de Apoiadores Institucionais..... | 87 |
| Parte Final – Caminhos da Formação de uma Apoiadora – Pesquisadora..... | 96 |
| Referências..... | 98 |

“Não me lembro mais onde foi o começo, sei que não comecei pelo começo: foi por assim dizer escrito todo ao mesmo tempo. Tudo estava ali, ou parecia estar, como no espaço-temporal de um piano aberto, nas teclas simultâneas do piano.

Escrevi procurando com muita atenção o que estava organizando em mim, e que só depois da quinta paciente cópia é que passei a perceber. Passei a entender melhor a coisa que queria ser dita.

Meu receio era de que, por impaciência com a lentidão que tenho em me compreender, eu estivesse apressando antes da hora um sentido. Tinha a impressão, ou melhor, certeza de que, mais tempo eu me desse, e a história diria sem convulsão o que ela precisava dizer.

Cada vez acho tudo uma questão de paciência, de amor criando paciência, de paciência criando amor.

O livro foi se levantando por assim dizer ao mesmo tempo, emergindo mais aqui do que ali, ou de repente mais ali do que aqui: eu interrompia uma frase no capítulo dez, digamos, para escrever o que era o capítulo dois, por sua vez interrompido durante meses porque escrevia o capítulo dezoito. Esta paciência eu tive: a de suportar, sem nem ao menos o consolo de uma promessa de realização, o grande incômodo da desordem. Mas também é verdade que a ordem constrange.

Como sempre, a dificuldade maior era a da espera. (Estou sentindo uma coisa estranha, diria a mulher para o médico. É que a senhora vai ter um filho. E eu pensava que estava morrendo, responderia a mulher.) A alma deformada, crescendo, se avolumando, sem nem ao menos se saber se aquilo é espera de algo que se forma e virá à luz.

Além da espera difícil, a paciência de recompor por escrito paulatinamente a visão inicial que foi instantânea. Recuperar a visão é muito difícil.

E como se isso não bastasse, infelizmente não sei redigir, não consigo relatar uma ideia, não sei “vestir uma ideia com palavras”. O que escrevo não se refere ao passado de um pensamento, mas é o pensamento presente: o que vem à tona já vem com suas palavras adequadas e insubstituíveis, ou não existe.

Ao escrevê-lo, de novo a certeza só aparentemente paradoxal de que o que atrapalha escrever é ter de usar palavras. É incômodo. É como se eu quisesse uma comunicação mais direta, uma compreensão muda como acontece às vezes entre as pessoas. Se eu pudesse escrever por intermédio de desenhar na madeira ou de alisar uma cabeça de menino ou passear pelo campo, jamais teria entrado pelo caminho da palavra. Faria o que tanta gente que não escreve faz, e exatamente com a mesma alegria e o mesmo tormento de quem escreve, e com as mesmas profundas decepções inconsoláveis: viveria, não usaria palavras. O que pode vir a ser minha solução. Se for, bem-vinda.”

(Clarice Lispector. Lembrança da feitura de um romance. De escrita e vida. p.115-117)

Introdução

"Deve-se escrever da mesma maneira como as lavadeiras lá de Alagoas fazem seu ofício. Elas começam com uma primeira lavada, molham a roupa suja na beira da lagoa ou do riacho, torcem o pano, molham-no novamente, voltam a torcer. Colocam o anil, ensaboam e torcem uma, duas vezes. Depois enxáguam, dão mais uma molhada, agora jogando a água com a mão. Batem o pano na laje ou na pedra limpa, e dão mais uma torcida e mais outra, torcem até não pingar do pano uma só gota. Somente depois de feito tudo isso é que elas dependuram a roupa lavada na corda ou no varal, para secar. Pois quem se mete a escrever devia fazer a mesma coisa. A palavra não foi feita para enfeitar, brilhar como ouro falso; a palavra foi feita para dizer."

(Graciliano Ramos. Linhas Tortas)

Inverno de 2011. Entre muitas conversas e um café, que nessa época do ano serve não apenas para sustentar o vício, mas também aquecer o corpo e despertar os pensamentos, a decisão foi tomada. Precisava fazer alguma coisa mais que apenas participar, precisava fazer alguma coisa em que mais pessoas pudessem compartilhar daquele processo tão intenso e tão importante na história da saúde pública do Município. Sem maiores pretensões ou alguma ambição. Narrar as experiências desse momento singular que passava o Município. A decisão tomada foi que o projeto de pesquisa que apresentaria para a seleção do mestrado do Programa de Pós Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGPSI – UFES) seria sobre o processo de territorialização da Atenção Primária à Saúde do Município de Cariacica. Muita coisa aconteceria da seleção até a escrita final da dissertação, inclusive se seria aprovada ou não. Não tinha ainda muito claro como seria, o que faria, talvez porque o caminho seria trilhado no próprio caminhar, como estava sendo até então. O que estava claro era o desafio. Acompanhar, compartilhar, analisar, sentir, escrever... Dar passagem a tudo aquilo que atravessa nossa existência, criar novas formas, criar novos corpos, outras formas de existir. Acredito que no momento dessa decisão este trabalho tenha começado a ser escrito, não apenas pelas minhas mãos e não apenas pelas mãos, mas também com todo o corpo meu e de tantos outros que, de alguma forma, viveram essa história.

Aqui se diz o começo desse trabalho, por mera formalidade porque não se sabe ao certo por onde começou. Melhor dizendo, pode-se começar por vários lugares, de várias formas e em diferentes formatos. Sofreu diversas mudanças enquanto era escrito e sempre será diferente a cada novo leitor, a cada nova leitura, inclusive pelo mesmo leitor.

Escrever esse trabalho foi um grande desafio. Primeiro pelo próprio ato de escrever e depois para não torná-lo uma história individual. Talvez até possa ser autobiográfico, desde que “auto” não seja entendido como a individualidade de quem conta, mas como as forças de determinado contexto histórico atravessam de modo singular o corpo de quem narra as histórias (ROLNIK, 2011). Escrever, contar, narrar histórias que poderiam ter vários outros caminhos, que encontram outras histórias formando um emaranhado de linhas, mas que se configura da forma que está por ser escrita por mim e por tudo que me atravessa. Outros contarão de formas diferentes. E não se trata apenas de contar histórias.

Foi um processo longo, um trabalho que durou cerca de três anos. E não foi apenas o tempo que o tornou longo, mas os vários elementos que o compunham. Assim, para facilitar o entendimento e tornar a leitura mais dinâmica, o texto é composto por vários relatos que situam o leitor no tempo, nos territórios habitados e nas diversas situações que ocorreram durante todo o processo. Não é uma linha do tempo, em ordem cronológica. São linhas que foram traçadas no incessante movimento dos encontros, das memórias, dos encantos, na realidade do cotidiano de trabalho.

A cada novo Capítulo há sempre uma referência a um Livro de Bordo, que se tornaram vários durante todo esse tempo e são esses Livros que trazem parte do referencial teórico do trabalho. Além destes, há o Diário de Campo¹ que foi fundamental no registro daquilo que se ouviu, que se viu, que sentiu, dos afetos e de tudo que tenha tocado a pele, auxiliando ainda na memória que muitas vezes teimava em falhar.

¹ Existem algumas diferenças entre os relatos apresentados ao longo do texto e o Diário de Campo. A primeira delas é na forma como aparecem. Os relatos sempre se iniciam com as estações do ano e o ano referente e são apresentados fatos além da pesquisa. O Diário de Campo sempre começa com o mês e o ano referente e apresentam relatos e análises da pesquisa. Essa explicação vale aqui porque aparecem relatos com estações do ano e o ano de referência muito anterior à pesquisa. O Diário de Campo só vai aparecer, efetivamente, nas últimas partes do texto.

Mas afinal, que processo é esse? Do que trata esse trabalho? Trata de um certo modo de Formação de Apoiadores Institucionais experimentado num processo de territorialização da Atenção Primária à Saúde (APS) do Município de Cariacica-ES.

A ideia inicial era analisar esse processo de territorialização da Atenção Primária, através dos encontros do Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) existente no Município e quais os efeitos disso nos serviços de saúde. Territorialização como processo e não como meta ou objetivo final do trabalho, utilizado como instrumento importante de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde. E pensando território para além da sua extensão territorial, reconhecendo as condições de vida e a situação de saúde da população sempre levando em conta a singularidade de cada lugar.

Para que a territorialização se tornasse possível e fosse construída de forma compartilhada com trabalhadores e usuários do sistema, era necessária a presença de Apoiadores Institucionais nos serviços de saúde. O Apoiador é aquele que vai *fazer com*, que vai criar junto com os trabalhadores dispositivos que resgatem a capacidade de problematizar a própria inserção no trabalho e se implicar com as mudanças que julguem necessárias. É aquele que vai junto colocar para circular a palavra, os afetos, confrontando os diferentes lugares instituídos de saber e poder na tentativa de dissolver barreiras entre quem planeja e quem executa, entre especialistas e generalistas, entre clínica e gestão (OLIVEIRA, 2012).

Apoiadores nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) discutindo a territorialização, os processos de trabalho, a organização da rede e tudo que implicava em produzir saúde. Muitos elementos compareciam nos encontros e discussões que acabaram, de certa forma, mudando o rumo da ideia inicial de analisar o processo de territorialização e seus efeitos para um outro processo que era o de Formação de Apoiadores.

Formação que não procura modelos pedagógicos ideais, com predeterminações absolutas e verdades incontestáveis e principalmente, dissociadas do cotidiano de trabalho. Os processos formativos acontecem nos encontros. Produzir saberes com o outro e não sobre ele, reconhecendo o outro como possuidor e produtor de saberes (BENEVIDES E BARROS DE BARROS, 2007).

Vivia intensamente tudo isso, como trabalhadora que fui durante um tempo, como Apoiadora em formação, como aprendiz de pesquisadora e muitas vezes tudo isso ao mesmo tempo. Muitas coisas aconteceram durante esse tempo e o trabalho foi se modificando, foi se transformando e ganhando corpo, modificando também o meu corpo que precisou ser recriado algumas vezes para habitar tantos territórios. E não cabia mais falar da análise do processo de territorialização com o corpo tão modificado e afetado pela experiência de me tornar uma Apoiadora Institucional, em permanente formação.

E é isso que esse trabalho traz: histórias, memórias, encontros, acontecimentos. Despretensiosamente, compartilhar as experiências vividas durante esses anos de trabalho em que pude usar diferentes roupagens, habitar diversos territórios, navegar por águas tranquilas, enfrentar algumas tempestades e me aventurar por caminhos que por mais conhecidos, sempre apresentavam algo novo.

E o texto da Clarice Lispector, citado no início dessa dissertação representa tudo isso. A dificuldade da escrita, de se fazer entender com palavras que nem sempre são suficientes ou capazes de representar o que se quer dizer, a paciência, a lentidão em compreender certos conceitos e a si mesmo e a dúvida da realização. Muitas vezes tive vontade de desenhar e se isso fosse possível teria colocado como anexo, mas achei melhor usar mesmo palavras. E que essas palavras possam servir de pistas para aqueles que acreditam nos bons encontros dessa vida e que é possível reinventar a si e o mundo, incessantemente.

Parte 1

Capítulo I – Descobrendo Territórios

“Não devemos, nem podemos fazer coisa alguma que não nos torne mais fortes de corpo, mais alegres e melhores de espírito. Precisamos, e isto é o mais importante, evitar tudo quanto nos priva da alegria de viver, de tudo que nos obscureça o espírito, lhe tire a luz clara e faça a cabeça brigar com o corpo.”

(Comentários de Tuiávi, Chefe da tribo Tiavéa, nos mares do sul [Polinésia], recolhidas por Erich Scheurmann).

Primavera de 2010. Entre um atendimento e outro na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Sotelândia, consegui uma ligação telefônica para a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), mais especificamente na Gerência de Atenção Primária (GAPS). Do outro lado da linha um amigo de longa data e que era a pessoa responsável pela resposta que procurava. Havia ficado sabendo de um trabalho realizado pela SEMUS em parceria com o Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e o Ministério da Saúde (MS) e que dessa parceria foi constituído um grupo de trabalho para discutir questões a respeito da rede de saúde do Município. A minha pergunta naquele momento era: posso participar como trabalhadora da rede? A resposta foi imediata: “ – Sim!” A partir dessa resposta, fui apresentada ao Grupo de Trabalho de Humanização (GTH).

Esse texto que agora se apresenta está sendo escrito, composto, vivido por várias mãos, vários corpos, muitas histórias que se atravessam e se compõem num movimento incessante de encontros, encantos, memórias, surpresas. Histórias, como emaranhado de linhas, linhas tecendo redes, desenhando mapas.

Podemos entrar nessas muitas histórias por várias vias e imaginar e desejar diversas possibilidades de desfechos, diferentes conexões e encontros. Podemos entrar pelas fazendas de engenho e de cana-de-açúcar, ainda na época da escravidão, ou pela Estrada de Ferro Vitória-Minas construída por várias mãos de imigrantes pomeranos e alemães já no início do século XX. Podemos atravessar a Ponte Florentino Avidos, única via de acesso nesse início de século XX, ligando o

continente à Ilha, proporcionando mobilidade à população e redirecionando o crescimento do campo para a cidade.

Podemos ainda entrar pela história política, um tanto confusa e conturbada, de instabilidade, de corrupção e desmandos. Ou ainda pelo processo desordenado de ocupação de um território, sem infraestrutura básica acarretando sérios problemas que reverberam através dos tempos.

Prefiro me aventurar e entrar por uma via que me é conhecida, não por livros de História ou por ouvir dizer, mas por ter vivido e por vivê-la intensamente em cada instante e que está marcada na pele, no corpo. Que é atravessada por todas essas vias descritas acima e por tantas outras que se misturam, que se tocam e se afastam, num emaranhado de linhas que embaralham passado, presente e futuro (MACHADO E LAVRADOR, 2010). Essa via que prefiro me aventurar e que foi sendo construída e descoberta ao longo do tempo é a da saúde pública, mais especificamente de um Município do Estado do Espírito Santo.

Vamos entrar então em Cariacica, um dos Municípios que compõem a Região Metropolitana da Grande Vitória, com grande extensão territorial (279,98 km²) e o terceiro mais populoso do Estado (1225,36 hab./ km²), segundo dados do censo do IBGE de 2010 (IBGE, 2010). Possui Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)² de 0,718 e está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDH entre 0,7 e 0,799), ocupando a 19^a colocação em relação aos 78 Municípios do Estado e teve um incremento no IDH nas últimas duas décadas, mas ainda abaixo da média estadual e nacional³. Em relação aos Municípios da Grande Vitória (Vitória, Vila Velha, Serra, Guarapari, Fundão e Viana) ocupa a 5^a colocação e com renda per capita de R\$ 668,81 (IBGE, 2010). Cabe aqui dizer também que é um Município, historicamente, desacreditado, seja pela sua história política formal conturbada ou pela escassez de recursos gerada pela ocupação sem planejamento e com precária infraestrutura.

² O IDH foi criado em 1990, é calculado anualmente e constituído por três pilares: saúde, educação e renda. Tem por objetivo oferecer um contraponto a outro indicador – Produto Interno Bruto (PIB) per capita – que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento, pois parte do pressuposto de que para aferir o avanço na qualidade de vida de uma população é preciso ir além do viés puramente econômico e considerar as características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade de vida humana. Fonte: www.pnud.org.br

³ Dados disponíveis em www.atlasbrasil.org.br – Plataforma de consulta com dados extraídos dos Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010 do IBGE.

Entretanto Cariacica tem seus encantos, apesar de todos os desencantos. E não apenas encantos por suas belezas naturais, atrativos turísticos que podem gerar renda para o Município. Mas de um paradoxo. Ao mesmo tempo tão escasso de recursos – financeiros, econômicos, estruturais – e tão rico de possibilidades e de um movimento incessante de potencializar a vida de quem habita seus territórios, nativos ou estrangeiros.

Inverno de 1999. Recém-saída de uma empresa privada e pouquíssima experiência profissional na saúde pública, desembarquei na Unidade Básica de Saúde de Itacibá para fazer parte da Equipe do Programa Municipal de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (DST/AIDS), que estava se constituindo naquele momento. Era o início de um longo caminho, permeado por bons e inéditos encontros com o mundo, inventando e reinventando normas, regras e modos de fazer junto com todos os envolvidos no processo de produção de saúde. Acreditando e reinventando o trabalho, apostando na paixão de cada um e de todos, fazendo novas conexões, criando novas cartografias num movimento incessante de potencializar a vida.

Cheguei nessa história como estrangeira⁴ e na bagagem apenas um livro de bordo⁵, com algumas instruções que me serviram de pistas num lugar ainda desconhecido que era a saúde pública. Essas pistas logo se juntaram a outras de vários estrangeiros e nativos que também se aventuravam por essas terras – trabalhadores da saúde e usuários da rede. As primeiras falavam de um sistema de saúde pautado na universalidade⁶, integralidade⁷ e equidade⁸. Nada muito complicado enquanto estava apenas no papel. O cotidiano da Unidade de Saúde mostrava que não era tão simples assim. Havia uma mistura de serviços oferecidos que confundia não apenas quem procurava atendimento, mas aos próprios trabalhadores. Abrigava no mesmo espaço físico, separados por um portão de ferro, serviços de atenção primária, serviços de ações programáticas (DST/AIDS, Tuberculose, Hanseníase,

⁴ Estrangeira no sentido literal da palavra – que não é natural de determinado lugar, mas passa a habitar, de certa forma, seus territórios.

⁵ Livro de Bordo – Bases Jurídicas do SUS – Constituição Federal de 1988 (Art. 196 a 200), Leis Orgânicas da Saúde (8080/1990 e 8142/1990), Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/96).

⁶ Universalidade diz respeito ao acesso de todo cidadão a qualquer tipo de ação ou serviço de saúde que necessite.

⁷ Integralidade da assistência, garantindo o acesso a ações de prevenção, promoção, recuperação, tratamento e reabilitação em todos os níveis de complexidade.

⁸ Equidade da atenção visando corrigir os desequilíbrios sociais e regionais, possibilitando “atender igualmente os que são desiguais, priorizando os que mais necessitam para poder alcançar a igualdade.” (PAIM, 2009, p. 45)

saúde da mulher, raiva) e um Pronto Atendimento – único existente no Município na época. Porém, não era apenas essa mistura que tornava complicado o que estava no papel.

Aos poucos, através do livro de bordo e conversas, nada formal ou instituído por ninguém, fui aprendendo como era esse sistema de saúde – sistema único, universal, equânime, pretensamente – e entendendo que o que se apresentava no cotidiano nem sempre coincidia com o que estava escrito no livro. O livro trazia um sistema definido por seus princípios legais orientando e organizando as ações para que todos caminhassem na mesma direção.

O cotidiano trazia encontros que fazia com que o trabalho fosse reinventado todos os dias. Os princípios e diretrizes estavam colocados, mas o modo de fazer o trabalho é que produzia esse sistema de saúde. Isso me fez perceber a distância entre o que é necessário e o que é possível fazer (SOUZA, 2009). Então, o que se vivia no cotidiano era diferente não apenas pela confusão gerada pela estrutura e funcionamento da Unidade, mas porque a construção desse sistema de saúde é processual, acontece no encontro, se constitui no cotidiano dos serviços de saúde.

Como acontece no encontro o Sistema Único de Saúde (SUS) não é um sistema fechado ou acabado. É uma conquista do povo brasileiro, que por meio de movimentos sociais⁹, ocorridos no país nas décadas de 1970 e 1980, e a criação de dispositivos legais, visava a democratização da saúde e reestruturação do sistema de saúde pública. As propostas e documentos elaborados nesses movimentos deram origem ao texto da saúde na Constituição Federal de 1988 e posterior desdobramento das Leis Orgânicas da Saúde, reconhecendo a saúde como direito social, cabendo ao poder público a garantia desse direito. É um processo social em permanente construção.

O desafio é encurtar a distância entre o necessário e o possível dentro desse sistema e encontrar caminhos para a produção de saúde, entendida como potência de criar e recriar novas normas frente a um meio que se transforma todo tempo.

⁹ Movimentos sociais conhecidos como Reforma Sanitária Brasileira (RSB), entre 1976 e 1988, compostos por segmentos populares, estudantes, pesquisadores, profissionais de saúde, instituições acadêmicas e sociedades científicas (PAIM, 2009).

Verão de 2000. Calor intenso, aumentado pela falta de ventilação do corredor que leva à sala de atendimento. À minha espera uma fila enorme, atípica para uma manhã de sol em pleno verão. O cheiro do biscoito, daqueles amarelos cheios de corante, devorado pelas crianças que estavam à espera de uma consulta com o pediatra, misturado com o calor e o jejum, desnecessário para os exames, mas que as pessoas insistiam em fazer causava um mal estar geral principalmente nas gestantes. Até conseguir abrir a porta da sala ouvi várias reclamações, exclamações de alívio, rostos apreensivos pelo exame. Mas uma dessas reclamações me chamou a atenção. “ – É um absurdo vir de tão longe, sacudindo dentro de um ônibus nesse calor só por causa de um exame que eu tenho certeza não vai dar nada!”. Olhei ao redor para tentar identificar a pessoa que disse isso, mas eram tantos que não consegui. Abri a porta, arrumei a mesa e iniciei o atendimento com aquela frase martelando na minha cabeça, e atenta aos endereços. Não martelou apenas naquele dia. E os endereços tomaram outra importância. Talvez nesse dia tenha me dado conta da extensão desse território que agora habitava.

Embora estivesse vinculada a um programa específico ou a um serviço de atenção especializada, o que para muitos significava apenas conhecer aquilo que é de sua responsabilidade ou especificidade, não era possível depois da frase “*vir de tão longe*” ficar indiferente e não sentir nenhum incômodo, ou não ser afetado por isso. As pistas que outrora me conduziram para conhecer e entender o Sistema Único de Saúde (SUS), agora me conduziam pela rede de serviços de saúde existente no município¹⁰. Habitar esse território agora significava percorrer os caminhos daqueles que vinham de tão longe e também dos que estavam ali perto. Era entender como essa rede de serviços¹¹ estava organizada e funcionava.

Por ser um sistema de saúde de acesso universal num país de dimensões continentais, precisa ser organizado a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, não apenas pela extensão territorial, mas pela

¹⁰ O Sistema Único de Saúde se organiza em redes de serviços de saúde nos municípios que seguem os mesmos princípios (universalidade, integralidade e equidade). É que a realidade dos municípios brasileiros é muito diferenciada o que caracteriza diferentes modelos de organização, diversificação de atividades, disponibilidade de recursos, entre outros, o que configura modelos distintos de gestão. Então, cada município possui uma forma de organização de acordo com as especificidades e características do seu território. (BRASIL, 1996)

¹¹ Rede de serviços ou Equipamentos de saúde – Unidades Básica de Saúde (UBS), Unidades de Urgência e Emergência, Centros de Especialidades ou Serviços de Atenção Especializada, Hospitais, aqui também relacionados aos níveis de complexidade (baixa, média e alta).

diversidade regional com realidades econômicas, sociais e sanitárias muito distintas. Essa rede regionalizada possibilita a distribuição e organização dos serviços de saúde em determinados territórios para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento, com os serviços básicos mais descentralizados e distribuídos pelo território e os especializados mais concentrados e centralizados. Dessa forma, os problemas de saúde seriam mais bem resolvidos no âmbito local. (PAIM, 2009)

O modo de vida de uma população está associado à relação entre estrutura social, renda familiar e com a intensidade das relações sociais estabelecidas no lugar de convívio, construídas no cotidiano, configurando redes entre indivíduos e grupos. Essas redes produzem e difundem padrões culturais, produtivos e de consumo, além de influenciarem em valores, hábitos e reações às diferentes situações. Portanto, as condições de vida e a situação de saúde da população em determinado território resulta da interação entre os problemas apresentados e a capacidade de resposta a esses problemas. Sendo assim, a atenção à saúde não deve estar limitada ao tratamento da doença em si e deve levar em consideração o contexto no qual a mesma acontece e onde as pessoas vivem.

Uma estratégia para a organização e integração dos serviços dentro do sistema de saúde tendo como perspectiva acolher, escutar e oferecer uma resposta às necessidades e problemas de uma população em determinado território é a Atenção Primária à Saúde (APS). Organiza, integra e ao mesmo tempo é a entrada preferencial no sistema de saúde. Forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema, tornando o acesso universal e não apenas relacionado ao grau de necessidade. (STARFIELD, 2002)

No Brasil, para a operacionalização dos serviços de Atenção Primária¹², além das equipes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi adotada como tática prioritária para organização da APS. Portanto, os serviços são oferecidos pelas UBS, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas à populações em territórios definidos pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no lugar em que vive essa população. É importante que essas Unidades estejam instaladas perto de onde as pessoas

¹² Atendimento Médico com ginecologista, pediatra e clínico geral; atendimento odontológico; imunização; farmácia básica.

moram, trabalham, estudam, vivem. Conhecer e mapear o território, definindo a área de atuação das equipes e identificar a população que o habita, além de permitir o planejamento e desenvolvimento de ações, assim como a composição das equipes em função da realidade de cada lugar, possibilita a criação de vínculo e a responsabilização, imprescindíveis para a continuidade do cuidado (BRASIL, 2012).

Esses serviços devem se organizar para atender a todos, ouvir seus pedidos, analisar as demandas e ser capaz de produzir respostas, mesmo que estas sejam oferecidas em outros pontos de atenção da rede, atribuindo à Atenção Primária as funções de integrar e coordenar o cuidado, conciliando necessidades e demandas dos usuários e oferta de serviços, visando sempre a produção de saúde.

E o “*vir de tão longe*”? Voltando para as pistas que me conduziram para conhecer a rede de serviços de saúde do Município, elas apontam para uma rede estabelecida, com trinta e nove (39) pontos de serviços, porém frágil. Frágil pela falta de conexão e comunicação entre os equipamentos de saúde, pelas Unidades Básicas de Saúde construídas e distribuídas quase que de forma aleatória pelo Município, sem muito planejamento, resultado talvez de uma ocupação desordenada e de interesses políticos eleitoreiros à época que foram construídas. Pela mistura de serviços de atenção primária e atenção especializada e alguns lugares também com urgência e emergência oferecidos num mesmo espaço, confundindo trabalhadores e usuários, nativos ou estrangeiros. Sem falar da estrutura física da maioria das Unidades, algumas utilizando espaços cedidos pela comunidade ou aproveitando outros já existentes, o que dificulta a oferta e realização de determinados serviços.

Somado a isso, outro fator que afeta toda a rede é a falta de profissionais, o que resulta na ausência de determinados serviços em algumas Unidades de Saúde fazendo com que o usuário procure atendimento muitas vezes em lugares diferentes do território que habita. Toda essa confusão ou essa falta de organização da rede de Atenção Primária acarreta uma sobrecarga nos demais níveis do sistema de saúde, o que pode produzir uma diminuição na sua eficiência, pois não consegue resolver os problemas dos usuários que chegam aos serviços. Um possível indicador disso é o Pronto Atendimento (PA) sempre lotado aparecendo constantemente na mídia local. Talvez essa realidade do Município seja efeito de uma organização

complicada do sistema de saúde como um todo já que nos primeiros anos de implantação do SUS, muita ênfase foi concedida à descentralização e à busca de financiamento. Poucas foram as iniciativas para a organização dos serviços e para a reorientação do modelo de atenção (PAIM, 2009, p.59), sendo esse um longo caminho que vai sendo trilhado no caminhar.

As condições de trabalho eram precárias, inclusive no Serviço de DST/AIDS que também era atravessado e sofria as consequências dessa falta de organização da rede, o que ocasionava diversas dificuldades, mas o trabalho nunca parou. Em meio aquela confusão era preciso lutar por um serviço de qualidade e isso era possível porque a potência dos que ali estavam aumentava cada vez que outros modos de trabalhar emergiam de nossas experiências cotidianas, dos nossos encontros sempre inéditos. E essas experiências eram disparadoras de análises, transformando o trabalho, de fato, num “espaço coletivo de produção de saberes, de negociação e gestão” (SCHWARTZ, DURRIVE, 2007). Experimentei uma forma de gestão como “lugar de passagens e de conexões” (HECKERT, PASSOS, BARROS DE BARROS, 2009) e não apenas como um lugar instituído. Fazer gestão naquele espaço era inventar e reinventar normas, regras e modos de fazer vivenciando e experimentando todo esse processo de construção coletiva e cotidiana com todos os envolvidos no processo de produção de saúde.

Primavera de 2006. As “coisas” não andavam muito boas para o “meu lado”. Havia no ar não o cheiro e o frescor das flores que brotam nessa época do ano, mas um incômodo quase que insustentável. As paredes do Centro de Referência em DST/AIDS pareciam ter olhos e ouvidos bem atentos e mãos bem hábeis articulando fatos e acontecimentos que na maioria das vezes eram pintados de forma completamente diferente do real. Logo no início da manhã um telefonema com um “convite”: “– O subsecretário quer falar com você. Venha imediatamente e traga com você a outra psicóloga.” Fomos caladas durante todo o percurso já prevendo o que nos esperava. “ – Não precisamos mais dos serviços de vocês, estão demitidas!” Tentei argumentar na intenção de manter pelo menos o emprego da minha amiga que foi ao longo dos anos meu braço direito e defensora do sistema público de saúde. Em vão. Saímos da sala, descemos a rampa de mãos dadas e fomos embora, arrasadas. E eu ainda mais, por me sentir culpada pela demissão dela e de boa parte da equipe, dias depois da nossa demissão. Encerrava ali um ciclo para dar

início a outro, outros, muitos, múltiplos... E uma frase ficou na minha cabeça por um tempo, trecho de uma música chamada Fim da História, que de fim não tem nada: “Que o medo não impeça as mãos e os caminhos das novas gerações”. Moxuara, grupo musical nativo de Cariacica.

Capítulo II – Habitando Territórios

“Uma das coisas que aprendi é que se deve viver apesar de. Apesar de, se deve comer. Apesar de, se deve amar. Apesar de, se deve morrer. Inclusive muitas vezes é o próprio apesar de que nos empurra para frente. Foi o apesar de que me deu uma angústia que insatisfeita foi a criadora de minha própria vida.”

(Clarice Lispector. Uma aprendizagem ou o Livro dos Prazeres. p. 26)

Outono de 2011. Os tempos agora são outros, embora o lugar seja o mesmo, de novo, mas o território é outro. Se é destino, carma, paixão ou tudo isso junto não sei responder. Também não importa. Havia mudado de ares, tentei percorrer outros caminhos, mas acabei voltando para um lugar, agora conhecido, a saúde pública. Refeita do baque que não foi simplesmente a perda de um emprego e tudo que isso implica em termos profissionais e financeiros, mas de uma desarticulação que me tirou de um entorpecimento que não havia me dado conta antes. Graças a nossa capacidade de transformar o que nos mutila ou constrange no nosso cotidiano em potência de vida, aberta aos encontros, inéditos, imprevisíveis. E nessa fresca e ensolarada manhã, o encontro era outro, não com os pais que aguardavam atendimento para seus filhos e sim com um grupo de trabalho que já se reunia há um tempo, mas que só agora tive a oportunidade de conhecer e participar. Cheguei de novo, me sentindo uma estrangeira, mas de um jeito diferente. Já conhecia e habitava esse território, assim como a maioria das pessoas que lá estavam. E como estrangeira naquele espaço sentei e fiquei observando. Era muita gente: nova, velhos conhecidos, falantes, empolgados, cautelosos. E todos com a mesma vontade: conhecer, organizar e valorizar o trabalho de cada um e de todos. Era hora de começar a produzir um reencantamento. Estava a partir daquele momento fazendo parte, oficialmente do GTH.

Estava de volta, ainda como trabalhadora da saúde e de novo vinculada a um serviço de atenção especializada, só que agora a outro programa – Saúde da Criança – e mais uma vez buscando formas diferentes todos os dias para não ser capturada, para não reproduzir o que as escolas e pais, muitas vezes levados por

definições e diagnósticos de especialistas, fazem ao rotularem seus alunos e filhos com seus “*distúrbios de aprendizagem e comportamento*”.

Ao mesmo tempo estava envolvida com outras atividades no Núcleo de Estudos e Pesquisa em Subjetividade e Política (NEPESP) na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) na tentativa de me reaproximar do mundo acadêmico e foi a partir dos encontros no NEPESP e do trabalho em Cariacica que fui apresentada ao Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) existente no Município, passando a compor com este coletivo.

Era novamente estrangeira nesse momento, embora a saúde pública já não fosse um lugar desconhecido, mas precisei mais uma vez do auxílio de um livro de bordo¹³ e das pistas que agora sinalizavam um novo caminho. E um desses caminhos era o GTH, que já havia se reunido algumas vezes antes da minha entrada e era composto por gestores e trabalhadores vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica (SEMUS), alunos e professores do curso de Psicologia da UFES e consultores da Política Nacional de Humanização (PNH). Foi criado a partir de uma parceria entre SEMUS, Ministério da Saúde (MS), em especial com a PNH e a UFES, em particular com o Departamento de Psicologia com o propósito de construir um processo de formulação, aprovação e implementação de uma política municipal de humanização, intervindo na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos.

Porém, o que mais chamou a atenção nesse novo momento foi esse movimento com encontros e discussões do GTH com a participação de gestores. Existia, de fato, algo diferente nisso que me fazia sentir estrangeira. Já havia movimentos, conexões, encontros entre os trabalhadores nas Unidades de Saúde e em outros setores da saúde, mas como forma de tentar inventar a cada dia modos de trabalhar, sempre atropelados pelos imprevistos do cotidiano, sem tempo para conversar sobre, atropelados pelas ordens de uma gestão centralizada e vertical, fazendo o trabalhador entender que essa gestão lhe é negada, desvalorizando e tornando precária sua relação com e no trabalho, tornando precário também o seu vínculo com os usuários do sistema. Havia no ar e nos corpos da maioria dos que ali estavam a vontade de começar a fazer diferente, a vontade de mudar o curso da

¹³ Outro Livro de Bordo – HumanizaSUS – Documento Base; Cartilhas HumanizaSUS; Cadernos HumanizaSUS.

história, de pensar e discutir a respeito do trabalho, inventando modos de fazer que tornassem real os princípios e diretrizes do SUS.

Como as pistas agora sinalizavam e conduziam por um novo caminho, mais uma vez recorri ao livro de bordo na intenção de entender o que se passava e o que se produzia naquele espaço e suas implicações dentro e fora dele. Comecei então pela PNH, enquanto política pública de saúde e pautada por três princípios¹⁴, criada com a finalidade de alterar a maneira de trabalhar e de interferir nos processos de trabalho na saúde, não apenas afirmando os princípios legais, mas para tentar construir coletivamente modos de fazer para implementar o SUS (PASCHE E PASSOS, 2010). Não é um mero conjunto de propostas abstratas, mas uma política construída a partir de possibilidades e experiências concretas, como acontece no cotidiano dos serviços, criando formas de trabalho que não se submetem à lógica dos modos de funcionamento instituídos.

Formas de trabalhar que superem as dissociações entre os que pensam e os que fazem, entre os que planejam e os que executam, entre os que fazem gestão e os que cuidam (SANTOS FILHO, BARROS DE BARROS E GOMES, 2009), afirmando um dos princípios dessa política, que é a indissociabilidade entre atenção e gestão. Alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho, integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho. (BRASIL, 2010)

Aposta também ser possível construir vínculos efetivos entre trabalhadores, gestores e usuários para o fortalecimento da rede de saúde, com novos arranjos e pactos sustentáveis, valorizando e tornando protagonistas os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. As mudanças na atenção e na gestão tornam-se mais efetivas quando produzidas pela afirmação da autonomia destes sujeitos e quando compartilham as responsabilidades de todas as práticas de atenção e gestão. (BRASIL, 2010)

Esse movimento de mudança nos modos de atenção e gestão requer mudança no grau e nas formas de comunicação entre os sujeitos e nas relações estabelecidas

¹⁴ Princípio – o que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. A PNH possui três princípios: (1) Indissociabilidade entre atenção e gestão; (2) protagonismo, autonomia e corresponsabilidade de sujeitos e coletivos e (3) transversalidade. (BRASIL, 2010)

entre eles. O que comumente se vê são formas de comunicação pouco transversais, onde a palavra circula apenas entre iguais ou entre seus pares. O que a PNH aposta também como princípio é aumentar o grau de comunicação entre os sujeitos implicados no processo de produção de saúde o que possibilita conexões em rede e desestabiliza as fronteiras dos saberes e os lugares instituídos de poder nas relações de trabalho. (BRASIL, 2010). A palavra circula em todos os espaços de encontros, afinal a produção de saúde depende da qualidade do encontro com o outro, seja gestor, trabalhador ou usuário do sistema de saúde.

E no intuito de superar esses modos de gestão e atenção centralizados e verticais, com imposição de regras que normatizam previamente os processos de trabalho, em sintonia com práticas hierarquizantes e de dominação (HECKERT, PASSOS, BARROS DE BARROS, 2009) e que são vigentes na maioria dos serviços de saúde, a PNH navega na mesma direção dos movimentos sociais da reforma sanitária, que lutavam em defesa da democratização da saúde ou contra as diferentes formas de autoritarismo nos sistemas de saúde. Vem se afirmando em defesa do direito à saúde, da vida e da democracia nas organizações, pautada por seus princípios e orientada por suas diretrizes¹⁵, que servem para indicar caminhos e não prescrições fechadas, sempre incluindo gestores, trabalhadores e usuários nas práticas de atenção e gestão.

A cogestão é uma dessas diretrizes e que é um modo de administrar onde pensar e fazer são construções coletivas, entendendo a gestão como espaço de criação, onde todos são gestores dos seus processos de trabalho e não como um lugar exclusivo de especialistas. Os trabalhadores são protagonistas e não apenas executores de tarefas prescritas, como algo que foi pensado em outro lugar. Compartilham análises e intervenções nos seus espaços de trabalho lidando com as diferenças, o que produz movimentos que desestabilizam os modos de funcionamento instituídos e mudanças nas práticas de gestão e atenção, tornando a gestão mais democrática. (BRASIL, 2009)

Os contratos, compromissos, as novas formas de organização do trabalho vão sendo construídas coletivamente nos encontros e no próprio exercício da cogestão.

¹⁵ As diretrizes da PNH, que são orientações gerais dessa política, encontram-se detalhadas em cartilhas, textos, artigos e documentos específicos de referência disponibilizados em www.saude.gov.br/humanizausus. (BRASIL, 2010). Para o momento, a cogestão como diretriz é que será utilizada.

A construção de diferentes espaços de encontro entre sujeitos torna a gestão mais democrática, amplia o grau de comunicação e favorece a produção da corresponsabilidade no processo de cuidado a saúde. O trabalho passa a fazer sentido para quem o executa, deixando de ser apenas repetição ampliando, portanto a capacidade de produção de saúde. Um desses espaços coletivos é o GTH, um dos diferentes dispositivos ¹⁶ utilizados pela PNH, pensado para ampliar a democracia institucional, intervindo na melhoria dos processos de trabalho e pautado no método da inclusão, no sentido de fortalecer coletivos para ampliar a capacidade de análise e de intervenção nos processos de trabalho e na produção de saúde. (BRASIL, 2006)

Inclusão de todos os sujeitos implicados na elaboração de propostas para o fortalecimento da rede de saúde, num espaço em que todos tenham o mesmo direito de falar, criticar, sugerir, provocando novas articulações e possibilidades de mudanças, fazendo circular outras formas e relações de trabalho na atenção e na gestão, sempre colocando em análise os processos de trabalho.

Inclusão também de analisadores sociais e de coletivos. Analisadores sociais ou acontecimentos que desestabilizam as formas instituídas de atenção e gestão e ao mesmo tempo potencializam os processos de mudança. E coletivos, como movimento social organizado ou por experiência singular sensível (mudança dos perceptos e dos afetos) dos trabalhadores de saúde quando reunidos em grupo (BRASIL, 2010).

Assim funciona, ou se propõe a funcionar o GTH, espaço democrático, participativo onde a palavra circula entre os diferentes sujeitos que dele participam. Espaço de encontro das diferenças, de criação, de gestão das variabilidades encontradas no cotidiano dos serviços de saúde. Espaço de produção de saúde em que os sujeitos são capazes de se reposicionarem ao avaliarem as funções que exercem, os lugares que ocupam nos processos de trabalho e como podem transformar esses

¹⁶ Dispositivos são estratégias construídas nos coletivos concretos como aquilo que dispara movimento, que coloca em análise as práticas cotidianas de trabalho, levando em consideração a especificidade dos serviços, partindo sempre da análise dos processos de trabalho. Assim como as diretrizes, outros dispositivos encontram-se detalhados em www.saude.gov.br/humanizausus. (BRASIL, 2010)

processos, o mundo e a si mesmos. (BARROS DE BARROS, GUEDES E ROZA, 2011)

O novo caminho pelo qual as pistas agora conduziam era uma nova aposta que apontava e caminhava para novas organizações de trabalho, outras formas de gestão e diferentes relações entre gestores, trabalhadores e usuários do sistema de saúde do Município de Cariacica.

Capítulo III – Entendendo Territórios

“A vida, a força da vida é aquela que transforma os obstáculos em meios, meios de desenvolvimento (...) sobretudo quando a vida lhe dá condições de possibilidade para a criação dos problemas. E o problema não é uma deficiência do conhecimento, muito mais que isso – o problema é aquilo que penetra nos horizontes para torná-los ilimitados e sempre, invariavelmente, a serviço da vida.”

(Claudio Ulpiano. Manuscrito 14)

Verão de 2011. Mais um dia de calor, mais um dia de atendimento na Unidade e que se estivesse com sorte, naquele dia conseguiria uma sala que o ventilador funcionasse. Mas a sorte nem sempre sorria nesses dias de calor. Porém, o assunto do dia era a prova do concurso público que havia acontecido no final de semana. Quase todos os trabalhadores da saúde fizeram a prova na esperança de conseguirem deixar o frágil vínculo de contrato temporário, vínculo esse de quase todos os trabalhadores ligados à gestão municipal. Em meio a todo aquele alvoroço a supervisora da Unidade chega apressada e na mesma velocidade pede a cada um dos profissionais que faça uma lista com os nomes dos cinco bairros que mais atendem. Quando questionada por que disse ela apenas responde: “ – A secretaria pediu que fizéssemos esse levantamento e o prazo já está acabando, por isso precisamos correr. Eles querem mapear o Município e saber se a população é atendida no lugar certo. É isso.” E se fechou na sala com um monte de papéis. Foi chamando um por um para saber da lista. Ninguém entendeu muito bem, cada um fez a sua e o assunto do concurso voltou à baila, naquele dia.

Entre saber da existência e fazer parte do GTH houve um intervalo de tempo que possibilitou perceber os efeitos desse grupo na Unidade de Saúde que trabalhava. A princípio, pouca coisa se ouvia e quase nada era conversado ou explicado. A conversa que circulava era de que seria mais um trabalho que se iniciaria no Município, como tantos outros e que não levaria a nada, a situação continuaria a mesma tanto para trabalhadores quanto para usuários. A Secretaria solicitava, a supervisão da Unidade repassava e os trabalhadores executavam. Típico de uma gestão centralizada e vertical.

O pedido para elaboração da lista com os bairros mais atendidos por cada profissional foi disparador de várias discussões, não pela lista em si, pois foi uma tarefa encarada como outra qualquer, mas pelos efeitos que essa lista causou. A “*ordem*”, que veio da supervisão da Unidade, era que os usuários moradores do bairro onde a mesma estava localizada teriam prioridade no atendimento e só depois usuários de outros bairros teriam seus atendimentos agendados. Da forma como essa “nova regra” chegou, o entendimento naquele momento era de que seriam atendidos apenas usuários moradores do bairro, fechando as portas da Unidade para outros que ali não moravam. Isso causou, além de um desconforto geral, uma série de discussões, começando pelo princípio da universalidade do SUS que é garantir o acesso de todo cidadão a qualquer tipo de ação ou serviço de saúde que necessite. Desse desconforto e das discussões surge um movimento de recusa àquela “ordem”.

Esse movimento de recusa abriu espaço para discussões e análises do que aquela nova forma de trabalho, em que nenhum trabalhador foi consultado ou participou da decisão, acarretaria para cada um e para o trabalho de todos da Unidade. Os profissionais de “*linha de frente*” ou aqueles que eram responsáveis pelos agendamentos não sabiam como agir e muito menos como enfrentar uma população que também sem ser consultada e sem nenhum aviso prévio teria que buscar, por conta própria, atendimento em outro local. A preocupação não era apenas garantir o acesso, mas também a continuidade da atenção numa rede de serviços frágil tanto em termos de organização quanto de conexão e comunicação entre si.

Essas discussões mostraram, ao mesmo tempo, a preocupação com os usuários, por parte dos trabalhadores, em garantir o acesso aos serviços, a fragilidade organizativa da rede e uma forma de gestão que não estava aberta a conversa e que dificultava a comunicação também dentro da própria Unidade. Porém, diante do movimento de recusa, de todas as conversas, reclamações e principalmente dos argumentos pautados nas discussões e análises dessa nova forma de trabalho, a supervisão voltou atrás na decisão. Era hora então de procurar saber que nova proposta de trabalho era essa que dizia vir da Secretaria.

Outono de 2011. Era uma fresca e ensolarada manhã, cercada de expectativas, afinal era o primeiro encontro com um grupo, que já se reunia havia um tempo, que

só ouvia falar e tinha como proposta organizar e mudar as formas de trabalho na saúde. O auditório estava cheio, não apenas de gente, mas havia no ar alguma coisa diferente que estava além de ser apenas uma reunião de trabalho. Algo acontecia naquele espaço e não era pela presença de representantes do Ministério da Saúde ou de professores e alunos da UFES, mas algo que aos olhos e corpos atentos de alguém que se deixasse afetar por aquele momento perceberia facilmente. Havia envolvimento, comprometimento e uma aposta coletiva naquele trabalho. Era ainda um grupo incipiente, que mudaria sua composição diversas vezes, seu modo de funcionamento, que era construído a cada encontro, mas esse primeiro contato foi ímpar. Porque era a possibilidade de construirmos juntos novas formas de gestão, novas formas de cuidado e outros modos de produzir saúde. E aquela “ordem” dada na Unidade não partiu desse grupo, não da forma como chegou lá.

Antes do GTH ser criado, a SEMUS, representada por trabalhadores e gestores, participava de atividades propostas pela PNH em âmbito estadual. Ao mesmo tempo, o Departamento de Psicologia (DPSI) da UFES através de professores e alunos desenvolvia atividades de extensão universitária no Município. Num dado momento essas atividades se cruzam e é então estabelecida uma parceria entre SEMUS, PNH e DPSI com o objetivo de ampliar o apoio tanto da PNH quanto da UFES para auxiliar no processo de formulação, aprovação e implementação de uma política municipal de humanização. Todo o processo de constituição dessa parceria foi amplamente discutido e pactuado coletivamente entre representantes dos trabalhadores e gestores da SEMUS e representantes da PNH e UFES.

Estabelecida essa parceria foram realizadas oficinas para discutir os diferentes problemas encontrados na rede de saúde do Município com o intuito de formular e apresentar propostas de acompanhamento de atividades consideradas estratégicas para o desenvolvimento do trabalho naquele momento, como o Plano Diretor de Regionalização (PDR)¹⁷ e a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco¹⁸ nos Prontos Atendimentos (PA) municipais. Além disso, foram pactuadas

¹⁷ Plano Diretor de Regionalização (PDR) - instrumento para ordenar o processo de regionalização da assistência, baseado nas definições de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção. (BRASIL, 2002)

¹⁸ Acolhimento com Classificação de Risco – Mudança na lógica do atendimento que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não a ordem de chegada. (BRASIL, 2010)

nessas oficinas visitas técnicas às Unidades Básicas de Saúde e setores de gerência da SEMUS com o objetivo de conhecer as estruturas e modos de funcionamento desses locais. Essas visitas foram realizadas pelos consultores da PNH e UFES acompanhados por representantes de trabalhadores da SEMUS.

As oficinas e as visitas técnicas realizadas possibilitaram a construção do cenário da rede de saúde do Município naquele momento.¹⁹ Havia uma rede ampla de serviços implantada que respondia de forma parcial, tanto por serviços de atenção primária quanto por atenção especializada, em trinta e três (33) estabelecimentos de saúde distribuídos pelo território da seguinte forma: 23 Unidades Básicas de Saúde, 04 Unidades Básicas de Saúde com horário estendido (funcionamento de 12 horas), 02 Unidades com serviços de urgência e emergência com funcionamento de 12 horas, 02 Unidades exclusivas de ESF e 02 Unidades de Pronto Atendimento (01 adulto e 01 infantil). Das Unidades Básicas de Saúde, incluindo as com horário estendido: 13 oferecem serviços de Atenção Especializada, 09 contam com Equipes de Saúde da Família e 08 com Equipes de PACS dividindo o mesmo espaço físico. São 25 Equipes de Saúde da Família (33% de cobertura) e 08 Equipes de PACS (12% de cobertura). Ainda conta a rede com o Centro de Referência em DST/AIDS. Todos os estabelecimentos estão localizados na área urbana do Município.²⁰

Embora apresentasse uma rede ampla, não era possível afirmar com certeza se haviam áreas sem cobertura completa de serviços de saúde, mas era possível dizer que a maioria das Unidades Básicas não conseguia oferecer todos os serviços de Atenção Primária, atendendo apenas parcialmente. O mesmo ocorria com a Atenção Especializada, ocasionando uma sobreposição de funções e ofertas de serviços entre atenção primária e atenção especializada e ainda em alguns casos com o Pronto Atendimento, por estarem muitas vezes no mesmo espaço físico.

Não havia adscrição da clientela, ou seja, não havia definida a área de abrangência das Unidades e o cadastramento da população. Além disso, algumas Unidades foram instaladas em estruturas físicas já existentes, nem sempre adequadas para o funcionamento de um serviço de saúde, sem o conhecimento do território e das

¹⁹ As informações desse cenário estão no documento apresentado por OLIVEIRA, G.N. – Planejamento do Grupo de Trabalho em Humanização da Saúde do Município de Cariacica, Nov 2010, que foi entregue à Secretaria Municipal de Saúde. E também nos documentos produzidos pelo GTH Cariacica de 2010 a 2013.

²⁰ Dos 279,98 km² de extensão territorial, 151 km² são de área rural, 124,05 km² de área urbana e 4,94 km² de área costeira, com 96% da população vivendo na área urbana. (IBGE, 2010)

necessidades da população de onde estão instaladas. Adscriver os usuários dos serviços, além de delimitar o espaço de atuação destes possibilita identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades. Essa identificação auxilia na organização dos serviços e na composição das equipes de acordo com a realidade epidemiológica e necessidades de saúde da população. Essas equipes assumem a responsabilidade sanitária de territórios definidos, integrando e coordenando o cuidado, levando em consideração a dinamicidade existente do lugar onde vive a população. Dessa forma, cria relações de vínculo e de responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. (BRASIL, 2012; STARFIELD, 2002)

Não ter adscrita a clientela dificulta a organização da rede, a relação de trabalhadores e usuários na construção de vínculo, a relação do trabalhador com o próprio trabalho referente ao planejamento de ações e a responsabilização em situações que envolvem referência e contrarreferência, tornando o funcionamento da rede confuso.

O que se via naquele momento era uma rede fragilizada não apenas pela falta de alguns serviços ou pela má qualidade da estrutura física de algumas Unidades, mas também pela falta de organização dessa rede. Oferta parcial de serviços de Atenção Primária e Atenção Especializada, sem adscrição da clientela, sem definição da área de abrangência, Unidades com estrutura física precária e/ou não adequada, níveis diferentes de complexidades dos serviços num mesmo espaço físico provocando a sobreposição de serviços em diversos lugares, confundindo usuários e trabalhadores.

Exposto esse cenário era hora de pensar e criar dispositivos que possibilitassem a construção de estratégias para potencializar essa rede existente. Então foi criado o GTH e que propõe a partir de suas primeiras ações, ampliar as conversas e atividades em torno da Humanização da Saúde. Foi um grupo criado não como um conjunto de pessoas responsáveis para “resolver” os problemas da rede de saúde do Município, mas um grupo que supõe troca de saberes (entre trabalhadores, gestores, usuários do sistema), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe produzindo grupalidade que sustente as construções coletivas e o

comprometimento com a produção de saúde. (BRASIL, 2004). Um espaço onde a palavra circula e a ideia é produzir juntos propostas para pensar a política de saúde em Cariacica, não esquecendo de incluir os usuários do sistema nessas conversas. Na sua formação original, foi composto por gestores da SEMUS, trabalhadores tanto da secretaria quanto representantes de Unidades de Saúde, alunos e professores da UFES e consultores da PNH.

As primeiras discussões do GTH foram pautadas nesse cenário, conhecido da maioria e que surgia nesse momento de forma diferente. Não foi apenas a constatação de uma rede de saúde fragilizada, mas a possibilidade de modificar esse cenário a partir de ideias compartilhadas. Então, nesse primeiro momento foram pactuadas três frentes de trabalho referentes à: adscrição da clientela com responsabilização em rede, preparar as Unidades de PA para iniciar operações de Acolhimento com Classificação de Risco e melhoria das condições físicas e de organização do trabalho nas Unidades Básicas de Saúde.

Cenário exposto, frentes de trabalho pactuadas, o próximo passo era planejar ações que pudessem produzir uma nova organização da rede de saúde. E por escolha do grupo a produção dessa nova organização começaria pela adscrição da clientela ao território de cada Unidade de Saúde, por entender que a maior parte dos serviços oferecidos pelas UBS deve ser de Atenção Primária e que esses serviços devem ser oferecidos o mais próximo possível de onde os usuários vivem, possibilitando a aproximação dos profissionais responsáveis ao cotidiano dessas pessoas. Não ter definida a área de abrangência implica num certo desconhecimento do território que esse usuário habita e conseqüentemente de suas necessidades. Isso dificulta a organização e planejamento de ações, os modos de funcionamento da rede de serviços e na relação de trabalhadores com o próprio trabalho e com os usuários.

Sendo assim, o GTH, que foi criado com o objetivo de auxiliar na construção de uma política municipal de humanização, adotou como estratégia o processo de territorialização da Atenção Primária à Saúde no Município. Territorialização como processo e não como meta ou objetivo final, portanto construído de forma compartilhada a cada encontro desse grupo, do grupo com os trabalhadores e destes com os usuários, movimentando e fazendo circular outras formas e relações de trabalho dentro do Município.

Como as ações de saúde, planejadas por meio da adscrição da população, são implementadas sobre uma base territorial com delimitação espacial, a territorialização se torna um instrumento importante de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde. Isso porque a delimitação da área de atuação dos serviços de saúde requer o conhecimento do território que vai além da sua extensão territorial, reconhecendo as condições de vida e a situação de saúde da população considerando a dinâmica que emerge em cada território. Dessa forma, os serviços podem ser estruturados e organizados para oferecer práticas de saúde compatíveis com as necessidades e demandas de cada população, garantindo além da universalidade do acesso, a equidade e a integralidade do cuidado. Esse conhecimento do território auxilia também no planejamento e alocação de recursos financeiro, tecnológico, pessoal e estrutural relativos à expansão e melhorias na rede de serviços de acordo com as necessidades de uma área e população específicas.²¹ (MONKEN, et al, 2008)

Entendendo a territorialização como instrumento importante de organização dos processos de trabalho, era preciso discutir e entender o conceito de território e seus múltiplos sentidos. O ponto de partida para essa discussão foi a aquisição de um mapa do Município com bairros e UBS demarcados. O mapa é mesmo uma forma de representação utilizada pela territorialização para a delimitação do espaço de atuação dos serviços de saúde ou área de abrangência, mas é antes de tudo uma forma de organização e de transmissão de informação, uma simplificação de fatos e fenômenos da realidade localizados sobre uma base cartográfica. Se observado apenas em sua dimensão geométrica é simplesmente um retrato instantâneo de um lugar, de um indicador. Porém, o mapa pressupõe movimento quando os dados utilizados para sua confecção são sobrepostos a cada nova informação que vem com as mudanças no território, isso possibilita a representação de alguns aspectos do espaço geográfico, entendido como espaço social onde as relações entre as pessoas acontecem (BRASIL, 2006).

E o mapa foi utilizado diversas vezes, como instrumento importante que é para a territorialização na saúde, mas não foi a única fonte de informação e muito menos

²¹ O investimento de recursos – financeiro, pessoal, tecnológico e estrutural – não era uma proposta do GTH naquele momento. É importante também quando se pensa em territorialização, porém a aposta era na organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde.

levou em consideração apenas o mapeamento inicial da delimitação estanke dos territórios. Não é dinâmico como é o espaço geográfico, mas possibilita relações entre os objetos que o compõe e dessa forma foram construídos com dados cartográficos, demográficos, epidemiológicos e das singularidades de cada território, considerando a dinamicidade existente em cada lugar.

Contudo, entender o mapa e suas utilidades foi o ponto de partida para as discussões a respeito do conceito de território e seus múltiplos sentidos. Começamos pensando que a sociedade transforma o lugar que vive permanentemente. Os espaços são compostos por uma série de objetos (casas, escolas, hospitais, montanhas, etc.) interligados por redes (ruas, calçadas, ciclovias, redes de água, esgoto e elétrica, etc.) e tanto objetos quanto redes desempenham funções determinadas e para isso são necessárias pessoas que se descolam constantemente pelos espaços (BRASIL, 2006). Assim, entendemos o território como uma realidade relacional, é um conjunto indissociável de que participam de um lado certo arranjo de objetos geográficos, naturais e sociais, e, de outro, a vida que os preenche e os anima, a sociedade em movimento constante. (SANTOS, 1988)

Não cabe pensar o território como fechado e autônomo uma vez que é composto por dimensões políticas, culturais, administrativas, sociais e epidemiológicas e que as pessoas que o habitam estabelecem relações com os espaços que ocupam e formam também redes de relações entre indivíduos e grupos. Essas redes produzem e difundem padrões culturais, produtivos e de consumo, além de influenciarem em valores, hábitos e reações às diferentes situações. O modo de vida de uma população está associado à relação entre estrutura social, renda familiar e com a intensidade das relações sociais e de afetos próprios estabelecidos no lugar de convívio, construídas no cotidiano, reafirmando a singularidade e a força própria do lugar. O território se constitui então através dessas relações e de todas as suas dimensões e dessa forma podemos dizer que o território está em permanente construção.

Encontramos então no território uma população específica, vivendo em tempo e espaços determinados e que a acumulação de situações históricas, ambientais e sociais promovem condições particulares para produção de doenças (MONKEN, BARCELOS, 2005). Reconhecer o território dessa forma é um passo importante

para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, assim como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população (MONKEN, et al, 2008).

Portanto, as condições de vida e a situação de saúde da população em determinado território resulta da interação entre os problemas apresentados e a capacidade de resposta a esses problemas, o que define também o perfil epidemiológico dessa população. A Epidemiologia procura compreender e explicar o processo de produção de saúde e de doença, a partir do reconhecimento e esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde (CZERESNIA, RIBEIRO, 2000).

Nessa perspectiva, o reconhecimento desse território é feito a partir da territorialização que num primeiro momento delimita a área de atuação dos serviços de saúde, mas sem deixar de conhecer a população e a dinâmica que emerge de cada território, auxiliando a reorientação dos serviços de saúde na direção de se afirmarem como “espaços de saúde” e não apenas de atenção à doença (MONKEN, BARCELOS, 2005). Lembrando que cada território, cada equipe de saúde, cada população usuária tem suas especificidades e suas possibilidades de se reinventar.

É a partir desse conceito de território que o GTH pensa o processo de territorialização e pauta suas ações.

Outono de 2011. Era mesmo muita gente, mais do que imaginava. O auditório estava cheio de gente, algumas para conhecer, outras para reencontrar, e apesar da aparente confusão, havia uma aposta coletiva naquele grupo e no trabalho que se propôs a fazer. Essa aparente confusão, pude perceber mais tarde nos encontros subsequentes, era uma das formas de funcionamento desse grupo, pela quantidade de gente e pelos assuntos trazidos para discussão. Cheguei me sentindo estrangeira, não pelo espaço e muito menos pelas pessoas, e sim pelo movimento produzido pelo grupo. Um movimento novo, dinâmico, diferente do que estava acostumada. Além do fato de chegar num grupo que estava num momento de construção de estratégias para organizar a rede de saúde do Município. Tarefa árdua, cheia de nós que precisavam ser desamarrados e amarrados novamente num outro arranjo. O significado disso tudo naquele momento? A possibilidade de

diálogo, de abertura de novos caminhos, de novos arranjos e a construção coletiva de novas formas de trabalho, novas formas de vida.

Das três frentes de trabalho pactuadas nos encontros iniciais do GTH que foram adscrição da clientela, Acolhimento e Classificação de Risco²² nas Unidades de PA e melhoria das condições físicas e de organização do trabalho nas UBS, a escolha do grupo foi começar pela adscrição da clientela, adotando como estratégia o processo de territorialização da Atenção Primária à Saúde. Entendendo que a territorialização não era um objetivo final do trabalho, mas parte integrante deste e que foi utilizado como um dispositivo permitindo operar com os princípios da PNH e do SUS.

E é importante afirmar que o dispositivo não se constitui em formas de funcionamento prescritivas, mas se constrói a partir das experiências singulares de cada local de trabalho (BARROS, et al, 2010), partindo do que as pessoas trazem e do que produzem incessantemente, colocando em análise as práticas cotidianas de trabalho. Nesse caso então, o processo de territorialização vai além da proposição da área de abrangência das Unidades de Saúde do Município e propõe mudanças na organização da rede de saúde, nas formas de trabalhar e de gestão dos processos de trabalho.

Para que o processo de territorialização avançasse naquele momento, foi solicitado aos supervisores de todas as Unidades Básicas de Saúde que elaborassem junto com os trabalhadores um mapa com propostas de área de abrangência para suas Unidades, considerando o local de residência dos usuários do serviço e um documento argumentativo que justificasse e sustentasse essa proposta. Tanto o mapa quanto o documento estariam baseados no número de atendimentos mensais, devendo conter no mapa os cinco bairros com maior frequência de atendimentos e os serviços oferecidos em cada UBS.

A escolha dos supervisores como encarregados de levar essa proposta aos trabalhadores foi baseada na ideia de que enquanto gerentes das Unidades,

²² O acolhimento com classificação de risco não tem como objeto exclusivo as portas de urgências e emergências e não tem como único objetivo diminuir o tempo de espera nas filas. As filas de emergências, o atendimento por ordem de chegada, a ocorrência de mortes evitáveis, quando analisados coletivamente, são problemas que oportunizam introduzir mudanças no processo de trabalho e que podem desencadear movimentos de mudanças em toda a rede de atenção à saúde. (BRASIL, 2009)

responsáveis pela administração, seriam o gatilho potencialmente mais concreto para mudanças e para fomentar novas relações de trabalho, pensando numa perspectiva de cogestão (BARROS, SANTOS-FILHO, 2007), que é um modo de administrar onde pensar e fazer são construções coletivas e que todos são gestores dos seus processos de trabalho, compartilhando análises e intervenções no cotidiano, desestabilizando modos de funcionamento instituídos. Embora a forma de funcionamento do GTH fosse essa, nas Unidades Básicas e em outros setores da Secretaria de Saúde não era. O modo de gestão nesses lugares é ainda hoje, predominantemente, centralizado e vertical com imposição de regras aplicadas e operacionalizadas de forma burocrática e descontextualizada.

Um dos objetivos do GTH era que a sua forma de funcionamento, como espaço democrático, de criação e produção de saúde também fosse a forma de funcionamento de toda a Secretaria de Saúde, incluindo todas as Unidades Básicas e seus serviços. Havia muito ainda que fazer, era apenas o início do trabalho, afinal os contratos, compromissos, as novas formas de organização do trabalho vão sendo construídas coletivamente nos encontros e no próprio exercício da cogestão.

Voltando à proposta para elaboração do mapa, como não havia participação de supervisores nos encontros do GTH até então, embora houvesse representantes de Unidades, a solicitação foi repassada numa reunião que acontecia uma vez por mês com a presença de todos os supervisores e essa reunião tinha um caráter informativo, vários assuntos eram tratados no mesmo encontro e as informações apenas repassadas. O mesmo aconteceu com a proposta do mapa, a solicitação foi feita sem discussão com os supervisores para o entendimento do processo, não ficando claro o que se pretendia e chegou às Unidades como mais uma tarefa demandada pela Secretaria e que deveria ser cumprida dentro do prazo estipulado. Sendo assim, o mapa foi elaborado pelos supervisores sem a participação efetiva dos trabalhadores.

E aquela “ordem” dada na Unidade não partiu desse grupo, não da forma como chegou lá. De fato, a intenção do GTH não era de que a proposta do mapa fosse mais uma tarefa a ser cumprida, e sim discutida e analisada pelos trabalhadores, mas da forma que foi repassada não favoreceu esse entendimento. Mesmo assim, foi realizada e com os mapas e documentos em mãos o GTH iniciou o processo de

avaliação desses dados e discussão de estratégias de ações. Em todos os encontros do grupo, as propostas de atividades, as ações realizadas, as dificuldades encontradas para a realização das tarefas, assim como o que havia dado certo, tudo era discutido e avaliado, pactuado e sempre que necessário repactuado. A partir da elaboração deste primeiro mapa, as discussões e estratégias de ações foram se tornando mais consistentes à medida que os conceitos utilizados e a forma de funcionamento do grupo foram incorporados ao cotidiano de cada trabalhador que compunha o GTH.²³

Num primeiro momento, a ideia de sistema de saúde nesse grupo era de uma rede interligada por pontos de atenção à saúde, que eram os locais de prestação de serviços (BRASIL, 2007). Com os encontros e discussões, essa concepção de rede como soma dos serviços de saúde reduzida à articulação dos mesmos, passou a ser de uma rede flexível, capaz de se adaptar à realidade do território respondendo as necessidades e demandas de saúde da população, considerando a complexidade e diversidade das interligações entre os serviços e os efeitos produzidos por essas ligações. É uma rede viva tecida pelas relações, pelos encontros e que sustenta suas ações. (BRASIL, 2009)

A organização dessa rede é feita pela Atenção Primária à Saúde que, além de atender a demanda da população de determinado território é responsável pela coordenação do cuidado, um dos processos mais complexos na construção de um sistema de saúde, que é a articulação dos pontos de atenção da rede. Essa articulação requer mudanças nas práticas cotidianas tanto interna quanto externamente aos serviços, o que possibilita conversas e encontros não no sentido de homogeneizar ações e formas de trabalho, mas para promover encontros de diferentes que produz um comum, mantendo a singularidade de cada serviço e de cada território (TEIXEIRA, 2003). A APS é o local de cuidados contínuos da saúde e os procedimentos realizados em seus serviços não esgotam as necessidades da população usuária tornando necessária a garantia dos fluxos de referência e contrarreferência, o que significa acompanhar o uso de outros pontos do sistema

²³As discussões não obedeceram, necessariamente, a ordem apresentada nesta narrativa. Havia uma lógica de funcionamento e uma organização para que o trabalho acontecesse, porém, além do grupo ter se renovado diversas vezes, a dinâmica utilizada para realização do trabalho nas Unidades não permitia que um assunto se esgotasse com apenas uma discussão, então determinados temas eram recorrentes. Afinal, trabalhávamos com a realidade do cotidiano dos serviços, sempre imprevisível. Portanto, para que haja entendimento do processo, os fatos serão apresentados com certo encadeamento.

sem romper o vínculo do usuário aos seus serviços, fazendo valer a função de coordenação do cuidado (BRASIL, 2011; STARFIELD, 2002).

A coordenação do cuidado inclui então a articulação entre os serviços de Atenção Primária, destes com a Atenção Especializada e com os serviços de urgência e emergência, tecendo a rede. Na Atenção Especializada os serviços visam atender aos principais problemas e agravos de saúde cuja assistência demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos no apoio a diagnósticos e tratamentos (BRASIL, 2011). Por sua vez os serviços de urgência e emergência deveriam se configurar como porta de entrada do sistema apenas para os casos de ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco de vida e/ou sofrimento intenso que exija atendimento imediato ou num curto período de tempo (BRASIL, 2007), mas o alto percentual de consultas eletivas nos PA demonstra que não é isso que acontece. A relação entre os serviços de PA e das UBS deve ser uma via de mão dupla, reduzindo a demanda que não é urgência no PA e este servindo de retaguarda para as UBS nos casos de urgência que tem seu primeiro atendimento realizado pelas equipes da APS.

Tudo isso foi discutido diversas vezes em diferentes encontros do GTH, mas voltando ao mapa e aos documentos elaborados pelos supervisores, uma primeira constatação foi a de que não era possível discutir a territorialização da Atenção Primária e da Atenção Especializada no mesmo mapa porque apresentam adscrição da população diferentes, além dos insumos e equipamentos utilizados nos atendimentos. Não havia em algumas Unidades a oferta de serviços básicos, em outras havia sobreposição de serviços e como era uma rede ampla, discutir a territorialização da APS e da Especializada ao mesmo tempo seria inviável naquele momento para aquele grupo.

Outro fato foi que com as dificuldades encontradas para o atendimento nos serviços de APS, tanto a Atenção Especializada quanto as Unidades de PA se tornaram a porta de entrada²⁴ do sistema atendendo grande parte da demanda que deveria ser

²⁴ Porta de entrada significa acesso e utilização do serviço de saúde para cada novo evento de saúde ou novo episódio de um mesmo evento. Um serviço é porta de entrada quando a população e a equipe o identificam como o primeiro recurso de saúde a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde. Para isso, deve ser de fácil acesso e disponível (BRASIL, 2007). Como muitas vezes o acesso ao PA é mais fácil, mesmo numa situação que não é de urgência ou emergência, acaba sendo a porta de entrada do usuário ao sistema, o que não possibilita a criação de vínculo e a continuidade do atendimento.

atendida na rede básica (STARFIELD, 2002). Esses serviços podem até se configurarem como porta de entrada do sistema, mas não preenchem as características de longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, perdendo tanto na qualidade do atendimento quanto no acesso aos tratamentos especializados quando são verdadeiramente necessários e os usuários não criam vínculos com o sistema de saúde (BRASIL, 2007). Diante destas constatações, a prioridade naquele momento foi para a oferta nas Unidades de serviços básicos, ficando para outro momento a organização da Atenção Especializada e dos serviços de Urgência e Emergência do Município.

As informações contidas nos mapas elaborados pelos supervisores indicavam que algumas Unidades não apresentavam condições de oferecer todos os serviços básicos, por motivos diversos. Algumas por conta da estrutura física que não era adequada para os serviços, outras pela falta de profissionais ou pela rotatividade destes ou ainda a falta de equipamentos e materiais necessários ao atendimento. Além disso, não havia definida a área de abrangência das Unidades e o cadastramento da população, exceto nos locais que havia Equipes de ESF/PACS, mas que além de não ser suficiente para atender o Município inteiro, a adscrição servia apenas para essas Equipes e não para a Unidade, o que causava certa confusão.

Como não havia adscrição da clientela era preciso começar a pensar uma forma de definir a área de abrangência das Unidades, pensando primeiro na extensão e delimitação territorial. Não havia na Secretaria de Saúde nenhuma proposta de divisão territorial, porém foi aprovado pela lei municipal criada em 2010 sob o nº 4.772/2010 o Plano de Organização Territorial (POT) com o objetivo de definir e pactuar uma nova organização dos limites dos bairros redesenhando o mapa municipal. Nessa nova organização, o Município passou de duzentos e oitenta e sete (287) bairros e loteamentos para apenas cem (100) bairros, alguns agrupados e ganhando novos nomes e outros deixando de existir. Essa nova organização foi realizada para facilitar o planejamento da cidade e a aplicação de recursos financeiros, auxiliando nas atividades do Orçamento Participativo (OP) do Município.

O fato de ser uma rede heterogênea e muitas vezes algumas Unidades não terem condições de oferecer todos os serviços básicos, o GTH tomou a decisão de utilizar

essa divisão como ponto de partida para a organização territorial da saúde como forma de suprir em determinados lugares essa falta de serviços, em que Unidades da mesma Região, a princípio, seriam complementares umas a outras.

De acordo com o POT, o Município foi dividido em treze (13) Regiões Administrativas, doze (12) na área urbana e uma (01) na área rural. Cada Região da área urbana é composta em média por oito bairros. As Unidades Básicas de Saúde estão distribuídas nas doze Regiões da área urbana, variando de uma a quatro Unidades por Região. A cobertura da população da área rural é distribuída pelas Unidades de todas as Regiões da área urbana.

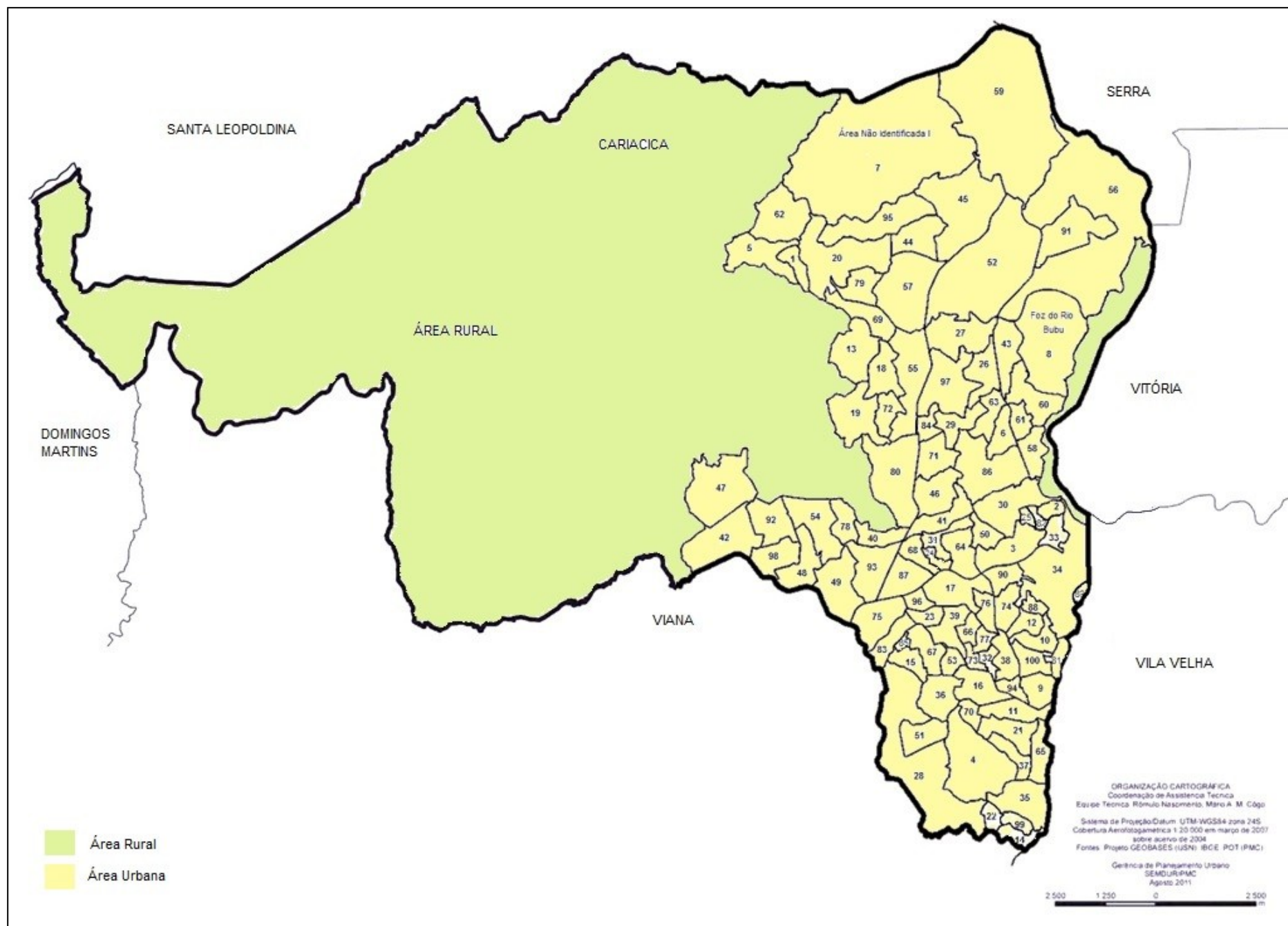


Figura 1 - Organização Cartográfica – POT – Área Urbana

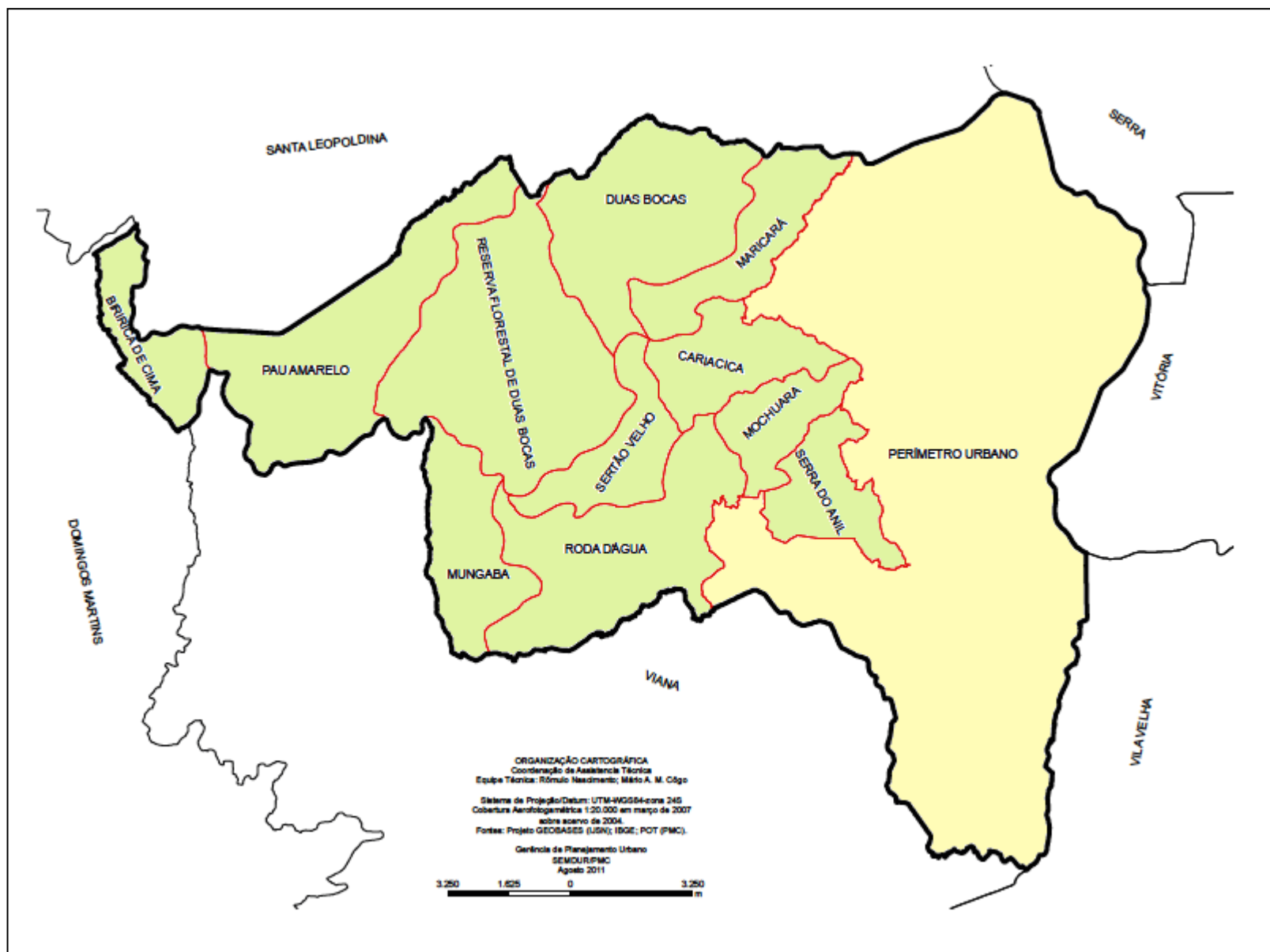


Figura 2 - Organização Cartográfica - POT - Área Rural

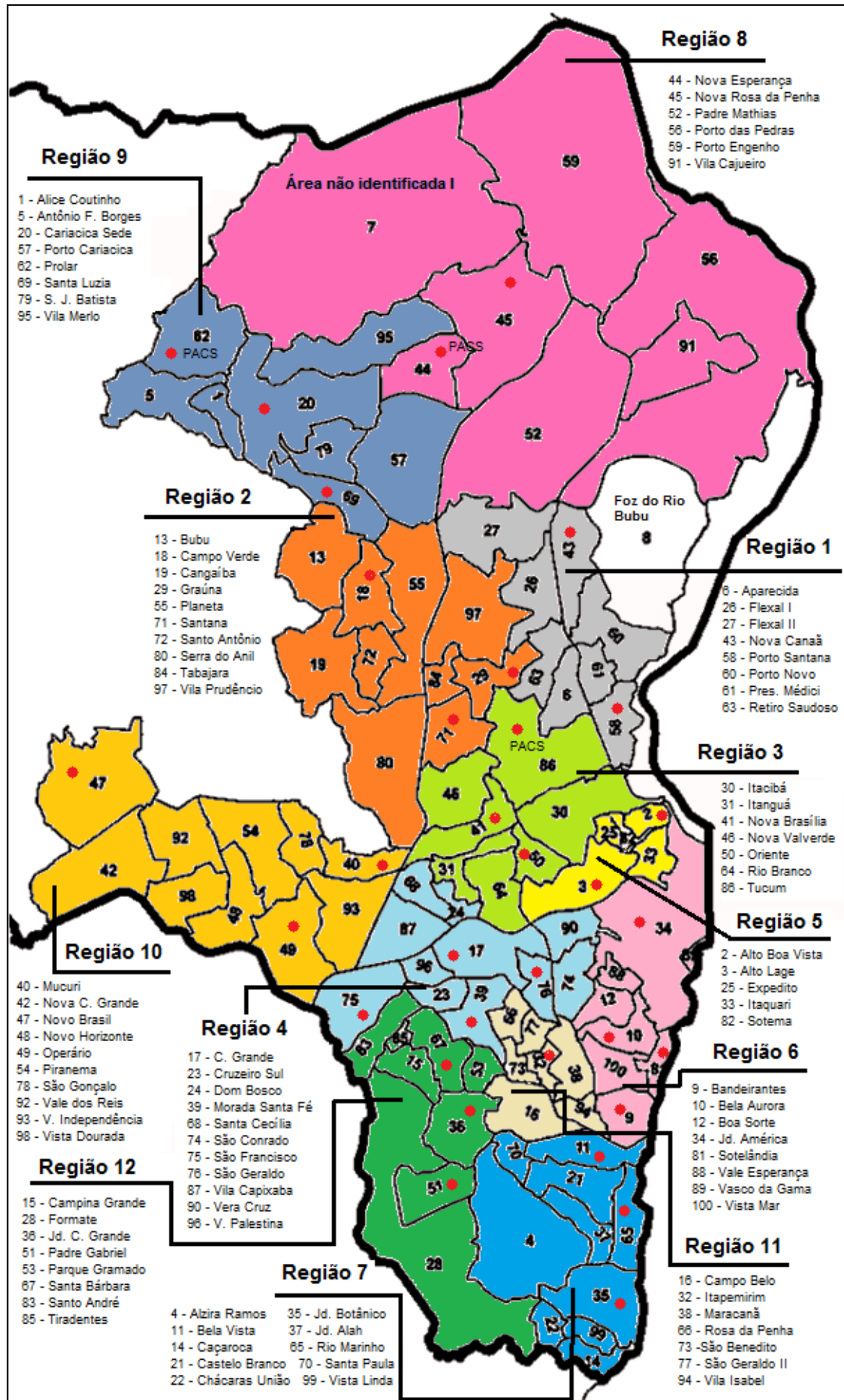


Figura 3 – Organização Cartográfica - Regiões Administrativas

Era preciso um ponto de partida e o GTH entendeu, naquele momento, que utilizar a divisão do POT, mesmo sendo uma divisão utilizada para fins administrativos, agilizar algumas ações. Era claro também que essa divisão territorial teria que ser revista levando em consideração os aspectos geográficos, que limitam ou facilitam o acesso às Unidades, aspectos sociodemográficos, epidemiológicos e de transporte da população, visando garantir a oferta de todos os serviços preconizados pela APS. A definição do território era o início da territorialização, um processo contínuo que utiliza o mapa como uma das ferramentas e sua construção deve estar em constante revisão (BRASIL, 2007).

Decidia a utilização do POT como proposta de divisão territorial para organização da rede de saúde, o GTH²⁵, com exceção dos professores da UFES e do consultor da PNH, foi dividido em duplas ou trios de alunos da UFES e um representante dos trabalhadores (da SEMUS ou das UBS representadas no GTH) para atuarem como referências nas Unidades que compõem cada Região Administrativa. Havia referência para as doze Regiões. Embora houvesse um cenário identificado e uma proposta inicial de definição do território, as informações, principalmente do primeiro mapa, foram obtidas através dos supervisores que fizeram o desenho sem a participação dos trabalhadores e muito menos dos usuários dos serviços. Pensando a territorialização como processo e que deve levar em consideração diferentes aspectos como os mapas do Município e suas características geográficas, mapas censitários (IBGE), as condições culturais, econômicas, epidemiológicas e sociais da população local, incluindo meios de transporte, conhecer de perto a realidade e dialogar com a população que circula pelo território é imprescindível (BRASIL, 2007).

O objetivo dessas referências era conhecer efetivamente o cotidiano das Unidades, o modo de funcionamento, as relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários, entre os próprios trabalhadores e destes com o território que a Unidade estava instalada. Desta forma, era possível pactuar responsabilidades e construir coletivamente o processo de territorialização da saúde no Município e uma possível forma de garantir a participação dos trabalhadores nesse processo. Lembrando que a presença dessas referências dentro das Unidades era contribuir ativamente para a

²⁵ Nesse momento faziam parte do GTH o gerente da Atenção Primária, trabalhadores da secretaria, em sua maioria vinculados à APS, trabalhadores representantes das UBS, alunos e professores de psicologia da UFES e um consultor da PNH. Havia, eventualmente, a participação do Subsecretário de Saúde, representando a gestão.

construção de espaços coletivos de discussão na tentativa de promover mudanças nas práticas cotidianas dos serviços. Para tanto, o mapa seria utilizado como ferramenta e sua elaboração como dispositivo, ou seja, será construído a partir das experiências de cada local de trabalho, do que as pessoas trazem e produzem incessantemente. Acompanhar esse processo de construção se torna tão importante quanto o próprio produto.

Era hora do GTH expandir seus limites, levar para dentro das Unidades Básicas de Saúde as discussões que permeavam seus encontros, colocar para circular, além das suas fronteiras, a função e tarefa da PNH que é contribuir na construção de modos de fazer para que trabalhadores, gestores e usuários do SUS possam experimentar novas possibilidades em suas práticas cotidianas, outras formas de trabalho, alterando os modos de gerir e cuidar (PASCHE E PASSOS, 2010).

Inverno de 2011. Na verdade, já era quase Primavera de 2011. Época de transição, de mudanças, não apenas das estações do ano em que o vento frio vai dando lugar a uma brisa suave e ao cheiro das flores que se abrem. Era hora de mais uma vez encerrar um ciclo e dar início a outro, era hora de sair de cena a aprendiz de trabalhadora da saúde, apesar dos anos de trabalho, mas sempre aprendiz, para dar lugar a aprendiz de pesquisadora. Dessa vez a transição foi suave, como a brisa que já começava a soprar, porque foi uma opção e uma decisão minha quando abri mão do concurso público para a SEMUS para apostar na minha volta ao mundo acadêmico, pelo menos temporariamente. E não estaria definitivamente fora daquele território, apenas troquei a roupagem. As marcas permanecem, como experiências e que se transformam a cada novo encontro, a cada nova possibilidade, se transformando em outras marcas e em outras experiências, num ciclo incessante de criação, de renovação, de reinvenção, com novos arranjos, novos caminhos e novas formas de vida. A aposta ainda era a mesma, construir coletivamente outras formas de trabalho, acreditando num paradoxo de encantos e desencantos de um Município que é ao mesmo tempo tão escasso de recursos e tão rico de possibilidades e de um movimento incessante de potencializar a vida de quem habita seus territórios.

Parte 2

Capítulo I - Descobrimo o Apoio Institucional

“Para experimentar vista-se de não senso. Abandone a cronologia e habite o tempo que flui no movimento de pensar. Opte por seguir pelas passagens de novos sentidos e faça do absurdo a matéria do pensamento. Crie palavras para acolher afetos que se produzem neste percurso...”

(Gislei Lazzarotto. Experimentar, no livro Pesquisar na Diferença. p. 101)

Primavera de 2011 / Verão de 2012. Foram dias intensos, de muitas conversas, de algumas descobertas e muitos encontros. O GTH havia expandido seus limites, havia encontrado uma maneira de levar suas discussões e abrir espaço nas Unidades de Saúde para que os trabalhadores pudessem conversar sobre o próprio trabalho. Uma conversa aqui, uma reunião ali, uma “volta” pela Unidade conhecendo ou reconhecendo o espaço. Inúmeros papos na cozinha sempre regados a café. Algumas vezes caras de poucos amigos, em outras a recepção era o limite, mas na maioria das vezes nossa presença era bem vinda. E foi assim que numa manhã quente de verão fizemos a primeira Oficina Regional, reunindo representantes de duas das três Unidades que compunham a Região. Não foi fácil conseguir conciliar horários e fazer com que as pessoas se deslocassem de seus locais de trabalho, isso foi possível graças às visitas e conversas que antecederam esse encontro e ao “combinado” de pelo menos três encontros como esse, um em cada Unidade, possibilitando a participação do maior número de trabalhadores. Mesmo assim, nesse primeiro encontro não tínhamos representantes de todas as Unidades, exatamente daquela que era a mais complicada da Região por abrigar no mesmo espaço serviços de APS, uma equipe de PACS e serviços de Urgência e Emergência. Como foi combinado, oportunidade não faltaria para esse encontro. Conseguimos pela primeira vez reunir trabalhadores de diferentes Unidades de Saúde num mesmo espaço para discutir sobre suas atividades, apresentando as dificuldades, as diferentes formas encontradas para resolver determinados problemas e tentar construir juntos novas formas de trabalho não apenas para suas Unidades, mas para a rede de serviços de saúde do Município. E não pense que foi um momento mágico. Havia ali naquele encontro e em alguns outros que se

sucederam, muita desconfiança, muita reclamação e muita cobrança, um encontro tão quente quanto a manhã de verão. Era a oportunidade de dizer tudo aquilo que incomodava, tudo aquilo que dificultava o trabalho. E durante um tempo as conversas giraram em torno disso. Começava assim a experimentar um novo lugar, começava a experimentar o que era estar no lugar de um apoiador institucional.

Até a escolha do POT como ponto de partida para o processo de territorialização, as informações que chegavam ao GTH em relação aos serviços de saúde vinham através de representantes das Unidades que participavam dos encontros. Por mais que a proposta do grupo fosse que esses representantes levassem as discussões para dentro das Unidades, na maioria das vezes isso não acontecia.

A definição do território era o início do processo de territorialização e *um* modo de mapear um território é explorar seus limites, suas bordas, se deixar afetar pelos ruídos e barulhos e se sujar com suas cores, cheiros e poeiras, mantendo o corpo em um estado de inquietação permanente (OLIVEIRA, 2011; ARANTES, 2012; HECKERT, 2012).

Para que isso fosse possível, o GTH precisava expandir seus limites e estar mais próximo ao território que pretendia mapear. Como se propunha a ser um espaço onde a palavra circula, era preciso fazer um movimento de abertura ampliando o grau de comunicação e a possibilidade de que novas palavras pudessem ser ditas, que novos territórios de expressão fossem criados afirmando o protagonismo de quem fala (PASSOS E BENEVIDES, 2009; BARROS DE BARROS E ZAMBONI, 2012).

O Grupo então foi dividido em duplas ou trios²⁶ compostos por alunos da UFES e um representante dos trabalhadores (da SEMUS ou das UBS representadas no GTH). Essas duplas / trios atuavam como referências nas Unidades Básicas de Saúde. Segundo o POT, utilizado como ponto de partida, o Município é dividido em doze (12) Regiões Administrativas na área urbana, identificadas pelos números de um (01) a doze (12). Havia para cada Região uma referência, exceto para as Regiões 11 e 12 que ficaram sob a responsabilidade de uma mesma referência. Isto é

²⁶ Com exceção dos professores da UFES e o Consultor da PNH que faziam o apoio a essas referências no GTH. A divisão do Grupo em duplas/trios foi a forma encontrada de expandir os limites e chegar às Unidades e mesmo com essa divisão, os encontros com o Grupo todo continuaram acontecendo.

justificado pelo fato da Região 11 possuir apenas uma Unidade Básica e estar localizada geograficamente mais próxima à Região 12²⁷. A princípio, todas as referências eram compostas por alunos e um representante dos trabalhadores, ou da SEMUS ou de UBS que participavam do GTH.

A “*primeira tarefa*” dessas referências era conhecer o cotidiano das Unidades. Quais eram os profissionais, quem eram esses trabalhadores, quem eram e de onde vinham os usuários, os modos de funcionamento do serviço (incluindo horário de funcionamento e serviços oferecidos), as relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários, entre os próprios trabalhadores e destes com o território que a Unidade estava instalada. Era estar junto e participar do que acontece em cada Unidade, visitar cada espaço com suas características e modos próprios de funcionar e ser afetado por aquilo que os afeta, estar aberto aos efeitos dos encontros que ali se estabelecem (FERRAZ, et al, 2013).

Além de conhecer o cotidiano das Unidades, uma “*outra tarefa*” dessas referências era contribuir ativamente para a criação de espaços coletivos de discussão, proporcionando a interação dos sujeitos e a elaboração do desenho ou mapa da rede de atenção à saúde de cada território. A elaboração desse desenho era o dispositivo para convocar os trabalhadores a olharem seus processos de trabalho de uma outra maneira. Olhar e analisar o trabalho como processo histórico, incompleto, que se move e que se faz coletivamente, que se reinventa pelos encontros que o constituem. (OLIVEIRA, 2012; BENEVIDES E BARROS DE BARROS, 2007). Olhar, analisar e cuidar do próprio trabalho lembrando que os diferentes sujeitos que compõem os serviços de saúde são responsáveis pelo que fazem e que são capazes de transformar o que fazem (CLOT, 2011).

Assim, o GTH alcançou todas as Unidades de Saúde, num movimento de abertura do grau de comunicação e na tentativa de quebrar as relações instituídas entre os que podem falar e aqueles que não podem, entre os que sabem e aqueles que não sabem (PASSOS E BENEVIDES, 2009). Relações essas presentes nas formas tradicionais de gestão, que reproduzem estratégias de exclusão de trabalhadores e usuários das decisões e sobre os processos de trabalho (PASCHE E PASSOS, 2010).

²⁷ Os trabalhos desenvolvidos nas duas Regiões respeitavam as singularidades de cada território.

A aposta era a criação de novas práticas de saúde, novos modos de gestão, experimentando outras possibilidades de lidar com as tensões e alegrias do trabalho, produzindo sujeitos protagonistas e corresponsáveis pelo cuidado à saúde, alterando assim os modos de gerir e cuidar e por consequência os sujeitos envolvidos na produção de saúde (PASCHE E PASSOS, 2010). Era preciso então criar estratégias que pudessem produzir interferências nos processos de trabalho. Essas estratégias eram recriadas constantemente, como um burburinho incessante, produzindo desvios e interferências todo o tempo.

Então, recorrendo mais uma vez ao livro de bordo, utilizado com certa frequência em diversos momentos e companheiro inseparável dessa viagem, muitas vezes me vali de suas informações de forma solitária, embora sempre estivesse inserida em alguma equipe de trabalho, mas dessa vez foi diferente. As informações foram compartilhadas com os companheiros de viagem, afinal agora éramos duplas ou trios a nos aventurar por terras cariaticuenses. E mais uma vez o livro foi utilizado porque novas pistas surgiram, sinalizando novos caminhos.

O caminho agora era do Apoio Institucional. E o livro apontava pistas de que o Apoio é *um* modo de produzir mudanças no ambiente de trabalho, que busca reformular o modo tradicional de fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. É *um* modo de fazer que a PNH entende como diretriz e dispositivo, ou seja, é um dos caminhos possíveis a percorrer e dispara movimento no sentido de fazer com que trabalhadores e usuários do sistema de saúde se apropriem de um modo de pensar e agir que busca conhecer e modificar tanto o ambiente de trabalho quanto a eles próprios, considerando a complexidade das situações de trabalho (OLIVEIRA, 2012; PASCHE E PASSOS, 2010).

Percorrendo as Unidades de Saúde vimos ambientes de trabalho com práticas endurecidas de gestão, com normas rígidas e trabalhadores atuando de forma isolada, em processos fragmentados. Mas, ao mesmo tempo, encontramos em alguns momentos nesses mesmos lugares e também em alguns lugares diferentes práticas que escapavam a essa rigidez. Isso significa dizer que não é possível trabalhar e viver apenas com o que está prescrito. E a prescrição inclui as condições de trabalho, não da tarefa em si, mas porque pode impedir de alguma forma que o trabalhador execute suas atividades como em Unidades em situação precária, por

exemplo, seja pela estrutura física ou pela falta de material. O trabalhador age o tempo todo sobre o próprio trabalho, modificando-o incessantemente. Então, ele trabalha com as tarefas prescritas sempre buscando outras maneiras de operá-las, transformando essa tarefa e tornando possível realizá-la. Trabalha com o que está prescrito e, principalmente com o que vai transformando no processo de trabalhar (BENEVIDES E BARROS DE BARROS, 2007), desconstruindo algumas normas, criando novas regras, transformando o próprio trabalho e a própria forma de viver.

E só é possível criar novas regras no encontro de trabalhadores, nas experiências cotidianas vividas em cada local de trabalho, com o que o outro traz de diferente e com o maior número possível de pessoas envolvidas com e no trabalho. É na realidade experimentada em cada local de trabalho que surgem problemas que forcem, de certa maneira, os trabalhadores a produzirem outras formas de agir, criando novas e diferentes relações de afeto e de poder, modificando as relações existentes. Através do diálogo, onde todos falam, mas principalmente aprendem a escutar, entender e discordar, estratégias são criadas para ampliar esse debate, colocando em evidência a inserção de cada um no trabalho, o que faz com que o olhar sobre os locais de trabalho e sobre o cuidado à saúde vá se transformando (SANTOS FILHO E BARROS DE BARROS, 2007).

Assim, o Apoio acontece no encontro, se dá no movimento dos coletivos. E como acontece no encontro, se constrói na realidade de cada território, buscando envolver todos aqueles que participam do processo de produção de saúde, sejam habitantes desses territórios ou aqueles que compõem os estabelecimentos de saúde, considerando sempre suas histórias, os acontecimentos e os contextos que estão inseridos. Portanto, é um *fazer com*, é pensar e fazer junto com as pessoas e não em lugar delas, é analisar com o outro, problematizando as práticas instituídas e as relações de saber e poder, criando novas regras, tensionando limites, explorando possibilidades de fazer tarefas de outras maneiras (HECKERT E NEVES, 2007; CAMPOS, 2003).

Foi esse *fazer com* que levou as referências para dentro das Unidades Básicas. Foi a aposta na criação de novas práticas de saúde, de novos modos de gestão,

reposicionando trabalhadores e usuários²⁸ no sentido de se afirmarem como novos sujeitos – protagonistas e corresponsáveis – em novos modos de fazer saúde, em um esforço coletivo, fazendo da experiência o guia nesse percurso, possibilitando a formação dessas referências em Apoiadores Institucionais (PASCHE E PASSOS, 2010).

O Apoiador não é aquele que veio para resolver os problemas e cessar com os conflitos, não é aquele que vem de fora dar palpites no funcionamento dos serviços expondo a equipe, muito menos o que vai indicar os caminhos com um suposto saber externo àquele ambiente de trabalho. De certa forma, em alguns momentos essas especificidades aparecem nas atividades do Apoiador, principalmente no início do trabalho, que muitas pessoas confundem e ainda não tem clara sua função, depositando no Apoiador a responsabilidade de ter todas as soluções e resolver todos os problemas. Contudo, cabe ao Apoiador²⁹ uma tríplice tarefa que consiste em ativar coletivos, conectar redes e incluir conflitos. Dessa tríplice tarefa se desdobram tantas outras.

O Apoiador é aquele então que vai *fazer com, pensar com*. É aquele que vai criar junto com os trabalhadores dispositivos que favoreçam o deslocamento da posição de *apenas expectadores*³⁰ de mudanças, que vai pensar junto dispositivos que resgatem a capacidade dos trabalhadores de problematizar a própria inserção no trabalho e se implicar com as mudanças que julguem necessárias. É aquele que vai junto colocar para circular a palavra, os afetos, confrontando os diferentes lugares instituídos de saber e poder na tentativa de dissolver barreiras entre quem planeja e quem executa, entre especialistas e generalistas, entre clínica e gestão (OLIVEIRA, 2012).

²⁸ Embora fosse um desejo do grupo por entender a importância de incluir nas discussões os usuários do sistema de saúde, isso não foi possível por diferentes motivos. Ainda que em alguns momentos eles participassem de algumas discussões, não podemos afirmar que efetivamente conseguimos trabalhar essa inclusão.

²⁹ De acordo com um dos livros de bordo utilizados, neste caso o Documento Base da PNH para gestores e trabalhadores do SUS (BRASIL, 2010) o Apoiador Institucional tem as seguintes funções: 1) ativar espaços coletivos, através de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos; 2) reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de saberes visando à viabilização de projetos pactuados por atores institucionais e sociais; 3) mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; 4) ao agir com os coletivos, atuar em processos de qualificação das ações institucionais; 5) promover ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da gestão do SUS. (BRASIL, 2010, p.53)

³⁰ Neste caso, ele pode deixar de ser apenas expectador – aquele que tem expectativa; ou pode deixar de ser apenas espectador – aquele que observa algo, observador.

Para *fazer com*, para fazer a palavra circular é preciso criar vínculos com os trabalhadores e usuários. Vínculo é algo que liga as pessoas estabelecendo uma relação contínua no tempo num movimento de mão dupla. É preciso envolver e criar vínculos de confiança³¹. Confiança significa fiar com, tecer com. Tecer fios permeados pelas palavras, imagens, histórias, memórias de todos envolvidos nesse processo, formando redes fortes e vivas que são tecidas e se tecem incessantemente, que se aquecem e se fortalecem no encontro com outras redes. Estar conectado em rede implica num processo de troca, de contágio. Estabelecer vínculos implica criar condições para a criação coletiva e partilhada de sentido. É preciso assim criar espaços coletivos de conversas possibilitando aos diferentes sujeitos envolvidos se conectarem de outras maneiras com aquilo que fazem e com quem estabelecem suas relações (BARROS E KASTRUP, 2009; FERRAZ, et al, 2013).

Criação de diferentes espaços de conversa, espaços de encontro entre sujeitos, encontro das diferenças, espaços de inclusão. Inclusão dos sujeitos, dos conflitos e dos analisadores, tríplice inclusão³², que não se pauta em regras definidas *a priori*, mas se efetiva em processo, e que busca o fortalecimento dos coletivos para ampliar a capacidade de análise e intervenção dos/nos processos de trabalho.

Assim, a inclusão não trata apenas de colocar as pessoas juntas no mesmo espaço para conversarem sobre o trabalho ou qualquer outro assunto. Inclusão significa incluir e acolher as diferenças, incluir e acolher o outro que é estranho a mim e que produz em mim estranhamento, o que provoca diferentes afetos, por vezes contraditórios. Dessa forma, é preciso que os movimentos provocados por esses afetos sejam sustentados por práticas de gestão que suportem o convívio da diferença (PASCHE E PASSOS, 2010).

³¹ A confiança diz respeito tanto ao regime afetivo de articulação quanto à abertura para as transformações decorrentes dessa articulação. (FERRAZ, et al, 2013)

³² De acordo com o Documento Base da PNH para gestores e trabalhadores do SUS (BRASIL, 2010) a tríplice inclusão refere-se a: 1) inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade. Modo de fazer: rodas; 2) inclusão dos analisadores sociais ou, mais especificamente, inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança. Modo de fazer: análise coletiva dos conflitos, entendida como potencialização da força crítica das crises; 3) inclusão do coletivo seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança dos perceptos e dos afetos) dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal. Modo de fazer: fomento das redes. (Brasil, 2010, p.25)

Sendo assim, o Apoiador trabalha nessa direção, de produzir práticas de gestão em que os trabalhadores sejam protagonistas, que sejam gestores dos seus processos de trabalho e que a gestão seja um espaço de criação. O Apoiador trabalha na direção da produção da cogestão, da democracia institucional. A cogestão questiona o lugar do gestor como alguém especialista nessa função e inclui o trabalhador nesse processo de gestão, produzindo movimentos que desestabilizam os modos de funcionamento instituídos, superando as dissociações entre os que pensam e os que fazem, entre os que planejam e os que executam, tornando a gestão mais democrática. A democracia na gestão problematiza a relação entre trabalho e gestão o que permite a palavra circular e que as decisões sejam compartilhadas (OLIVEIRA, 2012).

Tudo isso vai sendo construído nos encontros e no próprio exercício da cogestão, que não se afirma como uma meta a ser alcançada ao final de um trabalho, mas é o próprio caminho, se faz no caminhar. E o Apoiador acompanha esse caminho em um processo de mudanças nas práticas cotidianas, para que o espaço de trabalho se transforme efetivamente em espaços de negociação, espaço permanente de contratos entre os sujeitos onde as regras sejam continuamente discutidas e definidas levando em conta as singularidades dos territórios.

Quando o GTH decidiu ampliar seus limites e levar suas discussões para as Unidades de Saúde com a proposta do processo de territorialização da saúde, o mapa foi um dispositivo utilizado para disparar movimento entre os trabalhadores. Os encontros e conversas que aconteceram não eram no sentido de homogeneizar ações e formas de trabalho, mas para promover encontros de diferentes para produzir comum. Produzir comum a partir das diferenças e não propriamente daquilo que nos iguala e serializa. Comum que não é afirmar *uma* forma de vida em particular e sim suas múltiplas formas e possibilidades, ampliando as fronteiras do possível (OLIVEIRA, 2012), fazendo com que as singularidades de cada serviço e de cada território sejam consideradas.

Todo encontro, mesmo que aconteça com as mesmas pessoas, nos mesmos lugares nunca é igual, sempre nos coloca na dimensão do inédito e da diferença. Não permanecemos os mesmos a cada encontro (FUGANTI, 2012). Sendo assim,

Apoiador e Apoiado coemergem no encontro, se reinventam a cada instante em que a única repetição é o movimento e tudo se move infinitamente.

É *fazer com, pensar com*, criar junto, compartilhar valores e experimentações, num esforço coletivo para construir uma nova capacidade de pensar e agir sobre os processos de trabalho. É disparar e ao mesmo tempo dar suporte aos movimentos de mudança nos modos de gerir, de cuidar e de ser. É compartilhar o caminhar e ao mesmo tempo aprender a circular, a transitar e criar asas porque o Apoiador se vincula por um tempo e depois se vai (CAMPOS, 2003).

Verão de 2012. Era um verão diferente, não apenas pelo calor intenso e cada vez mais tórrido a cada ano dessa estação tão esperada por muita gente (particularmente, prefiro o inverno), mas pela movimentação, pelos encontros, discussões e planejamento para um ano que parecia ser curto para tanta coisa. Teríamos pela frente e por todos os lados diferentes desafios e prometia ser um ano quente. Por diversos motivos. Era o ano de aquecer a rede, criar novas conexões, incluir pessoas, ações, instituições. E para aquecer ainda mais era ano de eleições municipais, que dependendo do resultado nas urnas, continuaríamos navegando em águas conhecidas, com algumas turbulências ou enfrentaríamos uma enorme tempestade. O prefeito da época estava no final do segundo mandato, fato inédito no Município. Vários secretários haviam estado à frente da gestão da Secretaria de Saúde. Apesar disso, a equipe da Atenção Primária foi se fortalecendo ao longo dos anos, mantendo, pelo menos, aqueles responsáveis pela gestão. E então, já com a brisa fresca da Primavera de 2012, quis o povo a tempestade!

Capítulo II – Fazendo Apoio Institucional

“Pretender que nossas cartografias sejam puras, eternas, universais ou simplesmente verdadeiras em si mesmas é reiterar exatamente o que faz adoecer: calar a diferença, calcificar o existente, impotencializar a vida, travar a processualidade do ser, breçar a história.”

(Suely Rolnik. Mal estar na diferença. 1995)

Primavera de 2011 / Verão de 2012. Tempo de transição. Tempo de troca de roupa, pela mudança de estação e de aprendiz trabalhadora da saúde para aprendiz pesquisadora. O primeiro desafio nessa troca era me reconhecer como pesquisadora, era estar naquele território de outra forma, com outro olhar, com outro corpo. Era criar outro corpo para habitar aquele território. E mais, fazer com que as pessoas me reconhecessem nessa nova roupa. Era novamente estrangeira naquele território. Um outro desafio era “escolher” o que fazer, o que pesquisar, como fazer. Era tudo muito intenso, tudo tão atraente e difícil escolher um ponto, um objeto. Não escolhi. Comecei pelo meio, entre as pulsações. A questão que tinha de antemão era de que forma o processo de territorialização da saúde no Município de Cariacica, pensado como dispositivo, colocava em análise as condições e relações de trabalho dos trabalhadores da saúde, que efeitos estava produzindo. E assim fui aprendendo com o próprio caminhar, aberta aos encontros e experimentando não apenas os acontecimentos, mas também o estranhamento causado pela troca de roupa. O caminho da pesquisa foi se construindo por um passo seguido de outro num movimento contínuo, sendo provocada, contagiada e impregnada pelas experiências nessa nova forma de habitação do território. Sendo assim, a questão inicial não estava fechada em si, não queria encontrar o que talvez já soubesse ou ficar presa a conceitos e ideias que me impedissem de ver, sentir, experimentar cada movimento nesse processo. Embora algumas vezes tenha caído em algumas ciladas, passíveis de acontecer quando você habita um território por muito tempo, mas que também se transformaram em experiência no caminhar da pesquisa. Arrisco-me a dizer que estava criando um corpo de aprendiz cartógrafa, construindo conhecimento com e não sobre. Com as pessoas envolvidas, com as relações estabelecidas, com o grupo que propôs seguir caminhando apesar de todas as dificuldades e adversidades.

A partir de agora, com essa mudança de roupagem, ainda que carregue as marcas da roupagem anterior, outras formas de captura de imagens, de sons, de percepções são necessárias. Além da utilização dos livros de bordo que me acompanham desde o início dessa “aventura” e continuarão presentes nesta e em tantas outras viagens forem possíveis, há a inserção de um Diário de Campo.³³ São relatos regulares feitos após cada encontro, cada atividade, supervisão, reunião de grupos, enfim, contendo não apenas informações objetivas como data, local, participantes, o que foi realizado, mas também aponta implicações, sensações e sentidos que emergem nesses e desses momentos. O Diário permite o conhecimento da vivência cotidiana do campo de pesquisa, dá acesso à sua forma singular de funcionamento e tem a função de transformar observações e frases captadas na experiência da pesquisa em conhecimento e modos de fazer, não o “como fazer” das normas e sim do “como foi feito na prática”. Fala de dentro e não e fora da experiência. É o registro do que ouviu, do que viu, do que contaram sobre, do que sentiu, dos afetos, tudo aquilo que lhe tenha tocado a pele. Cada território tem seus próprios afetos e somos transportados por eles, cada palavra se faz viva e inventiva e assim a pesquisa se faz em movimento, acompanhando processos que nos tocam, nos transformam e produzem mundos. Serão relatados alguns trechos do Diário de Campo produzido a partir dos encontros nas Unidades de Saúde, no GTH, nas supervisões de estágio e em vários outros momentos da pesquisa. Para facilitar a identificação destes trechos, todos começarão com o mês e ano do relato, diferente do que tem sido apresentado até agora através das estações do ano. As passagens relatadas com as estações do ano são para apresentar fatos e acontecimentos além da pesquisa.

Éramos então agora nas Unidades Básicas de Saúde não mais e apenas referências do GTH e sim Apoiadores Institucionais, numa aposta coletiva de criação de novas práticas de saúde e novos modos de gestão. Até chegarmos a esse ponto, foram muitos encontros do GTH, muitas discussões sobre diferentes temas. Isso porque além da complexidade do processo de territorialização que abarca diversos aspectos, o GTH sofria constantes modificações em relação à sua composição. No início era formado por representantes de trabalhadores e gestores da SEMUS, alunos e professores da UFES e de consultores da PNH. Com o passar do tempo e

³³ BARROS E KASTRUP, 2009; LOURAU, 1993.

com as discussões, passou a contar com a presença de representantes de trabalhadores e alguns gestores das Unidades Básicas de Saúde. Os professores e consultores se mantinham, só mais tarde o consultor foi substituído, mas os alunos permaneciam no grupo apenas durante o período do estágio e do programa de extensão, isso ocasionava uma troca constante de alunos e em consequência, de Apoiadores³⁴.

Essa rotatividade, tanto de alunos quanto de trabalhadores sempre foi uma constante no GTH, porém houve um período que essa troca foi ainda mais intensa. De alunos, pela conclusão do curso e de trabalhadores por conta do Concurso Público³⁵ realizado no Município. O GTH entendeu que era preciso envolver esses “novos trabalhadores”³⁶ nas discussões logo que assumissem suas atividades, na esperança de garantir a continuidade das ações e discussões tanto nas Unidades quanto na SEMUS, já que estes não tinham o frágil vínculo de contrato temporário da maioria dos trabalhadores da saúde. Ou seja, ao final de cada ano não iria pairar a dúvida da demissão e em consequência uma quebra nas atividades. Essa rotatividade constante, em alguns momentos complicava bastante o trabalho porque tínhamos a sensação de perder um certo tempo com novas apresentações e com o resgate de ações passadas, mas ao mesmo tempo tínhamos a certeza que algo estava sendo construindo ao longo do tempo e que também essa renovação trazia novos ares, novas expectativas e novos olhares para o trabalho.

Maio de 2013, 09 horas, SEMUS. Vai começar mais um encontro do GTH. Sala cheia, como de costume. Mais uma vez temos pessoas novas no grupo e mais uma vez uma rodada de apresentações. Cada um fala seu nome e de onde é. O

³⁴ Aqui abro um parêntese para explicar que o fato de ser aluno da UFES não o transforma em Apoiador automaticamente. O Programa de Extensão (Apoio Institucional às Políticas Públicas de Saúde na Grande Vitória), que engloba estagiários e extensionistas, apresenta como uma das propostas a formação de Apoiadores Institucionais, assunto que será abordado mais adiante. Por hora, vale explicar que os alunos estavam como Apoiadores em formação, assim como os trabalhadores que participavam do GTH.

³⁵ Esse Concurso Público foi promessa de campanha do prefeito eleito para o mandato de 2005-2008. Não foi realizado nesse período e o prefeito foi reeleito para um novo mandato de 2009-2012, reiterando a promessa de campanha. Dessa forma, o Concurso foi realizado no último ano do segundo mandato. O Município ficou um longo período sem Concurso Público o que ocasionou um número grande de trabalhadores com vínculos precários de trabalho. Assim, o Concurso abrangeu todas as áreas da Secretaria de Saúde trocando uma parte enorme de trabalhadores, contribuindo para a alta rotatividade no GTH.

³⁶ “Novos trabalhadores” entre aspas porque muitos trabalhadores que já compunham o quadro de pessoal da Secretaria prestaram o Concurso e foram aprovados, sendo mantidos nos seus respectivos cargos. Alguns já faziam parte do GTH, outros pelo fato de já estarem na SEMUS ou nas Unidades de Saúde passaram a compor com o GTH e outros eram, de fato, novos trabalhadores.

interessante é observar o olhar das pessoas nesse momento de apresentação. As que estão há mais tempo, algumas “resistem” desde o início, com olhares embora mais tranquilos pelo fato de já terem passado por isso diversas vezes, há expectativa e curiosidade em relação a quem está chegando. As novas têm o olhar meio assustado, meio perdido de: não sei muito bem do que se trata e muito menos o que estou fazendo aqui. Depois que as pessoas se apresentam é a vez de apresentar o que é o grupo e o que já foi feito, que pelo tempo e por tantas coisas já feitas até hoje, fica cada vez mais breve essa apresentação. Feito isso, começa a roda de conversa. Com o desenrolar da conversa, quem acabou de chegar vai tomando pé da situação e muitas vezes sendo contagiado por algumas falas mais empolgadas. Fico fascinada com essa situação que ao mesmo tempo incomoda pela sensação de retrocesso do processo, mas ao mesmo tempo faz com que as coisas voltem a caminhar. É como se isso fosse o impulso que por vezes falta ao grupo, é sangue novo, novas ideias, novos olhares, outras expectativas, outras experiências. E vai além. Cada nova rodada de apresentações, cada novo componente faz o grupo se movimentar, inventar outras formas de funcionamento para incluir o que se apresenta como novo.

Olhar tranquilo de quem está há muito tempo ou olhar que já não consegue estranhar o conhecido? Olhar meio assustado, meio perdido de quem chega ou olhar estrangeiro que vê e estranha o que é naturalizado do lugar? O olhar que já não estranha é tocado pelo olhar do estrangeiro e assim o grupo se movimenta, pelo estranhamento causado pelos novos olhares, dos que chegam e dos que se transformam com essa chegada, produzindo outras ideias, outros movimentos.

A rotatividade constante do GTH, nessa perspectiva, não se configurava como um problema. A dificuldade por conta dessa rotatividade passava por outra via que é a do vínculo. Da criação de vínculos de confiança. Se não são estabelecidos dificulta bastante o trabalho do Apoiador.

Mesmo com essa troca constante de alunos e trabalhadores, o GTH decidiu se dividir em duplas ou trios de Apoiadores. Essa decisão foi tomada a partir dos mapas elaborados pelos supervisores das UBS. Esses mapas indicavam que algumas Unidades não apresentavam condições de oferecer todos os serviços básicos à população. Além disso, algumas estavam localizadas próximas

geograficamente e que poderiam ser complementares em relação à oferta de serviços. Paralelamente a isso, não havia delimitada a área de abrangência dos serviços. Pensando nisso tudo, o GTH adotou a divisão do POT como ponto de partida para o processo de territorialização.

As Unidades de Saúde estão distribuídas ao longo do território apenas na área urbana do Município e esta é dividida administrativamente em doze (12) Regiões, identificadas pelos números de um (01) a doze (12). Para cada Região então ficou definida uma dupla ou trio de Apoiadores, compostos inicialmente por um representante dos trabalhadores e um ou dois alunos da UFES. A quantidade de bairros por Região varia de cinco (05) a onze (11) e o número de Unidades por Região varia de uma (01) a quatro (04). As Regiões 11 e 12 ficaram sob a responsabilidade de apenas uma dupla de Apoiadores, justificado pelo fato da Região 11 possuir apenas uma Unidade de Saúde, apresentar a menor quantidade de habitantes da área urbana do Município³⁷ (IBGE, 2010) e estar localizada geograficamente próxima à Região 12. O mesmo aconteceu mais tarde com as Regiões (1 e 5), (4 e 10) e (6 e 7).

Na Região 5, o motivo da junção com a Região 1 foi pelo número de Unidades (duas, mas com a estrutura física de uma delas sem condições de abrigar uma UBS) e pelo número de habitantes (segundo menor da área urbana do Município). As Regiões 4 e 10 são geograficamente próximas, a Região 4 com quatro Unidades e a Região 10 com três Unidades. São duas Regiões com número de habitantes elevado (a Região 4 é a com maior número de habitantes)³⁸. E as Regiões 6 e 7, são geograficamente próximas, a Região 6 com quatro Unidades e a Região 7 com três Unidades e um número considerável de habitantes³⁹. O motivo comum para a junção de todas essas Regiões foi a falta de Apoiadores, tanto de alunos quanto

³⁷ População Região 11 – Dezesesseis mil trezentos e cinquenta e nove (16.359) habitantes (IBGE, 2010).

³⁸ Mesmo com o número elevado de habitantes e somando sete UBS as duas Regiões, foi possível ter apenas uma dupla de Apoiadores porque a Região 10 tem nas três Unidades Equipes de PACS/PSF o que torna a Região mais organizada em termos de área de abrangência e população adscrita, facilitando em muitos momentos o processo de territorialização. População Região 4 – cinquenta e um mil setecentos e setenta e dois (51.772) habitantes; População Região 10 – vinte e seis mil cento e cinquenta e um (26.151) habitantes (IBGE, 2010).

³⁹ População Região 6 – trinta e cinco mil quatrocentos e trinta e dois (35.432) habitantes; População Região 7 – trinta e dois mil oitocentos e oitenta e seis (32.886) habitantes (IBGE, 2010).

trabalhadores, então a solução encontrada pelo GTH foi unir essas Regiões para não ficarem descobertas.⁴⁰

Definidos os Apoiadores para cada Região, a proposta era que fossem realizadas oficinas em cada uma das Unidades de Saúde, reunindo todos os trabalhadores dos serviços. Para que as informações chegassem a todas as Unidades de forma uniforme, respeitando as singularidades de cada serviço, foi criada uma comissão para elaboração de um roteiro dessas oficinas. Esse roteiro continha o histórico do GTH no Município e a que se destinava, do que se tratava a humanização e o processo de territorialização. Além disso, trazia os dados referentes a todas as Regiões (bairros que compõem e UBS de cada Região) e dados das UBS que estavam localizadas na Região onde era realizada a oficina, dados esses de acordo com os mapas elaborados pelos supervisores no início do processo. A ideia era fazer primeiro uma oficina em cada Unidade e depois seria realizada uma Oficina com todas as Unidades de cada Região, denominadas Oficinas Regionais.

Embora essa primeira oficina aparentasse ser apenas informativa pelo conteúdo apresentado no roteiro, sua proposta era de iniciar a construção de espaços coletivos de discussão, tornando a oficina um espaço de aprendizagem, territórios de fazer junto, lugar de invenção de si e do mundo criando novas conexões (KASTRUP E BARROS, 2009). E que esses espaços ganhassem força para além das oficinas, que os trabalhadores pudessem continuar as conversas em seus cotidianos, sobre seus cotidianos, sobre o próprio trabalho.

Assim, era preciso que os Apoiadores conhecessem as Unidades pelas quais eram responsáveis. Tinham acesso aos dados trazidos pelos supervisores e alguns trabalhadores, sabiam localizar os serviços no mapa, projetado tantas vezes com a divisão territorial. Porém, agora era hora de se aventurar para além das fronteiras da Secretaria de Saúde, geralmente o local dos encontros do GTH. Era hora de conhecer cada espaço, saber o que acontece em cada um deles, com suas características e modos próprios de funcionar. E conhecer esses espaços era para todos os Apoiadores, mesmo aqueles que eram trabalhadores da rede porque alguns conheciam apenas a UBS que trabalhavam. Então, antes da primeira oficina

⁴⁰ Essa junção ocorreu algum tempo depois de iniciado o trabalho dos apoiadores nas UBS devido à rotatividade e depois redução do número de estudantes e trabalhadores.

acontecer em cada Unidade, algumas visitas foram realizadas a cada uma delas com o objetivo de se aproximar do cotidiano dos trabalhadores.

A princípio o que fazíamos eram realmente visitas, como algo externo, que não faz parte daquele espaço. Nesse primeiro momento éramos mesmo externos, não fazíamos parte daqueles territórios. Com o passar do tempo e com a frequência dos encontros, passamos a habitar, compartilhar e a fazer parte desses espaços e territórios. Deixamos de ser visitas e fomos nos tornando Apoiadores Institucionais. Tentamos construir juntos diferentes formas de estar no trabalho, na vida, de produzir saúde.

Fevereiro de 2012, 10 horas, Unidade Básica de Saúde. Faço parte de um trio de Apoiadores, eu, minha companheira de estágio (faço parte do grupo do Programa de Extensão que abrange estagiários e extensionistas do curso de Psicologia) e um representante da GAPS. Marcamos nosso primeiro encontro com a supervisão da Unidade por telefone para não haver desencontro, mas fomos só nós duas porque não conseguimos conciliar nossos horários com o de nosso companheiro da secretaria. Nesse primeiro momento não tem tanto problema porque vamos conhecer a Unidade e, além disso, já conhecia a supervisora de longa data. Ainda estou me acostumando com essa nova roupagem, mas não houve mesmo nenhum problema em irmos sozinhas. Fomos recebidas pela supervisora e logo apresentadas para os trabalhadores que estavam circulando pela Unidade. Fizemos um “tour” pelas salas e corredores e assim fui lembrando de como era a estrutura da Unidade, embora tenha sofrido algumas modificações. Enquanto caminhávamos, fomos conversando sobre o GTH, como as reuniões aconteciam, o que havíamos discutido até então e a proposta do grupo para realizarmos as Oficinas. Logo falamos disso, a supervisora perguntou: “esse vai ser mais um projeto como tantos outros que começaram e ficaram pela metade? Vamos investir nosso tempo para não dar em nada, como sempre foi?” No fundo, imaginava que essa pergunta seria feita porque foi a mesma que fiz quando entrei no GTH. A nossa resposta foi que não, que desta vez seria diferente porque o trabalho aconteceria em todas as Unidades e com a participação efetiva dos trabalhadores, bem diferente dos outros “projetos” que vinham da secretaria e os trabalhadores apenas executavam. Mesmo assim, um sorriso de canto de boca ficou no rosto dela, meio descrente naquilo que tinha acabado de ouvir, mas aceitou o desafio. Saímos de lá com uma data marcada

para realizar a primeira oficina na Unidade. Ela ficou responsável por convidar todos os trabalhadores, na medida do possível e de forma que a Unidade não fechasse as portas. E nós ficamos de levar, além do material para discussão, o representante da GAPS. Saí de lá com a sensação de que estávamos começando a construir um vínculo de confiança, ainda muito frágil, por conta dos olhares de algumas pessoas, de algumas falas em tom de brincadeira, mas que eram sérias, pelos gestos e posturas um pouco endurecidas, calejadas talvez pelas dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho. Não é fácil mesmo sair de casa todos os dias e encarar ônibus lotado (a Unidade é distante, só há uma linha de ônibus e a estrada não ajuda muito), trabalhar num local que a estrutura física não é das piores, mas poderia ser bem melhor, onde falta tanta coisa e muitos ainda enfrentam o mau humor, para não dizer a ira de alguns usuários que perdem a paciência pela falta de atendimento. Enfim, para um primeiro encontro, muita coisa compareceu e tocou a minha pele e fui embora querendo que o tempo passasse rápido para chegar logo o dia da oficina.

Um sorriso de canto de boca ficou no rosto dela, meio descrente naquilo que tinha acabado de ouvir, mas aceitou o desafio. E aí o desafio estava posto para ela em começar a acreditar que seria diferente, e também era um desafio nosso que esteve presente durante todo o processo, em construir um vínculo de confiança num ambiente tão desconfiado. E havia motivo para tanta desconfiança. Vários projetos tiveram início no Município e não tiveram continuidade. E este seria mais um?

Quando respondemos que não, que esse trabalho seria diferente, respondemos baseados em uma das diretrizes da PNH que é a cogestão. Diferente dos outros projetos que vinham da Secretaria de Saúde como um pacote pronto, fechado, este seria construído coletivamente incluindo todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde. A ideia da inclusão era fomentar protagonismo desses sujeitos e não criar uma relação de dependência, nem com os Apoiadores e nem com a Secretaria de Saúde, possibilitando assim a continuidade do trabalho.

E assim as visitas iniciais foram acontecendo nas Unidades em todas as Regiões. Em alguns lugares com certa facilidade e em outros nem tanto. Havia muita dúvida em relação ao trabalho e a função dos Apoiadores, além de uma certa confusão em relação à função dos alunos. Por serem estagiários do curso de Psicologia, muitos trabalhadores acharam que estes estariam nas Unidades para realizar atendimento

psicológico tanto para usuários quanto para trabalhadores. Com os encontros frequentes a função do Apoio foi ficando mais clara e os trabalhadores entendendo que o Apoiador trabalha no sentido de produzir coletivamente diferentes práticas de gestão, transformando o espaço de trabalho em um espaço permanente de contrato entre sujeitos.

Tudo isso foi acompanhado nos encontros do GTH e nas supervisões de estágio onde os Apoiadores traziam seus relatos de cada encontro. Dúvidas, dificuldades, sugestões, estratégias, tudo isso recheava esses relatos. As Regiões que conseguiam “avançar” um pouco mais serviam de exemplo e incentivo para as outras que apresentavam mais dificuldades, sempre levando em conta as singularidades de cada Região e principalmente de cada Unidade. Mesmo pertencendo à mesma Região, cada UBS tinha um modo de funcionamento próprio, pela diversidade de serviços oferecidos ou pela falta destes, pela forma de trabalhar de cada equipe, pela população atendida ou estrutura física da Unidade.

Era o início da habitação de um novo território, mesmo para quem já pertencia a esse território (no caso dos Apoiadores que eram trabalhadores das UBS). Esses encontros nas Unidades foram importantes para que o trabalho ganhasse um novo contorno, outra forma de funcionamento no sentido de tomar decisões de forma encarnada na experiência concreta (ALVAREZ E PASSOS, 2009). Até então, mesmo com a participação de trabalhadores das Unidades no GTH, que não eram muitos no início, estagiários e trabalhadores da SEMUS tinham contato com dados trazidos por esses trabalhadores e não por participarem do cotidiano dos serviços. Passo a passo, os encontros foram acontecendo, cada Região a seu tempo e a seu modo. As reuniões do GTH continuavam acontecendo, assim como as supervisões⁴¹. E assim as Oficinas Regionais foram sendo discutidas e propostas dentro do GTH.

A ideia dessas Oficinas Regionais era criar espaços, ainda que a princípio reduzidos⁴², para os trabalhadores discutirem sobre seus processos de trabalho. Espaços onde pudessem problematizar as práticas instituídas e as relações de

⁴¹ Os encontros do GTH, geralmente eram mensais e aconteciam quase sempre nas dependências da Secretaria de Saúde. As supervisões aconteciam semanalmente sempre na UFES, com a presença apenas de professores e alunos e em raras exceções contava com a presença do Consultor da PNH.

⁴² A intenção era de que esses espaços fossem ampliados para além dessas Oficinas Regionais, ou seja, que outros encontros acontecessem, inclusive sem a presença de Apoiadores.

saber e poder, incluindo sujeitos, conflitos e analisadores. Espaços para fomentar protagonismo, produzir outras formas de gestão e atenção à saúde.

Mesmo que a criação desses espaços fosse, de certa forma, algo novo ou diferente do que habitualmente faziam, não estavam partindo do zero, havia um passado em movimento, com histórias que se cruzam e se atravessam transformando o futuro a cada instante. E para provocar movimento e convocar um novo olhar dos trabalhadores para suas práticas, para seus cotidianos, foi utilizado como dispositivo a construção do desenho de um mapa da rede de saúde do Município. Afinal, dispositivo é o que tensiona, que movimenta, que desloca para outro lugar, que se faz de conexões e ao mesmo tempo cria outras (KASTRUP E BARROS, 2009). Poderia ser um recomeço, ou a criação de novas práticas de cuidado e gestão, mas não partiam do zero porque seriam com as experiências do coletivo que desenhariam o mapa, discutiriam, fariam análises e modificariam seus processos de trabalho.

As Oficinas seriam então territórios de *fazer com*, de estar lado a lado, fazendo a palavra circular como numa roda. A roda gira e com ela as palavras, os afetos, as experiências incluindo a todos e a tudo. É um plano sem hierarquias, que inclui e acolhe as diferenças, que não quer homogeneizar e sim produzir um comum (ALVAREZ E PASSOS, 2009). O Apoio se utiliza da roda como forma de incluir os sujeitos na tentativa de garantir protagonismo nos novos modos de fazer saúde.

Março de 2012, 09 horas, Unidade Básica de Saúde. Primeira Oficina Regional. Chegamos à Unidade, eu, minha companheira de estágio e nosso companheiro representante da GAPS. A presença dele tinha um peso diferente dos outros encontros em que ele não estava presente. Não era a figura dele, mas o que ele representava. E nesse momento era importante a presença de alguém da GAPS ou alguém que representasse a gestão para, principalmente dar respaldo ao trabalho e mais, responder questões relativas à gestão. Dar respaldo porque de certa forma, muitas coisas “nós, da UFES”, não podíamos resolver naquele momento. Era a oportunidade que precisavam para colocar na roda e não apenas falando, mas também “provando” tudo que dificultava o trabalho nas Unidades e que chegava à GAPS em forma de documento.

Havíamos visitado as três Unidades que compunham essa Região, mais de uma vez cada uma e combinamos que faríamos um encontro regional em cada UBS para que todos ou a maioria pudesse participar de pelo menos um encontro. Não era possível que todos os trabalhadores das três Unidades estivessem reunidos ao mesmo tempo, o que implicaria em fechar as três Unidades. E isso estava completamente fora de cogitação. A saída encontrada então foi que em cada Unidade fosse realizada uma Oficina Regional com a presença dos trabalhadores da Unidade e representantes das outras duas, possibilitando a presença de mais trabalhadores e sem fechar as Unidades. Porém, mesmo com esse combinado, nessa primeira Regional, estavam presentes apenas os trabalhadores e representantes de duas das três Unidades. Exatamente a mais complicada da Região não mandou nenhum representante. Complicada porque abriga no mesmo espaço (embora em prédios diferentes, mas no mesmo terreno e sob a mesma supervisão) serviços de APS, uma equipe de PACS e serviços de Urgência e Emergência. A justificativa da ausência era que a supervisora estava passando por problemas de saúde e não pode comparecer e não havia ninguém na UBS que pudesse representá-la naquele encontro. Assim, antes de começarmos fizemos uma “votação” e ficou decidido que haveria a Oficina mesmo sem a presença de representantes dessa Unidade. Teriam a oportunidade de participar quando a Oficina fosse realizada na UBS deles.

O dia para a realização dessa Oficina, assim como das outras, foi escolhido de acordo com o fluxo de atendimento, ou seja, era um dia que não havia atendimento médico, durante o dia inteiro ou pelo menos no período da Oficina. Quando não há atendimento médico, o fluxo de pessoas é menor na Unidade e mais trabalhadores podem participar do encontro. Com exceção dos médicos, já que não trabalham naquele dia, não comparecem à Oficina. O convite é feito para todos os trabalhadores, mas em raríssimas exceções, a categoria médica participa. Essa Oficina foi uma dessas raríssimas exceções, havia uma médica participando, além dos dentistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes de saúde, auxiliares de consultório odontológico e auxiliares administrativos. E as supervisoras das duas Unidades presentes.

Chegamos então, os três Apoiadores daquela Região. A Unidade tem uma estrutura física boa, bem organizada e com as salas de atendimento bem distribuídas, com placas de identificação facilitando o acesso dos usuários. Porém, não possui um

auditório ou uma sala maior que comportasse todos os participantes. Por isso, a Oficina aconteceu num espaço considerado sala de espera dos consultórios médicos e odontológico. Como não havia atendimento médico naquele dia, a Unidade estava tranquila e não havia circulação de pessoas naquele local. As cadeiras estavam distribuídas, na medida do possível, em círculo. O espaço era pequeno, mas as pessoas conseguiam ficar lado a lado.

Iniciamos a conversa como de costume do GTH, cada um se apresentando, dizendo o nome, a profissão e onde trabalha. Como havíamos conseguido os equipamentos para projeção, fizemos uma apresentação seguindo o roteiro elaborado pela comissão do GTH. Enquanto apresentávamos, embora tenhamos falado que quem tivesse alguma dúvida ou quisesse fazer alguma colocação poderia interromper, isso não aconteceu. Apresentamos tudo, explicamos o que havia sido feito até o momento e a proposta de territorialização. No final da apresentação havia algumas perguntas que ficariam com o grupo para discutirem entre os trabalhadores de cada Unidade e num próximo encontro, que seria agendado ao final da conversa, discutiríamos todos juntos. Até aqui foi “tranquilo”, embora estivesse muito incomodada com o silêncio geral. Um comentário ou outro, mas entre eles e nada em voz alta para todos ouvirem. Era estranho ninguém falar nada, questionar nada. Será que era muita informação? Será que era muita informação e tudo muito distante da realidade vivida nas Unidades? Será que eles tinham outras preocupações e outros interesses e o que estava sendo dito não fazia o menor sentido para eles? Olhava para minha companheira de estágio, na tentativa de dizer alguma coisa que provocasse alguma reação naquelas pessoas. Mas não foi preciso, a reação veio e junto com ela, muitas falas.

O silêncio, a princípio, era de desconfiança. De novo apareceu a pergunta: esse é mais um projeto que vem da Secretaria e que vai ficar pelo caminho? Vamos investir nosso tempo numa coisa que não vai levar a lugar algum? E, ao mesmo tempo, aquele silêncio parecia demonstrar que a preocupação deles naquele momento era outra. Seguida dessa pergunta veio uma enxurrada de reclamações, de cobranças e de tudo que emperrava o trabalho nas Unidades. Da falta de material, de toda espécie, até do profissional que atende apenas uma vez por semana. Falas carregadas de desvalorização, deles próprios e do trabalho que realizam, de desamparo por parte da gestão central e de descrença no futuro.

A preocupação, para eles parecia outra porque não haviam ainda entendido o sentido e a aposta do trabalho. Para muitos, o processo de territorialização era apenas desenhar o mapa e organizar a rede referenciando os usuários para a Unidade mais próxima de sua casa quando necessitassem de atendimento. Isso, conseqüentemente aconteceria, mas todas as questões que eles colocaram, em forma de reclamação, de cobrança e tantas outras que surgissem ao longo do caminho, seriam discutidas, analisadas, reformuladas e fazem parte do processo de territorialização e não aquela visão reducionista de muitos. Estávamos ali para discutir tudo isso e juntos construímos um novo caminho.

Em alguns momentos tive a sensação de que esperavam por aquele encontro há muito tempo. Talvez esse tenha sido também um desejo meu tempos atrás, de ser ouvida por quem está disposto a ouvir. Resolver as questões é uma outra coisa, o importante naquele momento era poder falar e ser ouvido. Por isso, a presença do nosso companheiro da GAPS tinha um peso diferente do nosso. Talvez as coisas chegassem à Secretaria de uma outra forma e assim, muita coisa foi dita nesse dia. Depois de um silêncio que apertava meu coração e me deixava inquieta, muito se disse, não apenas em palavras e mais que isso, começa ali um vínculo, ainda frágil e marcado pela desconfiança, mas que deu sinais de que as coisas poderiam ser diferentes.

Naquele momento, para aqueles trabalhadores, a presença de alguém da GAPS representava a possibilidade de mostrar e provar tudo aquilo que diziam os inúmeros documentos enviados à Secretaria de Saúde, das condições que dificultavam o trabalho, dos problemas enfrentados no cotidiano. Naquele momento, acreditavam que assim a forma de comunicação com a Secretaria seria diferente. No entanto, estavam apenas confirmando a forma verticalizada de comunicação existente entre UBS e SEMUS. Mostrar e provar o que diziam os documentos não resolveria os problemas e ainda reforça a ideia de que apenas a SEMUS é responsável por resolver tais questões.

A mudança deve acontecer não apenas na forma de comunicação, mas também na relação entre trabalhadores. É a palavra que circula com sua força de criação de novos sentidos, mas também afetos, experiências, dificuldades e então as soluções ou estratégias de enfrentamento de problemas passam a ser construídas

coletivamente. Embora entenda que esse tipo de atitude nessa Oficina não mudou a forma de comunicação entre UBS e SEMUS, o que se percebia nesse primeiro encontro era a necessidade de ser ouvido por quem estava disposto a ouvir. Isso foi um movimento em quase todas as Oficinas Regionais, o que afirma mais uma vez a necessidade de problematizar as práticas instituídas e as relações de saber e poder tanto nas Unidades quanto na SEMUS.

Embora eles tivessem muito a dizer, não foi apenas com palavras que se fizeram entender. O silêncio prolongado durante a Oficina dizia da desconfiança e mais uma vez a suspeita sobre o trabalho estava colocada. Mais uma vez estava lançado o desafio de construir vínculos, de produzir relação de confiança com esses trabalhadores. Tarefa árdua, que exige um esforço grande, principalmente quando as falas vêm carregadas de desvalorização de si mesmo e do próprio trabalho, de desamparo e descrença no futuro. Como convidar o outro a fiar junto, fios de uma rede frágil e tão cheia de falhas?

O caminho era buscar, no meio dessa fragilidade, fios um pouco mais fortes que ainda sustentavam essa rede e que eram deixados de lado. Era buscar o que havia naqueles lugares que fazia com que voltassem no dia seguinte para trabalhar. Criar condições para que o trabalho fizesse sentido e que isso fosse uma construção coletiva. Esse é o desafio do Apoio, criar vínculos para a construção não necessariamente do Apoio, mas para criar a possibilidade de transformação nos modos de gestão e cuidado. E como se faz isso? Estando junto, pensando junto e dando visibilidade ao processo de transformação. Era o que estávamos tentando o tempo inteiro.

As Oficinas Regionais seguiram acontecendo, cada Região dentro do seu tempo e de acordo com o funcionamento dos serviços. Algumas conseguiram avançar na conversa com os trabalhadores, outras nem tanto. Avançar na conversa significava participar do cotidiano da Unidade, acompanhar os trabalhadores em suas atividades, conhecer os espaços e histórias e, de certa forma, habitando esses territórios. Sendo assim, as visitas iniciais que tinham por objetivo conhecer o funcionamento dos serviços, se transformaram em encontros, na maioria das UBS, semanais. Passamos de visitantes à Apoiadores Institucionais, compartilhando e acompanhando o processo de territorialização.

As Regiões que não conseguiram realizar as Oficinas, embora tenham sido realizadas as visitas iniciais, apresentavam diversos motivos para isso. Um deles era a mistura de serviços de atenção primária e atenção especializada oferecidos no mesmo espaço. Algumas ofereciam tantas especialidades que nem pareciam Unidades Básicas de Saúde e sim um Centro de Especialidades. E para complicar ainda mais existiam Unidades que além dessa mistura de ofertas de serviços, ofereciam também serviços de urgência e emergência. A questão nesses lugares era como pensar a territorialização da APS num espaço que oferece tantos serviços diferentes?

A dificuldade estava em fazer esses trabalhadores pararem para discutir Atenção Primária sendo que eles entendiam que não faziam parte apenas disso. Tinham diferentes pertencimentos nesses serviços e talvez a APS não fosse considerada mais importante por eles. Em Unidades que havia uma quantidade muito grande de especialidades, o entendimento era de que aquele serviço estava muito mais vinculado ao atendimento de especialidades do que da própria APS. Assim como nos locais que também havia serviços de urgência e emergência, as questões que permeavam estavam muito mais vinculadas ao PA. Portanto, discutir a territorialização da APS não fazia sentido nesses espaços porque não havia como definir quem atender, ou delimitar a área de abrangência da Unidade uma vez que atendiam usuários do Município inteiro e a sensação de pertencimento era mais evidente com os outros serviços do que com a APS. Essa mistura de serviços foi um complicador nesse processo por esses motivos.

Outra dificuldade encontrada para que as Oficinas não fossem realizadas era a troca de supervisores. Por ainda apresentar uma forma de gestão verticalizada, parte dessas Unidades entendia que sem a presença do supervisor não era possível realizar qualquer ação ou trabalho dentro da Unidade, portanto, quando o supervisor era substituído era preciso começar tudo outra vez, a conversa inicial explicando o trabalho e a tentativa de agendar outros encontros e a Oficina Regional. Além disso, alguns supervisores logo que assumiam seus cargos não apoiavam o trabalho, ou pela falta de conhecimento, ou por acharem que seria mais uma tarefa, ou por desconfiança, ou qualquer outro motivo que achassem justo, dificultando a entrada dos Apoiadores nas Unidades.

Setembro de 2012, 14 horas, Unidade Básica de Saúde. Depois de quase uma hora dentro de um ônibus cheio, por sorte não estava lotado, o que não fez diferença para o calor que fazia dentro dele, chegamos à Unidade de Saúde. Dessa vez estávamos apenas eu e minha companheira de estágio. Nosso companheiro da GAPS não nos acompanhava mais fazia um tempo. Havíamos assumido também essa Região além da que já estávamos antes, mas isso é assunto para outro dia do diário.

Na calçada, dois profissionais de outra Unidade da mesma Região nos aguardavam para entrarmos juntos para a Oficina. A supervisora desta Unidade havia sido substituída há pouco tempo. Era uma das Unidades que funcionavam com horário estendido e oferecia serviços de APS e especialidades, com equipes trabalhando em regime de plantão.

Para nossa surpresa, a supervisora não estava na Unidade. Foi para a reunião de supervisores que acontece uma vez por mês. Surpresa porque havíamos agendado essa Oficina com todas as supervisoras da Região e ninguém se deu conta que seria no mesmo dia e horário da reunião mensal de supervisores. Isso significava que nenhuma delas estaria presente ao nosso encontro.

Ficamos parados na frente da Unidade esperando alguma notícia, alguma satisfação e nada. Ninguém na Unidade tinha conhecimento da realização dessa Oficina, não foram comunicados como combinado com a supervisora (ela ficou responsável em comunicar e convidar os trabalhadores para a oficina). Diante disso e de nenhuma satisfação, resolvemos ir embora. Não tínhamos “autorização” para realizar a Oficina sem a presença da supervisora.

Os dois profissionais voltaram para a Unidade deles e nós duas seguimos nosso caminho de volta. De novo no ônibus cheio e quente, algumas questões ficaram martelando na minha cabeça. Por que ninguém avisou nada? Por que confirmaram a Oficina e depois ninguém apareceu? Que compromisso esses supervisores estão assumindo diante deste trabalho? E o que foi dito tantas vezes a respeito da participação dos supervisores, que são fundamentais para que o processo aconteça, será que entenderam a dimensão disso? Essas perguntas ficaram martelando porque essa Região desde o início foi complicada por uma série de questões e o acesso aos trabalhadores até então é difícil. Talvez seja hora de repensar estratégias, procurar entre as Unidades aquela que não tenha uma gestão tão

centralizadora. Talvez seja hora de explorar esse território com outro olhar, sensível a outros cheiros, outras cores, outros ritmos. Está aceito o desafio.

Mais uma vez a questão do vínculo e da confiança estava colocada. Não sei bem se éramos vistos ou se nos colocávamos ainda como visitantes em algumas Unidades. Não era fácil estar em certos espaços. Contudo, para estabelecer uma relação de confiança é preciso que todos os lados envolvidos acreditem nessa relação. Em muitos momentos, a descrença também era nossa. Por mais que quiséssemos acreditar que esse seria um trabalho diferente de tantos outros que passaram por lá, em alguns momentos era difícil sustentar essa posição. Era difícil acreditar, às vezes, que num lugar com regras tão definidas, como era o caso desta Unidade, especificamente, fosse possível transformar as práticas de gestão e de cuidado. Somado a isso, a troca de pessoas na supervisão era constante.

Então, se a realidade vivida nos locais de trabalho coloca problemas que forçam a pensar outros jeitos de operar (BENEVIDES E BARROS DE BARROS, 2007), era preciso explorar esse território de outras maneiras. O vínculo precisava ser estabelecido com a Região e não apenas com uma das Unidades. Foi o que fizemos, fomos buscar em outras Unidades a possibilidade de criar vínculos, de reestabelecer a nossa confiança nesse trabalho, de puxar um fio um pouco mais resistente que sustentasse e agregasse outros fios, outras relações e pessoas interessadas em fiar junto.

E assim o trabalho seguiu nas Regiões, cada uma com suas dificuldades, com seus avanços. Era nos encontros do GTH que as experiências vividas nas Regiões eram compartilhadas, discutidas, analisadas. Muitas vezes esses encontros eram permeados de dúvidas, de incertezas em relação à continuidade do trabalho por conta das dificuldades e adversidades do caminho. Era um ano muito intenso e três fatos, especialmente, corroboraram para que ficasse ainda mais intenso: a substituição de vários trabalhadores de todos os setores da SEMUS devido ao concurso público realizado no Município, a troca do consultor da PNH que acompanhava o processo desde o início e ainda, era ano de eleições municipais.

As dúvidas em relação à continuidade do trabalho foram uma constante nesse processo e sempre rondaram os encontros do GTH. E isso se tornou mais evidente no momento da transição de um consultor por outro da PNH. Podemos dizer que

essa mudança foi um dos analisadores⁴³ desse processo, não pela troca em si, mas pelos efeitos que causou. Essa mudança expôs a fragilidade desse grupo tanto na construção de vínculo quanto da sua própria sobrevivência.

Quando aconteceu a troca de consultores, o GTH estava num momento de fragilidade, se questionando da continuidade do trabalho no próximo ano, das pessoas com a incerteza da permanência nos serviços, da rotatividade constante e a dificuldade, face a tudo isso, das pessoas se apropriarem desse trabalho, de estabelecer um vínculo de confiança com esse grupo e com o trabalho proposto por ele.

O consultor que estava de saída acompanhou todo o processo desde o início do trabalho. Foi construindo ao longo do tempo com o grupo um vínculo de confiança, atento às singularidades, estimulando a capacidade dos trabalhadores enfrentarem os problemas a partir de suas condições concretas de trabalho (CAMPOS, 2002). Por mais que quisessem colocá-lo na função de avaliador do trabalho, ele sempre encontrava um jeito de desconstruir essa função a ele atribuída. Fazia isso se despidendo do lugar de “dono do saber” e se colocando como parceiro nesse trabalho, compartilhando dos movimentos provocados pelos caminhos construídos com o próprio caminhar do grupo. Fazia isso se colocando como Apoiador desse grupo.

O consultor que chegou apenas teve tempo de escutar o que havia sido feito até então. Desconhecia a fragilidade que o grupo e o próprio trabalho apresentavam naquele momento e conheceu o trabalho através de uma apresentação institucional, com as informações que a APS produz (número de exames solicitados, número de procedimentos realizados, quantidade de profissionais médicos, enfermeiros, equipes, etc.). Assim, fez apontamentos pertinentes ao que foi apresentado e ao que percebeu, mas de um modo que nesse grupo fragilizado, provocou uma interpretação errada da sua postura e gerou um mal estar, principalmente nos trabalhadores. Esse mal estar, a princípio, causou certo desânimo, mas foi disparador de discussões envolvendo os assuntos que sempre estiveram presentes nesse processo que é vínculo e confiança.

⁴³ Analisadores seriam acontecimentos – no sentido daquilo que produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise, que decompõe os modos naturalizados de se lidar com o cotidiano. (PASSOS E BENEVIDES DE BARROS, 2000).

Maio de 2012, 09 horas, SEMUS. Encontro do GTH após a vinda do novo consultor da PNH. As caras não estavam muito boas, pareciam cansadas, desanimadas. Na verdade, havia no grupo a sensação de que o trabalho “desandou”. De fato, houve uma parada geral nas ações e atividades e ficou a impressão de que o trabalho não tem resultado algum. Faz-se tanto e não se vê resultado concreto, palpável. Será que um dia teremos esses resultados assim tão palpáveis e concretos? Será que é isso que buscamos, um final para esse trabalho? O que queremos, o que buscamos, terá mesmo um fim?

Quando as pessoas começaram a falar foram aparecendo pistas de que não era bem isso. Não estavam insatisfeitas por não terem resultados. O cansaço, o desânimo apareceram por conta de uma palavra repetida algumas vezes no encontro com o novo consultor e que causou um certo desconforto, principalmente entre trabalhadores. Repactuar. Palavra que é utilizada com alguma frequência pelo grupo, mas que teve outro significado nesse encontro específico. Repactuar era entendido pelo grupo por criar novas normas para o trabalho, buscar outras maneiras de estar nas Unidades a partir das experiências compartilhadas. Mas não soou dessa forma para o grupo, não desta vez. Repactuar naquele encontro foi entendido pelo grupo como se tudo que havia sido feito até ali precisava ser refeito. O desconforto estava relacionado à desvalorização de todo trabalho realizado até agora.

Estava tudo meio confuso, parecia que alguma coisa não se encaixava nesse dia. As pessoas tentavam explicar, tentavam colocar o que estavam sentindo e pensando, mas sempre faltava alguma coisa, como num quebra-cabeças que falta uma peça. Percebi por parte da GAPS que havia uma resistência em continuar o trabalho com o Apoio desse novo consultor. Mesmo assim ainda havia algo de estranho.

Até que a fala de um psicólogo que trabalha em uma Unidade de Saúde lançou outro olhar para tudo isso. Ele disse: “não podemos nos deixar capturar pela rotina, não podemos ser engolidos pelo que nos paralisa, pelo que nos engessa.” E fiquei pensando, o que está nos paralisando? O que fez o grupo paralisar? Foi apenas a palavra repactuar? Que peso essa palavra teve nesse encontro e que já foi usada tantas vezes? Não me parecia isso, não me parecia uma paralisia por medo de

arriscar novos caminhos sob “novo comando”. Falta alguma peça que nesse dia não foi possível encontrar. Quem sabe nos próximos encontros?

Junho de 2012, 09 horas, SEMUS – GAPS. Foi um encontro apenas com a gerência da GAPS. Com essa conversa, as peças do quebra-cabeça se encaixam. Ficou claro o que não havia ficado no último encontro do GTH no final do mês passado, depois da vinda do novo consultor. Na verdade, o encontro com o novo consultor foi, ao mesmo tempo, uma grande surpresa, um quase desastre, o que gerou uma decepção.

A grande surpresa foi porque houve, antes do encontro com todo o GTH, uma reunião entre a GAPS, professores da UFES e o novo consultor. Nessa reunião, a postura adotada pelo consultor foi bem diferente do encontro mais tarde com o grupo todo. Não havia nenhum indicativo que as coisas estariam tão ruins como ficou parecendo mais tarde. Essa mudança de postura é que causou surpresa.

Associado a isso, veio o quase desastre. No encontro com o GTH, o novo consultor fez apontamentos condizentes com o que havia sido apresentado a ele e que o grupo entendeu que não haviam feito nada até então. Isso causou um sentimento de desvalorização do trabalho. A forma de funcionamento do grupo sempre foi de conversar, esclarecer e tentar encontrar caminhos que auxiliassem na construção do processo. Dessa vez foi diferente, não houve diálogo, não houve conversa. Até porque o grupo se calou diante dos apontamentos e que foram entendidos como críticas.

Mas a questão não eram os apontamentos ou críticas e sim o sentimento de desvalorização de tudo que havia sido feito até então. E a decepção veio por dois motivos: primeiro porque com o consultor anterior as coisas funcionavam de outra forma e, de certa maneira, ele conduzia o grupo por um caminho criado e compartilhado por todos, o que não significa que não havia discordância e discussões mais acaloradas. Isso não aconteceu, o grupo se calou. E o segundo motivo foi porque em momento algum ninguém da UFES saiu em defesa do grupo. E por que a UFES deveria sair em defesa do grupo? Porque havia estabelecida uma

parceria e uma relação de confiança. Quando o grupo se sentiu ainda mais vulnerável, onde estava essa parceria? Ficou calada.

E o motivo dessa decepção veio atrelado a mais uma série de fatos ocorridos no mesmo dia desse encontro que, sem uma conversa, foram interpretados de forma equivocada pela GAPS. Aconteceu tudo diferente do que normalmente acontecia quando o consultor da PNH estava no Município. Além disso, a surpresa da postura diferente adotada pelo novo consultor com todo o grupo, o quase desastre no encontro do GTH, interpretações equivocadas por falta de diálogo, o que se quebrou naquele dia foi a confiança no grupo de alunos e professores da UFES. Foi isso que causou todo incômodo no último GTH e que não foi dito de forma direta naquele momento, causando toda a estranheza de um quebra-cabeças incompleto.

O que causou estranheza não foi a sensação de faltar uma peça no quebra-cabeças, mas o fato de se lançar um outro olhar sobre o trabalho. O novo consultor veio com o olhar do estrangeiro, estranhando aquilo que para nós era familiar. Não podemos nos deixar cegar pela rotina, pelo enrijecimento dos olhares que estamos habituados, não podemos nos conformar apenas com o que nossos olhos veem. Esse outro olhar foi fundamental para que pudéssemos reconhecer o que havíamos feito até então, possibilitou olhar em volta, olhar o outro, o que já foi feito e o que se deixou de fazer, o que viu e o que não viu ou não quis ver. Foi fundamental para que o grupo olhasse para si mesmo e reconhecesse que, o que havia sido feito até então era muito mais que aqueles dados apresentados e que estes não representavam a complexidade do processo que acompanhava.

Embora esse outro olhar tenha sido fundamental, talvez o grupo estivesse vivendo um dos momentos de maior fragilidade e uma avaliação do trabalho naquele momento não poderia implicar outra coisa se não o sentimento de desvalorização. O GTH durante toda sua existência foi colocado à prova, foi testado na sua proposta de ser um espaço democrático, participativo, de criação de novas formas de gestão e cuidado. Isso porque navegava na direção contrária de uma gestão verticalizada e centralizadora.

Navegar na direção contrária a esse modo de gestão já era tarefa difícil. Fazer com que as pessoas comprassem essa ideia e se apropriassem dela também, mas não se tratava apenas disso. Criar outras formas de gestão e cuidado implica produzir

outros modos de existência abertos a outras formas de ser e de estar no trabalho, na vida. Naquele momento, o próprio GTH precisava se reinventar, fortalecer os vínculos estabelecidos, produzir outras relações com essas novas sensações que entraram em cena.

Produzir relações diferentes das vividas até então dentro do grupo e com o consultor da PNH. Até então, as coisas funcionavam de outra forma porque a relação estabelecida com o primeiro consultor era outra. Esteve presente desde o início do trabalho, construiu junto com o grupo estratégias de ação, compartilhou ideias e desafios encontrados pelo caminho. Foi construindo ao longo do tempo um vínculo de confiança com o grupo. Estabelecer vínculo requer tempo e isso ele teve. Mesmo que esse vínculo fosse muitas vezes uma linha tênue, como havia confiança foi possível construir um plano de experiência comum. A confiança na experiência implica a promoção de uma experiência compartilhada que amplia nossa potência de agir, de criar (FERRAZ, et al, 2013). O grupo se sentia apoiado e seguro para arriscar alguns passos por conta própria, inclusive aceitar apontamentos e até mesmo críticas em relação ao trabalho sem se sentir desvalorizado.

O novo consultor não teve tempo. Não teve tempo de conhecer o grupo, de entender o que se passava, como funcionava e o trabalho que realizava. Chegou num momento complicado, de incertezas, de insegurança. Encontrou um grupo fragilizado por isso e que apresentou dados que não representavam o processo. A crítica, na verdade, foi ao descompasso entre o que foi apresentado a ele e o que estava sendo feito realmente. Havia, por parte da PNH, uma aposta no trabalho desenvolvido no Município que não condizia com aquela apresentação que trazia informações produzidas pela APS. Não era importante mostrar aquilo naquele momento. Talvez os dados estatísticos apresentados tenham sido úteis em outro momento, lá no início do processo de territorialização como ponto de partida, mas que por si só não representavam tudo que havia sido discutido, analisado, compartilhado por esse grupo. Como não teve tempo, não conseguiu estabelecer nenhum vínculo com o grupo. Sem vínculo, o grupo não se sentiu seguro para embarcar em mais uma mudança.

Nas análises realizadas pelo grupo, em momento algum foi feita uma comparação entre um consultor e outro. O que se discutiu foi o processo de construção da

relação com um e outro. O tempo foi aliado nessa construção, assim como foi aliado também na relação estabelecida entre o GTH e o grupo de professores e alunos da UFES. Havia, de fato, uma parceria estabelecida entre a UFES e a SEMUS, mais especificamente com a GAPS. Porém, os vínculos estabelecidos nessa parceria vez ou outra se tornavam bem instáveis, quase chegando a romper. Isso aconteceu algumas vezes durante o processo e uma delas foi na troca de consultores. Talvez tenha sido o momento em que essa instabilidade se tornou mais evidente, uma vez que houve, por parte dos trabalhadores, um questionamento dessa parceria. Que tipo de parceria é essa que uma das partes se cala quando todo o resto está vulnerável e precisando de amparo? A relação de confiança estabelecida entre a UFES e GAPS não chegou a romper efetivamente, mas os vínculos ficaram bastante abalados e o clima de desconfiança que também rondava as relações do GTH com as Unidades de Saúde, ficou pairando no ar por um bom tempo. Tempo esse que foi aliado para que o vínculo de confiança não fosse rompido.

E por que ninguém do grupo de alunos e professores da UFES saiu em defesa do grupo de trabalhadores? Talvez por entender que não era preciso. Por entender que era necessário dizer tudo que foi dito, não por achar que nada havia sido feito, mas para fazer o grupo se movimentar, analisar o próprio processo e a condução do trabalho. Aconteceu, num momento antes do encontro do GTH, uma conversa entre o novo consultor e o grupo de alunos e professores da UFES. Nessa conversa, algumas colocações e análises foram feitas em relação à implicação deste grupo no trabalho. Por diversas vezes, quem assumiu a condução do trabalho foram os alunos e professores, “atropelando” inclusive alguns movimentos criados pelo GTH.

A função do grupo de professores e alunos da UFES era de Apoio, tanto no GTH quanto nas Unidades de Saúde. Portanto, era pensar e fazer junto com as pessoas e não em lugar delas, era analisar com o outro, problematizando as práticas instituídas e as relações de saber e poder criando outras possibilidades de gestão e cuidado à saúde. O “atropelamento” de alguns movimentos criados pelo GTH era exatamente fazer pelo o outro e não *com* o outro. Assumimos o trabalho, diversas vezes, como se fosse nosso, como se fosse uma demanda nossa e não do Município. A conversa com o novo consultor antes do encontro do GTH foi fundamental para essa análise, do nosso trabalho e da função Apoio.

Em alguns momentos conseguimos estar nessa função Apoio, *fazendo com*, mas não foi uma tarefa fácil. Os vínculos estabelecidos eram muitas vezes frágeis em diversos lugares que habitamos e para o Apoio acontecer é fundamental que esse vínculo seja forte. Nos lugares que conseguimos estabelecer esses vínculos mais fortes, as mudanças em algumas práticas aconteceram. Além disso, Apoiador e Apoiado coemergem no encontro e nem sempre esse encontro era possível. Vale lembrar que a rede de saúde do Município é extensa e constituída por muitas Unidades de Saúde, com uma variedade de serviços oferecidos que a torna confusa e com dificuldades de comunicação e conexão entre os serviços. E o número de Apoiadores foi suficiente para cobrir todo o território apenas no início do processo. Com o passar do tempo foram reorganizados de forma a tentar manter todas as áreas cobertas, mas era difícil manter uma rotina com tantas Unidades.

Enfim, somos atravessados o tempo inteiro por uma variedade de acontecimentos e muitas vezes não nos damos conta dos efeitos que esses atravessamentos causam. As análises feitas a partir da fala do novo consultor possibilitou ao grupo lançar um outro olhar para o trabalho e ao mesmo tempo um olhar para nós mesmos, de como conduzíamos esse trabalho. A questão da confiança e do vínculo foi colocada em xeque e o caminho encontrado foi estabelecer novas formas de funcionamento e repactuar a parceria entre GAPS, UFES e com a PNH que escolheu um terceiro consultor para acompanhar o processo. Não havia como o segundo consultor continuar naquele momento. Foi um momento delicado em que o grupo estava se sentindo exposto e vulnerável. A escolha de um terceiro consultor foi feita com o intuito de reestabelecer o vínculo de confiança quebrado com esse episódio. Nada tem a ver com a figura do consultor que veio, mas como tudo aconteceu e os efeitos desse encontro.

A fragilidade do vínculo ficou exposta no episódio da troca de consultores, mas todo um contexto contribuiu para isso. Era o último ano de mandato de uma gestão de oito anos, estava ocorrendo uma intensa mudança no quadro de trabalhadores por conta do Concurso Público, a incerteza da continuidade do GTH e por fim a troca de consultores. Tudo isso fez dessa quebra de vínculo um analisador desse trabalho. O grupo se sentia exposto e vulnerável, era um momento de muita dúvida e que o grupo estava mais despotencializado, mas esse episódio, de certa forma, fez o grupo se movimentar e buscar outros caminhos, novas relações.

O GTH se manteve durante muito tempo à custa de trabalhadores que acreditavam ser possível mudar a forma de gestão e cuidado e que enfrentavam cotidianamente gestores que atuavam de forma centralizadora e vertical. Isso já era um grande desafio. Tão grande quanto a rede de saúde que tinham por objetivo organizar de outra forma. E não era organizar apenas territorialmente, mas principalmente mudar a forma de gestão nessas Unidades, gestão como espaço de criação onde todos são gestores de seus processos de trabalho. Colocar na roda para circular, inclusive as dificuldades para possibilitar a mudança. Processo difícil, pela descrença, pelo medo da mudança e que não é defeito daqueles que o tem e sim os efeitos dos modos de vida e de trabalho. Difícil acreditar que é possível fazer diferente.

E o desafio de fazer Apoio em meio a tantos elementos. Enfrentar a desconfiança, lidar com a própria desconfiança, estabelecer vínculos e relações de confiança em ambientes tão desconfiados. Encontrar pessoas interessadas em fiar junto redes flexíveis, mas com fios mais fortes. Explorar os territórios de diversas maneiras reinventando o modo de estar nesses lugares, criar novas conexões e descobrir diferentes caminhos. Estar junto, fazer com, problematizar, analisar, produzir outras formas de agir.

Em alguns momentos e lugares conseguimos estar juntos e fazer Apoio. Em outros conseguimos chegar, mas não deu tempo, não tivemos pernas. Ou braços para alcançar uma rede tão grande. Não era fácil manter o ritmo e a regularidade dos encontros nas Unidades de Saúde. Mas também era difícil escolher qual delas não participaria desse processo. Conseguimos construir, de certa forma em todas as Unidades um vínculo e em algumas especificamente relações de confiança, embora não eram tão fortes quanto queríamos. De qualquer forma, habitamos diferentes territórios, compartilhamos do cotidiano de trabalho, experimentamos diferentes formas de estar no mundo, produzimos interferências.

Foi um ano intenso e três fatos, especialmente, foram decisivos nesse processo. Na verdade, são três fatos que falam de três quebras de relação, que atentam diretamente contra o vínculo: (1) rotatividade constante de pessoas no grupo, acentuado com a mudança dos trabalhadores que passaram no concurso público, (2) a mudança do consultor da PNH e (3) a mudança de gestão municipal.

Foi um ano para o GTH de muitos questionamentos, relativos à continuidade do trabalho, pelo possível fim de um governo municipal o que implicava a não permanência de várias pessoas na GAPS e em outros setores da SEMUS que participavam do grupo, além da incerteza em relação à aposta do novo governo para a saúde pública.

Com todos esses questionamentos e incertezas em relação ao que aconteceria depois, o trabalho continuou no ano seguinte. Mudou a gestão municipal e com ela a aposta na saúde pública. Esse novo governo apostava na estruturação dos serviços de urgência e emergência do Município, deixando a Atenção Primária em segundo plano. A GAPS teve todo seu quadro de pessoal modificado, as Unidades de Saúde ganharam novos supervisores, os encontros do GTH foram se tornando cada vez mais raros, mas os Apoiadores continuaram seus trabalhos nas Unidades. Conseguimos, apesar de toda mudança ocorrida com a troca de gestão municipal e da aposta na saúde pública do Município, minimamente organizar o mapa da territorialização junto com os serviços. Mapa esse que talvez fosse o resultado tão esperado por muitas pessoas, por mais que se tenha falado que a construção deste era um dispositivo utilizado para disparar discussões e análises dos processos de trabalho.

E assim, fomos aos poucos ensaiando e organizando nossa saída, com a esperança de termos plantado sementes de novos caminhos que possam florescer, apesar do solo tão árido que encontramos tantas vezes.

Primavera de 2013. Era hora de deixar o barco navegar com suas próprias forças, remar com seus próprios braços. Talvez outros braços se juntem para continuar essa jornada, mas agora era hora de desembarcar em outras terras. Desenhamos juntos mapas, descobrimos pistas e trilhamos alguns caminhos possíveis que talvez possam ajudar a quem quiser continuar seguindo... Talvez essa hora derradeira seja a mais complicada do processo. Pelo vínculo formado, mesmo que frágil muitas vezes, pela desconfiança de que esse trabalho não foi apenas mais um, pelos afetos envolvidos durante todo o processo e pela vontade de continuar seguindo junto e participar do rumo que essa história pode tomar. Mas, apesar disso tudo, a sensação de ter podido participar de um processo tão rico, longo e permeado de

bons encontros, supera qualquer sensação de tristeza que uma despedida pode causar.

Capítulo III – Processo de Formação de Apoiadores Institucionais

“Uma educação centrada no pensamento não prescreve regras absolutas nem proibições definitivas. Ela orienta e desperta a vida, estimula as multiplicidades, não para esmagá-las, mas para exercitar o corpo e o pensamento a vivenciar seus limites e ultrapassá-los. (...) Uma educação centrada no pensamento afirmativo da vida é sobretudo cruel, o contrário da pedagogia piedosa e vingativa. É cruel com o corpo e com o espírito, não porque quer arruiná-los, mas, ao contrário, porque quer vê-los fortes, ousados e poderosos, deseja vê-los capazes de enfrentar qualquer acontecimento e de caminhar livres, com a sabedoria alegre do riso.”

(Luiz A. Fuganti. Saúde, desejo e pensamento, no livro Saúde e Loucura 2. p. 68)

Primavera de 2011. Entrava em cena a aprendiz de pesquisadora. Era o momento de experimentar novos arranjos, compartilhar outros caminhos, estabelecer outras e novas relações. Precisava criar um outro corpo para habitar esse novo território, precisava me reconhecer nesse novo corpo. Precisava reconhecer um território já habitado tempos atrás, que ainda apresentava alguns rostos conhecidos, mas eram apenas rostos conhecidos. As experiências de anos fora da Universidade trazidas na bagagem, as marcas no corpo, além das marcas do tempo, transformaram esses rostos conhecidos em possibilidades de construir novas relações e também conhecer novos rostos. E assim estava de volta, temporariamente, ao mundo acadêmico, à sala de aula dentro de uma Universidade. O grupo de alunos e professores da UFES se reunia toda semana em supervisão de estágio e essa foi mais uma via pela qual retornei. Embora estivesse com essas pessoas nos encontros do GTH, nesse grupo de estágio eu era estrangeira mais uma vez. E como estrangeira fiquei atenta aos movimentos na intenção de entender como aquele grupo funcionava e como poderia fazer parte dele. Era mais um desafio que se colocava junto a tantos outros colocados pelo GTH e nas Unidades de Saúde. Desafio de criar um outro corpo capaz de habitar um território conhecido e ao mesmo tempo tão novo, tão diferente, mas o desafio não era habitar esse território e sim como criar um novo corpo mais uma vez. Desafio de estabelecer novas parcerias, de sair do “conforto” do conhecido e se deixar tocar por novas experiências, novos acontecimentos.

Durante todo o processo de territorialização proposto pelo GTH, estiveram presentes professores e alunos vinculados ao Departamento de Psicologia da UFES integrantes do Projeto de Extensão intitulado “Apoio Institucional às Políticas Públicas de Saúde da Grande Vitória”. Esse grupo era formado por estagiários e alunos extensionistas⁴⁴ e tinha encontros semanais para supervisão que era o momento, em grupo, de colocar na roda as dúvidas, dificuldades, estratégias e principalmente, colocar em análise os processos de trabalho dos Apoiadores.

A supervisão era o momento de compartilhar as experiências vividas dos encontros que esse trabalho proporcionou, nas Unidades de Saúde, no GTH, no trajeto das inúmeras idas e vindas desses encontros e da própria supervisão. Era o momento de troca, de contágio, de inventar e reinventar novos modos de estar no trabalho.

Passava também pelas mesmas dificuldades em relação à rotatividade: os alunos, em sua maioria, permaneciam no grupo apenas pelo período de um ano. E com o passar do tempo, a quantidade de alunos que entrava para o grupo era menor do que os que saíam, fazendo com que o grupo se reorganizasse permanentemente para cobrir todas as Regiões e suas Unidades de Saúde.

E, assim como o GTH, era também um espaço de formação. Formação de Apoiadores Institucionais, usando como referência as diretrizes, os princípios e dispositivos da PNH, que enquanto política pública vai sendo construída a partir das experiências do SUS (GUEDES, PITOMBO E BARROS DE BARROS, 2009).

E como sempre lá estava ele, o inseparável companheiro dessa viagem, o livro de bordo com suas pistas, sinalizando caminhos que conduziam para o entendimento do processo de formação, para que tipo de formação apostava a PNH. E os caminhos indicavam um processo formativo que não buscava uma verdade ou um ideal para os trabalhadores da saúde e sim, favorecer a invenção de práticas nos processos de trabalho que potencializem os movimentos afirmadores da vida, que produzam contágio e desestabilizem os processos instituídos (GUEDES, PITOMBO E BARROS DE BARROS, 2009).

⁴⁴ Pela grade curricular, os alunos têm que cumprir nos dois últimos períodos do curso, o estágio obrigatório. Ele escolhe entre as opções oferecidas pelos Departamentos qual estágio vai participar. Assim eram os estagiários desse grupo. Já os alunos extensionistas eram voluntários e participavam de um processo seletivo para fazer parte do grupo do Projeto de Extensão, não importando o período que cursavam. Além de estagiários e extensionistas, compunham com o grupo mestrandos e doutorandos, orientandos dos professores responsáveis pelo Projeto de Extensão e Estágio.

Assim, entende-se que formar é intervir e intervir é experimentar as mudanças nas práticas de gestão e cuidado. Portanto, as ações de formação propostas são entendidas como dispositivos de problematização das experiências dos trabalhadores intervindo nas práticas de trabalho, o que produz mudanças nos modos de atenção e gestão da saúde e que também implica em analisar os processos de trabalho. Inseparabilidade entre formação e intervenção, assim como a aposta da PNH na indissociabilidade entre gestão e cuidado (BRASIL, 2010).

No entanto, um dos desafios encontrados nas práticas do trabalho em saúde está justamente relacionado ao modo verticalizado de gestão praticado em diferentes serviços, o que implica também uma dissociação entre os modos de gerir e cuidar. Talvez, essa forma verticalizada de gestão seja resultado de modelos de formação que privilegiem o sentido clássico de aquisição de conhecimentos técnico-científicos relativos à determinada profissão para serem aplicados em dada realidade, produzindo “*fôrmas*” e apenas a repetição desses conhecimentos. Isso invalida saberes e fazeres, potencializando hierarquizações já que esse modo de formação separa e discrimina aqueles que sabem daqueles que não sabem, do mesmo modo que a gestão verticalizada separa os que pensam daqueles que executam (HECKERT E NEVES, 2007; GUEDES, PITOMBO E BARROS DE BARROS, 2009).

Pensar a formação nesse sentido, de apenas repetição de conhecimentos, torna as práticas cada vez mais naturalizadas, a própria formação se torna uma estratégia pedagógica de mera transmissão de conhecimento e informação, desqualificando as experiências concretas do coletivo de trabalho (HECKERT E NEVES, 2007).

A aposta nos processos de formação caminhou por outras vias. Não procurava modelos pedagógicos ideais, com predeterminações absolutas, verdades incontestáveis e, principalmente, dissociadas do cotidiano de trabalho. Os processos formativos aconteciam nos encontros, no GTH, nas Unidades e na Universidade. Não se sabe de antemão o que é ser um trabalhador, da saúde ou de qualquer outra área, portanto é no *fiar com*, no *fazer com* que as formas de ser trabalhador e os mundos do trabalho vão se construindo (HECKERT E NEVES, 2007; BENEVIDES E BARROS DE BARROS, 2007).

Fiar com o outro redes de saberes e de experiências constituídas no cotidiano de trabalho. Produzir saberes com o outro e não sobre ele, reconhecendo o outro como

possuidor e produtor de saberes. Intervir na situação sempre coletiva levando em conta as condições e meios dos processos de trabalho e as condições e meios do trabalhador viver o trabalho (BENEVIDES E BARROS DE BARROS, 2007).

Sendo assim, é possível entender a formação como provocação. De movimentos, de desestabilizações, estabilizações e também de produção de outros problemas. A ideia é, além de esboçar algumas respostas, provisórias porque estamos sempre em movimento, é também poder promover outras perguntas. É um processo de invenção de problemas, de questionar o que parece natural, daquilo que já não nos provoca e que torna endurecidas as relações.

É dialogar com essas redes de saberes e de experiências tecidas com o coletivo, não para confirmar ou explicar a realidade e muito menos apenas observar, mas intervir produzindo desvios, abandonando o que é confortável, criando outros possíveis. É um processo de invenção de si e do mundo e não apenas de adaptação a um mundo existente e a mera reprodução de conhecimentos. Significa produção de realidade, constituição de outros modos de existência. Aprender, portanto, significa transformar as informações recebidas, produzindo outras formas de estar no mundo, agindo sobre determinadas práticas de modo diferente do que se está acostumado (BENEVIDES, 2001).

E foi assim, nessa perspectiva, que se deu a formação dos Apoiadores Institucionais, alunos e profissionais envolvidos com o processo de territorialização da atenção primária à saúde em Cariacica. Afinal, apoiar é pensar com, fazer com, intervir com os trabalhadores nos processos de trabalho criando dispositivos que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e cuidado.

A criação de novas práticas de saúde e de novos modos de gestão experimentando outras possibilidades de lidar com os processos de trabalho, produz sujeitos protagonistas e corresponsáveis pelo cuidado à saúde tornando a gestão mais democrática, assim como produzir saberes com o outro o reconhecendo como possuidor e produtor de saberes torna-o também corresponsável pelo processo formativo.

Novembro de 2012, 14h, Unidade Básica de Saúde. Primeira oficina do Humaniza nessa Unidade de Saúde, aquela do alto do morro. E mais uma vez lá estávamos

nós, na fila à espera do ônibus que por sorte saiu do terminal nem tão lotado. Estávamos animadas, cheias de expectativas, ideias e muitos assuntos, os mais variados. E lá fomos nós, pulando e rindo dentro daquele ônibus tão quente.

Quando chegamos à Unidade, um pouco depois do horário marcado porque parece que naquele dia o ônibus estava mais lento para subir aquelas ladeiras e todo o mundo resolveu entrar naquela condução, que a princípio não estava lotada, mas foi enchendo pelo caminho. Enfim, quando chegamos à Unidade as cadeiras estavam organizadas na recepção em círculo. Não havíamos falado nada antes sobre como dispor as cadeiras ou arrumar o espaço para a oficina e para nossa surpresa, era assim que eles faziam normalmente quando realizam reuniões de equipe na Unidade. Essa não era uma prática muito comum nos outros serviços, só passou a ser quando começamos a fazer os encontros nas Unidades. O Apoio faz uso da roda como forma de incluir todos os sujeitos na tentativa de garantir protagonismo nos novos modos de fazer saúde.

Cadeiras dispostas em círculo, começamos a Oficina e foi assim que fluiu, como uma roda de conversa. Apenas os médicos da Unidade não participaram da oficina, o que é comum a quase todos os serviços. Todos os outros profissionais estavam presentes. E nessa conversa surgiram algumas explicações, indagações e também algumas reclamações não faltaram, mas junto com tudo isso uma vontade imensa de fazer um trabalho que fizesse sentido para eles. A palavra circulava e junto com ela era possível perceber o quanto aquelas pessoas que ali estavam acreditavam que era possível enfrentar todas as dificuldades que passavam naquele serviço pela falta de infraestrutura, não apenas para oferecer um atendimento melhor ao usuário, mas também para lutarem por melhorias nas condições de trabalho.

Era um tempo de renovação nessa Unidade, não só porque o prédio novo seria inaugurado em breve e assim as condições de trabalho melhorariam bastante, mas porque quase todos os trabalhadores estavam sendo substituídos em decorrência do concurso público.

E mais uma vez fomos surpreendidas porque uma trabalhadora que estava lá há pelo menos oito anos estava saindo da Unidade. O que surpreendeu foi que ela participou da Oficina até o final, junto com a pessoa que ia substituí-la. Quando perguntada por que participou e ficou até o final ela prontamente respondeu que não

era porque havia sido demitida que deixaria de cumprir um compromisso assumido com os companheiros de trabalho de tantos anos. Além do mais, ela queria continuar trabalhando na saúde pública e viu naquela oficina a oportunidade de aprender um pouco mais.

Depois disso, a supervisora da Unidade pediu para dizer algumas palavras, em agradecimento à que estava saindo e de boas vindas para a que estava chegando. Ela estava visivelmente emocionada naquele momento e conseguiu emocionar a todos nós. Ela comparou as idas e vindas da vida, do trabalho a um ônibus que ela chamou ônibus da saúde. As pessoas entram e saem desse ônibus a todo instante, num movimento incessante. E foi com esse pensamento que ela havia ido embora para casa no dia anterior, quando foi avisada das demissões para o dia seguinte. E ela também se colocou nesse lugar que, além de já ter sido supervisora de outras Unidades, a gestão mudaria no ano seguinte e possivelmente seria exonerada. E continuou dizendo que é o “vai-e-vem”, as entradas e saídas desse ônibus da saúde que faz todos os dias caminhos diferentes, que traz pessoas, que leva pessoas, que proporciona diferentes encontros todos os dias e que muitas vezes nos leva por caminhos com cores e cheiros que nos enchem de vida.

Depois de recuperarmos o fôlego, todos que estavam ali presentes, os trabalhadores pela despedida e nós pela oportunidade de participarmos desse encontro, desse momento, encerramos a Oficina. Havia um lanche nos esperando e junto com ele muitos assuntos, ideias, propostas de diferentes encontros e o convite para a inauguração do novo prédio da Unidade.

Nos despedimos e saímos de lá muito mais animadas do que quando chegamos. Posso dizer por mim, mas acredito que minhas companheiras de estágio também tiveram o mesmo sentimento, saí de lá esse dia cheia de vida, com muito mais vontade de buscar caminhos na saúde pública que produzam movimentos que afirmem a vida e que produzam também contágio. E que é possível sair do conforto, criar outras práticas de saúde, de cuidado, de vida.

Fomos esperar nosso ônibus, o que nos levaria para casa, mas que para nós era também o ônibus da saúde. E como aquele dia havia sido surpreendente até então, pegamos um ônibus diferente do que estávamos acostumadas. O destino era o mesmo, mas o percurso era outro, mais estreito, com mais curvas e com ladeiras

muito mais íngremes. O problema é que a volta para casa é só descida e nessas ladeiras mais estreitas e íngremes, com a velocidade que o ônibus descia mais parecia uma montanha-russa. Nada mais propício para esse dia tão cheio de surpresas, de bons encontros e aventuras. Talvez a aventura, o sobe e desce da montanha-russa produzindo diferentes sensações no nosso corpo seja parte desse trabalho. E que é ao mesmo tempo tão gratificante e renovador.

Muito mais que cadeiras dispostas lado a lado. É a roda que gira e faz circular afetos, palavras, ampliando as conexões. Faz fluir o cuidado das relações, trabalhador cuidando de usuários, trabalhador cuidando de trabalhador. Apoiador sustentando a possibilidade da roda girar sem se tornar o centro.

A disponibilidade ao encontro não foi apenas dos apoiadores nesse momento. Todo o grupo de trabalhadores estava disposto a compartilhar a responsabilidade de pensar sobre os possíveis caminhos a seguir, a analisar os processos de trabalho e os modos de funcionamento da experiência em rede.

Fios de uma rede fortalecida pelo vínculo e pela confiança foram tecidos naquele encontro. Aprendemos juntos como fazer essa tessitura, sabendo também que podemos experimentar alguns encontros que podem não tecer essa rede da mesma forma, com a mesma intensidade.

O Apoiador não é aquele que vem de fora trazendo na bagagem um suposto saber que vai transmitir aos outros. Ele vem construir junto outros caminhos possíveis na realidade de cada território, vem compartilhar experiências intervindo sempre nas situações coletivas de trabalho. Os processos de formação seguem nessa mesma direção, do fazer com o outro, de produzir saberes com o outro sempre nas situações concretas de trabalho onde pensar, fazer, aprender, trabalhar e viver não se dissociam (BENEVIDES E BARROS DE BARROS, 2007).

Em nossas andanças pelo Município, a cada encontro ou desencontro tínhamos a função de Apoiadores Institucionais, mas éramos também, ao mesmo tempo, aprendizes. E fomos aprender com o outro nos espaços e no cotidiano de trabalho onde modos de saber são forjados o tempo todo. Fomos aprender o que era ser Apoiador Institucional sendo Apoiador Institucional.

Não há como separar o processo de formação dos locais e das experiências concretas do coletivo de trabalho. Vimos e vivemos muitas coisas nos encontros que tivemos nas Unidades de Saúde, no GTH, na SEMUS e em todos os outros lugares que habitamos durante esse período. Como todo processo de aprender não há como os fatos serem apenas incorporados, mas também são ingeridos e transformados produzindo outras formas de estar no mundo (BENEVIDES, 2001).

Dessa forma, a formação dos Apoiadores aconteceu em todos os lugares que habitamos: nas Unidades de Saúde, nos encontros do GTH, na SEMUS, na GAPS, nas caronas da UFES para Cariacica, nos trajetos de ônibus até os serviços, nas conversas nos corredores da Psicologia, nos e-mails do grupo, nos telefonemas entre duplas, nas supervisões, nos cafés oferecidos pelas Unidades, nos desencontros, enfim.

De fato, o processo formativo aconteceu no encontro. Sem verdades incontestáveis, com respostas provisórias e, sobretudo, com os trabalhadores e não sobre eles. E não acaba aqui porque sempre existirão outros encontros, outros movimentos, diferentes formas de se estar no mundo, na vida.

Enfim, acompanhar o processo de territorialização da saúde foi um grande desafio. Pelo tempo, pela quantidade de pessoas envolvidas, pela extensão do Município e sua rede de saúde. Fizemos um esforço constante para produzir espaços coletivos de conversas nas Unidades de Saúde e em outros locais da Secretaria, assim como fomos incansáveis para que tudo fosse decidido coletivamente. Buscamos parcerias, tentamos construir vínculos, conseguimos em alguns lugares e em outros não, mas o que conseguimos foram fundamentais para que o trabalho continuasse.

Muitas vezes, estabelecer esses vínculos nos serviços de saúde não foi tarefa fácil por todos os motivos já expostos, mas entre as duplas e trios de Apoiadores de cada Região havia um vínculo e uma relação de confiança muito bem estabelecidos. Isso se deve ao fato de estarem sempre compartilhando as experiências dos encontros nas Unidades, pensando estratégias, construindo ou tentando construir vínculos também nos serviços que faziam apoio, os longos trajetos dentro do Município, nos diferentes encontros e principalmente nas supervisões semanais.

Fizemos Apoio em muitos lugares, apesar da quantidade reduzida de pessoas para tantos territórios. Formamos Apoiadores, mesmo que muitos não tenham se dado conta disso. Tecemos juntos fios de uma outra rede, diferente da que já havia estabelecida quando chegamos, talvez um pouco mais fortalecida. Estivemos presentes na maioria das vezes, mas também nos fizemos ausentes em determinados momentos, talvez até propositalmente. Estivemos disponíveis aos encontros lembrando sempre que o encontro com o outro implica em considerar as singularidades de cada um, o território que habita e suas relações sociais que estão em constante movimento e transformação.

Desenhamos mapas, planejamos ações, inventamos estratégias e nos reinventamos o tempo inteiro para habitarmos os diferentes territórios, correndo riscos e nos aventurando por caminhos nem sempre tranquilos. E essa história acaba aqui por mera formalidade, porque pelos lugares que passamos ela estará inacabada, sempre em movimento e reverberando as interferências produzidas pelos encontros.

Parte Final – Caminhos da Formação de uma Apoiadora-Pesquisadora

“... você está se acordando pela curiosidade, aquela que empurra pelos caminhos da vida real. Mas não tenha medo da desarticulação que virá. Essa desarticulação é necessária para que se veja aquilo que, se fosse articulado e harmonioso, não seria visto, seria tomado como óbvio.”

(Clarice Lispector. Uma aprendizagem ou o Livro dos Prazeres. p. 98)

Inverno de 2012. Hoje o caminho foi outro na volta para casa. Não gosto de passar por ali, por causa daquela ladeira que assusta quando a gente desce. Assusta pela altura. O carro ganhou velocidade antes de chegar lá em cima e a descida foi daquelas de tirar o fôlego e dar um frio na barriga. Pelo menos em mim. E isso me fez pensar o quanto a gente faz para não se sentir inseguro e desconfortável, o quanto a gente tenta colocar as coisas em caixinhas, organizadas, estáveis, tranquilas. Tudo na mais completa ordem. Esquecendo que a vida não aceita uma rotina tão rígida. A experiência do Apoio fez com que todos os dias fossem como esse dia da volta para casa passando por essa ladeira. Trouxe desassossego na vida de quem compartilhou dos momentos em roda, das conversas, dos encontros. Desassossego que produziu novos sentidos nas relações, novas conexões. E que também assustou muita gente, que insistia em tentar manter a vida dentro de caixinhas, mas que aos poucos as caixinhas foram se abrindo a novos mundos, a novas formas de viver.

Arriscar novos caminhos, sair do conforto, aceitar novos desafios, correr riscos, mudar de ares. Tudo isso foi aceito quando resolvi me aventurar num corpo de pesquisadora, atravessado por tantos outros corpos que já havia construído antes e pelos múltiplos processos que os constituem. Não era apenas pesquisadora, era também trabalhadora da saúde, era apoiadora institucional que foi se formando enquanto pesquisava e tantas outras mais. Em alguns momentos era difícil não confundir esses corpos, trabalhadora, pesquisadora, apoiadora. Talvez isso não tenha deixado de se confundir em nenhum momento desse processo, o que muitas vezes trazia um desconforto, mas que também era um exercício constante de analisar as implicações nesse trabalho.

Talvez pelo fato de ter sido trabalhadora durante alguns anos na rede de saúde do Município, a minha implicação nesse trabalho não fosse a mesma do grupo de alunos e professores da UFES, por exemplo. Algumas conversas acaloradas representaram bem essa situação, principalmente no início do processo, quando entrei no grupo. Estava todos os dias dentro de uma Unidade de Saúde compartilhando das lutas de forças, enfrentando as naturalizações relacionadas ao trabalho em saúde causadas pelo discurso biomédico, convivendo com questões hierárquicas muito fortes e presentes no cotidiano dos serviços. Isso fazia com que estivesse certa ou tivesse razão nas discussões? Não. Apenas enxergava diferente e estava implicada de outra maneira porque há muito caminhava para a construção de um SUS como política pública e, por ter compartilhado disso durante tanto tempo, a importância desse processo de territorialização tivesse outro sentido.

E estávamos naquele grupo, estudantes, professores, trabalhadores e gestores lidando com questões que constituem nosso cotidiano, tentando construir outros caminhos possíveis respeitando as singularidades de cada lugar, sem fórmulas prontas. Construindo modos de fazer, aprendendo juntos. Tecendo redes de cuidado, de afetos, fortalecidas na busca de inventar e reinventar novos modos de estar no trabalho. Assim como estava reinventando um modo de estar nesse grupo, pesquisadora e apoiadora. Não havia como separar, uma vez que o processo de formação foi acontecendo nesse percurso.

Apoiadores e aprendizes ao mesmo tempo. Fomos aprender a fiar com o outro, nos fizemos presentes e disponíveis aos encontros.

Outono de 2014. E pensar que um dia já fomos mais de trinta. Hoje somos menos de dez. Mas todo mundo sabia que um dia isso iria acontecer, mais cedo ou mais tarde. O que importa é que, independente do número de pessoas nesse grupo, foi possível construir diferentes histórias. De lutas, de alegrias, aprendizagens, amizades, afetos. Histórias que se atravessam e que deixaram marcas na vida de quem passou por aqui. De quem arriscou navegar por águas nem sempre calmas, que conseguiu acompanhar os movimentos tanto em tempos de tempestade quando de calma. Um dia, mais cedo ou mais esse grupo não existiria mais, disso todo mundo já sabia. Só não deixará de existir em nossas memórias e em nossas próximas histórias.

Referências

- ALVAREZ. J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA. L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 131 - 149.
- ARANTES. E.M.N.; Escutar. In: FONSECA. T.M.G; NASCIMENTO. M.L.; MARASCHIN. C. (Org.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 93 - 96.
- BARCELLOS, C.; SANTOS, S.M. (Org.). **Abordagens Espaciais na Saúde Pública**. Brasília: Fiocruz, 2006.
- BARROS, M. E. B. Modos de gestão produção de subjetividade na sociedade contemporânea. **Revista do Departamento de Psicologia - UFF - Niterói**, v.14, n.2, p.59-74, 2003.
- BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA. L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 52 - 75.
- BARROS, M.E.B.; SANTOS FILHO, S.B.; SILVA, F.H.; GOMES, R.S. Saúde e Trabalho: experiências da PNH e a Atenção Básica. **Caderno Humanizausus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, v.2.
- BARROS, M.E.B; GUEDES, C.R.; ROZA, M.M.R. O apoio institucional como método de análise – intervenção no âmbito das práticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.12, Rio de Janeiro, dez - 2011.
- BARROS, M.E.B.; ZAMBONI, J. Gaguejar. In: FONSECA. T.M.G; NASCIMENTO. M.L.; MARASCHIN. C. (Org.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 121 - 124.
- BENEVIDES, R.B.; Grupo: estratégia na formação. In: BRITO. J.; BARROS, M.E.B.; NEVES. M.; ATHAYDE. M. (Org.). **Trabalhar na Escola? “Só inventando o prazer”**. IPIB/CUCA, 2001. p. 71 - 88.
- BENEVIDES, R.B.; BARROS, M.E.B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.; BARROS, M.E.B. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Cepesc/Abrasco, 2007. p.75-84.
- BRASIL. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Caderno HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, v.2.

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

CAMPOS, G.W.S. **Paideia e Gestão: Reflexões sobre a clínica em equipes de saúde da família**. 2002. Disponível em: http://www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/doc_download/9-apoio-paideia. Acesso em 26/02/2014.

CAMPOS, G.W.S. **Paideia e Gestão: Um ensaio sobre o Apoio Paideia no trabalho em saúde**. 2003. Disponível em: http://www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/doc_download/35-apoio-paideia. Acesso em 26/02/2015.

CAMPOS, G.W.S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface –Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.17, p.398-400, 2005.

CLOT, Y. Clínica do Trabalho e Clínica da Atividade. In: BENDASSOLLI, P.F.; SOBOLI, L.A. **Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas; 2011.

CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A.M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Caderno de Saúde Pública**; p.597-617, jul-set 2000.

FERRAZ, G.C.; SADE, C.; ROCHA, J.M. O ethos da confiança. **Revista Fractal**, v.25, n 2, maio/agosto, 2013.

FUGANTI, L.; Devir. In: FONSECA, T.M.G; NASCIMENTO, M.L.; MARASCHIN, C. (Org.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 75 - 80.

GUEDES, C.R.; PITOMBO, L.B.; BARROS, M.E.B. Os processos de formação na política. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1087-1108, 2009.

HECKERT, A.L.C.; NEVES, C.A.B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.; BARROS, M.E.B. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Cepesc/Abrasco, 2007. p.145-160.

HECKERT, A.L.C.; PASSOS, E.; BARROS, M.E.B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface, comun. saúde educ.**;v. 13,supl.1; p.493-502, 2009.

HECKERT, A.L.C.; Xeretar. In: FONSECA. T.M.G; NASCIMENTO. M.L.; MARASCHIN. C. (Org.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 247 - 250.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Por uma clínica da expansão da vida. **Interface, comun. saúde educ.**;v. 13,supl.1; p.515-521, 2009.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. As políticas que incidem sobre a vida. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, 2010, vol.10, n.1, pp. 118-133.

MACHADO, L. D. Subjetividades Contemporâneas. In: BARROS, M. E. B. (Org.). **Psicologia: questões contemporâneas**. Vitória: EDUFES, 1999. p. 211- 229.

MASCARELLO, M.R.P.; BARROS, M.E.B. Nos fios de Ariadne: cartografia da relação saúde-trabalho numa escola pública de Vitória-ES. **Revista Brasileira de Educação**; v.12, n.34, Jan/Abr 2007.

MONKEN, M.; BARCELLOS,C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21 (3): 898-906, mai-jun, 2005.

MONKEN, M.; GONDIM, G.M.M.; ROJAS, L.I.; BARCELLOS, C.; PEIT ER, P.; NAVARRO,M.; GRACIE, R. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A.C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J.C.;MONKEN, M. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p. 237-255.

OLIVEIRA, G.N. Devir apoiador: Uma cartografia da função apoio (tese). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, 2011.

OLIVEIRA, G.N. O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, UnB. v. 6, n.2, p. 223-235, 2012.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

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.

PASCHE, D.F.; PASSOS, E. O lugar do método na Política Nacional de Humanização: aposta para uma experimentação democrática radical. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro. V.34, n.86, p. 439-447, jul-set, 2010.

PASSOS. E.; BENEVIDES, R.B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA. L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 17 - 31.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R.B. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 150 - 171.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: Transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina, 2011.

SANTOS, M. **Metamorfoses do Espaço Habitado**. São Paulo: HUCITEC, 1988.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. A Base Política-Metodológica em que se assenta um Novo Dispositivo de Análise e Intervenção no Trabalho em saúde. In: SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. (Org.). **Trabalhador da Saúde: Muito Prazer! Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde**, Injuí: Unijuí- Ed. da Univerdidade da Regional do Noroeste do RGS, 2007, vol. 1, p. 123-142.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface, comun. saúde educ.**;v. 13,supl.1; p.603-613, 2009.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e Ergologia: Conversas sobre a atividade humana**. Tradução de Jussara Brito, Milton Athayde et al. Niterói: EdUFF, 2007.

SOUZA, L.E.P.F. – O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciência e Saúde Coletiva**. 14(3): 911-918, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, R.R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção da integridade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, Rio de Janeiro:IMS, 2003. p. 49-61.